

Série Vivências em Educação na Saúde

De casulo à borboleta

a qualificação para o SUS na residência
multiprofissional em saúde da família

ORGANIZADORAS

Maria Alice Pessanha de Carvalho
Mirna Barros Teixeira
Regina Ferro do Lago
Denise Cavalcante de Barros
Ana Laura Brandão

editora



redeunida

Série Vivências em Educação na Saúde

De casulo à borboleta

a qualificação para o SUS na residência
multiprofissional em saúde da família

ORGANIZADORAS

Maria Alice Pessanha de Carvalho
Mirna Barros Teixeira
Regina Ferro do Lago
Denise Cavalcante de Barros
Ana Laura Brandão

1ª Edição

Porto Alegre

2020



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Túlio Batista Franco

Coordenação Editorial

Editor-Chefe: **Alcindo Antônio Ferla**

Editores Associados: **Gabriel Calazans Baptista, Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes, Júlio César Schweickardt, Sônia Lemos, Fabiana Mânica Martins, Márcio Mariath Belloc, Károl Veiga Cabral, Maria das Graças Alves Pereira, Frederico Viana Machado.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Alcindo Antônio Ferla** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Àngel Martínez-Hernández** (Universitat Rovira i Virgili, Espanha). **Angelo Stefanini** (Università di Bologna, Itália). **Ardigó Martino** (Università di Bologna, Itália). **Berta Paz Lorigo** (Universitat de les Illes Balears, Espanha). **Celia Beatriz Iriart** (University of New Mexico, Estados Unidos da América). **Denise Bueno** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Emerson Elias Merhy** (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil). **Érica Rosalba Mallmann Duarte** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Francisca Valda Silva de Oliveira** (Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil). **Izabella Barison Matos** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Héider Aurélio Pinto** (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil). **João Henrique Lara do Amaral** (Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil). **Júlio Cesar Schweickardt** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). **Laura Camargo Macruz Feuerwerker** (Universidade de São Paulo, Brasil). **Leonardo Federico** (Universidad Nacional de Lanús, Argentina). **Lisiane Böer Possa** (Universidade Federal de Santa Maria, Brasil). **Liliana Santos** (Universidade Federal da Bahia, Brasil). **Luciano Bezerra Gomes** (Universidade Federal da Paraíba, Brasil). **Mara Lisiane dos Santos** (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil). **Márcia Regina Cardoso Torres** (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil). **Marco Akerman** (Universidade de São Paulo, Brasil). **Maria Augusta Nicoli** (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna, Itália). **Maria das Graças Alves Pereira** (Instituto Federal do Acre, Brasil). **Maria Luiza Jaeger** (Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil). **Maria Rocineide Ferreira da Silva** (Universidade Estadual do Ceará, Brasil). **Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** (Universidade Federal do Pará, Brasil). **Ricardo Burg Ceccim** (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil). **Rodrigo Tobias de Sousa Lima** (Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil). **Rossana Staeve Baduy** (Universidade Estadual de Londrina, Brasil). **Sara Donetto** (King's College London, Inglaterra). **Sueli Terezinha Goi Barrios** (Associação Rede Unida, Brasil). **Túlio Batista Franco** (Universidade Federal Fluminense, Brasil). **Vanderléia Laodete Pulga** (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil). **Vera Lucia Kodjaoglanian** (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil). **Vera Maria da Rocha** (Associação Rede Unida, Brasil). **Vincenza Pellegrini** (Università di Parma, Itália).

A **Série Vivências em Educação na Saúde** propõe a educação na saúde como tema, partindo do entendimento que ainda há grande distância entre as diretrizes legais para a educação na saúde e no cotidiano do Sistema Único de Saúde. É um tema cujo debate contemporâneo tem salientado a construção de novas práticas acadêmicas e a internalização de novas posturas profissionais, tendo como objeto as políticas de educação e saúde. As políticas nacionais de educação na saúde vêm tentando induzir processos de mudança na formação dos profissionais da denominada "área da saúde", no entanto – para além da carga horária e dos conteúdos obrigatórios – o perfil dos egressos de cursos superiores (ou não) é o que deve estar no centro da discussão. Por meio desta série se quer oportunizar espaço de socialização de conhecimento útil à gestão e às instituições formadoras, mostrando experiências potentes em educação na saúde.

A Série tem coordenação editorial de: Dr. Alcindo Antônio Ferla (Brasil), Dr. Ricardo Burg Ceccim (Brasil), Dra. Maria Augusta Nicoli (Itália) e Dra. Cláudia Rodrigues de Freitas (Brasil).

Esta publicação foi feita em parceria com o Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF), da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Os artigos foram selecionados entre os diferentes atores do Programa e foram submetidos à avaliação por pares e revisados e ordenados pelas organizadoras. A chamada de artigos para a publicação foi motivada pelo aniversário de 15 anos do Programa e incluiu-se entre as atividades de reflexão sobre a trajetória percorrida. A publicação do livro foi possível pelo financiamento institucional.

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

C331c Carvalho, Maria Alice Pessanha de (org.) et al.

De casulo a borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família / Organizadores: Maria Alice Pessanha de Carvalho, Mirna Barros Teixeira, Regina Ferro do Lago, Denise Cavalcante de Barros e Ana Laura Brandão; Prefácio de Nísia Trindade. – 1. ed. – Porto Alegre: Rede Unida, 2020.

365 p. : il. – (Série Vivências em Educação na Saúde)

ISBN: 978-65-87180-16-8

DOI: 10.18310/9786587180168

1. Interprofissionalidade. 2. Educação na Saúde. 3. Gestão em Saúde. 4. Sistema Único de Saúde. 5. SUS.

I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

20-30180015

CDD 610.69

CDU 616-084

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Saúde Pública; Pessoal médico.
2. Serviços de Saúde Pública; Equipe de trabalho e atendimento médico.

Catálogo elaborado pelo bibliotecário Pedro Anízio Gomes CRB-8 8846

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

www.redeunida.org.br



Lista de Acrônimos e Siglas

AB - Atenção Básica

AP - Área de Planejamento

APS – Atenção Primária à Saúde

CF - Clínica da Família

CAP - Coordenadoria da Área de Planejamento

CNRMS - Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

COREMU - Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde

DSP - Diagnóstico Situacional Participativo

DR – Diário Reflexivo

EIP - Educação Interprofissional

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

EP - Educação Permanente

eSF – equipe de saúde da família

ESF – Estratégia Saúde da Família

FP - Ferramentas Pedagógicas

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

Fiotec – Fundação de Apoio à Fiocruz

GAM - Gestão Autônoma da Medicação

GAT - Grupo de Apoio Técnico

GT - Grupo de Trabalho

MEC - Ministério da Educação

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NASF-AB - Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

NERJ - Núcleo Estadual no Rio de Janeiro
OSS - Organizações Sociais de Saúde
PC - Pesquisa de Campo
PIP - Prática Interprofissional
PI - Projeto de Intervenção
PNAB - Política Nacional da Atenção Básica
PP - Projeto Pedagógico
PPP - Projeto Político-Pedagógico
PRMSF – Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
PSF - Programa de Saúde da Família
PTS - Projeto Terapêutico Singular
R1 - residente do primeiro ano de residência
R2 - residente do segundo ano de residência
RI - Regimento Interno
RMSF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SF - Saúde da Família
SNRMS - Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - SUS -
Sistema Único de Saúde
TCR - Trabalho de Conclusão de Residência
TEIAS-ESCOLA Manguinhos - Território Integrado de Atenção à Saúde de
Manguinhos
UA – Unidade de Aprendizagem
UBS - Unidade Básica de Saúde



Epígrafe

Metamorfose ambulante

Raul Seixas

Ah ah ah ah

Prefiro ser essa metamorfose ambulante
Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo

Eu quero dizer agora o oposto do que eu disse antes
Eu prefiro ser essa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo

Sobre o que é o amor
Sobre que eu nem sei quem sou
Se hoje eu sou estrela amanhã já se apagou
Se hoje eu te odeio amanhã lhe tenho amor
Lhe tenho amor
Lhe tenho horror
Lhe faço amor
Eu sou um ator

É chato chegar a um objetivo num instante
Eu quero viver nessa metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião formada sobre tudo
Do que ter aquela...



Prefácio

UMA METAMORFOSE EXEMPLAR: A QUALIFICAÇÃO PARA O SUS NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA/FIOCRUZ

Entre as principais conquistas consagradas na Constituição da República Federativa do Brasil, promulgada em 1988, destaca-se o que estabelece seu artigo 200 “Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. Dela decorreram importantes políticas públicas e ações institucionais, entre as quais a expansão nacional da Estratégia da Saúde da Família, crucial para um país marcado por intensos contrastes e profunda desigualdade.

As residências em saúde constituem-se como um importante caminho para superar esses desafios que historicamente preocupam os construtores do SUS no cotidiano. A Residência é uma modalidade diferenciada de formação, favorecendo o encontro entre conhecimentos teóricos e práticos e, sobretudo, a articulação entre as instituições de ensino e os serviços.

A sua expansão no Brasil - e aqui refiro-me não apenas ao importante processo de ampliação da residência médica prevista nos últimos anos, assim como o aumento crescente da oferta de programas em área profissional da saúde -, é fundamental para uma formação adequada às diretrizes do SUS. No caso das residências multiprofissionais, há um aspecto muito especial que devemos observar. Elas estão orientadas por uma visão diferenciada da atenção e do cuidado, na qual, não apenas as diferentes competências profissionais são reconhecidas, mas devem efetivamente estar integradas.

O papel do Estado na formação em saúde, apesar de representar mudanças decisivas, permanece como um desafio, não apenas pelo provimento em locais, até então, fora do mapa da atenção à saúde, como especialmente pelas mudanças na

formação médica, com a ênfase no papel das redes de atenção nos diferentes níveis de complexidade e da atenção básica na organização do acesso e coordenação do cuidado no sistema de saúde.

Ao lado de desafios mais recentes, persistem questões relacionadas ao subfinanciamento do SUS, à precariedade dos vínculos de trabalho e à necessidade de valorização dos trabalhadores através de planos de carreira adequados. Destaca-se também a necessidade de propor diretrizes e ações para o conjunto das profissões relevantes para o SUS, inclusive no que se refere aos profissionais técnicos de nível médio. Permanece ainda como desafio a aproximação entre a academia e os serviços.

Dentro de uma visão prospectiva, tal como o mundo atual vem se conformando e diante da ocorrência da recente pandemia da Covid-19, a formação e a educação permanente em saúde devem atender ao novo tipo de demanda, gerada pela transição demográfica e epidemiológica, com o envelhecimento da população e o aumento das doenças crônicas e o recrudescimento de doenças infecciosas e transmissíveis. Isto sem ignorar as diferenças regionais e locais características de nossos diversos brasis.

Todas essas questões mereceram a reflexão inspiradora da presente obra cujo objetivo é retratar a trajetória do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/Fiocruz, compartilhando a sua história, o crescimento nos processos metodológicos e uso de ferramentas pedagógicas, além dos desafios do ensino aprendizagem culminando com o “voo das borboletas”, representado pelos relatos das pesquisas e vivências dos cenários de práticas nos territórios.

Os capítulos refletem a experiência acumulada pelos autores, no campo, em uma linguagem simples, didática e comprometida com a formação dialógica e inclusiva. Os conteúdos são organizados de forma a estimular reflexões acerca da formação profissional aproximando o conhecimento científico e as inovações tecnológicas aos saberes e práticas da população na busca de um fazer saúde comprometido com a realidade de vida cotidiana de todos os envolvidos.

Deste modo, DE CASULO A BORBOLETA: A QUALIFICAÇÃO PARA O SUS NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA leva-nos não somente a uma leitura de registro de atividades exitosas, mas, sobretudo, a uma reflexão crítica de todo o processo formativo envolvido no fazer

residência multiprofissional. Trata-se de um percurso caracterizado, como nos lembra o título, por uma metamorfose do projeto original em uma rica e bela experiência, que ultrapassa os limites de sua realização e pode voar como uma borboleta. É instigante compartilhar a reflexão dos autores que ao longo de 15 anos vêm exercendo protagonismo, não somente no cenário local, mas também na contribuição da afirmação da importância deste modelo de formação de novos quadros para o SUS. Tal iniciativa muito nos orgulha como instituição por também trazer em seu histórico o fato de ser uma das primeiras experiências brasileiras de formação na modalidade de residência multiprofissional. Tendo o desafio de formar com excelência especialistas em saúde da família a partir da imersão nos mais diversos cenários de prática, a partir de um modelo pedagógico que sempre se renova.

Nísia Trindade Lima



Sumário

APRESENTAÇÃO.....	17
Parte 1- Aspectos históricos e bases teóricas metodológicas do PRMSF.....	24
CAPÍTULO 1	
RESIDÊNCIAS EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E DE DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS COLABORATIVAS NO CAMPO DA SAÚDE.....	25
CAPÍTULO 2	
OS 15 ANOS DE OUSADIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA: HISTÓRICO, MARCO LEGAL, EXPERIÊNCIA E DESAFIOS	44
CAPÍTULO 3	
A TRANSFORMAÇÃO EM PROCESSO: O MODELO POLÍTICO-PEDAGÓGICO	72
CAPÍTULO 4	
FERRAMENTAS PEDAGÓGICAS NO PROCESSO FORMATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA	91
CAPÍTULO 5	
CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA E COGESTÃO DOS PROCESSOS FORMATIVOS NA RESIDENCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA	115
CAPÍTULO 6	
DESAFIOS DA PRÁTICA DA PRECEPTORIA E DA TUTORIA NO COTIDIANO DA FORMAÇÃO	139
Parte 2 - Experiências dos cenários de práticas: o voo das borboletas.....	173
CAPÍTULO 7	
O SEU OLHAR MELHORA O MEU: A INTERFACE ENTRE O TRABALHO EM EQUIPE E OS DESAFIOS DA MULTIPROFISSIONALIDADE, DA	



INTERDISCIPLINARIDADE E DA INTERPROFISSIONALIDADE 174

CAPÍTULO 8

NO MEIO DO CAMINHO TINHA UMA PEDRA: DISCUTINDO O ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 199

CAPÍTULO 9

A FORMAÇÃO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA EM COLETIVO 223

CAPÍTULO 10

OS CASOS COMPLEXOS NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE 246

CAPÍTULO 11

A VIOLÊNCIA POR CONFLITOS ARMADOS: OS DESAFIOS E AS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO ENTRE PROFISSIONAIS DE UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA 275

CAPÍTULO 12

ABORDAGEM FAMILIAR: CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁXIS COM EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO 300

POSFÁCIO 326

SOBRE OS AUTORES E AUTORAS 347

ÍNDICE REMISSIVO 354

Apresentação

Como apresentar um livro tão esperado pela equipe da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/Fiocruz? Durante muitos anos ficamos pensando em fazer o registro das nossas vivências como coordenação, docentes, orientadores, preceptores e residentes, mas a premência do cotidiano ia afastando este objetivo. Tentamos com o aniversário de 10 anos do nosso programa. Foi uma primeira sistematização que resultou em uma revista chamada “Casulo” que trouxe o frescor das falas dos residentes egressos, suas impressões e notícias de onde estavam desenvolvendo sua prática profissional.

Na apresentação desta revista trouxemos a metáfora da transformação da borboleta. Para nós o casulo é o invólucro onde a lagarta inicia sua metamorfose para se transformar em borboleta e conquistar a liberdade. O Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) representa esse casulo, concedendo asas aos estudantes para explorar o mundo sob novas perspectivas. Agora com a chegada do aniversário de 15 anos, apresentamos nossa experiência neste livro **“De casulo a borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família.”**

Este livro é uma leitura para quem acredita que os processos formativos possuem intencionalidades, fazem parte de uma proposta político-pedagógica que identifica a potência da análise da vida e do trabalho e traz o protagonismo dos atores em mútua relação. Esta publicação traz o percurso tanto do ponto de vista da proposta política quanto dos aspectos pedagógicos desenvolvidos por meio de ferramentas pedagógicas escolhidas, além dos apontamentos das nossas potencialidades e dos desafios enfrentados.

Desvelar como realizamos esse percurso pedagógico e apontar o caminho percorrido pode ser importante tanto para a equipe protagonista deste programa, por ter um registro de nossa história, como também para apontar aos novos programas uma possibilidade de organizar um programa de residência em saúde com suas múltiplas facetas. Importante salientar que este registro não tem a pretensão de ser um manual para realização de programas de residência,

mas sim apresentar uma maneira de organizá-los; ou melhor, a nossa maneira! Com potencialidades, desafios, alguns acertos e outros erros cometidos no percurso destes anos de oferta do Programa. Afinal, acreditamos na perspectiva *paulofreiriana* que o caminho se faz caminhando.

Estelivro busca, ainda, fazer um registro da experiência de desenvolvimento de um processo formativo na modalidade de residência multiprofissional em saúde desde 2005. Este processo tem como referência metodológica o currículo por competência, o construtivismo como perspectiva teórica e, como metodologia estruturante, a educação popular cuja a problematização da realidade e a construção compartilhada do conhecimento estão presentes no desenvolvimento dos atos formativos.

Para tanto, apresentamos esta publicação a partir das reflexões, discussões e experiências do colegiado deste programa em formato de uma coletânea de textos, ou seja, com capítulos escritos por diferentes colaboradores. Os capítulos estão articulados entre si, trazendo uma relevante contribuição para a sistematização e ampliação do conhecimento produzido a partir da experiência deste Programa da RMSF da ENSP/Fiocruz. Se alia a um conjunto de ofertas de cursos formativos *lato sensu* que possuem a expectativa de colocar a formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) como motor de mudanças das práticas em saúde. Ou seja, que tem como premissas que a Educação Permanente (EP) realizada nas relações entre profissionais residentes e profissionais dos cenários de práticas podem ser operadores de mudanças potentes nas práticas de cuidado à população.

Esta Residência é uma iniciativa da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/Fiocruz, constituída e desenvolvida em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SMS-RJ) e o Núcleo Regional do Ministério da Saúde do Rio de Janeiro (NERJ). O programa nasce de um desafio de ampliar a cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) em grandes centros urbanos. O agente disparador desta demanda foi um enfermeiro que explicitou o seu desejo de ofertar uma residência multiprofissional para ajudar na qualificação da rede da atenção da área que atuava no Município do Rio de Janeiro. Aproveitamos para agradecer especialmente a este enfermeiro, Edson Menezes, pelo seu devaneio e desejo que permitiram a criação dessas “asas formativas” deste programa e, também, pela sua contribuição ao longo desta residência.

A consolidação da ESF em centros urbanos é um desafio em parte superado, não só no Município do Rio de Janeiro, mas também em outras regiões do país por meio da ampliação da ESF. Essa Estratégia se configura como uma política pública desenvolvida pelos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS): primeiro contato, longitudinalidade, abrangência ou integralidade, coordenação, orientação para a comunidade, centralidade na família e competência cultural.

Durante os anos de desenvolvimento deste Programa formativo, este foi atravessado pelo percurso de vários governos federal, estadual e municipal, de diferentes conjunturas da política de saúde e da política de formação de trabalhadores de saúde, afinal são 15 anos de história. Vivenciamos desde mudanças na consolidação do nome de Programa da Saúde da Família (PSF) para Estratégia Saúde da Família (ESF), mudanças no escopo da política, na incorporação de equipes de apoio às equipes mínimas com a criação dos NASF, na ampliação da cobertura em alguns momentos, em outros a diminuição da mesma, alteração na política de financiamento e também mudanças no modelo assistencial. Outras mudanças importantes vieram com a criação de uma política de educação como o apoio às residências em área da saúde, a proposta de integração com a residência médica, a política de educação permanente e de educação popular. Vivenciamos também a ampliação da oferta de bolsas de residência e a distribuição geográfica no território nacional da oferta de programas de residência. Por fim, muita coisa mudou e o nosso Programa de residência também foi realizando mudanças ao longo do tempo que serão apresentadas nos capítulos deste livro.

Uma mudança recente e que merece ser destacada se refere ao processo de interiorização do nosso programa para outros municípios. Em 2019 começamos uma parceria com o município de Mesquita, estado do Rio de Janeiro para qualificar os nossos residentes nas Clínicas da Família da Secretaria Municipal de Saúde deste município. A relação de parceria com o gestor municipal de Mesquita vem possibilitando estratégias de formação continuada e permanente aos próprios profissionais da rede, principalmente aqueles que realizam atividades docentes na qualidade de preceptores dos residentes nos serviços de saúde. Este convênio possibilitou, inclusive, a realização deste livro com a oferta de financiamento. Desde já agradecemos a prefeitura de Mesquita por esta parceria.

Continuamos, também, no município do Rio de Janeiro onde mantemos um convênio desde 2005 e desenvolvemos historicamente a formação em cenários de prática, em Unidades Básicas de Saúde, identificados como potentes campos formativos.

Agora iremos apresentar algumas informações e esclarecimentos sobre este livro propriamente dito. Você irá identificar no decorrer da sua leitura que os autores utilizam os termos “Atenção Básica”, “Atenção Primária” e “Atenção Primária à Saúde” como sinônimos. Na maioria das vezes, como uma opção acordadas pelos autores.

Este volume apresenta a escolha da junção das palavras e uso de Projeto Político-Pedagógico (PPP). Embora a Resolução da CNRMS nº 2/2012 defina como Projeto Pedagógico. Os autores deste livro, defendem e adotam o uso das palavras justapostas político-pedagógico seguindo a mesma designação adotada pela ENSP em seu PPP e do Plano de Desenvolvimento de Institucional (PDI) da Fiocruz. Também faremos uso do termo na compreensão de “projeto” ao se referir as ações a serem seguidas, “político” como um espaço de desenvolvimento coletivo de sujeitos capazes de agir na sociedade como atores críticos e conscientes e “pedagógico” como ato organizador das atividades de aprendizagem, ferramentas e metodologias desenvolvidas. Esta opção sobre o uso Político-Pedagógico revela ainda e demarca a importância da dinâmica do processo de construção coletiva como orientadoras desta formação e explicita seus objetivos e intenções. Esta escolha parte da busca por reafirmar o caráter intencional do político e não se furta em ser redundante já que muitos reafirmam que o projeto pedagógico inclui o político.

O livro está dividido em duas partes, a primeira parte apresenta os aspectos históricos, as bases teóricas, metodológicas e as formas de gestão compartilhada deste programa composta por 6 capítulos. Já a segunda parte apresenta as experiências dos cenários de práticas: o voo das borboletas, com 6 capítulos e que apresenta as vivências práticas dos residentes baseadas nos Trabalhos de Conclusão da Residência (TCR). Estes trabalhos foram escolhidos por compreenderem aspectos teóricos relevantes, os desafios dos cenários de prática e por apresentarem como os residentes percebiam o processo de aprendizado. Importante identificar que cada um foi desenvolvido em um período e em contextos políticos e sociais diferenciados. Para facilitar a leitura, foi incluída uma lista de Siglas em relação alfabética que articula as abreviaturas utilizadas nos textos.

A Parte 1 “**Aspectos históricos e bases teóricas metodológicas do PRMSF**” é inaugurado com o primeiro capítulo que abre o livro escrito pelo único autor que não viveu diretamente a experiência do programa, mas que foi convidado, pela sua enorme experiência na construção das Residências em Saúde em âmbito nacional, para dialogar com os residentes sob diferentes temáticas envolvendo a educação interdisciplinar e multiprofissional. Portanto, o **Capítulo 1** objetiva trazer a experiência brasileira das Residências em Área Profissional da Saúde em uma perspectiva de educação interprofissional e o desenvolvimento das práticas colaborativas no campo da saúde.

O **Capítulo 2** apresenta o histórico do PRMS/ENSP/Fiocruz, o marco legal das Residências em Área Profissional da Saúde e buscou identificar os principais desafios para a consolidação desta residência.

No **Capítulo 3** os autores apresentam o modelo político pedagógico desenvolvido e como a programação das Unidades de Aprendizagem do programa se constituíram.

O **Capítulo 4** traz em seu conteúdo as ferramentas pedagógicas experimentadas durante o processo pedagógico e estratégias de avaliação no PRMSF.

O **Capítulo 5** tratou de discutir a gestão compartilhada e cogestão dos processos formativos, e apresentar a metodologia de condução por meio de espaços colegiados de co-gestão e seus múltiplos atores envolvidos.

Já o **Capítulo 6** tratou da prática da preceptoria e tutoria composta de diversas funções, o que demandou o enfrentamento e resoluções de desafios no cotidiano da formação do PRMSF.

A Parte 2 “**Experiências dos cenários de práticas: o voo das borboletas**” está dividido em seis capítulos e teve como objetivo apresentar temáticas relevantes ao PRMSF a partir das vivências dos residentes nos cenários de prática, baseada nos trabalhos de conclusão da residência. No entanto, o **Capítulo 7**, que inaugura esta parte, buscou fazer uma articulação entre os aspectos conceituais e teóricos com as experiências de um dos trabalhos de conclusão da residência. Visou discutir o trabalho em equipe multiprofissional e o desafio da interdisciplinaridade, a partir da reflexão sobre como se dá a multiprofissionalidade neste PRMSF em decorrência de uma reforma política no modelo de formação, atenção e cuidado.

O **Capítulo 8** apresenta um estudo de caso sobre o acesso e analisa as faltas dos usuários às consultas programadas de uma equipe de saúde da família no Rio de Janeiro.

No **Capítulo 9** coloca em análise a experiência formativa no PRMSF realizada pelos próprios residentes.

O **Capítulo 10** apresenta o manejo de casos complexos a partir de uma pesquisa configurada como um estudo de caso.

Já no **Capítulo 11**, a discussão sobre violência é trazida sob diferentes enfoques da literatura e objetivou apresentar os desafios e as estratégias de cuidado entre profissionais de uma Clínica da Família no Rio de Janeiro.

O **Capítulo 12** descreve as concepções sobre abordagem familiar e as experiências dessa abordagem em uma equipe de saúde da família no Rio de Janeiro.

Não podíamos finalizar essa apresentação sem deixar de reconhecer e agradecer a dedicação, esforços na construção, desenvolvimento e desafios enfrentados com muito vínculo, carinho e afeto no caminho de construção, à primeira equipe de coordenação adjunta: Margareth Rose Garcia, Helena Maria Seidel, Jose Wellington Araújo e Marcia Fausto e na coordenação geral Maria Alice Pessanha de Carvalho.

Saudamos carinhosamente a participação de Teresa Cristina Lima Neves como a nossa docente que se encontra há mais tempo no exercício desta atividade.

Um agradecimento especial devemos fazer a apoiadora da residência Alessandra Mattos. Uma linda borboleta que desde 2013 vem cuidando deste casulo como quem tece as redes de proteção deste invólucro com afeto, compromisso e carinho.

Finalizando gostaríamos de agradecer a todos os atores que fizeram parte da construção deste casulo de borboletas, relacionando um conjunto de flores e árvores que se apresentaram ao longo deste trajeto. Vamos relacionar todos os atores que ajudaram e aqueles que permanecem ajudando a construir esse programa no **Posfácio** deste livro, como estratégia de reconhecimento e gratidão.

Afinal foi com este grupo que aprendemos que “qualquer um poderia contar as sementes em uma maçã, mas somente o tempo irá nos mostrar o número de maçãs que uma única semente pode produzir”. Assim, seguimos semeando e acompanhando os residentes-sementes brotando e ainda os egressos borboletas voando.

O casulo é o invólucro onde a lagarta inicia sua metamorfose para se transformar em borboleta e conquistar a liberdade. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família representa esse casulo, concedendo asas aos estudantes para explorar o mundo sob novas perspectivas.

Maria Alice Pessanha de Carvalho e Organizadoras do Livro



Parte 1

Aspectos históricos e bases teóricas metodológicas do PRMSF

Capítulo 1

RESIDÊNCIAS EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E DE DESENVOLVIMENTO DAS PRÁTICAS COLABORATIVAS NO CAMPO DA SAÚDE

Ricardo Burg Ceccim¹

Introdução

As Residências em Área Profissional da Saúde se constituem, segundo o ideário da formação em serviço para egressos dos cursos de graduação, parte da recomposição contemporânea do trabalho no campo sanitário. Não há uma unidade de termos para definir o que compete ao “campo sanitário”, mas, seguindo o histórico da criação da Organização Mundial da Saúde, deveríamos falar da interface entre saúde biológica, psicológica e social, tendo sido formulada a terminologia “biopsicossocial” (WHO, 1946). Já segundo o projeto de promoção da saúde do Canadá, o campo da saúde deve contemplar o conceito de bem-estar, abarcando biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde (LALONDE, 1974). Para a iniciativa norte-americana designada por “Saúde Mundial por meio da Cooperação” deveríamos falar em saúde humana, saúde animal e saúde ambiental de forma integrada, tendo sido formulado o conceito de Saúde Única/One Health (AVMA, 2008). Para os termos do Sistema Único de Saúde, em particular, o campo abrange ações de promoção,

¹ O presente capítulo corresponde à versão revisitada e atualizada do original intitulado “Residências em Saúde na perspectiva da colaboração interprofissional: aspectos teórico-práticos das residências em saúde”, componente do livro (Trans)formações das residências multiprofissionais em saúde, organizado por Diógenes Farias Gomes, Maria Socorro de Araújo Dias, Ana Karina de Souza Gadelha, Viviane Oliveira Mendes Cavalcante e Adriano Ferreira Martins, publicado pela Edições UVA – Editora da Universidade Estadual Vale do Acaraú – em 2020, sob a forma de e-book e contemplando as experiências teóricas e práticas de egressos das residências em saúde da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia – ESP-VS, da Secretaria Municipal de Saúde de Sobral, Estado do Ceará. A obra consolidou 20 anos de história dos programas de residência multiprofissional em saúde da ESP-VS, contando com a participação de professores e pesquisadores de programas de pós-graduação, parceiros e convidados.

proteção e recuperação da saúde, tendo em vista a redução do risco de doença e outros agravos e o acesso universal às suas ações e serviços, devendo traduzir-se em Atenção Integral (CF, 1988).

As residências, sendo formação em serviço, devem atender ao mundo das práticas, por isso é difícil recortar cada profissão em um fazer corporativo-centrado. Um outro aspecto das residências em saúde é o estatuto do conceito de “área profissional”, não de “especialidade profissional”. O conceito de “área profissional” não exclui o de “especialidade profissional”, mas não se limita a ele. Diferentemente de uma tradição na residência médica, exclusiva para graduados em medicina e organizada segundo as especialidades médicas reconhecidas pela pactuação entre Conselho Federal de Medicina, Associação Médica Brasileira e Associação Brasileira de Educação Médica, as residências em área profissional da saúde se organizam por campos da intervenção assistencial ou gerencial e acompanham o desenho das políticas nacionais de saúde, sem excluir a condição de especialidade similar àquela da corporação médica. Assim, podemos ter residências multiprofissionais em áreas profissionais, tais como Saúde da Mulher, Saúde da Criança, Urgência e Emergência, Apoio Diagnóstico e Terapêutico em Atenção Hospitalar, Atenção Básica e outras tantas designações que delineiam campos da intervenção assistencial ou gerencial; assim como podemos ter residências uniprofissionais em áreas profissionais, tais como Fisioterapia Traumato-Ortopédica Funcional, Enfermagem Obstétrica, Atenção e Assistência Farmacêutica, Nutrição Hospitalar, Odontologia em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais ou Física Médica, entre outras. Sempre que a condição da residência é em campo de intervenção e não em especialidade, supõe-se uma oferta de caráter multiprofissional, de modo que se possa abranger aspectos da intervenção biopsicossocial, em saúde e bem-estar, em saúde única ou em integralidade da atenção.

Para a noção de “área profissional”, é preciso pensar em equipe multiprofissional ou currículos integrados na residência uniprofissional, pois a intervenção “de área” deve contar com conhecimentos e práticas provenientes das diferentes profissões, no mínimo, sob o escopo da interdisciplinaridade dos saberes e das práticas. A área de Saúde da Mulher pode focar anticoncepção, pré-natal, parto e puerpério, um recorte à saúde reprodutiva da mulher, para onde

convergem saberes em gineco-obstetrícia, sexualidade, direitos da maternidade, feminismo, maternagem, fisiologia da lactação, apego e vínculo, preparação física para o parto, alimentação da gestante e da lactante etc., além das condições de uma gestação de risco, após histórias de abuso sexual e violência doméstica, abortamentos prévios, mãe com deficiência física ou intelectual, mulheres do campo ou da floresta e por aí vai uma variedade de condições reais possíveis, donde fica evidente a necessidade não apenas de conhecimentos interdisciplinares, mas a necessidade de múltiplas competências de intervenção e a atuação colaborativa.

É desde o mundo das práticas profissionalizadas que a colaboração interprofissional ganha territorialidade. Não sendo suficientes saberes interdisciplinares, mas competências interprofissionais ao coletivo de profissões que habitam as cenas do cuidado. Usando como exemplo a saúde da mulher, é importante ponderar que se as práticas podem ser profissionalizadas para fins de regulação técnica do trabalho, dimensionamento de pessoal, proteção do acesso seguro da população aos saberes científicos do diagnóstico, cuidado e tratamento, a prestação profissional de cobertura assistencial não pode ser tão facilmente recortada, sob pena de submeter um processo fisiológico de engravidar e parir, por exemplo, aos extremos da tecnicização, ordenando uma bateria de consultas e procedimentos fragmentados e de forte risco de abandono ou desqualificação. Em outro exemplo contundente, podemos colocar a criança com câncer: seu medo da morte, seu afastamento da escola, os diversos efeitos do tratamento sobre a estética corporal e as reações gastroentéricas aos medicamentos. Não será possível submeter tal criança/adolescente em sofrimento à peregrinação por atendimentos parcializados.

É diante dessas condições, entretantas, que o aprendizado e desenvolvimento das práticas interprofissionais é irrefutável. Tudo aquilo que puder ser feito por um mesmo profissional e em um mesmo tempo e lugar é desejável. Cabe às equipes aprenderem e trocarem informação entre si, mas cabe a cada profissional das equipes multiprofissionais a aptidão interprofissional. Como se chega a isso é – ou dever ser – uma competência da educação em residências no campo da saúde. O Brasil criou, junto à lei federal de introdução da política nacional da juventude, a Residência em Área Profissional da Saúde, destinada prioritariamente aos jovens recém-graduados na educação superior. A Lei deu origem ao Programa Nacional de Inclusão de Jovens, Estatuto da Juventude, ordenamento de direitos dos jovens

e aos princípios e diretrizes para políticas públicas de juventude. Para os efeitos desta Lei, são consideradas jovens as pessoas com idade entre 15 (quinze) e os 29 (vinte e nove) anos de idade. Esta Lei instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica, já contemplada em lei específica e parte da regulação pública da formação de especialistas médicos. A Residência em Área Profissional da Saúde deveria constituir-se como um programa de cooperação intersetorial entre o setor da saúde e setor da educação para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2005).

A colaboração interprofissional vai colocar em cena a prática interprofissional. Para tal, a educação interprofissional. Em ato educado e praticado emergirá a interprofissionalidade, como imanência de novidade permanente ou restauração da unidade da ciência, antes de profissionalizada, tecnicizada e fragmentada em saberes altamente especializados. A colaboração interprofissional, amadurecida na evolução das teorias sobre o trabalho em equipe na saúde, levou à Educação Interprofissional: se vamos trabalhar juntos, vamos aprender juntos (SOARES, 2015). Os saberes que interessam a uma profissão, interessam a outras, quando aprendemos juntos, descobrimos os caminhos do pensamento uns dos outros e aperfeiçoamos os nossos. A Educação Interprofissional amadureceu o respeito e incentivou, de modo seguro, a Prática Interprofissional. A pragmática dos aprendizados interprofissionais e a pragmática das práticas interprofissionais recolocaram a atenção à realidade (mais sagaz, mais perspicaz, mais compreensiva), recolocaram os desafios à abordagem clínica (orientar-se pelo outro, dobrar-se às suas necessidades e demandas) e ameaçaram as fronteiras pré-definidas das profissões, emerge a interprofissionalidade como território inédito e viável (CECCIM, 2018).

A equipe sem tantas fronteiras

Quando as residências em área profissional em saúde foram criadas em lei, também se falava em residências integradas, residências multiprofissionais,

residências em equipe. Havia uma expectativa de valorização de muitas experiências prévias, especialmente provenientes da saúde comunitária, onde se pensava a saúde em territórios de vida e não sob especialidades clínicas; da saúde mental, onde se pensava a intersetorialidade em situações de construção e reconstrução de projetos de apoio social; da saúde coletiva, onde se pensava saúde das populações com seus aspectos sociais e políticos (CECCIM, KREUTZ, MAYER Jr., 2011). Também uma história nacional, iniciada pelo movimento de mulheres com a noção de assistência integral em saúde da mulher, que formulava as políticas de intervenção em saúde como atenção integral em cada ciclo da vida ou especificidades da vida: atenção integral em saúde da criança e do adolescente, atenção integral em saúde do adulto, atenção integral em saúde do idoso, atenção integral em saúde mental, atenção integral em saúde bucal e atenção integral em saúde do trabalhador, por exemplo.

A compreensão da integralidade nos estudos em saúde coletiva colocou em cena a luta pela atenção integral em todas as ações programáticas e estratégicas. Desde a Constituição Federal de 1988, vieram a Saúde como Defesa da Vida, a linguagem das redes integradas de atenção, as linhas do cuidado em rede, as equipes de referência com apoio matricial especializado, as tecnologias leves/leveduras/duras, a gestão da clínica, a equipe-integração e os coletivos organizados de produção da saúde, por exemplo, concepções que supunham – e supõem – a interprofissionalidade. As residências integradas nasceram com base nesses estudos e supunham suas práticas formativas com essas referências. A Lei 11.129/2005, que cria as residências em área profissional da saúde, foi pensada com esse escopo, por isso Residências em Área Profissional da Saúde têm como instância de gestão, uma única comissão, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (ou Comissão Nacional de Residências Multi/Uniprofissionais em Saúde). Como se pode depreender, a interprofissionalidade não aparecia como critério, mas como suposto. Toda a linguagem de sua regulamentação é desdobramento desse suposto. Como as instituições proponentes e o corpo docente nem sempre foram ou estão apropriados dessa base, as margens para a contradição são inúmeras. É nessa condição que um referencial epistemológico à Educação Interprofissional e à Prática Interprofissional ganha estatuto de novidade e necessidade.

As residências em saúde, por si só, não expressam conteúdo de educação

interprofissional quando uniprofissionais. Para ocorrer *inter-profissionalidade* é preciso mais de uma profissão (duas ou múltiplas) em *inter-relação*, *inter-ação*, *inter-cruzamento* (o uso dos hifens é proposital, forçando o reconhecimento de unidade entre duas intenções). Para a residência ser multiprofissional, por normativa nacional, precisa o mínimo de 3 profissões. Diz a Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012 (BRASIL, 2012a), que as instituições que oferecerem Programas de Residência em Área Profissional da Saúde serão responsáveis pela organização do Projeto Pedagógico - PP dos respectivos programas de pós-graduação, em consonância com a legislação vigente (Art. 5º):

§2º O Projeto Pedagógico de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões, devendo, para isto, considerar que:

- I - Para ser caracterizado como Residência Multiprofissional em Saúde, o programa deverá ser constituído por, no mínimo, 03 (três) profissões da saúde;
- II - Quando o programa constituir-se por mais de uma área de concentração, cada área deverá também contemplar, no mínimo, três profissões da saúde;
- III - As atividades teóricas, práticas e teórico-práticas de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser organizadas por:
 - a. um eixo integrador transversal de saberes, comum a todas as profissões envolvidas, como base para a consolidação do processo de formação em equipe multiprofissional e interdisciplinar;
 - b. um ou mais eixos integradores para a(s) área(s) de concentração constituinte(s) do Programa;
 - c. eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde deve ser orientado

por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.

O Projeto Pedagógico deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde.

Para desenvolver competências interprofissionais são necessárias práticas interprofissionais de provimento das intervenções clínicas. Uma das estratégias singulares às residências para colocar em cena a educação interprofissional (EIP) e a prática interprofissional (PIP) é a preceptoria e tutoria multiprofissional. Espera-se que cada profissional residente tenha por referência pelo menos um profissional preceptor de sua mesma profissão, mas a normativa é muito clara quanto a não obrigatoriedade de tutor de campo e de núcleo quando prescreve “preferencialmente”. Deixa claro que mesmo o preceptor de núcleo não precisa ser da mesma profissão em diversas circunstâncias.

Art. 11- A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada *preferencialmente* nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos. (BRASIL, 2012a, grifo do autor)

É preciso entender que a regulamentação das residências em saúde usa da linguagem de “campo e núcleo”, acolhendo uma noção de campo comum de exercício das profissões em saúde e uma noção de núcleo de exercício em especificidades por profissão. A Resolução nº 2/ 2012, que dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, afirma que a formação deve se dar segundo a lógica de redes de atenção à saúde e gestão do Sistema Único de Saúde; deve contemplar as prioridades locais de saúde; deve utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e

dispositivos de gestão da clínica, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar; deve fomentar a participação dos residentes, tutores e preceptores no desenvolvimento de ações e de projetos interinstitucionais em toda a extensão da rede de atenção e gestão dos sistemas de saúde (BRASIL, 2012a). Quanto à tutoria, a Resolução afirma que a mesma deve se dar preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, não afirma a necessidade de oferta dos dois tipos de tutoria. A tutoria de campo deve integrar os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa. Preceptor de mesma categoria profissional não se aplica a programas, áreas de concentração ou estágios voltados às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados na área de atuação específica, como por exemplo: gestão de sistemas, programas e serviços; saúde da família; saúde do trabalhador e vigilância epidemiológica, em saúde ambiental e sanitária, entre outras.

A Resolução CNRMS nº 5, de 7 de novembro de 2014, que dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de residência em área profissional da saúde define a necessidade de temas obrigatórios na Residência que são, todos, dirigidos ao conjunto de residentes e de programas (BRASIL, 2014a). Assim, mesmo que uma residência seja uniprofissional deve proporcionar um tanto de formação que não seja específico das categorias profissionais, mas interprofissional: bioética, metodologia científica, epidemiologia, estatística, segurança do paciente, políticas públicas de saúde e Sistema Único de Saúde. Esta Resolução foi aquela que inovou em distribuição da carga horária: de teórica e prática para teórica, prática e teórico-prática, passando a definir claramente as 3 modalidades, sendo as três obrigatórias. A divisão clássica entre 20% Teórica e 80% Prática, proveniente da regulamentação da Residência Médica no alvorecer da década de 1980, ficou alterada para 20% Teórica e 80% entre Teórico-Prática e Prática (podendo-se pensar na replicação: 20% Teórico-Prática e 80% Prático-Aplicativa). A designação “teórico-prática” tem definição específica para as finalidades desta resolução, correspondendo a todos os cenários de prática que não se esgotam em intervenção clínica (reuniões de linha do cuidado, reuniões intergestores, reuniões interprogramas, reuniões do controle social, circulação na rede intersetorial etc.) ou gerencial, quando residências em gestão dos sistemas e

serviços de saúde. Nota-se a evidência de expectativa à interprofissionalidade. As estratégias educacionais teórico-práticas envolvem “simulação em laboratórios, ações em territórios de saúde e em instâncias de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, análise de casos clínicos e ações de saúde coletiva, entre outras, sob orientação do corpo docente assistencial”.

A regulação das residências em saúde refere componentes curriculares transversais, componentes curriculares comuns, componentes curriculares específicos; fala em área profissional, área temática, área de concentração e área de especialidade; cita as noções de campo e núcleo; defende a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade. Esse conjunto de pontos de sustentação não apenas joga em favor do trabalho em equipe, é uma tradução das perspectivas da educação interprofissional e da prática interprofissional, tendo em vista a segurança do paciente e a saúde do trabalhador da saúde. A linguagem presente em toda a regulamentação relativa às residências em área profissional da saúde é multiprofissionalidade (a equipe e a colaboração interprofissional) e interdisciplinaridade (o conhecimento em interface, interseção e intercâmbio).

A valorização do caráter multiprofissional e interdisciplinar

É critério de avaliação em programas de residência em saúde a valorização do caráter multiprofissional e interdisciplinar do trabalho no campo sanitário; a organização de currículos integrados, a desfragmentação dos núcleos profissionais, a colaboração no desenvolvimento dos sistemas locais de saúde. A Resolução CNRMS nº 7, de 13 de novembro de 2014, que regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de residência em área profissional da saúde assume a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade como estruturantes (BRASIL, 2014b). Residências uniprofissionais devem se ater às especialidades regulamentadas onde a modalidade residência se justifique. A própria oferta de residência em especialidade deve se ater a colaboração no desenvolvimento dos sistemas locais de saúde. É muito importante compreender as principais críticas feitas às residências médicas e que justificaram criar uma comissão multiprofissional e não por profissões: as especialidades médicas atendiam interesse da corporação e não do Sistema Único de Saúde, atendiam à

profissão e não à interprofissionalidade, atendiam às instituições proponentes e não às necessidades sociais em saúde, atendiam às especialidades independentemente das demandas dos serviços prioritários à política nacional de saúde e aos desafios de transformação dos modelos de atenção. Mesmo as Câmaras Técnicas que foram criadas junto à Comissão Nacional de Residência Multi/Uniprofissional em Saúde não se organizaram por profissão, se organizaram por campo de intervenção.

As Câmaras Técnicas atendem à apreciação de requisitos curriculares e cenários de prática em 6 agrupamentos de área profissional, conforme Resolução CNRMS nº 01, de 30 de janeiro de 2012 (BRASIL, 2012b): Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Especialidades Clínicas e Especialidades Cirúrgicas (CT 1); Intensivismo, Urgência e Emergência (CT 2); Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade, Saúde Coletiva (CT 3); Saúde Mental (CT 4); Saúde Funcional (CT 5) e Saúde Animal e Ambiental (CT 6). A Câmaras que responde pela Saúde Animal e Ambiental, em que pese não se pautar pelo conjunto de profissões atinentes a tal espectro, uma vez que só julgou Residências em Medicina Veterinária, faz com que a Comissão tenha de coadunar com os paradigmas de saúde anunciados ao início do presente documento.

Na base da colaboração interprofissional nas residências em saúde, estão as tarefas exigidas para a configuração do trabalho multiprofissional (quanto à composição das equipes assistenciais) e interdisciplinar (quanto aos saberes requeridos para dar conta da composição entre saberes biológicos, psicológicos e sociais, entre saberes de saúde humana, animal e ambiental, entre saberes de saúde das populações, epidemiológicos e de ciências sociais e humanas na saúde, assim como saberes de sistema de saúde e territórios de vida). A exigência e consequente disponibilidade de saberes interdisciplinares faz com que se ampliem as frentes de interface à atuação sociopolítica e à intervenção clínica dos profissionais que integram as equipes de saúde. Essa ampliação interfere nos modelos de prática das profissões, qualificando-os, redimensionando-os e elevando os padrões de segurança do paciente. Saberes e práticas modificados transformam pessoas, os saberes não existem de modo externo às pessoas ou serão apenas erudição sem transposição ao ser e fazer; as práticas também não são apenas técnicas prescritas e reguladas, são práticas de si, de encontro, de troca, de interação, de escuta e de recolhimento de afetos. Se saberes e práticas mudam as operações de trabalho, de equipe, de cuidado

e de tratamento, mudam os afetos do trabalho, mudam as situações de equipe e mudam as próprias condições de possibilidade à emergência de novas configurações do trabalho. É aí que entra a palavra ou o segredo da palavra “interprofissionalidade” (diverso de Educação Interprofissional e Prática Interprofissional).

A defesa da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade contribuem como incentivadores aos compartilhamentos e às colaborações. Os limites ao compartilhamento de saberes não são muito grandes, mas são grandes os limites à colaboração interprofissional. Ajudar em conhecimentos é diferente de compartilhar ações. A colaboração interprofissional exige confiança mútua. Precisa que aqueles que compartilham se respeitem e se vejam em mútua competência. São limitadores, conforme Scherer, Pires e Jean (2013, p. 3209) “a fragilidade do núcleo de competência profissional, a não valorização do seu próprio trabalho, dificuldades pessoais, timidez, imaturidade, medo de errar, disputas de poder, desconhecimento de como trabalhar de forma interdisciplinar e limitações da formação na graduação”.

O contexto político-institucional influencia em muito a colaboração interprofissional. Quando a lei foi publicada, o contexto era de defesa da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade, falava-se em cadeia do cuidado progressivo à saúde, em tecnologias leves e da base em territórios de saúde e da vida. Quando o Ministério da Educação incentivou os Hospitais Universitários a adotarem programas de residência, as designou “integradas multiprofissionais”. O Decreto 7.508, do ano de 2011, trouxe Região de Saúde, Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde, Portas de Entrada, Comissões Intergestores, Mapa da Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Serviços Especiais de Acesso Aberto e Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica. Contudo, o contexto inclui ainda a cultura institucional (que “não muda por normativa”), as lógicas organizacionais e as estratégias de gestão dos serviços. De outra parte, os projetos pedagógicos de residências ou a materialidade pedagógica das preceptorias e tutorias arrastam elementos de organização educativa, curricularização, percursos de aprendizagem e itinerários formativos que ora convergem, ora verdadeiramente combatem as condições de possibilidade à interprofissionalidade (DALLEGRAVE; CECCIM, 2018).

O que se verifica na realidade é que proposições avançadas ou retrógradas podem estar em Leis, Decretos e Normativas, provenientes do setor da saúde ou

da própria regulamentação das residências em saúde, podem estar na realidade e condução dos sistemas e dos serviços de saúde, podem estar na realidade e condução dos programas de ensino das instituições formadoras e podem estar nos corpos e mentes dos agentes envolvidos, inclusive os próprios profissionais residentes. Instituições formadoras em residências em saúde (médicas ou em área profissional da saúde) não são as Instituições de Ensino Superior, são as “instituições proponentes de programas de residência”.

Por que as perspectivas da educação interprofissional e do desenvolvimento das práticas colaborativas no campo da saúde

A ideia de uma ação inter cruzada entre duas ou mais profissões na intervenção ou na formação introduziu o termo “interprofissional” como distinto de “multiprofissional” (a presença de duas ou mais profissões nas cenas de intervenção ou de formação) e distinto de interdisciplinar (relativo aos saberes de uma ou de cada profissão para compor a qualidade de cada exercício profissional, atuando-se em conjunto ou separadamente de outro ou outros profissional/profissionais). Outro termo é a “interprofissionalidade”, que é uma resultante dos inter cruzamentos interprofissionais (ELLERY, 2018). Assim, temos a Educação Interprofissional, onde não é o bastante que dois ou mais profissionais estejam na mesma cena formativa ou sala de aula. Há necessidade de que esta formação proporcione – e mesmo requeira – que profissionais de duas ou mais profissões aprendem *um com o outro, a partir do outro e sobre o outro* para melhorar a colaboração e qualidade do cuidado (BARR, 2005).

Para a Prática Interprofissional, igualmente não basta simplesmente trabalhar junto um profissional com outro ou outros e se apoiarem mutuamente, esta é a condição do coleguismo ou do trabalho em equipe. Uma prática será interprofissional se, ao ser praticada por um profissional, este não se aferra a prescrições corporativas prévias específicas de sua profissão, antes se reconhece submetido aos saberes de equipe usados por diferentes profissionais no curso de suas intervenções, se reconhece sob o nutrimento de conhecimentos e práticas em trabalho protegido (CECCIM, 2004), se reconhece em regime de colaboração por pares. Uso a palavra “nutrimento” em substituição à palavra “matriciamento”, do texto citado, com a intenção de provocar uma torção no

texto citado, mas especialmente no uso corrente da palavra pela Saúde Coletiva brasileira. Nutrimento não supõe supervisão ou apoio técnico-pedagógico pura e simplesmente, supõe que o apoiador assegure sustentação à prática do colega, oferecendo informação suficiente para o seu crescimento e maior autonomia na tomada de decisão. A interprofissionalidade surge quando da colaboração interprofissional emerge “algo a mais que não existia antes” (OMS, 2010, p. 36).

Para haver colaboração interprofissional deve haver, conforme Barr e Low (2013: 20-21) a valorização igualitária de todas as profissões, reconhecendo-se – mas deixando de lado – as diferenças de poder e *status* entre as categorias; o sustento à individualidade, à singularidade e à diversidade – entre e dentre – as profissões; o respeito à identidade e à especificidade de cada profissão e cada profissional; a promoção de paridade entre as profissões no ambiente de trabalho, de aprendizagem profissional e de formação interprofissional; a introdução e o incentivo aos valores e perspectivas interprofissionais no contexto do trabalho e da formação. Então, as residências em saúde, em particular as multiprofissionais, colocam em perspectiva a colaboração interprofissional, constituindo *margem de possível* à instauração da interprofissionalidade. Com isso, fica clara a existência de termos vizinhos, porém diversos, como Educação Interprofissional, Prática Interprofissional, Colaboração Interprofissional e Interprofissionalidade.

Emerson Merhy (1998) apresentou, em sua teoria sobre as práticas cuidadoras, o esforço de fazer compreender que “todos os trabalhadores de saúde, de uma forma ou de outra, fazem clínica; que “os usuários desejam um trabalho clínico centrado neles”; que “o trabalho médico é um poderoso arsenal de práticas clínicas a serviço dos usuários, comprometido com modalidades de assistência leve-dependentes”, por conseguinte “dependente de uma clínica mais profunda e rica”; que “é possível pensar e produzir dispositivos institucionais que favoreçam as forças instituintes, no âmbito dos estabelecimentos de saúde, na criação de mudanças na política, organização e processos de trabalho”. O autor informa os núcleos de conhecimentos e práticas, não como profissões, as profissões se colocam em meio aos núcleos específicos por problemas e núcleos das atividades cuidadoras de saúde, de modo que as profissões são demandadas em meio ao processo cuidador e não como eixos do tipo um núcleo de problema igual a um núcleo de profissão. O direito ao cuidado, da parte dos usuários, é que determina

que as equipes de organizem, se revisem, se *desdesenhem* e redesenhem. É sempre no *entre* de uma ação gestora e uma ação clínica que a prática cuidadora, portanto interprofissional, se instaura.

A educação nas residências em saúde como educação interprofissional

A Educação Interprofissional está pautada em um processo permanente de aprendizado com participação ativa dos profissionais, processo de formação como experiência tanto crítico-reflexiva como ético-expressiva, troca de conhecimentos, inclusão dos usuários dos serviços no processo de ensino-aprendizagem, interrogação dos processos em redes de atenção e dos processos de gestão. O contexto em que se mesclam diversos saberes deveriam permitir compreender o cotidiano das pessoas e grupos em busca por saúde, não apenas suas doenças ou adoecimentos. No cotidiano, atender e aprender estão em intersecção, o terreno do trabalho em saúde é de convivência multiprofissional e interdisciplinar.

Nas residências em saúde, a preceptoria deveria cumprir prioritariamente o papel de facilitador, mobilizando o diálogo pedagógico entre os residentes e desses com os usuários, conforme as situações vivas ou a oferecer, seja quanto à intervenção clínica seja quanto à compreensão do processo saúde-doença (ALBUQUERQUE, 2017). O preceptor é parte do diálogo, não é um prescritor sábio das práticas, é um parceiro que pertence ao local de trabalho e favorece redes de troca, insere seus colegas de trabalho no encontro pedagógico, reúne os residentes em conversa, traz suas vivências de sucesso e as suas frustrações, precisa ouvir de maneira inteligente (saber agenciar) relatos e manifestações, constituindo a todo tempo uma ambiência de redes de conversação onde a aprendizagem interprofissional e as práticas colaborativas estejam em evidência como condição interprofissional (SOARES, 2015; MIRANDA, 2015; MEDEIROS, 2018). Tudo isso deve ser independente da relação uniprofissional preceptor-residente, cujo papel é aplicado e parcial ao conjunto dos aprendizados e apropriações à colaboração interprofissional. É muito importante que a equipe toda dos cenários de residência e todos os docentes em residências se relacionem com a colaboração interprofissional, acolhendo práticas interprofissionais e incentivando a educação interprofissional (NASCIMENTO, 2016; CASANOVA, 2016). A rejeição à

colaboração interprofissional representará oposição à sua presentificação na formação, no trabalho e na gestão da educação e dos sistemas de saúde.

Na contraparte do corpo docente-assistencial, dos gestores e dos serviços, estão os próprios residentes, a que muitas vezes se toma como obviamente identificados com a colaboração interprofissional, até porque estão em formação, especialmente em um modelo que se faz em serviço e que supõe trabalho em equipe. Não necessariamente, contudo, o egresso jovem ou maduro de uma graduação em saúde está de acordo com as práticas interprofissionais, supõe a colaboração no mesmo estatuto da atuação em equipe multiprofissional e interdisciplinar, mas não em índices de interprofissionalidade. Os estereótipos, os valores conservadores e a fragmentação do trabalho em corporações não estão superados nos imaginários e nas concepções de trabalho daqueles que se formaram e atuam em saúde.

A Educação Interprofissional tem registro no desenvolvimento de trabalhadores para os serviços sociais e de saúde em atendimento de crianças vítimas de violência, casos de saúde mental, pessoas com deficiência, doenças crônicas e populações institucionalizadas, chegando à fórmula do aprender juntos para trabalhar juntos, tendo em vista a melhor atenção às pessoas e populações sob cuidado profissional (CECCIM, 2018). São admitidas várias formas de educação interprofissional: ao longo da graduação, com oportunidades de aprendizado intercursos na formação básica; na extensão universitária, em projetos colaborativos e mediante atividades de ensino integradoras; na educação continuada, mediante treinamentos, capacitações e atualizações oferecidas às equipes multiprofissionais ou a grupos de profissionais por setor ou âmbito de trabalho; na educação permanente em saúde, segundo a construção de aprendizados embasados no trabalho, tendo em vista mudança efetiva no sentido de melhorar os serviços e as redes, mas nenhuma é mais potente ou contundente que as residências integradas em saúde, cujos escopos envolvem oferta e matrícula multiprofissional.

Pertinência da colaboração interprofissional nas residências em saúde

Quanto à pertinência da colaboração interprofissional nos ambientes de formação por meio de residências em saúde, encontra-se literatura nacional

proveniente de diversos formatos de pesquisa de pós-graduação, a partir de 2015, tais como: monografia de residência (ALBUQUERQUE, 2017), dissertações de mestrado acadêmico (MIRANDA, 2015; SOARES, 2015; MEDEIROS, 2018), dissertação de mestrado profissional (NASCIMENTO, 2016) e tese de doutorado (CASANOVA, 2016)². As pesquisas de base a estas produções concluíram pelo apoio à expansão da educação interprofissional nas residências em saúde, mas também apontaram a necessidade de sua valorização no ensino de graduação, sua presença nas atividades de pesquisa e extensão universitária e sua utilização nas estratégias de desenvolvimento dos trabalhadores inseridos nas redes de ações e serviços dos sistemas de saúde, por meio de educação continuada ou da educação permanente em saúde.

Ainda que a formação para a prática colaborativa amplie a satisfação dos residentes, não há nos serviços e nas instituições de ensino uma cultura de prestígio ao aprendizado ou à atuação interprofissional, o que também promove o sofrimento dos residentes em inúmeros momentos da formação. Segundo as pesquisas, as práticas colaborativas favorecem a atuação centrada no paciente, a melhor identificação das necessidades em saúde, o compartilhamento de práticas e procedimentos entre colegas e a atuação com ações coletivas e intersetoriais, mas foram identificados limites relacionados às relações pessoais e interprofissionais, à necessidade de apoio institucional e às fragilidades na integração ensino-serviço.

A educação interprofissional mostrou-se adequada para desconstruir estereótipos e preconceitos profissionais, além de permitir aos residentes o reconhecimento de competências comuns e complementares. As pesquisas indicaram que há potência da colaboração interprofissional quando a articulação teórico-prática é promovida e quando há diversificação das ações para além das práticas assistenciais, porém as experiências interprofissionais entre residentes em saúde e residentes médicos é reduzida, ocorrendo apenas em alguns campos de prática. Conforme as pesquisas, são muitos os desafios a serem superados para que a prática colaborativa entre residentes em saúde e residentes médicos se efetive. Entretanto, na perspectiva de as residências serem capazes de qualificar profissionais de saúde aptos a atuarem de forma interprofissional, com vistas à integralidade da atenção, a integração das residências em saúde e residências médicas não pode ser desconsiderada.

² Foram selecionadas pesquisas a título de exemplo, não ocorreu qualquer tipo de revisão sistemática da literatura.

No cotidiano das residências em saúde estão, além dos residentes e preceptores, estudantes de graduação, outros trabalhadores do Sistema Único de Saúde, outros docentes das instituições formadoras, líderes comunitários, usuários das ações e serviços de saúde, gestores do setor sanitário e gestores do setor educacional. A colaboração interprofissional, como tema curricular, nessas circunstâncias, oportuniza seu aprofundamento teórico e incentiva o diálogo participativo com o objetivo de propor uma agenda consistente para a prática interprofissional.

Considerações finais

Pretendeu-se uma aproximação aos referenciais teóricos e práticos da colaboração interprofissional nas práticas de intervenção clínica ou gerencial e na educação dirigida aos profissionais de saúde, onde as residências em saúde são exemplo paradigmático. O objetivo não foi prescrever um modelo qualquer que fosse, senão incitar nos profissionais residentes e no corpo docente-assistencial das residências em saúde atitudes potencialmente colaborativo-interprofissionais. Espera-se que a abordagem possa ter servido ao pensamento de estratégias de formação e de trabalho que preservem e estimulem a pluralidade de experiências advindas da educação interprofissional e da prática interprofissional, uma vez que a fragmentação do trabalho no cotidiano e a fragmentação da formação na universidade vêm sendo amplamente questionadas nos espaços e tempos de controle social em saúde, como as Comissões de Integração Ensino-Serviço em Saúde e as Conferências de Saúde de todos os âmbitos de gestão.

As residências integradas multiprofissionais em saúde marcam importante avanço na colaboração interprofissional, pois além de reafirmarem a integralidade da atenção, oferecem um currículo particular ao aprendizado que equivale às exigências parciais ou mínimas para a prática interprofissional. A prática interprofissional caminha na direção do trabalho multiprofissional integrado, onde há compartilhamento dos conhecimentos e desempenhos colaborativos, assim como permanente troca de impressões, experiências e saberes. O desenvolvimento de competências é favorecido na colaboração interprofissional, crescem as equipes, cresce o serviço e cresce cada trabalhador em particular.

Por fim, reafirmando a natureza aproximativa do presente texto, espera-se ter deixado em foco diferentes aspectos da colaboração interprofissional nas residências em saúde. Buscou-se compor uma paisagem das preocupações aí implicadas, assim as indicações bibliográficas representam sugestão de aprofundamento e encorajamento aos profissionais residentes e corpo docente-assistencial de residências em saúde para expandir experiências de educação interprofissional e prática interprofissional, conquistando interprofissionalidade no dia a dia da formação e do trabalho em saúde.

Referências

- ALBUQUERQUE, E.R.N. **Residências multiprofissionais em saúde como fomentadoras da formação interprofissional**: percepção de nutricionistas sobre as práticas colaborativas. Monografia (Residência em Saúde). Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceió: UNCISAL, 2017.
- AMERICAN VETERINARY MEDICAL ASSOCIATION (AVMA). **One health**: a new professional imperative. One Health Initiative Task Force: Final Report. Schaumburg: AVMA; 2008.
- BARR, H. **Interprofessional education**: today, yesterday and tomorrow: a review. London: Higher Education Academy, Health Sciences and Practice Network; 2005.
- BARR, H.; LOW, H. **Introducing interprofessional education**. Fareham: CAIPE, 2013.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Diário Oficial da União, 5 de outubro de 1988.
- BRASIL. Lei Federal 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - Projovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 125, 1º jul. 2005, Seção 1, p. 1-8.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde. Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os programas de residência em área profissional da saúde. **Diário Oficial da União**, n. 73, 16 abr. 2012a, Seção 1, p. 24-25.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde. Resolução nº 1, de 30 de janeiro de 2012. Institui as Câmaras Técnicas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, n. 22, 31 jan. 2012b, Seção 1, p. 29-30.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. **Diário Oficial da União**, n. 217, 10 nov. 2014a, Seção 1, p. 34.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 7, de 13 de novembro de 2014. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. **Diário Oficial da União**, n. 222, 17 nov. 2014b, Seção 1, p. 12-13.
- CASANOVA, I. A. **A educação interprofissional na residência multiprofissional em saúde no Estado de São Paulo**. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde. Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: UNIFESP, 2016.
- CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec, p. 259-78, 2004.
- CECCIM, R. B.; KREUTZ, J. A.; MAYER Jr., M.. Das residências integradas às residências multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente educação. In: PINHEIRO, R.; SILVA Jr., A. G. da S. (Orgs.). **Cidadania no cuidado**: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, p. 257-292, 2011.
- CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface (Botucatu)**. 22(suppl.2), p.1739-1749, 2018.
- DALLEGRAVE, D; CECCIM, R. B.. Encontros de aprendizagem e projetos pedagógicos singulares nas residências em Saúde. **Interface (Botucatu)**, 22(66), p. 877-887, 2018.
- ELLERY, A.E.L. Interprofissionalidade. In: CECCIM, R. B.; DALLEGRAVE, D.; AMORIM, A. S. L.; PORTES, V. M.; AMARAL, B. P. (Orgs.). **EnSiQlopedia das residências em saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, p. 146-50, 2018.
- LALONDE, M.. **A new perspective on the health of Canadians**. Ottawa: Health and Welfare, 1974.
- MEDEIROS, M.S.M.F. **Educação para o trabalho interprofissional no contexto das residências em uma maternidade escola**. Dissertação (Mestrado Profissional em Ensino na Saúde). Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: UFRN, 2018.
- MERHY, E.E.. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A.T.; SANTOS, A.F.; CAMPOS, C.R; MALTA, D.M.; MERHY, E.E. (Orgs.). **O Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, p. 103-120, 1998.
- MIRANDA Neto, M.V. **Limites e potencialidades da residência multiprofissional em saúde para a educação interprofissional**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2015.
- NASCIMENTO, R.M.M.. **Educação interprofissional e preceptoria na residência multiprofissional em saúde da família**. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado Profissional). Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família. Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família. João Pessoa: UFPB, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- SCHERER, M.D.A.; PIRES, D.E.P; JEAN, R. **A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família**. *Ciência & saúde coletiva*, 18(11), p. 3203-3212, 2013.
- SOARES, G.M.M. **Colaboração e educação interprofissional na pós-graduação em saúde**: estudo de caso da residência multiprofissional em saúde da família. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza: UFC, 2015.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitution of the World Health Organization**. Basic Documents. Genebra: WHO; 1946.

Capítulo 2

OS 15 ANOS DE OUSADIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA: HISTÓRICO, MARCO LEGAL, EXPERIÊNCIA E DESAFIOS

Maria Alice Pessanha de Carvalho
Regina Ferro do Lago

Este capítulo apresenta o histórico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/Fiocruz desde sua origem, além de relatar e comentar os principais momentos em sua trajetória. Discute também o marco legal das residências em Área Profissional da Saúde e identifica os principais desafios para a consolidação dos programas de residências no país.

HISTÓRICO: ORIGEM E CONCEPÇÃO DO PROGRAMA

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) foi criado em 2005, a partir do desafio colocado pela necessidade de se aprimorar a gestão da Atenção Básica (AB) no município do Rio de Janeiro para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família (PSF) - como denominado à época - em centros metropolitanos. O PSF tinha pouco acúmulo de experiências em áreas urbanas, localidades com alta vulnerabilidade ou em regiões com enfrentamento de violência social. A experiência do PSF se configurava exitosa em regiões rurais e em cidades de pequeno porte.

Em 2005 a cobertura da Saúde da Família (SF) no município do Rio de Janeiro era de 3,29%, uma das mais baixas do Brasil, e havia necessidade de se promover processos de educação permanente que qualificassem as equipes de saúde (BRASIL, 2005).

Por esta razão, no ano de 2003, integrantes do Grupo de Apoio Técnico (GAT) da Área de Planejamento 3.1³ propuseram uma parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz) para o desenvolvimento de uma residência que considerasse a realidade local e promovesse a qualificação da rede municipal por meio da educação permanente.

Nesse momento estava sendo desenvolvida uma reestruturação programática e pedagógica na ENSP/Fiocruz que almejava desenvolver programas de formação para o Sistema Único de Saúde (SUS), baseados em competências. Tal reestruturação tinha como proposta metodológica a construção de perfis de competência curricular por meio do diálogo com os atores da prática. Como estratégia, buscava conhecer a prática do PSF na cidade do Rio de Janeiro. Foi o primeiro curso da ENSP/Fiocruz a ser desenvolvido segundo a metodologia de construção curricular baseada em competência, no âmbito da reforma curricular que a instituição desenvolvia (ENSP, 2005).

A metodologia aplicada mobilizou trabalhadores do PSF para participar de um ciclo de oficinas objetivando identificar as competências (atributos, habilidades e atitudes) necessárias ao profissional da SF em núcleos urbanos. Foi realizado um processo que envolvia a escuta das equipes de SF do município e a descrição das ações realizadas, em mapas da semana-padrão, de todos os profissionais. Estes registravam todas as atividades que desempenhavam, como as realizavam, que necessidades de aprendizagem eram mobilizadas e quais eram os acidentes críticos que tinham sido significativos e haviam qualificado o seu fazer profissional.

Após a sistematização dos dados coletados foi realizada a construção de uma proposta curricular para o programa. A partir desta etapa foram identificadas outras categorias profissionais, além daquelas consideradas como equipe mínima (médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde), que seriam necessárias para qualificar o cuidado na Atenção Primária à Saúde (APS) do Rio de Janeiro. Psicologia, serviço social e nutrição foram apontadas como profissões que poderiam oferecer apoio técnico às equipes do PSF e foram incorporadas (ENSP, 2005). A figura 1, abaixo, exhibe as concepções que orientam a constituição do programa como estratégia de formação para o SUS.

³ O Rio de Janeiro, frente à necessidade de elaboração de ações de planejamento e gestão, divide o território municipal em cinco áreas de planejamento (AP1, AP2, AP3, AP4 e AP5). Estas áreas de planejamento dividem-se em 33 regiões administrativas que, por sua vez, são compostas pelo agrupamento de 160 bairros.

Figura 1: A formação para o SUS



Fonte: Elaboração dos autores

Em 2005, o PRMSF se iniciou, oferecendo 21 vagas: 5 para enfermeiros, 5 para médicos, 5 para cirurgiões-dentistas, 4 para nutricionistas, 4 para psicólogos e 3 para assistentes sociais. Destaca-se que neste período ainda não existiam os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁴, implantados em 24 de janeiro de 2008 mediante a Portaria GM nº 154/MS. Portanto, pode-se identificar que o programa teve a iniciativa de formar para o matriciamento e o apoio em um período prévio ao NASF.

O programa nasceu como um curso de especialização nos moldes da residência. A especialização equivale a um curso com 360 horas. No entanto, os residentes faziam - e fazem até os dias atuais - 5.760 horas de formação e a certificação deveria considerar esta especificidade. A residência é uma formação longa e complexa envolvendo formação teórica e prática. Trata-se de uma modalidade de pós-graduação lato sensu caracterizada pela formação em serviço, supervisionada por profissionais capacitados (preceptores e tutores), em regime de dedicação exclusiva e funciona em instituições de saúde (BRASIL, 2006).

Foram necessários dez anos de muito esforço dos atores atuantes na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) para

⁴ Em 2017 o NASF foi renomeado como Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), com algumas mudanças em suas funções que serão abordadas mais adiante. Neste capítulo será utilizada a sigla original.

vencer este grande desafio: a obtenção do marco legal para certificar como residência e não como especialização, o que só se viabilizou com a publicação da Resolução CNRMS nº 7 de 13 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014c).

MARCO LEGAL DAS RESIDÊNCIAS EM ÁREA PROFISSIONAL DA SAÚDE

Desde 1988 a Constituição Federal estabeleceu, no artigo 200, que é competência do SUS ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Nesses últimos 30 anos, no entanto, a diplomação dos profissionais que cursam as residências ainda é atribuição do Ministério da Educação (MEC) e o papel do SUS na certificação permanece não formalizado.

A princípio, a residência ocupava-se apenas da formação de médicos. No Brasil, a residência médica foi instituída pelo Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 (BRASIL, 1977). Com o aumento da preocupação em relação ao trabalho interdisciplinar, tornou-se multiprofissional, passando a incorporar outras categorias profissionais.

Pederneiras *et al* (1984, *apud* RAMOS *et al*, 2006), registram o início da multiprofissionalidade:

(...) a multiprofissionalidade na residência surgiu a partir do Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública (PAR-MP/MS/SP), criado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), em 1979. O programa aproveitou o Treinamento Avançado em Serviço (TAS), uma experiência da ENSP/Fiocruz que vinha se desenvolvendo com clientela multiprofissional desde 1977 (p. 381).

Vale citar que a ENSP/Fiocruz ofereceu, no período de 1979 até 1994, um processo formativo multiprofissional e integrado que atendia a dois propósitos: no caso dos médicos, tratava-se da residência em Medicina Preventiva e Social. Para os chamados “não médicos” - enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos era ofertado um Curso de Especialização em Saúde Pública nos moldes da residência. A partir de 1994 a ENSP/Fiocruz deixou de oferecer essa formação - ao mesmo tempo residência e especialização - em consequência do pouco

incentivo financeiro. A instituição financiadora era o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), cuja extinção, em 1993, levou ao cancelamento dos repasses.

Além disso, nessa mesma época a ENSP buscava ampliar a qualificação de seus docentes para a formação *stricto sensu*, o que reduziu o número de docentes disponíveis para os cursos *lato sensu*. Apenas em 2005, com o início do PRMSF, a ENSP voltou a oferecer uma residência.

A Residência em Área Profissional da Saúde só foi regulamentada pela Lei Federal nº 11.129, de 30 de junho de 2005 (BRASIL, 2005), que previa regime de dedicação exclusiva e tinha como objetivos: qualificar jovens profissionais para inserção no SUS; promover a cooperação intersetorial, pela responsabilidade conjunta dos setores da educação e saúde; estabelecer estratégias para o provimento e auxiliar a fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades em regiões prioritárias para o SUS.

A partir da regulamentação da Residência em Área Profissional da Saúde intensificou-se o movimento dos segmentos envolvidos – residentes, preceptores, tutores e coordenadores de programa – para estabelecer os marcos pedagógicos, políticos e conceituais que iriam qualificar esta estratégia inovadora de formação para o SUS.

Em 2007 foi sancionada a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45 de 12 de janeiro (BRASIL, 2007), que instituiu a CNRMS, definiu sua composição e estabeleceu as diretrizes para os programas. Esta portaria foi escrita de forma participativa, em decorrência de deliberações da plenária do II Seminário Nacional de Residência, ocorrido em agosto de 2006, durante o encontro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) no Rio de Janeiro.

Em 2009 essa portaria foi revogada e substituída pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1077 de 12 de novembro (BRASIL, 2009), que excluiu da composição da CNRMS a representação de coordenadores, residentes, preceptores e tutores. A revogação da portaria nº 45/2007 desencadeou forte debate nos segmentos sociais como reação à arbitrariedade da medida.

A regulamentação das residências e a criação da CNRMS foram acompanhadas por intensas discussões, promovidas pelos diferentes segmentos, com o intuito de produzir reflexões e construir consensos sobre o que se

desejava para os programas. Muitos atores sociais participaram intensamente do movimento pelas Residências em Área Profissional da Saúde. Vale destacar o papel da Rede Unida, entidade científica da sociedade civil, ao integrar fóruns e outros coletivos, estruturar agendas para atuação, propor políticas e abrigar, em seus congressos, vários dos Encontros Nacionais de Residência, realizados a partir de 2012 (AMARAL, CECCIM, 2018).

Os temas em debate eram os seguintes: estratégias para a construção da multidisciplinaridade fundamentada na integralidade; estabelecimento de diretrizes nacionais para os cursos; composição da CNRMS e criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SNRMS), cuja função seria a de registrar informações sobre as instituições e os profissionais residentes, permitindo a gestão de todo o sistema.

Por quase três anos a CNRMS não pôde se constituir pelas dificuldades legais em inserir os segmentos que haviam sido excluídos da participação dos fóruns pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 1077. A plenária da CNRMS foi recomposta pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 34, de 10 de abril de 2014 (BRASIL, 2014b) e os coordenadores e residentes foram incorporados, faltando apenas a inclusão dos preceptores/tutores no arcabouço legal. Estes segmentos foram novamente inseridos pela Portaria Interministerial MEC/MS nº 16, de 22 de dezembro de 2014 (BRASIL, 2014c). Com uma nova CNRMS, várias discussões, oriundas de seminários nacionais, encontros e cartas abertas foram, então, incorporadas na formulação de uma proposta de Política Nacional para as Residências em Área Profissional da Saúde, ainda em construção. O desenvolvimento da Política tem sido objeto frequente dos Fóruns de coordenadores, preceptores/tutores e residentes.

Finalmente, com a publicação da Resolução CNRMS nº 7 de 13 de novembro de 2014 (BRASIL, 2014c), que regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas foi possível a validação do certificado de conclusão como residência e não somente como especialização nos moldes da residência.

Quadro 1: Principais normativas da Residência em Área Profissional da Saúde

Normativa	Teor - elementos principais
Lei Federal nº 11.129, de 30/06/2005	Instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e cria a CNRMS.
Portaria Interministerial MEC/MS nº 45 de 12/01/2007 revogada	Definiu a composição da CNRMS e estabeleceu as diretrizes para o credenciamento de Programas de Residência em Saúde.
Portaria Interministerial MEC/MS nº 1077 de 12/11/2009	Revogou a Portaria 45/2007 e esvaziou a representação social ao excluir os fóruns do corpo docente-assistencial e discente. Permanece em vigor, com alterações.
Portaria Interministerial MEC/MS nº 34, de 10 de abril de 2014	Formalizou a nomeação de membros da CNRMS, incluindo os representantes de coordenadores e residentes.
Resolução CNRMS nº 7 de 13 de novembro de 2014	Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas e possibilita a emissão certificado de conclusão como residência.
Portaria Interministerial MEC/MS nº 16, de 22 de dezembro de 2014	Alterou a 1077/2009 e incluiu novamente os segmentos de preceptores/tutores.

Fonte: Elaboração das autoras.

EXPERIÊNCIA DE UM PERCURSO

Desde o seu início a residência enfrentou diversos desafios e, também, obteve muitos avanços. Os princípios orientadores constantes do Projeto Político Pedagógico (PPP) elaborado em 2005 foram mantidos: integração formação-trabalho; processo ensino-aprendizagem centrado no aluno; problematização da realidade; unidades de aprendizagem que visam promover competências profissionais; avaliação e certificação baseadas em desempenhos profissionais atitudinais, cognitivos e motores.

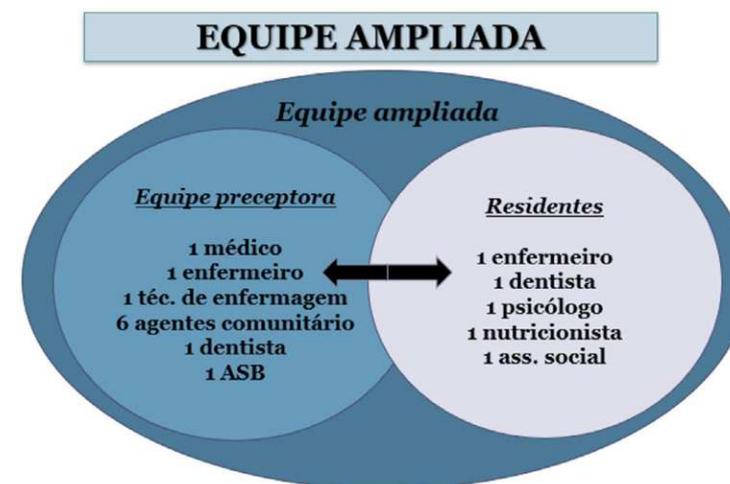
Nos dias atuais o programa continua a amadurecer e a se transformar, de acordo com os contextos e exigências que se apresentam e, embora a evolução da residência seja um contínuo, é possível identificar períodos em que determinadas questões predominaram. Estas questões serão realçadas a seguir, independentemente de seu caráter - político, pedagógico, técnico ou administrativo.

No período de criação do PRMSF, após a construção do currículo por competência e o desenho das cinco Unidades de Aprendizagem⁵, a coordenação do programa buscou organizar a equipe docente, os preceptores e o apoio pedagógico para o desenvolvimento da formação multiprofissional, interdisciplinar e visando à integralidade.

Priorizou-se dividir o conjunto dos residentes em equipes multiprofissionais que fossem compostas por diferentes categorias. Cada equipe de residente integraria uma equipe preceptora que passaria a ser considerada uma equipe ampliada. Na equipe preceptora um dos profissionais assumiria a responsabilidade pela preceptoria, desenvolvendo o papel de docente facilitador do processo de aprendizagem. Este ator foi chamado de preceptor de equipe e tinha como competência promover a escuta atenta às problematizações trazidas da reflexão dos cenários de prática.

A escolha de ampliar a composição da equipe preceptora com mais uma equipe de residentes decorre de uma posição em defesa do lugar de formação e qualificação do residente e do papel da equipe preceptora nesta relação. Os residentes ficariam os dois anos de formação nesta mesma equipe e circulariam pelas linhas de cuidado da rede de atenção, em um percurso orientado pelas necessidades dos usuários.

Figura 2: Composição da equipe ampliada



Fonte: Elaboração das autoras

⁵ Para saber mais sobre o modelo político-pedagógico veja o capítulo 3: "A transformação em processo: o modelo político-pedagógico".

Desde a primeira oferta do programa, reconheceu-se a necessidade de qualificar os preceptores do ponto de vista pedagógico e foram desenvolvidos cursos de formação pedagógica com este propósito. Esta formação se configurou como uma estratégia potente de qualificação de pessoal e conformação de unidades preceptoras na rede municipal, assim como possibilitou o desenvolvimento de um processo de educação permanente nas unidades de saúde. Posteriormente, vários destes preceptores buscaram aprimorar sua qualificação buscando cursos de *stricto sensu* (mestrado e doutorado).

Nessa época, a Saúde da Família no Rio de Janeiro apresentava cobertura bastante reduzida. As unidades de cuidado eram precárias quanto à infraestrutura, pois muitas unidades de saúde funcionavam em “casinhas alugadas”, isto é, construções até então utilizadas como domicílios.

Um diferencial desta estratégia pedagógica, que visava qualificar a rede no município do Rio de Janeiro juntamente com a formação dos residentes, foi afirmar que os residentes faziam parte desta construção. Eles deveriam ser “cri-cri”, como carinhosamente designados. Mas, em vez do significado pejorativo que esta expressão popular tem, no âmbito da residência “cri-cri” significa ser crítico e criativo nas intervenções. Em vez de se “apontar o dedo para alguém”, a responsabilidade na busca por soluções para cada dificuldade identificada seria de todos.

A seguir, serão apresentados os aspectos mais relevantes das várias fases do programa.

• Período 2005 - 2007:

Esta fase foi marcada pela consolidação da proposta. Foi com grande empenho que se buscou esclarecer, não apenas os residentes, mas também os profissionais da rede de atenção e da ENSP acerca dos aspectos conceituais e pedagógicos do programa. Foi fundamental a ampliação do número de docentes participantes, com a inclusão de orientadores oriundos de vários departamentos da ENSP. As questões centrais diziam respeito ao perfil do profissional que se desejava formar, quais cenários de aprendizagem seriam mais adequados e quais estratégias de incorporação dos preceitos do programa ao processo de trabalho seriam utilizados.

Outro ponto importante foi a discussão sobre como desenvolver a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade. Este debate exigia criatividade e estratégias pedagógicas necessárias ao trabalho em equipe e à cooperação na prática da SF. O Diário Reflexivo (DR)⁶ afirmou-se como instrumento de avaliação do processo de formação e instituiu-se a orientação coletiva facilitada pelos docentes-orientadores. Estas aconteciam em reuniões semanais, em pequenos grupos, com a equipe de residentes de um determinado cenário de prática. Nestas reuniões os docentes davam retorno sobre o que haviam lido nos diários reflexivos e discutiam os desempenhos realizados nos cenários de prática. As unidades de saúde escolhidas como cenários de prática faziam parte da Área de Planejamento (AP) 3.1. O GAT, equipe multiprofissional dessa área, realizava a preceptoria dos residentes das categorias de nutrição, psicologia e serviço social, profissões que não compunham a chamada “equipe mínima” (médicos e enfermeiros) nem da saúde bucal (odontólogos).

Nesse período, a estrutura da residência se organizou em uma perspectiva colegiada e participativa. A cada quinze dias realizava-se uma reunião com todos os atores do programa incluindo os residentes. Esta estrutura colegiada seria o embrião da atual Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde (COREMU)⁷ do programa. Logo no segundo ano de oferta do processo formativo foram incorporadas duas novas APs, situadas na zona oeste da cidade (AP 5.1 e AP 5.3).

Nesta fase foi iniciada uma atividade que se institucionalizou na ENSP, sempre na primeira semana de maio: o *Ciclo de Debates: Conversando sobre a Estratégia Saúde da Família*. Compreendia duas semanas de debates com a presença de atores importantes que pudessem dialogar sobre o andamento da política de saúde, da educação, conceitos, práticas e saberes estruturantes. Privilegiavam-se temas que pudessem trazer contribuições relevantes para as inovações necessárias ao desenvolvimento da ESF nos municípios do Brasil e, especialmente, no município do Rio de Janeiro.

⁶ Para saber mais sobre as abordagens pedagógicas do PRMSF veja o capítulo 3: “A transformação em processo: o modelo político-pedagógico”.

⁷ Para saber mais sobre espaços colegiados de gestão do Programa veja o capítulo 5: “Construção compartilhada e gestão dos processos formativos na residência multiprofissional em saúde da família”.

Figura 3: Cartazes dos Ciclos de Debates



Fonte: Elaboração dos autores

• Período 2007 - 2009:

Este período caracterizou-se pela percepção de que, para construir uma proposta curricular baseada em competência profissional, era preciso que esta fosse desenvolvida pedagogicamente por todos os atores do processo de ensinar e aprender. Principalmente, vislumbrou-se como necessário o desenvolvimento de ferramentas pedagógicas que, além das estratégias formativas, possibilitassem monitorar e avaliar os desempenhos dos alunos na articulação entre teoria e prática. Monitorar e avaliar os desempenhos exigia a análise em ato das ações desenvolvidas e das atitudes. Iniciou-se, de forma sistemática, um esforço para analisar e aperfeiçoar o sistema de avaliação, que atravessa o programa até os dias atuais.

O sistema de avaliação desenvolvido objetivava analisar processo, produto e resultados e, especialmente, monitorar todos os atores buscando a melhoria de qualidade de suas práticas de cuidado. Assim, o sistema compreendeu a identificação dos objetivos (articulação teoria e prática; cenário de aprendizagem; desempenho docente, da preceptoria e dos discentes), além da estruturação de

instrumentos para o seu monitoramento, definição de responsabilidades e prazos para os componentes do processo pedagógico.

A relação de parceria com os residentes foi uma potência que possibilitou formar Grupos de Trabalho (GTs) para o desenvolvimento da gestão colegiada e implementação das inovações de forma compartilhada, como ilustra um trecho do Relatório da Oficina de Avaliação da Residência, de 2007.

Todos os atores devem compreender a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/Fiocruz, estabelecendo um pacto pela mudança que sempre virá pautada pela proposta desenvolvida outrora. Cada um desses deve não só reconhecer-se nesse lugar, mas possibilitar a gestão de uma rede que favoreça a formação em serviço de todos os envolvidos, contextualizando uma relação de ensino-aprendizagem em que os papéis sejam alternados, ora somos educandos, ora somos educadores. Atuar politicamente para o fortalecimento da proposta da formação da Residência Multiprofissional em Saúde (PRMSF, 2007: 8).

• Período 2009 - 2011:

Em 2009 o programa recebeu a visita de integrantes da CNRMS, que o avaliaram e credenciaram como residência, embora a mudança da certificação de especialização para residência só fosse acontecer em 2014.

Neste período, o processo de consolidação da residência, tanto na ENSP quanto na gestão do município do Rio de Janeiro, já se encontrava mais avançado. Contudo, a materialização da rede de atenção como cenário de prática potente para a formação da equipe multiprofissional da residência continuava em processo de construção. Com as eleições municipais em 2009, a mudança na gestão da prefeitura do Rio de Janeiro procedeu à uma reestruturação com vistas à ampliação do escopo da Atenção Primária. Envolveu aumento do número de equipes de saúde da família, ênfase na medicina de família e comunidade (MFC), melhoria da qualidade da ambiência das unidades da ESF (chamadas de Clínicas da Família) e a contratação dos trabalhadores por meio de Organizações Sociais de Saúde (OSS), medida esta que gerou dúvidas e questionamentos pela instabilidade nos vínculos contratuais. No entanto, foi um momento de reestruturação que possibilitou o aumento da cobertura da ESF no município e a qualificação dos

seus trabalhadores por meio de processos de educação permanente, além da publicação de carteiras de serviços, que detalharam a oferta ampliada de cuidado.

A própria Fiocruz se mobilizou para assumir sua parcela de responsabilidade sobre a situação sanitária do bairro de Manguinhos. A fundação de apoio ligada à Fiocruz - FIOTEC - se habilitou como uma OSS para realizar as contratações de serviços e dar continuidade à prestação da assistência à população que, historicamente, era atendida por uma Unidade Básica de Saúde (UBS), o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/Fiocruz.

Em 2009, um projeto intitulado TEIAS-ESCOLA Manguinhos (Território Integrado de Atenção à Saúde de Manguinhos) foi desenvolvido com o objetivo de ampliar a rede de APS, articulado com atividades de pesquisa e ensino no território (CARVALHO, 2012). No âmbito do TEIAS foi oferecido um Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade para egressos do curso de medicina. O PRMSF, que já contava com 5 anos de existência, buscou integrar o currículo e a programação, sem grande êxito. A dificuldade de integração se deveu ao fato de que a residência multiprofissional exigia um percentual maior de carga horária teórica, comparativamente à médica.

Neste período, houve polêmica quanto às OSS, como mencionado acima. Além disso, eram evidentes as diferenças de modelo entre as UBS e as CF, visto que estas últimas possuíam estrutura física e de governança bastante diferenciada. As CF tinham equipes de saúde da família, eram coordenadas por diferentes OSS e monitoradas por avaliação de desempenho pelas estruturas da Secretaria Municipal de Saúde, presentes nas Coordenadorias das Áreas de Planejamento (CAPs), que foram organizadas para tal.

Fato importante foi a inclusão do estágio optativo⁸ como ferramenta pedagógica, depois de intenso debate entre residentes, preceptores, docentes/tutores e coordenação. A discussão se deveu à necessidade de eleição de um único mês do ano para a realização do estágio, de forma coletiva e concomitante, para

⁸ O Estágio Optativo é uma atividade educacional facultativa aos residentes do segundo ano da Residência. O programa definiu o mês de setembro entre uma unidade de aprendizagem e outra para a realização do Estágio. Este tem como objetivo atender às necessidades de aprendizagem dos residentes em alguma temática considerada importante para sua formação. Os residentes têm ampla liberdade de escolha e organização do Estágio Optativo desde que suas opções mostrem relevância em relação aos pressupostos curriculares do programa de residência, previamente discutidos com o preceptor e o docente orientador. O Estágio Optativo visa proporcionar oportunidades aos residentes de participarem ativamente da construção curricular, escolhendo e definindo áreas de interesse, de fragilidade e de aprofundamento do seu conhecimento e desenvolvimento dos diversos recursos (cognitivos, psicomotores e afetivos).

todos os residentes. Desse modo, garantiu-se a multiprofissionalidade, visto que as equipes não seriam desfalcadas pela saída de residentes em momentos diferentes.

• Período 2011 - 2013:

Organizou-se um processo de sistematização da avaliação que envolvia conceituar, estabelecer dimensões e indicadores para construir instrumentos de avaliação, para cada componente do programa: residentes, preceptores, docentes, coordenadores; unidades de aprendizagem e cenários de prática. Os resultados serviram para qualificar o PPP e o manual do residente e serão apresentados abaixo.

- Unidades de aprendizagem: (1) Maior flexibilidade na liberação de residentes para participar em eventos que auxiliassem a formação para o SUS. (2) Maior diversidade nos temas dos trabalhos finais das unidades de aprendizagem, de forma a acompanhar o cotidiano das equipes de saúde da família. (3) No primeiro ano da residência, fortalecer o trabalho multiprofissional e interprofissional, com a prática dos residentes na equipe mínima. No segundo ano, aprofundar a prática do matriciamento, ampliando a atuação em mais de uma equipe (mesmo não havendo NASF na clínica de atuação).

- Relação preceptoria-supervisão: No ano de 2011 foram instalados os primeiros NASF no município do Rio de Janeiro, em conformidade com a Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008 (Brasil, 2008). A implantação das equipes NASF apresentou forte sinergia com a proposta multiprofissional do programa, possibilitando uma incorporação ainda mais efetiva dos residentes cujas profissões não compunham a equipe mínima ou a saúde bucal. Entretanto, nem sempre foi possível alocar equipes de residentes nos cenários de prática com equipes NASF, tendo em vista a escassez deste dispositivo nas unidades. Assim, algumas das principais demandas do programa relacionaram-se à: (1) Recuperar a supervisão mensal por categoria profissional, no segundo ano, com a presença de um ou mais profissionais da área, como um espaço potencial de troca de saberes e fortalecimento da atuação, uma vez que o GAT foi desarticulado. (2) Reforçar a importância de haver um espaço fixo de encontro entre preceptor e residente. (3) Refinar a definição dos papéis de preceptor, docente/tutor, residente e difundir esse conhecimento.

- Cenários de aprendizagem: (1) Favorecer o contato com a dinâmica do NASE, independentemente de haver a prática de matriciamento instaurada na clínica. (2) Privilegiar campos de prática que tenham ex-residentes (como preceptor, gestor ou outra função), uma vez que esta condição auxilia na definição de papéis e atuação.

- Docência-orientação: (1) No primeiro ano da residência, as orientações privilegiarem o foco no território e DR e, no segundo ano, o desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). (2) Explicitar orientações para o desenvolvimento do TCR (prazos recomendados, submissão ao comitê de ética, fases de elaboração individual e coletiva). (3) Maior articulação entre docente e equipe preceptora, principalmente no que se refere ao papel do residente e do preceptor no território e quanto às demandas teóricas do programa.

- No ano de 2012 o monitoramento e a avaliação do programa adquiriram um caráter mais processual, possibilitando a construção de um sistema de avaliação mais robusto e composto por instrumentos específicos: (1) Avaliação dos cenários de prática ao final do ano, conduzida de forma coletiva por discentes, preceptores, docentes/tutores e coordenação. (2) Avaliação dos discentes: frequência individual às aulas e cenário de prática, apresentação do diário reflexivo, atividades pedagógicas específicas por cada unidade de aprendizagem, avaliação mensal do discente. (3) Avaliação bimensal docente-orientador. (4) Avaliação mensal do preceptor. (5) Conselho de classe a cada seis meses. (6) O Trabalho de Conclusão de Curso passou a ser chamado de Trabalho de Conclusão da Residência (TCR), demarcando a diferenciação da residência dos demais cursos *lato sensu*⁹.

O TCR deve ser um trabalho acadêmico desenvolvido por uma equipe de residentes no qual o objeto de investigação ou intervenção, a metodologia e a fundamentação teórica são construídas coletivamente pela equipe multiprofissional. A análise e os resultados são descritos de forma individual e com títulos específicos dentro de um mesmo documento - cumprindo a exigência do MEC (Brasil, 2007). Dessa forma, o programa mantém a formação da equipe interdisciplinar e interprofissional até o final da programação. Os temas expressam os conhecimentos sobre um tema específico de saúde pública, refletem o aprendizado prático obtido na vivência junto aos serviços e apresentam as ideias de forma consistente e lógica¹⁰.

⁹ Ao final do capítulo estão anexados os instrumentos de avaliação produzidos e que até hoje são aprimorados, nas oficinas de qualificação dos preceptores.

¹⁰ Para saber mais sobre o TCR veja o capítulo 4: “Ferramentas pedagógicas no processo formativo na residência multiprofissional em saúde da família”.

As Oficinas NASF passaram a fazer parte de uma atividade programada mensalmente, com a perspectiva de discutir a prática do matriciamento entre os residentes do primeiro ano (R1) e do segundo (R2), preceptores de categoria, docentes e coordenação. As oficinas tinham o objetivo de refletir sobre as competências do NASF em termos teóricos, mas também de construir propostas práticas a serem inseridas na estruturação do programa.

• Período 2013 - 2015:

Como já citado, em 2014 deu-se um importante passo para a institucionalização plena das residências multiprofissionais, com a formalização da certificação como residência e não mais “nos moldes da residência”. Vencidas as etapas administrativas e regulatórias, a ENSP pôde fornecer os novos certificados com a chancela do MEC a partir da publicação da portaria interministerial MEC/MS nº 51 de 8 de setembro de 2015. Esta dispôs sobre a convalidação de certificados dos egressos dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional, com turmas iniciadas anteriormente a 30 de junho de 2005. Os certificados dos egressos do PRMSF foram convalidados retroativamente, visto que todos os requerimentos de habilitação da residência foram atendidos desde a primeira turma, iniciada em 2005.

O caráter colegiado do programa foi se consolidando e, juntamente com os aprendentes, foi elaborado um Manual dos Residentes, que objetiva ser um instrumento de informação e comunicação, tendo em vista o ingresso das novas turmas.

Em 2015, a proximidade da chegada do aniversário de 10 anos da residência estimulou a análise crítica do vivido e foi estruturada uma pesquisa denominada “Análise dos perfis de competências da atenção básica: caso do município do Rio de Janeiro” (PRMSF, 2015), que subsidiou a reformulação das competências de cada categoria no PPP.

Neste momento, encontrava-se em tramitação junto ao Núcleo Estadual no Rio de Janeiro (NERJ) do Ministério da Saúde um processo para o aumento de vagas da residência. O objetivo era ampliar a oferta de vagas para as profissões já existentes, além de incluir 2 novas categorias, farmácia e educação física, com o objetivo de ampliar o espectro da formação para o SUS. As vagas foram aumentadas de 21 para 35 e distribuídas na seguinte forma: 5 para enfermagem,

5 para odontologia, 5 para o assistente social, 5 para nutrição, 5 para psicologia, 5 para farmacêutico e 05 para profissional de educação física. Assim, seriam criadas 5 equipes completas com todas as categorias profissionais.

• **Período 2015 - 2017:**

No ano de 2016 as categorias solicitadas no ano anterior foram incorporadas efetivamente nas equipes. Essa inclusão só foi possível com a ampliação da capacidade preceptora destas categorias, por meio da expansão da rede de farmácias e da academia carioca nas Clínicas da Família. Ao mesmo tempo que se ampliava a oferta de categorias na residência, também se ampliava a complexidade nas escolhas dos cenários de prática. A coordenação do programa promoveu adequações no instrumento de avaliação dos futuros cenários com a inclusão da análise da farmácia, da academia carioca e dos seus profissionais. Identificar equipes preceptoras que oferecessem bons cenários de aprendizagem para as 7 categorias passou a ser um dos objetivos e desafios deste processo.

No entanto, esses desafios foram muito importantes para revigorar a capacidade de realizar processos promotores da saúde na residência. A chegada do profissional de educação física oxigenou a prática de outras categorias do programa e possibilitou pensar em estratégias de educação e saúde estimuladas pelas atividades físicas. No caso da farmácia, a inclusão possibilitou pensar para além das dispensações da medicação. Permitiu analisar, especialmente, a gestão da autonomia no uso da medicação por parte do usuário.

Desde este período a residência passou a integrar uma pesquisa que discutia a Gestão Autônoma da Medicação (GAM)¹¹, para sua utilização no âmbito da APS, juntamente com pesquisadores da Universidade Federal Fluminense (UFF). A partir deste momento diferentes residentes começaram a fazer parte dessa estratégia, que passou a vigorar no planejamento das UA como oferta de atividade pedagógica opcional.

A proposta de continuidade das Oficinas NASF foi desativada, uma vez que o PPP já havia incorporado, de modo satisfatório, todos os seus propósitos pedagógicos.

¹¹ A estratégia GAM é uma metodologia e uma ferramenta que consiste em um Guia, um material escrito, encadernado, o Guia da Gestão Autônoma da Medicação (adiante Guia GAM2). O Guia é composto por seis passos, cada passo tem um tema específico que vai desde a apresentação pessoal até informações sobre os medicamentos psiquiátricos mais comumente usados em psiquiatria. O Guia GAM e sua metodologia foram produzidos no movimento da Gestão Autônoma da Medicação (GAM) no Quebec (Canadá) no início dos anos 90.

Foi proposta, então, a Oficina de Educação Permanente, com o mesmo formato de integração entre R1, R2 e a equipe pedagógica. Os temas a serem debatidos passaram a ser elencados de acordo com as necessidades de aprendizagem.

• **Período 2017-2019:**

Como consequência das mudanças advindas da inclusão de categorias profissionais e da análise do perfil de competências foi necessário atualizar o PPP. O Regimento também foi reformulado e a Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU)¹² passou a abarcar um novo programa em Saúde do Trabalhador desenvolvido na ENSP.

Com a consolidação do PRMSF no município do Rio de Janeiro foi possível estruturar ações de interiorização para outro município localizado na região metropolitana do estado do Rio de Janeiro. A cidade de Mesquita passou a ser cenário de formação para um conjunto de 7 residentes (processo explicado na Apresentação deste livro) a partir de 2019.

CONTEXTO DA ESF NO PAÍS E NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: O IMPACTO SOBRE A FORMAÇÃO E A ATENÇÃO EM SAÚDE

Apesar dos avanços conquistados no Brasil e, em especial, no município do Rio de Janeiro, a atenção à saúde vem apresentando fragilidades que criam um grande hiato entre o direito constitucional à saúde – garantido em Constituição - e a capacidade do setor de oferecer serviços que atendam aos anseios da sociedade.

O subfinanciamento do SUS é um problema de difícil solução e afeta o processo formativo. Por sua vez, a qualificação do modelo de formação profissional para a saúde contribui para garantir os avanços balizados pelos princípios do SUS. Programas como o PRMSF se configuram como uma estratégia de resistência a um processo ora em curso, de desmonte de um projeto inclusivo e democrático.

Em 2016 foi promulgada a Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro (BRASIL, 2016), que limita o gasto público por 20 anos e cujo impacto negativo se faz sentir profundamente na saúde, do nível federal ao municipal. Calcula-se uma perda de R\$ 9,5 bilhões para o SUS, apenas em 2019, mesmo considerando-se o

¹² Para saber mais sobre os espaços colegiados de gestão do programa veja o capítulo 5: “Construção compartilhada e cogestão dos processos formativos na residência multiprofissional em saúde da família”.

cenário de piora de indicadores, como a mortalidade infantil, e a baixa capacidade de os entes subnacionais financiarem serviços de saúde (MORETTI, 2018).

A revisão da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2017 deteriorou o caráter abrangente que vinha sido dado à SF. Em uma de suas medidas mais danosas flexibilizou o quantitativo de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e possibilitou que estes cobrissem 100% da população em maior risco e vulnerabilidade, em vez de 100% da população da equipe de SF, como originalmente. Os NASF passaram a se chamar Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e, assim como as Equipes de Saúde Bucal, passaram a desempenhar suas atividades também em unidades básicas tradicionais. Ao fim e ao cabo, a “nova” PNAB favorece a AB tradicional e ambulatorial em prejuízo da SF.

No fim de 2019 o MS publicou a Portaria nº 2.979, de 12 de novembro (BRASIL, 2019), que instituiu o novo modelo de financiamento de custeio da APS, denominado Programa Previne Brasil. Este modifica a base de cálculo dos repasses de recursos federais aos municípios passando a contabilizar apenas o número de usuários cadastrados nas equipes de saúde e o desempenho das unidades com base em indicadores previamente definidos. Além de contrariar a concepção universalista e solidária do sistema ao instaurar um viés de seletividade, esta normativa extinguiu a única transferência governamental em saúde de base populacional e que podia ser aplicada com autonomia, o que significa um risco para a sustentabilidade financeira do SUS nos municípios. Segundo estudiosos do tema, o pagamento por desempenho poderá acarretar redução dos repasses federais, tanto por dificuldades no cumprimento dos critérios como por dificuldade de prestar as informações (NEVES, MACHADO, 2019).

Em 28/01/2020 a Secretaria de Atenção Primária em Saúde (SAPS/MS) publicou a nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS (BRASIL, 2020), que virtualmente extermina os já dilapidados NASF-AB, cuja base de incentivo federal já havia sido revogada pelo Programa Previne Brasil. A partir da vigência dessa nota técnica, o credenciamento de NASF-AB foi encerrado. A composição das equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipes NASF-AB e o gestor municipal passa a ter autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo as profissões componentes, sua carga horária e os arranjos de equipe. Em outras palavras, faculta ao ente subnacional a sua extinção.

Essas mudanças trazem duras consequências para a situação da saúde na cidade do Rio de Janeiro, que desde 2017 atravessa crise orçamentária severa, com forte impacto sobre a política de saúde, sobretudo para as unidades de SF. Em 2017 o corte no orçamento anunciado pela pasta da saúde foi de R\$ 560 milhões.

Os repasses para as OSS, que gerenciam estas unidades, foram interrompidos no segundo semestre de 2017 (MEDEIROS, 2017), gerando atrasos salariais e debilidade na oferta do cuidado para a população. Nesse mesmo ano iniciaram-se várias ações de mobilização e greve de trabalhadores da SF organizados pelo movimento “Nenhum Serviço de Saúde a Menos” que perduram, de maneira intermitente, até o momento atual (início de 2020). Em 2018 a gestão municipal anunciou o corte de profissionais e a redução de equipes, com a extinção de cerca de 1.400 postos de trabalho oriundos de 184 equipes de SF e 55 equipes de Saúde Bucal (MELO et al, 2019).

Ainda no segundo semestre de 2018, quinze profissionais do NASF foram desligados e duas equipes completas foram extintas. Os dois territórios de abrangência ficaram descobertos do apoio do NASF. As outras equipes perderam alguns profissionais, principalmente nutricionistas (SAPORITO, 2020). Em dezembro de 2019 a Defensoria e o Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro ajuizaram uma ação civil pública denunciando o prefeito pelo desvio de 1,5 bilhão da saúde nos anos de 2017-2019, o triplo do montante anunciado em 2017. Até o momento, o cenário de precarização do serviço, atrasos salariais e demissões permanece.

DESAFIOS ENFRENTADOS PELO PROGRAMA

O cenário descrito se soma à violência urbana enfrentada pelo município que afeta, sobretudo, as áreas de população mais empobrecida, e onde se concentra a maioria das unidades de Saúde da Família. As violências são de naturezas variadas: institucional, do crime, policial, doméstica, de gênero, dentre outras. Do ponto de vista da organização dos serviços, a violência armada, relacionada ao crime organizado e à ação policial é a que mais traz empecilhos ao desenvolvimento das ações.

Os confrontos entre facções criminosas ou entre estas e policiais podem determinar o fechamento temporário ou definitivo de uma unidade, além de ter

efeito desastroso sobre a rotina de atendimentos ou de visitas domiciliares. Além disso, tem efeitos deletérios sobre a saúde mental e física dos trabalhadores e contribui para a sua evasão, o que diminui o efetivo e aumenta a rotatividade. A vivência de situações de violência (s) no território traz sérios prejuízos para o campo de prática e sua gestão tem requerido formas diversas de enfrentamento, por parte do coletivo dos atores envolvidos¹³. Como consequência, são bastante negativos os efeitos sobre a continuidade e a integralidade do cuidado - pressupostos que fundamentam a SF - além do prejuízo para o estabelecimento do vínculo entre trabalhadores e moradores.

O tema da violência é explorado nos espaços de discussão e avaliação, o que permite o compartilhamento das vivências e a procura por formas de lidar. Algumas medidas vêm sendo tomadas como a inclusão da temática em atividades teórico-práticas e no Ciclo de Debates, para os quais são convidados atores externos que possam trazer aportes. Nas unidades da AB os residentes, como todos os trabalhadores, observam o Protocolo Acesso Mais Seguro, desenvolvido em conjunto pela Secretaria Municipal de Saúde e o Comitê Internacional da Cruz Vermelha, que estabelece medidas a serem tomadas pelas unidades visando à segurança, tanto de profissionais quanto dos usuários.

Outros desafios são recorrentemente mencionados e enfrentados desde o início do Programa. O primeiro deles destaca a convivência de vários modelos de atenção, em uma desorganização da oferta de serviços que ainda permanece, apesar da expansão da SF e sua designação como coordenadora e orientadora do cuidado.

Um segundo entrave, que alimenta a coexistência de lógicas díspares, é a formação dos profissionais da área da saúde, pouco alinhada às inovações requeridas nos modelos assistenciais para o pleno funcionamento do sistema de saúde. A partir do ano 2000 foram efetuadas revisões nas diretrizes curriculares de algumas graduações que incorporaram este objetivo, mas estas ainda carecem de sintonia com as proposições do SUS. Além disso, a transformação das diretrizes em currículos e outros dispositivos que concretizem, nos cenários de ensino e aprendizagem, o que está prescrito, também requer árduo trabalho (MOREIRA, DIAS, 2015).

Um terceiro ponto enfatizado nas discussões e avaliações do programa é a necessidade de se desenvolver a Educação Permanente com as equipes nos

¹³ Para saber mais sobre a violência urbana e os conflitos armados na APS do Rio de Janeiro veja o capítulo 10: "Os casos complexos na perspectiva da Atenção Primária à Saúde".

cenários de prática. A Educação Permanente é uma estratégia notável para a qualificação de pessoal e pode aproximar a lacuna entre formação e trabalho no SUS. Contudo, a valorização da aprendizagem significativa e dos saberes gerados a partir das vivências do processo de trabalho - formas não hegemônicas de se pensar o processo ensino-aprendizagem - também necessita ser aprendida. Como conceito e prática, a Educação Permanente é intrínseca à concepção político-pedagógica e à gestão participativa proposta para as residências em área da saúde, o que as caracteriza como espaço privilegiado para o exercício deste "jeito" diferente de aprender e ensinar (HAUBRICH et al, 2015). Mas não é fácil. Com o objetivo de responder a esta necessidade e reconhecendo que o esforço é constante, o PRMSF inclui o tema nas unidades de aprendizagem, no Ciclo de Debates, provoca discussões nos fóruns coletivos e, em momentos em que o assunto necessita de dinamização, convoca um Grupo de Trabalho específico.

Desnecessário apontar que a crise na saúde - fortemente agravada nos últimos quatro anos e que afeta todos os níveis federativos - dilapida as conquistas e mina os esforços. Após 30 anos de luta e ainda sem vislumbrar a implantação plena do SUS, os trabalhadores da saúde estão sendo instados a defender o que foi alcançado, mais do que propor inovações. Há que se buscar formas de viver o binômio resistência/transformação não como par de oposição, mas de sinergia.

DESAFIOS PARA A CONSOLIDAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA EM ÁREA DA SAÚDE NO PAÍS

À guisa de conclusão e com o objetivo de colaborar para a circulação de ideias, estão elencados abaixo mais alguns desafios. Estes são obstáculos a serem transpostos para a efetiva consolidação dos programas de residências no país:

- O estabelecimento de linhas e diretrizes de financiamento regulares que garantam sustentabilidade e qualidade dos programas de residência. O financiamento para manutenção dos programas deveria assegurar sua sustentabilidade financeira em todos os âmbitos: pessoal (coordenador, docente/tutor, preceptor, dentre outros) e infraestrutura física além das bolsas ofertadas aos residentes.
- A valorização dos trabalhadores envolvidos em atividades educacionais é

uma demanda expressa em discussões das residências em área profissional da saúde. Além do reconhecimento da relevância pedagógica dessas ações, pleiteia-se a concessão de remuneração específica, incorporação dessa atividade para progressão nos planos de cargos e carreiras e destinação de carga horária específica para o exercício da preceptoría e tutoria.

- A construção de alternativas à precarização do trabalho do corpo docente-assistencial que, pela fragilidade dos vínculos empregatícios, vem prejudicando a gestão da atenção básica e dificultando a organização do processo de trabalho.
- A modificação da forma de organização do processo de trabalho, ainda muito centrada nos enfermeiros. Reforçar a integração da saúde bucal às demais ações da unidade, intensificar a presença ainda frágil do profissional médico e potencializar sua formação de vínculo com os usuários.
- A abertura de vagas para outras categorias profissionais que qualifiquem o trabalho no SUS e ampliem sua resolutividade, independentemente de serem específicas da saúde.
- O incentivo à interiorização dos programas de residências para municípios de pequeno porte e localizados em áreas remotas, rurais ou de difícil acesso.

Referências

- AMARAL, B.P.; CECCIM, R.B. Historicidade. In: **EnSiQlopedia das residências em saúde** [recurso eletrônico] / Ricardo Burg Ceccim [et al.] organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018.
- BRASIL. Decreto nº 80.281, de 5, de setembro de 1977.
- BRASIL. Emenda Constitucional nº 95, de 15, de dezembro de 2016.
- BRASIL. Ministério da Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução nº 4, de 13 de julho de 2007.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1077, de 12 de novembro de 2009.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 34, de 10 de abril de 2014a.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial Portaria nº 16, de 22 de dezembro de 2014b.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria conjunta nº 51, de 8 de setembro de 2015.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS nº 7 de 13 de novembro de 2014c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária em Saúde. Departamento de Saúde da Família. Nota Técnica nº 3/2020 de 28 de janeiro de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. SGTES/DEGES. Residência Multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- CARVALHO, M.A.P.; PIVETTA, F. (Orgs). **O território integrado de atenção à saúde de Manginhos**: Todos somos aprendizes! Rio de Janeiro. ENSP/Fiocruz, 2012.
- Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro; Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro. Ação Civil Pública, 10/12/2019. http://www.mprj.mp.br/documents/20184/540394/acp_2019_municipio_do_rio_vf_101219_assinado_dp_e_mp.pdf Acessado em 24/02/2020.
- ENSP. ENSP em Movimento - **Relatório 2003 - 2005**: construindo um Programa de Formação orientado por Competência para o Sistema de Saúde. Carta Acordo BR/LOA/0400047.001 - 2004. ENSP/Fiocruz. 2005 (mimeo).
- HAUBRICH, P.L.G.; SILVA, CT; KRUSE, MHL; ROCHA, CMF. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como *locus* privilegiado da educação permanente em saúde. **Saúde em Redes**. 2015; 1 (1): 47-56.
- MEDEIROS, 2017. Greve da saúde no Rio de Janeiro ganha força e denuncia desmonte de Crivella. <https://vermelho.org.br/2017/11/22/greve-da-saude-no-rj-ganha-forca-e-denuncia-desmonte-de-crivella/> Acessado em 26/01/2020
- MELO, E. A.; MENDONÇA, M. H. M.; TEIXEIRA, M. A crise econômica e a atenção primária à saúde no SUS da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4593–4598, dez. 2019.
- MOREIRA, COF; DIAS, MAS. Diretrizes Curriculares na saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sciences**. 2015; 40(3):300-305.
- MORETTI, B. **Efeitos da EC 95**: uma perda bilionária para o SUS em 2019, 24/09/2018. <http://brasildebate.com.br/efeitos-da-ec-95-uma-perda-bilionaria-para-o-sus-em-2019/>. Acessado em 24/02/2020.
- NEVES, J; MACHADO, K. Atenção primária à saúde terá novo modelo de financiamento - Escola Política de Saúde Joaquim/Fiocruz. 01/11/2019 12h44 - Atualizado em 11/11/2019 10h38. <http://www.epsvj.fiocruz.br/noticias/reportagem/atencao-primaria-a-saude-tera-novo-modelo-de-financiamento>. Acessado em 23/02/2020.
- RAMOS, A.S; BÚRIGO, A.C; CARNEIRO, C; DUARTE, C.C; KREUTZ, J.A; RUELA, H.C.G. Residências em Saúde: Encontros Multiprofissionais, Sentidos Multidimensionais. In BRASIL, BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde**:

experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. P. 375-390.

PRMSF-Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/ENSP/Fiocruz. Relatório da Oficina de Avaliação da Residência, 2007 (Texto digitado).

PRMSF-Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/ENSP/Fiocruz. Relatório de pesquisa. Análise dos perfis de competências da atenção básica: caso do município do Rio de Janeiro, 2015 (Texto digitado).

SAPORITO, B.E - **O Processo de trabalho na perspectiva dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no município do Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Atenção Primária em Saúde com ênfase em Saúde da Família) - Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz. Rio de Janeiro, 2020.

Anexos



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA VDE/ENSP/FIOCRUZ

FICHA DE AVALIAÇÃO MENSAL DO RESIDENTE

MÊS: _____ ANO: _____

NOME DO RESIDENTE: _____

TURMA: _____ - EQUIPE: _____

ITENS DE AVALIAÇÃO	PONTOS/CONCEITO				
	10	8	6	4	2
1-Assiduidade					
Frequência					
Pontualidade					
2-Interesse/Participação	5	4	3	2	1
Tem compromisso com as atividades no campo de prática da ESF (coopera e participa do processo de trabalho da equipe)					
Possui postura pró-ativa					
Sabe receber e aceitar críticas de forma reflexiva					
Contribuiu para a melhoria do serviço					
Contribuiu para a melhoria da rede de saúde					
Contribuiu para a melhoria da rede intersetorial					
Investe na formação da prática profissional					
3-Atitudes/Desempenho	5	4	3	2	1
Respeita colegas e usuários					
Organiza, prioriza e respeita prazos para executar tarefas (no campo de prática)					
Estabelece trabalho cooperativo com o preceptor e com a equipe de residentes					
Estabelece <i>feed-back</i> na aprendizagem (sinais de evolução ou não no campo de prática)					
Utiliza e potencializa os trabalhos teóricos produzidos nas unidades de aprendizagem frente às necessidades da ESF					
Atua de forma compartilhada com residentes, equipe mínima e demais profissionais					
Tem postura agregadora com os integrantes da equipe					
Tem postura agregadora com equipe de residentes					
Gerencia conflitos de modo a qualificar o trabalho em equipe					
TOTAL DE PONTUAÇÃO = 100					

OBSERVAÇÕES: _____

Preceptor de Equipe _____ Residentes _____

100 a 90 - conceito **A** (Excelente) - 89,0 a 75,0 - conceito **B** (Bom) - 74,0 a 60,0 - conceito **C** (Regular) - Igual ou inferior a 59,0 - conceito **D** (Insuficiente)

*Entregar diretamente na coordenação até o terceiro dia útil de cada mês.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
VDE/ENSP/FIOCRUZ**

FICHA DE AVALIAÇÃO MENSAL DO PRECEPTOR PELOS RESIDENTES

MÊS: _____ ANO: _____
 NOME DO PRECEPTOR: _____
 TURMA: _____ - EQUIPE: _____

ITENS DE AVALIAÇÃO DO PRECEPTOR	PONTOS				
	5	4	3	2	1
1. Integração dos residentes com a equipe saúde da família (ESF) e Unidade Básica de Saúde (UBS)/Clínica da Família	5	4	3	2	1
Promove continuamente o acolhimento dos residentes (disponível para ouvir, aberto ao diálogo, intermedeia a relação dos residentes com outros trabalhadores)					
Integra os residentes às atividades da ESF					
Conhece o programa da Residência ao longo do período do curso (acompanha as unidades de aprendizagem)					
Utiliza e potencializa os trabalhos teóricos produzidos nas unidades de aprendizagem frente às necessidades da estratégia					
Facilita a criação de espaços para educação permanente dos residentes na ESF					
2. Produção e problematização da prática	5	4	3	2	1
Estimula a capacidade reflexiva dos residentes frente no campo de prática					
Oferece aos residentes ferramentas para execução das atividades (rotinas, prontuários, manuais/protocolos, normativas, documentos oficiais, dentre outros)					
Define e sistematiza prioridades de trabalho junto aos residentes com base nas necessidades levantadas pela ESF					
Garante um espaço regular/semanal de reunião com os residentes para discussão do processo de trabalho e aprendizado					
Fomenta a construção do aprendizado com base nos conhecimentos da comunidade ou no seu diagnóstico					
3- Organização do processo de trabalho	5	4	3	2	1
Discute o plano de trabalho dos residentes (atendimentos, interconsultas, grupos, atividades externas)					
Pactua o cronograma de atividades junto aos residentes e a ESF (definir horários, datas e designar os responsáveis por cada tarefa)					
Promove estratégias de aprendizagem (seminários, discussão de casos, problematização e outros)					
Estimula a relação intra e intersetorial com os equipamentos do território					
Oferece <i>feedback</i> aos residentes sobre o desempenho no campo de prática (valoriza os resultados positivos e orienta quanto aos resultados não alcançados)					
Estabelece trabalho cooperativo com o orientador de aprendizagem/docente					
Estabelece trabalho cooperativo com o preceptor (NASF) ou com a Equipe do NASF/matriciamento.					
Promove a auto avaliação dos residentes e realiza avaliação coletiva e mensal dos residentes					
Entrega pontualmente as frequências e a avaliação dos residentes					
Frequenta a reunião do COREMU mensalmente					
TOTAL = 100 pontos					

Residente (s) da Equipe _____

OBSERVAÇÕES: _____

* 1-Esta ficha objetiva monitorar e avaliar a ação dos preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde da Família visando a qualificação de sua prática. Sugerimos que cada residente preencha uma ficha e depois discuta com a equipe de residentes e elabore uma ficha final com o consenso do grupo. No campo de observações. *Entregar diretamente na coordenação até o terceiro dia útil de cada mês.



**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA
VDE/ENSP/FIOCRUZ**

FICHA DE AVALIAÇÃO MENSAL DO DOCENTE ORIENTADOR PELOS RESIDENTES

MES: _____ ANO: _____

NOME DO DOCENTE/ORIENTADOR: _____

TURMA: _____ - EQUIPE: _____

ITENS DE AVALIAÇÃO DO ORIENTADOR	PONTOS				
	5	4	3	2	1
1. FREQUENCIA DAS ORIENTAÇÕES	5		3	2	1
Realização das orientações propostas (3 encontros)					
2. DIARIOS REFLEXIVOS	5	4	3	2	1
Pontualidade do retorno dos diários					
Qualidade do retorno dos diários (oral ou escrito)					
Aprofundamento do conteúdo dos diários na orientação					
3. TEORIA/PRÁTICA	5		3	2	1
Articulação entre a teoria e a prática em campo					
Envolvimento do orientador nas atividades do campo					
Articulação com o preceptor					
4. CAPACIDADE DE DIALOGO	5		3	2	1
Abertura ao diálogo a respeito das orientações					
5. TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO (Específico aos R2)	5		3	2	
Frequência nos seminários do TCC					
Apoio na identificação de um objeto comum					
Qualidade do retorno do material escrito					
Apoio bibliográfico e metodológico					

Justificar/discutir notas abaixo da máxima em cada tópico com o(a) orientador(a) a fim de promover reflexão sobre o processo de ensino-aprendizagem.

Residente (s) da Equipe: _____

OBSERVAÇÕES: _____

*Entregar diretamente na coordenação até o terceiro dia útil de cada mês

Capítulo 3

A TRANSFORMAÇÃO EM PROCESSO: O MODELO POLÍTICO- PEDAGÓGICO

Regina Ferro do Lago
 Maria Alice Pessanha de Carvalho
 José Wellington Araújo

Introdução

Este capítulo objetiva descrever e discutir o modelo político-pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF). Apresentar a perspectiva construtivista como referência de aprendizagem, a noção de competência para a elaboração da proposta curricular e para o desenvolvimento das três áreas de competências: organização do processo de trabalho, cuidado à saúde: individual, coletivo e familiar e educação e formação em saúde como centrais nas unidades de aprendizagens do Programa. Sobre a proposta pedagógica apresentar o currículo como construção social, dinâmico e em constante transformação dada a realidade do mundo do trabalho. Descreve as cinco Unidades de Aprendizagem que constituem o programa, o encadeamento lógico delas, como progressivas e complementares, com vistas ao planejamento das ações no âmbito da Saúde da Família. Apresenta que o currículo tem como método orientador a problematização. O referido método considera o estudo como um ato intencional, consciente, metódico, organizado e dirigido no sentido de resolver problemas.

Os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) foram promulgados em 1988, mas o modelo assistencial então vigente - centrado na doença e no indivíduo, biologicista, flexneriano - não se adequava a uma visão ampliada da saúde. Ou seja, havia muito mais o que fazer que apenas esperar adoecer para “ir ao médico”. Com a Estratégia Saúde da Família (ESF), em 1994, buscou-se estabelecer uma rede assistencial territorializada e integrada aos níveis secundário e terciário da atenção. Agora o cuidado deveria se estender do indivíduo para a sua família e comunidade, e o cuidador é uma equipe multiprofissional em

que o líder não é necessariamente o médico. Identifica-se aqui um entrave: a não existência de profissionais capacitados para operacionalizar o novo modelo.

Esta dificuldade foi sentida onde quer que se implantasse a ESF, o que deu origem a um movimento nacional pelo crescimento das residências em área profissional da saúde que, por sua vez, renovou o ânimo coletivo em torno da Reforma Sanitária Brasileira. Agora tratava-se, concretamente, da implantação das residências. O movimento, de forma estratégica, procurou a sua institucionalização na jurisprudência da Residência Médica. Tanto que a nomeação primeira do programa da ENSP tinha o complemento qualificativo “... nos Moldes da Residência”. Diga-se, da residência médica, que fazia jus a uma ampla legitimação profissional e social e a uma bolsa de estudos suficiente para uma dedicação exclusiva à formação dos estudantes “residentes”. E aqui uma contradição seminal: pegava-se uma espécie de “carona” justamente no modelo de formação em saúde que se pretendia superar. Porque, tradicionalmente, a residência médica é dita “treinamento em serviço”, implicando que, qualquer problema em uma enfermagem, por exemplo, não está na alçada nem competência do residente; enquanto no movimento multiprofissional e, precipuamente no programa da ENSP, a problematização é o mote preferido. Esta relação faz referência ao movimento de crescimento das residências multiprofissionais, que passa a acontecer depois de 2005 e tem como marca de crescimento um processo contra hegemônico de propostas formativas, visando atender o preceito da integralidade no SUS.

Estas considerações vêm a dois propósitos relativos a este próprio texto. Primeiro, que a abordagem do modelo pedagógico se fará tangenciando o capítulo 2 deste livro, de narrativa histórica do programa. Segundo, que o contraditório e o conflito são tão presentes na construção do programa como na formação do estudante residente. Assim, a problematização paulofreiriana poderia ser nomeada com um dos epítetos criado pelo seu autor - Pedagogia do Conflito (FREIRE, 1995).

Mas não só, porque também há uma ambientação pedagógica voltada para o território, o encontro, o congraçamento, a alegria e amizades duradouras, como é dado ver ao longo dos anos. Seria ingênuo abstrair esse componente de um processo de aprendizagem significativa. Pode-se ver isso com Spinoza (1983) e suas três asas do conhecimento, a percepção, a afetação e o conceito. Em campo

o estudante residente, pela sua percepção, é constantemente atingido por questões várias. Algumas o afetam, e ele toma nota no seu diário reflexivo. Posteriormente isto poderá ser elaborado conceitualmente, seja entre os próprios residentes, com seus preceptores e orientadores ou nas Unidades de Aprendizagem. Mas o importante é que Spinosa (1983) introduz a responsabilidade ética na construção do conhecimento. A mediação pelo afeto os torna responsáveis pelo que fazem e o conagração social reafirma o compromisso, apesar das diferenças.

O PRMSF foi desenvolvido a partir do desafio de pensar a formação na e para a ESF em ambiente urbano vulnerabilizado, seguindo a implantação e ampliação da rede assistencial na cidade do Rio de Janeiro. A cidade do Rio de Janeiro é a segunda maior metrópole do Brasil e a sua população estimada para 2019 foi de 6.320.446 pessoas e a densidade demográfica 5.265,82 hab/km². Esta inserção territorial da ESF já exige uma percepção do contraditório no programa de formação pois, diferentemente de se propugnar uma sociologia da miséria, incentiva-se sempre um olhar para as potencialidades que contrabalançam as vulnerabilidades, por entender-se que sempre haverá resistência à opressão histórica. Compreender que as pessoas “humildes” “vão sempre em frente/ sem nem ter com que contar”, parafraseando a canção de Chico Buarque de Holanda (HOLANDA, 1981).

O desenvolvimento de um programa de formação implica necessariamente na escolha de um modelo pedagógico, e aqui os conceitos precisam ser explicitados, porque a própria Pedagogia está sujeita a compreensões várias. Para o nosso caso “A pedagogia é uma ‘teoria prática’ que tem por objeto refletir sobre os sistemas e sobre os procedimentos de educação, a fim de apreciar o seu valor e através disso esclarecer e dirigir a ação dos educadores” (LALANDE, 1996).

A concepção pedagógica baseia-se na problematização. O residente é considerado sujeito construtor de conhecimento que aprende e transforma a realidade individual e social. Observa a realidade, investiga, identifica os problemas e detecta os recursos necessários à resolução dos problemas identificados de forma compartilhada.

Para tanto, deve aplicar as diferentes formas de conhecer no contexto de saúde/doença/cuidado dos grupos familiares por meio de reflexões e ações. Os residentes/profissionais são sujeitos ativos de conhecimento e todo o processo ensino aprendizagem é construído a partir da visão que o sujeito tem sobre o

assunto estudado, por meio de ações de reflexão e busca ativa na construção de sínteses e métodos para aplicação na realidade.

O processo didático transcende o simples repasse de conhecimento e se constitui numa recriação do saber a partir da vivência cotidiana com as questões e necessidades dos usuários e profissionais. Buscam-se ações que possam instrumentalizar as práticas dos profissionais nas Equipes de Saúde da Família, isto é, sua atuação política e técnica enquanto atores sociais.

Para este processo formativo, necessidades são individualmente sentidas e são biológica e socialmente determinadas. É o sistema de atenção que supera o critério auto-referido do sofrimento, ao usar critérios de relevância social (transcendência), epidemiológica (magnitude) ou econômica (custos). Porém, com isso acaba-se por privilegiar alguns grupos sociais em detrimento de outros (STOTZ, 1983).

A questão é complexa porque, numa sociedade capitalista, as necessidades de saúde são percebidas como necessidades individuais e o sistema social de atenção as considera de um ponto de vista abstrato, com base em indicadores. Em outros termos, as pessoas são descontextualizadas de suas relações sociais, de suas trajetórias de vida e de sua cultura. O sistema de saúde funciona, na sociedade capitalista, como uma forma de compensar, no nível individual, problemas ou condições sociais que apontam para situações socialmente injustas do ponto de vista da saúde (STOTZ, 1983).

Decorre daí que necessidades de saúde de grupos da população podem ser ignoradas, ocultas ou reprimidas. Exemplo disso é a exposição dos trabalhadores a riscos que escapam de qualquer controle público do ponto de vista da saúde, riscos inclusive não admitidos como fatores determinantes de doenças profissionais (STOTZ, 1983).

Fundamentado neste contexto, o projeto político-pedagógico da RMSF/ENSP foi desenhado e buscou se organizar com alguns elementos centrais:

- Currículo baseado em competências profissionais
- Problematização da Realidade
- Integração formação – trabalho
- Processo ensino-aprendizagem centrado no aluno
- Unidades de aprendizagens visando promover competências profissionais
- Profissional reflexivo

1-Currículo baseado em competências profissionais

Acredita-se que a construção e utilização de uma lógica de desenvolvimento profissional baseada em competências para a Atenção Básica torna-se indispensável para o aperfeiçoamento e identificação de necessidades educacionais e o reconhecimento de práticas de saúde desenvolvidas no SUS.

O PRMSF identifica a articulação entre trabalho e educação como dispositivo de mudança na formação de sujeitos implicados com a produção de cuidado. Portanto, objetiva formar profissionais com competência e compromisso para buscar alterar a realidade de saúde local, marcada por alta rotatividade de profissionais nas equipes, poucas oportunidades de atualização do conhecimento, profissionais formados em uma lógica assistencial, além das convivências de diferentes modelos de atenção no mesmo espaço de trabalho, o que configura uma forte tensão entre lógicas diferentes de cuidado.

O programa de formação tem como referência de aprendizagem a concepção construtivista que identifica o aluno como construtor de conhecimento. Para a elaboração da proposta curricular aliou-se a esta concepção a noção de competência.

O referencial de programas de formação baseado em competência profissional busca articular trabalho e formação em um só processo. Na área da saúde, esta articulação tem sido considerada inovadora por permitir a expansão da escuta e a pactuação com a sociedade, especialmente com os trabalhadores da saúde.

A noção de competência surgiu na Europa, segundo Deluiz (1996), a partir dos anos 80 e, em pouco tempo, tornou-se um conceito-chave na sociologia do trabalho. No modelo de competências a aprendizagem é orientada para a ação e a sua avaliação pautada nos resultados observáveis. Para a autora, citando Ropé e Tanguy (1997), “Competência é a capacidade de resolver um problema em uma situação dada. A competência baseia-se nos resultados”. De acordo com Deluiz (2001) na literatura corrente a noção de competência é vista, em termos gerais, como:

Capacidade de articular e mobilizar conhecimentos, habilidades e atitudes, colocando-os em ação para resolver problemas e enfrentar situações de imprevisibilidade em uma dada situação concreta de trabalho e em um determinado contexto cultural (DELUIZ 2001, p. 5-16)

Contra-pondo-se às visões que consideram a aprendizagem como adaptação dos indivíduos a uma ocupação constituída (concepção condutivista), o conceito de competência aqui empregado refere-se às formas e aos meios pelos quais o sujeito contribui, pela apropriação de sua profissão ou ocupação, para reproduzir ou transformar esta mesma ocupação ou profissão (concepção construtivista).

Desta forma, o PRMPSF/ENSP foi desenhado para desenvolver três áreas de competências: organização do processo de trabalho, cuidado à saúde na perspectiva da clínica ampliada (individual, coletivo e familiar) e formação sociopolítica, educação e saúde (quadro 1).

Quadro 1 – Areas prioritárias do programa de residência e competências esperadas. PRMSF/Ensp/Fiocruz.

ÁREAS DE COMPETÊNCIAS	COMPETÊNCIAS
Organização do Processo de Trabalho	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a reflexão sobre o acesso dos usuários ao serviço. • Conhecer os dispositivos, fluxos e organização das Redes de Atenção à Saúde. • Conhecer as diretrizes e princípios do SUS (PNAB, Saúde da Família, Modelos de atenção e gestão em saúde, entre outros) para a integralidade do cuidado. • Exercitar a relação e interlocução entre os saberes e práticas. • Exercitar a capacidade de análise sobre seu processo formativo e de atuação profissional com postura pró -ativa a partir da interlocução com o outro. • Estar aberto e permeável para socialização e experiências coletivas. • Desenvolver a capacidade de organização do cuidado, considerando a complexidade do processo de trabalho da saúde da família. • Desenvolver a capacidade de mediar conflitos. • Desenvolver e utilizar ferramentas de gestão do cuidado de forma criteriosa e centrada nas necessidades do usuário. • Estimular a integração e a comunicação entre as equipes de saúde da família e o NASF identificando, construindo e aplicando estratégias que facilitem a sua articulação. • Construir continuamente pactos de trabalho colaborativo entre equipes de referência e o NASF, incluindo definição e revisão de papéis profissionais na atenção compartilhada. • Participar do monitoramento e avaliação da situação de saúde do território para o aprimoramento do processo de trabalho de forma compartilhada. • Promover a prática de educação permanente com reflexão cotidiana da produção do cuidado em saúde. • Construir em conjunto com as equipes mínima, equipe NASF e a gestão local as diretrizes de atenção compartilhada, critérios de prioridade para o apoio, fluxos assistenciais e protocolos locais de atenção à saúde.

<p>Cuidado na perspectiva da clínica ampliada (individual, familiar e comunitário)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar, apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde integral do usuário, em conjunto com toda a equipe multiprofissional, buscando aproximar e integrar saberes e práticas para produção de ações interdisciplinar. • Realizar interconsulta visando o compartilhar dos saberes dos profissionais envolvidos. • Desenvolver ações de promoção e de prevenção da saúde incentivando a autonomia do usuário. • Realizar e/ou participar de atividades coletivas como grupos de maneira dialogada valorizando o saber popular e o protagonismo dos usuários. • Realizar visita domiciliar, buscando entender os contextos de vida dos indivíduos e realizar ações competentes a cada categoria profissional. • Realizar abordagens educativas com os usuários em todos ciclos de vida e linhas de cuidado, levando em consideração as necessidades do território em conjunto com equipe multiprofissional direcionada a promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. • Realizar o acolhimento de modo transversal dos usuários e profissionais da USF fortalecendo o vínculo e escuta qualificada. • Conhecer as diretrizes e princípios do SUS (PNAB, Saúde da Família, Modelos de atenção e gestão em saúde, entre outros) para a integralidade do cuidado. • Estar aberto e permeável para socialização e experiências coletivas. • Exercitar a ferramenta do matriciamento tanto na posição de apoiador como de apoiado, entendendo-a como estratégia para a efetivação da clínica ampliada. • Desenvolver e utilizar ferramentas de gestão do cuidado de forma criteriosa centrado nas necessidades do usuário. • Identificar e acompanhar os aspectos psicossociais envolvidos no processo saúde-doença por meio da escuta qualificada aliada a percepção das determinações sociais. • Utilizar dos recursos das práticas integrativas e complementares (PICs).
<p>Formação sócio-política, educação e saúde</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atuar segundo os princípios éticos da atividade profissional e da ação pública visando à saúde, à cidadania e à qualidade de vida dos sujeitos e comunidades. • Realizar atividades no território articulando atores sociais e equipamentos locais. • Construir um campo comum de trocas entre os diversos saberes, procurando uma abertura para o diálogo e troca de experiências exercitando a comunicabilidade. • Conhecer as diretrizes e princípios do SUS (PNAB, Saúde da Família, Modelos de atenção e gestão em saúde, entre outros) para a integralidade do cuidado. • Articular com outros equipamentos sociais, serviços/instituições intra e intersetoriais, considerando a integração com os Programas. • Estar aberto e permeável para socialização e experiências coletivas. • Atuar no enfrentamento a qualquer forma de discriminação alinhado aos Direitos Humanos (DH). • Promover a reflexão sobre a medicalização da vida e desenvolver práticas alternativas. • Valorizar as potencialidades do território, as instituições e demais recursos comunitários para produzir espaços coletivos de cuidado e ativação de redes. • Identificar coletivamente, de modo sistemático, contínuo e em todas as etapas do processo de trabalho, as necessidades de aprendizagem, buscando relação de troca compartilhada de saberes. • Buscar envolver diversos segmentos da comunidade e equipe de trabalho na priorização das necessidades de formação e formulação das estratégias pedagógicas. • Buscar articular a problematização dos contextos reais com as estratégias pedagógicas desenvolvidas. • Possibilitar espaços de formação que promovam a escuta atenta das necessidades, troca de experiências, articulação de saberes, diálogo entre sujeitos de saberes diferentes, acolhimento, vínculo e processos de autonomização do sujeito que aprende.

Fonte: elaboração própria

2-Problematização da Realidade

O programa também lança mão da problematização como método orientador. Neste método, o residente deve ter a capacidade de detectar os problemas reais e buscar soluções adequadas, originais e criativas, bem como apropriadas à realidade onde estão sendo empregadas. O referido método considera o estudo como um ato intencional, consciente, organizado e dirigido no sentido de resolver problemas. Para tanto, o criticismo deve ser uma atitude intelectual cotidiana, rotineira, não podendo ser desacompanhado de propostas alternativas ao objeto da crítica. De tal forma que, se desacompanhada de alternativas práticas ou teóricas, a crítica ou ainda não está bem fundamentada ou não se justifica. Reafirmando este modo pedagógico, bem ao gosto de Paulo Freire: criticismo e criatividade.

Os diferentes profissionais envolvidos no acompanhamento pedagógico do programa são identificados como professores, orientadores, facilitadores e condutores da aprendizagem, cabendo a eles a responsabilidade de gerar dúvidas, estimular a reflexão crítica e a orientação das atividades, e a identificação de exercícios de reflexão sobre a prática. Para tanto, precisam compreender o residente como pessoa concreta, objetiva, que determina e é determinado pelo momento político, econômico e pela sua história de vida. A estratégia problematizadora pressupõe considerar o conhecimento prévio do estudante e estar permanentemente lançando questões norteadoras sobre os problemas apresentados, tendo como ponto de partida o que o residente conhece.

Deve estar claro para os atores desse processo que a formação humana é intencional e não se esgota na ação de um sujeito sobre o outro, sequer no ato de ensinar, já que ninguém – por mais preparado que esteja – é capaz de educar o outro, de supri-lo daquilo que lhe falta ou daquilo que precisa para a sua plena formação. Nesta perspectiva, torna-se indispensável destacar o papel dos preceptores do programa e sua atuação permanente ao longo de todo o processo ensino aprendizagem, assegurando a conexão entre os diferentes momentos da sequência de atividades.

3-Integração formação – trabalho

A articulação entre trabalho e formação em um só processo sem que um anteceda o outro, necessita desenvolver processos pedagógicos que valorizem

os diferentes saberes construídos nesta relação interdisciplinar e promover a valorização do saber construído na prática dos serviços de saúde e da chamada academia. Outra questão que se torna importante é reconhecer que, no trabalho de uma equipe, se desenvolvem conhecimentos e ações compartilhadas na construção diária da integralidade, por meio da escuta, do acolhimento, e da efetivação da clínica ampliada em um fazer interprofissional.

O programa enfrenta o desafio de desenvolver atos educativos nas vivências cotidianas, nas experiências com a saúde e a doença dos usuários, nos casos e nas situações dos problemas reais que podem contribuir para uma aprendizagem significativa. Aprendizagem que faça sentido ao aprendente e possibilite que os novos conhecimentos, produzidos pelo avanço científico, sejam ancorados nos conhecimentos prévios e relacionados às situações que ele vive na vida real. Para tanto, necessita da articulação dos conhecimentos científicos com os do senso comum, do reconhecimento da importância dos conhecimentos circulantes na experiência dos atores.

Compreende-se que a formação visa desenvolver processos pedagógicos promotores de cuidados para com a vida do planeta, da cidade, do bairro, do coletivo, de si e do outro. Esta formação necessita desenvolver a perspectiva da humanização da atenção, a produção de atos cuidadores, de atos de preocupação com o outro, de responsabilização e implicação com as necessidades de quem se cuida, no desenvolvimento de projetos individuais e coletivos na busca pela combinação trabalho com cuidado como propõe Leonardo Boff (BOFF, 1999).

O grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem, mas se compõem. Limitam-se mutuamente e ao mesmo tempo se complementam. Juntos constituem a integralidade da experiência humana, por um lado, ligada à materialidade e por outro a espiritualidade. O equívoco consiste em opor uma dimensão à outra e não vê-las como modos-de-ser do único e mesmo ser humano (BOFF, 1999: 97).

Concordando com Merhy (2002), a produção do cuidado é o grande objetivo da ação dos profissionais de saúde e do sistema de saúde em todos os níveis de atenção. Para Frei Leonardo Boff, saber “cuidar é mais que um ato é uma atitude do humano. Atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (Boff, 1999: 33).

O cuidado em latim é cura, usado no contexto de relação de amor e amizade. Também significa cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar desvelo e preocupação.

4-Profissional Reflexivo

O programa foi estruturado com base nas matrizes teórico-metodológicas acima, que têm como princípio a formação de profissionais reflexivos. Compreende-se aqui que o conhecimento não é considerado um conjunto de verdades prontas e escolhidas pelo professor, mas sim construído significativamente a partir da intervenção na realidade concreta da prática profissional.

Na concepção de Donald Schon (2000), a prática profissional se caracteriza por apresentar situações de instabilidade e incerteza. Para este autor, o profissional reflexivo deve ter a capacidade de ver a prática como espaço de problematização da realidade e de construção de conhecimento na ação pedagógica. Nesse sentido, deve relacionar criticamente, analisar e refletir sobre os caminhos na solução dos conflitos construídos no exercício profissional.

Donald Schon (2000) enfatiza que a formação do profissional reflexivo envolve a articulação do conhecimento na ação, a reflexão na ação e sobre a ação. De forma sistemática:

- 1) Conhecimento na ação – conhecimento técnico que orienta toda atividade humana e se manifesta no saber fazer.
- 2) Reflexão na ação – pensar sobre aquilo que está sendo realizado; o processo dialógico sobre o que está se fazendo. É um processo de reflexão sem o rigor, a sistematização e o distanciamento da análise racional, mas com a riqueza da improvisação e da criação.
- 3) Reflexão sobre a ação ou reflexão crítica – análise que o indivíduo realiza posteriormente sobre as características e os processos da sua própria ação. É a oportunidade para analisar, avaliar o que ocorreu com o objetivo de compreender e reconstruir sua prática.

Entretanto, durante estes 15 anos de programa em ação, observou-se que não basta construir uma proposta curricular baseada em competência profissional se ela não for desenvolvida pedagogicamente por todos os atores do processo

de ensinar e aprender. Principalmente, se não forem desenvolvidas ferramentas pedagógicas que possibilitem monitorar e avaliar os desempenhos dos residentes.

Como monitorar e avaliar os desempenhos, já que estes são verificáveis em ato? Como acompanhar a articulação dos conhecimentos construídos com a atitude desenvolvida pelos residentes?

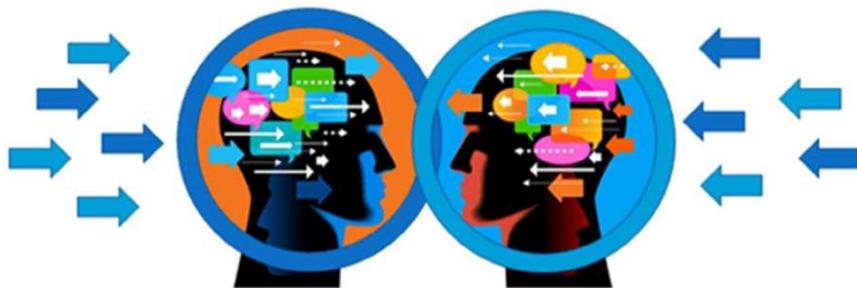
A competência não é algo que se observa diretamente, porém que se infere pelo desempenho, ou seja, pelas tarefas em ato, fundamentadas por atributos cognitivos, psicomotores e atitudinais qualificados. Os desempenhos são, assim, observáveis e, a partir desses se infere a competência. Os padrões de competência explicitam o que o profissional deve ser capaz de fazer para desempenhar sua prática com sucesso. Portanto, estas competências balizam as ações pelas quais os residentes devem ser avaliados.

Como perceber a forma que estão sendo construídos dispositivos que vão se incorporando e se transformando em esquemas que sustentam uma ação? Bordieu (1972) propôs a noção de *habitus*, definida como:

(...) um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, apreciações e ações e torna possível a execução de tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas que permitem resolver problemas da mesma forma” (BOURDIEU, 1972, p. 209).

Em outras palavras, como está sendo construído o que Bourdieu chamou de *habitus*? Como perceber que a competência se transformou em *habitus* e está sendo empregada nas ações de cuidado no cotidiano das práticas de cuidado?

Figura 1- *Habitus* em Ação



Fonte: Elaboração própria a partir de figura da internet.

O Diário Reflexivo (DR) é uma ferramenta que possibilita a reflexão sobre a prática, objetiva identificar necessidades de aprendizagem, acompanhar o desenvolvimento dos desempenhos e a construção do conhecimento que acontece no campo de prática dos residentes (PRMSE, 2017). Este conhecimento possibilita a formação de profissionais capacitados para responderem às situações de incerteza e de imprevisibilidade que constituem os contextos de trabalho e de vida (SCHON, 2000).

O DR tem as seguintes possibilidades de aplicação: (1) Permite acompanhar os desempenhos das atividades e atuação profissional dos residentes no campo, utilizando a perspectivas dos estudantes. (2) Traz conhecimento acerca de aspectos envolvidos na relação docente/preceptor/residente. (3) Fornece subsídios para a avaliação dos estudantes em termos cognitivos, atitudinais e afetivos. (4) Serve como recurso para a reformulação da prática pedagógica com base no retorno dado pelos residentes. (5) Funciona como instrumento de autoavaliação (registro da evolução do aprendizado). (6) Facilita a comunicação entre os alunos e a coordenação do programa. (7) Auxilia na elaboração de experiências significativas dos estudantes como produtoras de conhecimento. (8) Contribui para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR).

5-Unidades de Aprendizagem

O programa não é organizado em uma lógica disciplinar, mas sim em unidades de aprendizagem (UA). Estas são um modo de planejamento, elaboração, organização e realização das atividades educacionais que se desenvolvem no eixo teórico e teórico prático da Residência. As UA visam desenvolver as três áreas de competências, que são desenvolvidas em uma lógica que articula as principais funções das práticas desenvolvidas na Saúde da Família:

- Organização do processo de trabalho.
- Cuidado à saúde - individual, coletivo e familiar.
- Formação socio política, educação e saúde.

O planejamento curricular é visto como co,nstrução social, dinâmico e em constante transformação, dada a realidade do mundo do trabalho. Neste sentido, as UA são reavaliadas de forma transversal e sua oferta se modifica em função das

necessidades do contexto, do território, organizacionais e de aprendizagem. A seguir, serão apresentadas as diferentes UA que compõem o programa.

PRIMEIRO ANO DA RESIDÊNCIA – R1

• 1ª Unidade de aprendizagem UAI - Conversas sobre a Estratégia Saúde da Família

Objetivos: Conhecer o processo histórico da Saúde Pública e a construção do SUS. Analisar e contextualizar os pressupostos e os atributos da Atenção Primária em Saúde (APS), e sua relação com a rede de atenção à saúde. Conhecer e problematizar os princípios da Estratégia Saúde da Família. Conhecer o exercício profissional das diversas categorias que compõem a Residência na construção da integralidade do cuidado. Promover a reflexão sobre a relação multiprofissional e a prática interprofissional nas ações de integralidade do cuidado na APS.

Produtos desenvolvidos na UAI: Seminário de categoria; visitas técnicas nos cenários de prática com produção de relatórios; mapa conceitual da UAI.

• 2ª Unidade de Aprendizagem UAII - Identificação de potencialidades e necessidades dos territórios.

Objetivos: Realizar a ambientação pedagógica proposta pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro e Secretaria Municipal de Mesquita (onde se situam as Clínicas da Família e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) que se configuram como cenários de prática da residência). Discutir os principais conceitos e abordagens da APS. Caracterizar a ESF e sua relação com as demais políticas públicas de atenção básica. Identificar o espaço de atuação das equipes da ESF nos diferentes espaços de organização da atenção básica. Conceituar a família na sociedade contemporânea, caracterizando as famílias brasileiras e enfatizando sua importância na produção do autocuidado. Problematizar o conceito e a prática de vigilância em saúde. Compreender os fatores determinantes do processo saúde-doença-cuidado no âmbito da Promoção da Saúde. Conceituar risco e vulnerabilidade social. Identificar metodologias para análise do risco individual, coletivo e familiar. Trabalhar o conceito de necessidade e identificar as necessidades relacionadas à saúde e ao ambiente, considerando a questão da desigualdade social. Analisar os

recursos disponíveis para comunicação e saúde em nível local. Organização do território e a atenção à saúde na ESF. Realizar o mapeamento e o cadastramento das unidades de saúde da ESF. Utilizar ferramentas metodológicas de pesquisa qualitativa e quantitativa. Realizar o diagnóstico de necessidade e potencialidades da oferta /utilização dos serviços e das equipes.

Produtos desenvolvidos na UAII: Diagnóstico Situacional Participativo (DSP) que integra: mapa conceitual; mapa de risco e vulnerabilidade; mapa das relações intersetoriais (redograma); familiograma das famílias de risco; classificação de risco das famílias; desenvolvimento de grupos por linha de cuidado e grupos não temáticos; levantamento usuários de saúde mental (transtornos comuns e graves); levantamento potencialidades e fragilidades do território; planejamento das ações; fluxograma analisador e mapa conceitual da UAII.

• 3ª Unidade de Aprendizagem UAIII – Análise de dados

Objetivos: Compreender a importância da Epidemiologia para subsidiar o planejamento e avaliação de políticas públicas de saúde a partir da abordagem das causas estruturais dos eventos sanitários; bem como, no nível local, experimentar uma Epidemiologia voltada para os processos de trabalho (aritmética dos temas geradores), que tenta se inserir nas rotinas, coerente com a ideia de Educação Permanente. Uma Epidemiologia Paisagística que busca aproximar-se dos princípios e diretrizes do SUS. Para tanto, precisa do esforço – individual e coletivo – necessário à apreensão das noções básicas e conceitos lógicos da Epidemiologia e de uma das suas ferramentas, a Estatística. Busca desenvolver a compreensão dos fundamentos teóricos da Epidemiologia e dos métodos epidemiológicos, tais como: desenvolver a compreensão da dinâmica do processo saúde-doença no âmbito coletivo e das relações entre saúde e organização social; desenvolver competências para a construção e interpretação dos principais indicadores (de saúde, demográficos e sociais) de interesse para a estruturação, gestão e operação do SUS; desenvolver competências para a compreensão (crítica) de estudos epidemiológicos publicados em periódicos científicos.

Produtos desenvolvidos na UAIII: Produção de indicadores aplicados às questões epidemiológicas; estudo ecológico; inquérito epidemiológico e mapa conceitual UAIII.

SEGUNDO ANO DA RESIDÊNCIA– R2

• 4ª Unidade de Aprendizagem UAIV - Planejamento e Gestão do Cuidado na Atenção Básica

Objetivos: Conhecer, discutir e aplicar conceitos e lógicas do planejamento em saúde e seus usos na atenção básica; aprofundar os conceitos de gestão e organização de redes de atenção considerando as diretrizes da atenção básica. Reconhecer e problematizar as características do processo de trabalho nas equipes de saúde da família; discutir princípios, perspectivas e estratégias da gestão do cuidado considerando o trabalho em equipe multiprofissional e aprofundar a discussão das clínicas multiprofissionais na atenção básica e atuar de forma interprofissional.

Produtos desenvolvidos na UAIV - Familiograma de famílias complexas, Projeto Terapêutico Singular (PTS) de uma família de alta complexidade, planejamento estratégico das ações junto com os gerentes e, preceptores e mapa conceitual.

Estágio Optativo: O Estágio Optativo é uma atividade educacional facultativa aos residentes do segundo ano que acontece no mês de setembro. Caso o residente opte por não realizá-lo, poderá continuar no cenário de prática de origem durante o período destinado ao Estágio. A sua função é atender as necessidades de aprendizagem do residente em alguma temática considerada por este importante para sua formação. Sua duração é de quatro semanas (240 horas). É de inteira responsabilidade do residente a escolha do local, assim como os custos do financiamento.

Além disso, a ENSP financia e oferece um estágio internacional em Cuba, mediante processo seletivo interno, para que seus residentes médicos e multiprofissionais vivenciem a APS naquele país. Ao retornarem, trazem reflexões, comparações e conhecimentos sobre a atenção e vigilância desenvolvidas.

• 5ª Unidade de Aprendizagem UAV – Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica

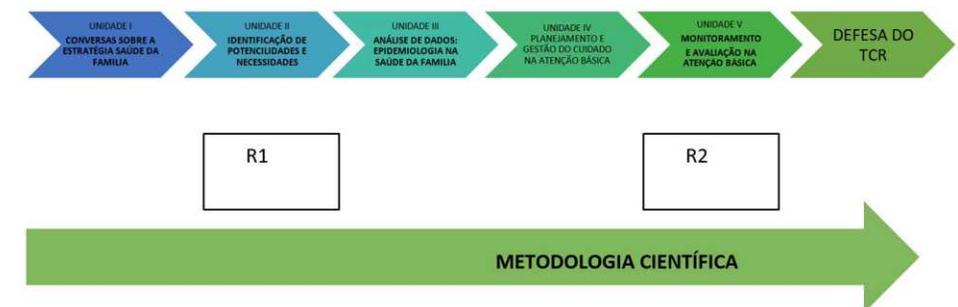
Objetivos: Operacionalizar uma prática pedagógica que propicie reflexão sobre a importância da avaliação em saúde para o fortalecimento do SUS. Oferecer aos seus participantes conteúdos e habilidades técnicas que os capacitem para

iniciar a institucionalização dos processos de monitoramento e avaliação no âmbito da atenção básica.

Produtos desenvolvidos na UAV: Monitoramento e avaliação, elaboração do modelo lógico e mapa conceitual.

A Figura 2 mostra o encadeamento das unidades de aprendizagem desenvolvidas ao longo dos dois anos da residência.

Figura 2 - Encadeamento das unidades de aprendizagem



Fonte: Elaboração própria

As atividades desenvolvidas para a conclusão das UA se colocam como estratégias capazes de detectar os problemas reais e buscar soluções adequadas, originais e criativas, bem como apropriadas à realidade onde estão sendo empregadas nos cenários de prática. Os TCR podem ser considerados como uma atividade de conclusão e como um dispositivo de ação na realidade, que visa análise e ou intervenção nos cenários de prática integrando teoria e prática, em estratégia de reflexão-ação-reflexão.

Após o término de cada unidade de aprendizagem é realizado um seminário de síntese, que possibilita a sistematização dos conceitos e conhecimentos construídos em cada unidade. Este seminário serve como instrumento de avaliação dos objetivos educacionais desenvolvidos durante cada unidade e para produzir uma síntese do aprendizado, sistematizado em conteúdo significativo para o aprendiz. Este seminário de síntese é realizado por meio de outra ferramenta pedagógica - os mapas conceituais. Mapas conceituais são representações gráficas semelhantes a diagramas, que indicam relações entre

conceitos ligados por palavras. Representam uma estrutura que vai desde os conceitos mais abrangentes até os mais específicos. São utilizados para auxiliar a ordenação e a sequenciação hierarquizada dos conteúdos de ensino, de forma a favorecer a relação cognitiva e prática entre esses conceitos e oferecer estímulos adequados ao aluno no reconhecimento de suas fragilidades e potencialidades.

A proposta de trabalho por meio de mapas conceituais está baseada na ideia fundamental da psicologia cognitiva, que estabelece que a aprendizagem ocorre por assimilação de novos conceitos e proposições na estrutura cognitiva do aprendiz. Esta abordagem está embasada na teoria construtivista, que entende que o indivíduo constrói seu conhecimento a partir da sua predisposição para realizar esta construção. O conteúdo novo precisa ser ancorado ao conhecimento prévio, mediante aquilo que é significativo ao sujeito que aprende.

Considerações Finais

Considerando que a avaliação constante e processual foi uma das premissas durante os 15 anos de experiência no desenvolvimento deste programa e, tendo por base o próprio projeto pedagógico, foram possíveis modificações e ajustes, objetivando a melhoria da qualidade do ato educacional.

As reflexões sobre o Projeto Político-Pedagógico (PPP) são realizadas sistematicamente e abrem a possibilidade de estruturar e reestruturar o processo de aprendizagem. Assim, a construção do conhecimento reflexivo tem possibilitado a formação de profissionais capacitados para responderem às situações do trabalho e da vida.

A preocupação deste programa em desenvolver UA encadeadas em uma lógica não disciplinar permite que os produtos desenvolvidos em cada UA sejam considerados como trabalhos de avaliação. O desenvolvimento destes trabalhos parciais se materializa em atividades formativas dos residentes, e o processo de aprendizagem ajuda a qualificar também os trabalhadores das unidades de saúde. Esses produtos se traduzem em projetos a serem aplicados nos cenários de prática, em trabalhos colaborativos, juntamente com os trabalhadores. Assim, se configura um espaço de educação permanente promotor de mudanças de práticas na rede de cuidado.

A utilização do DR como ferramenta pedagógica serve à lógica formativa acima. Os docentes acompanham, durante os dois anos, as reflexões dos residentes. O Diário auxilia, reafirma ou permite rever o desenvolvimento das competências do cuidador em saúde em situação de qualificação profissional por meio das narrativas. Também possibilita apreender a complexidade do contexto pedagógico em uma formação multidisciplinar e interprofissional em saúde.

O ato de compartilhar a vida do residente - quando inserido em seu processo de formação - é apaixonante, mas de muita responsabilidade, o que pode ser traduzido no grande investimento político, técnico e afetivo de toda a equipe pedagógica. O papel de formadores não se resume a desenvolver habilidades técnicas (é incontestável sua importância), mas estimular o pensamento, a emoção e a crítica. O pensamento crítico só é possível com o encontro e com o diálogo.

Quanto às dificuldades, algumas são inerentes ao próprio processo de implantação da ESF em grandes centros urbanos: alta rotatividade de profissionais nas equipes, poucas oportunidades de atualização, profissionais formados numa lógica de assistência diferente do que propõe a ESF, financiamento deficitário para as ações de saúde, a convivência da lógica de vários modelos de atenção no mesmo espaço e processo de trabalho.

Essas questões explicitam a tensão existente entre a lógica da produção e a lógica do cuidado. Neste sentido, todo o obstáculo vira desafio, objeto de estudo e trabalho. Afinal, este processo pedagógico objetiva formar trabalhadores críticos e criativos.

Referências

- ALARCÃO, I. Do olhar reflexivo ao olhar sobre a supervisão. In: RANGEL, M. (Org.) **Supervisão pedagógica: Princípios e práticas**. Campinas: Papyrus, 2001.
- ALARCÃO, I. **Professores reflexivos em uma escola reflexiva**. São Paulo: Cortez, 2003.
- BOURDIEU, P. **Esquisse d'une théorie de la pratique**. Genève : Droz, 1972.
- DE LUIZ, N. A globalização econômica e os desafios da formação profissional. In: **Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial**. Rio de Janeiro. Boletim Técnico do Senac, Rio de Janeiro, 1996, v. 22, nº 2, maio/agosto 1996.
- DE LUIZ, N. O Modelo das Competências Profissionais no Mundo do Trabalho e na Educação: Implicações para o Currículo. In: **Boletim Técnico do Senac**, vol. 27, nº 3, 2001.
- DONALD S. **Educando o profissional reflexivo: Um novo design para o ensino e a aprendizagem**. Porto Alegre, Artes Médicas, 2000.

- FREIRE, P; Gadotti, M; Guimarães, S. **Pedagogia: diálogo e conflito**. São Paulo; Cortez, 1995.
- HOLANDA, C. B. de. Garoto (Aníbal Augusto Sardinha), Vinicius de Moraes. Música “Gente Humilde”, 1981.
- LALANDE, A. **Vocabulário técnico e crítico de filosofia**. São Paulo; Martins Fontes, 800 p. 1996.
- MERHY E.E. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. *In*: MERHY EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: HUCITEC; 2002.
- PRMSF-Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/ENSP/Fiocruz. **Orientações teórico-metodológicas do Diário Reflexivo**, mimeo, 2017.
- ROPÉ, F; TANGUY, L. (Orgs). **Saberes e competências: o uso de tais noções na escola e na empresa**. São Paulo: Papyrus, 1997.
- SÁ-CHAVES, I. (Org.) **Os “portfólios” reflexivos (também) trazem gente dentro: reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos educativos**. Portugal: Porto Editora, 2005. (Coleção Cidine).
- SPINOSA, B. **Tratado da correção do intelecto - da origem e da natureza das afecções**. São Paulo; Abril Cultural, 1983. (Os Pensadores).
- STOTZ, E.N. **Necessidades de saúde: mediações de um conceito (Contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)**. Tese de doutorado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 1991.
- STOTZ, E.N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. *In*: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **VER-SUS Brasil: cadernos de texto**. Brasília: Ministério da Saúde, p. 284-99, 2004.



Capítulo 4

FERRAMENTAS PEDAGÓGICAS NO PROCESSO FORMATIVO NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Ana Laura Brandão
Denise Cavalcante de Barros
Mirna Barros Teixeira

1.Introdução

O processo formativo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família implica na formação crítica do profissional imerso na prática do trabalho visando a formação em serviço. Para isso as metodologias de aprendizagem buscam valorizar a problematização, a criticidade do residente e estimular a capacidade de ação na realidade.

A necessidade de uma constante reflexão sobre o processo de ensino-aprendizagem, da relação teoria e prática, da estreita relação entre processo formativo e processo de trabalho parece consiste num valioso instrumento da própria gestão educacional. A ideia de se identificar os princípios pedagógicos regentes de determinada prática surge como um horizonte entre aqueles que desejam aperfeiçoar os seus métodos e reafirmar os seus objetivos.

Na concepção de Schon (2000), a prática profissional se caracteriza por apresentar situações de instabilidade e incerteza. As situações complexas supõem mobilização de diferentes saberes e competências normalmente não previstos nos processos formativos de transmissão de conhecimentos. Para esse autor, o profissional reflexivo deve ter a capacidade de ver a prática como espaço de problematização da realidade e de construção de conhecimento na ação pedagógica. A ação desenvolvida na prática como espaço para relacionar criticamente, analisar e refletir sobre os caminhos na solução dos conflitos

construídos no exercício profissional. Assim, a formação do profissional reflexivo envolve três eixos principais abordados no Capítulo 3 deste livro que são: a) a articulação do conhecimento na ação; b) a reflexão na ação, c) reflexão sobre a ação ou reflexão crítica. Entendendo esses eixos como orientadores, as ferramentas pedagógicas (FP) devem ser diversificadas e promover a reflexão do residente sobre seu processo de trabalho baseado nos conhecimentos adquiridos no seu processo formativo, acompanhado como ele articula os conhecimentos construídos com a atitude desenvolvida na prática numa constante reflexão crítica.

Diante desse desafio educacional, com o objetivo da formação de profissionais, residentes, reflexivos que desenvolvam competências do cuidar em saúde, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da ENSP propõe algumas estratégias de ensino e aprendizagem. Estas estratégias são identificadas no programa de formação como ferramentas pedagógicas capazes de estimular a reflexão crítica, a síntese, a análise e a aplicação de conceitos voltados para a efetiva construção do conhecimento despertando um permanente raciocínio crítico, seja pelas questões individuais ou coletivas do cuidado em saúde.

As ferramentas pedagógicas são consideradas instrumentos potencializadores do desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo e, ao mesmo tempo, estimulam a imersão e reflexão do trabalho vivenciado na prática. O foco dessas ferramentas é o aprendizado crítico em meio a diversidade, ao processo de trabalho em equipe multiprofissional, de forma contextualizada em um fazer interprofissional (FREIRE, 2013; COTTA, 2012). São definidas por Merhy (1997) como analisadores e auto analisadores do processo desenvolvido durante o trabalho vivo por funcionar como traçadores por perguntar: para quem realizamos? o que realizamos? para que realizamos? e como os processos se desenvolvem? Essas questões podem ser realizadas ao mesmo tempo que possibilitam a reflexão, após a sua realização, para revelar novas maneiras de operar um novo processo. A abordagem das ferramentas pedagógicas é apoiada no conceito de competência partindo-se do pressuposto de que não é algo que se observa diretamente, porém que se infere pelo desempenho (realização das tarefas essenciais, fundamentadas por atributos cognitivos, psicomotores e atitudinais qualificados). As ferramentas pedagógicas utilizadas no PRMSF são instrumentos que permitem que o residente seja o protagonista do seu processo formativo,

devendo ser sempre dialógicos e inovadores, para favorecer a criatividade, a crítica e a reflexão.

Diante disso, optou-se por adotar ferramentas pedagógicas na RMSF, que apresentem essas características, são elas: Diário Reflexivo (DR), Mapa conceitual, Trabalho de Avaliação das Unidades de Aprendizagem (UA), Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) e o Estágio optativo.

Assim, este capítulo tem por objetivo apresentar e refletir sobre essas ferramentas pedagógicas utilizadas na RMSF para potencializar um processo formativo reflexivo-crítico, além do monitoramento e avaliação do desempenho dos residentes durante o curso.

2. Apresentação das ferramentas pedagógicas:

Como ferramentas pedagógicas da formação da RMSF identificamos cinco principais: 1. Diário reflexivo (DR); 2. Mapa conceitual, 3. Trabalho de Avaliação das Unidades de Aprendizagem (UA); 4. Trabalho de Conclusão da Residência (TCR); 5. Estágio Optativo a serem apresentadas a seguir:

2.1. Diário Reflexivo (DR):

O Diário Reflexivo se constitui em um conjunto de anotações diárias realizadas pelos residentes que registram suas vivências, impressões, reflexões do percurso da aprendizagem profissional e a articulação com os referenciais teóricos e práticos. Possibilita o docente orientador/tutor acompanhar as atividades práticas, a atuação didática das equipes, o desenvolvimento dos desempenhos (cognitivos, atitudinais e afetivos) e a construção do conhecimento que acontece no Cenários de Aprendizagem.

O DR tem se tornado uma ferramenta que consiste em um valioso instrumento da própria gestão educacional da formação em saúde. Parte da compreensão que o trabalho em saúde é um espaço de aprendizagem onde o produto é indissociável do processo que o produz; e é a própria realização da atividade.

O DR está ancorado na antropologia, como registro de dados etnográficos, na educação, como portfólio reflexivo e nas artes como portfólio. O conceito de portfólio sofreu uma migração que o levou das artes, onde se mantém, para a área

de educação e da formação, onde o conceito tem assumido novas colorações e se tem espalhado rapidamente. O caderno de notas ou diário de campo é o “instrumento depositário de notas, impressões, observações, primeiras teorizações, mapas, esboços, desabafos, entrevistas e garatuchas de informantes” (MAGNANI, 1997). É um dos instrumentos utilizados no ofício do antropólogo no campo e auxilia na formulação de hipótese, direciona a pesquisa, permite visualizar retrospectivamente as lacunas e motivador do diálogo e de resgate do vivido.

O portfólio reflexivo é definido como “uma narrativa múltipla, de natureza biográfica, que se situa nas relações entre o aprender e o viver, enquanto construção social das suas histórias de vida” (LUWISCH, 2002).

Segundo Sá-Chaves (2005), o portfólio permite o acesso, não só dos conhecimentos vivenciados, mas também dos significados atribuídos pelo autor, as circunstâncias onde ocorreram e o modo como os significados reconstróem as práticas. Nesse processo, o caráter dialógico da formação apresenta contornos específicos. O professor se constitui como um interlocutor do residente/autor ao longo do processo, providenciando *feedback*, disponibilizando outros olhares, abrindo o espectro das hipóteses, criando novas oportunidades de aprofundamento e/ou de inovação dos discursos pessoais (SÁ-CHAVES, 2005).

Já Cesário et al (2016: 357), definem o portfólio reflexivo como uma “estratégia de ensino, aprendizagem e avaliação formativa, que tem como marcas características o desenvolvimento da capacidade crítico-reflexiva e da autonomia do estudante, a participação ativa deste na definição dos objetivos de aprendizagem e o estímulo a criatividade”.

O DR, entendido como portfólio reflexivo, também tem o objetivo de contribuir para a percepção do processo de trabalho como um espaço de produção/construção de conhecimento e como instrumento capaz de avaliar o desenvolvimento de competências que extrapolem o cognitivo (saber/conhecimento e habilidades intelectuais) e o psicomotor (habilidades motoras e manuais) e que incorporem as afetivas (valores e atitudes).

O DR possibilita a coordenação da RMSF ter uma visão ampla das experiências dos cenários de prática, permite também a avaliação do desempenho da equipe de alunos e a construção do aprendizado individual do residente e fornecer subsídios para avaliação dos estudantes.

O diário funciona como um instrumento de avaliação dos residentes pelo orientador que acompanha quinzenalmente os residentes. Ao ler mensalmente os DR individuais dos seus residentes, o orientador tem informações importantes da prática, do trabalho em equipe multiprofissional, dos casos atendidos, e das ações realizadas no campo de prática para discutir os problemas, potencialidades e desafios vivenciados pelos residentes, nos espaços quinzenais de orientação¹⁴. Com isso, o DR serve como uma importante ferramenta pedagógica do orientador para proporcionar uma reflexão crítica do residente sobre sua vivência nos cenários de prática e como recurso para a reformulação desta, tendo como ótica de atuação o desenvolvimento dos princípios éticos e da empatia para com os usuários e a comunidade. No quadro 1, segue a síntese das aplicações do DR.

Quadro 1: Síntese das aplicações do Diário Reflexivo

- Permite acompanhar os desempenhos das atividades e atuação profissional dos residentes no campo, utilizando a perspectivas dos estudantes;
- Traz conhecimento acerca de aspectos envolvidos na relação orientador /preceptor/aluno;
- É um instrumento de avaliação dos estudantes em termos cognitivos/atitudinais e afetivos;
- Pode ser utilizado como fonte para elaboração de casos ou situações problemas no âmbito do Programa de Residência;
- Serve como recurso para a reformulação da prática pedagógica a partir do retorno dos alunos;
- Funciona como instrumento de auto avaliação (registro da evolução do aprendizado);
- Facilita comunicação entre os alunos e a coordenação do curso;
- Auxilia na elaboração de experiências significativas dos estudantes como produtoras de conhecimento;
- Contribui para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Residência.

Fonte: Elaboração própria

Os DR são ferramentas pedagógicas que se caracterizam pelo acompanhamento processual e contínuo. Com isso espera-se que sejam exploradas as habilidades, reconhecidas e superadas as fragilidades, fomentando residentes críticos e autônomos para criar sua trajetória profissional em busca da construção do conhecimento. Visa que o residente transforme-se em um sujeito “capaz de libertar por meio da educação, apto a buscar informações, autoavaliar seu conhecimento, trabalhar para a superação de dificuldades e potencializar habilidades, tornar-se competente e autotranscender-se, a transformar-se e a transformar o contexto em que atua” (CESÁRIO et al, 2016: 358).

¹⁴ Para saber mais sobre os espaços de orientação veja o capítulo 5: “Construção compartilhada e gestão dos processos formativos na residência multiprofissional em saúde da família”.

Ao analisar a experiência do uso dos DR ao longo desses anos pode-se identificar como esses são elaborados de maneiras tão diferentes, deixando claro que cada residente apresenta necessidades particulares e únicas no seu processo de formação. Observa-se assim como potencialidade o uso de ferramentas que respeitam e valorizam a singularidade de cada indivíduo o que potencializa sobremaneira o processo formativo.

2.2. Mapa Conceitual:

Cada Unidade de Aprendizagem (UA) possui trabalhos específicos a serem apresentados pelos residentes, como descrito no quadro 2¹⁵, sendo que todas são finalizadas com a elaboração de um Mapa Conceitual.

A proposta de trabalho por meio de Mapas Conceituais está baseada na ideia fundamental da psicologia cognitiva por estabelecer que a aprendizagem ocorra por assimilação de novos conceitos e proposições na estrutura cognitiva do aprendiz (AUSUBEL, 1978). Essa abordagem está embasada na teoria construtivista na qual o indivíduo constrói seu conhecimento e significados a partir da sua predisposição para realizar esta construção. O conteúdo novo precisa ser ancorado ao conhecimento prévio mediante aquilo que é significativo ao sujeito que aprende.

Os mapas são representações gráficas semelhantes a diagramas, que indicam relações entre conceitos ligados por palavras. Representam uma estrutura que vai desde os conceitos mais abrangentes até os menos inclusivos (JUNIOR, 2013). São utilizados para auxiliar a ordenação e a sequenciação hierarquizada dos conteúdos de ensino, de forma a oferecer estímulos adequados ao aluno.

“La investigación ha demostrado que la información sobre hechos, cuando se adquiere en un contexto de aprendizaje significativo, no sólo es retenida por más tiempo, sino que esta información puede ser usada mucho más exitosamente para resolver nuevos problemas.” (BRANSFORD *et al.*, 1999 Apud NOVAK; CAÑAS, 2006).

O Mapa Conceitual foi criado na década de 1970 por Joseph Novak como técnica cognitiva para aprender de modo significativo. Ele é um meio para

¹⁵ Para saber mais sobre as Unidades de Aprendizagem do PRMSF veja o capítulo 3: “A transformação em processo: o modelo político – pedagógico”.

se alcançar um fim, ou seja, ele configura-se como uma estratégia de ensino/aprendizagem ou uma ferramenta avaliativa – entre outras diversas possibilidades (SOUZA; BORUCHOVITCH, 2010). Contribui de modo relevante no ensino para a construção de conceitos pelos alunos, permitindo que eles possam integrar e relacionar informações, atribuindo, desta forma, significado ao que está sendo estudado (JUNIOR, 2013).

A utilização de mapas conceituais é uma técnica flexível para situações e finalidades diferentes, podendo ser usada para uma aula, uma unidade de estudo/aprendizagem, como é o caso da residência, em um curso ou para o desenvolvimento de todo o programa educacional (JUNIOR, 2013)¹⁶. No caso do programa de residência a opção de uso desta ferramenta tem um cunho avaliativo processual dos conceitos e temas que fizeram sentido aos residentes. Com o mapa conceitual é possível revelar a rede de relações e significados que cada sujeito aprendente conecta.

Os mapas conceituais têm demonstrado ser uma ferramenta adequada porque possibilitam à aprendizagem e o desenvolvimento de um processo cognitivo em que o próprio aluno orienta a aquisição de novas informações, uma vez que elas estarão diretamente relacionadas com a estrutura de conhecimento prévio.

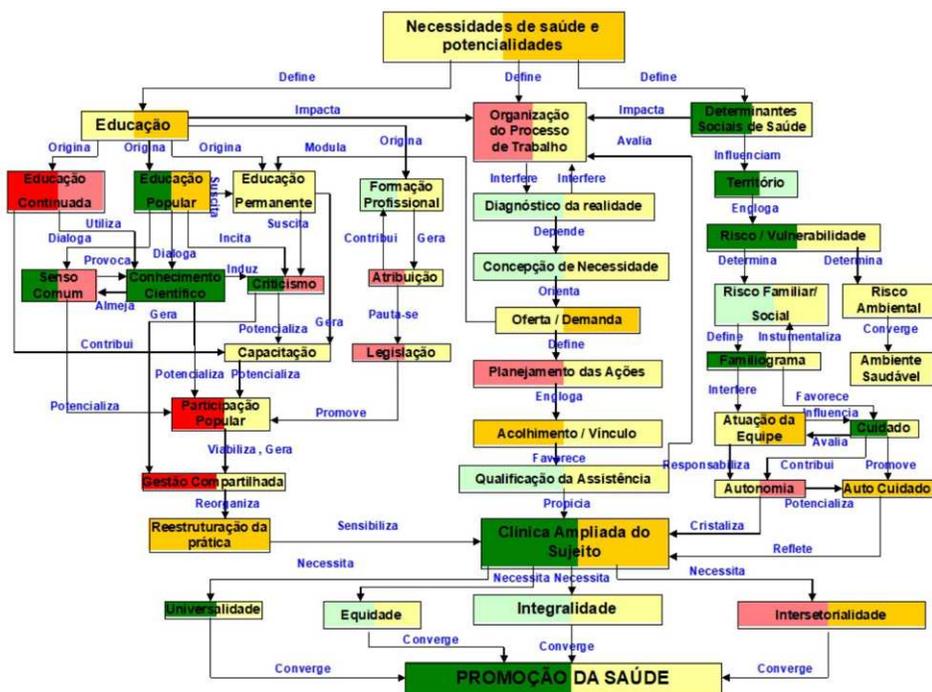
Os residentes são convidados a listar os conceitos trabalhados (considerados individualmente significativos), elaborar uma representação gráfica interligando os conceitos, estabelecer ligações hierárquicas ou articuladas tematicamente e finalizar o Mapa.

No Mapa, além dos conceitos, é necessário recuperar as definições e suas correlações, assim como incorporar temas que ainda não foram trabalhados e que constituem conceitos importantes para aquela UA. Para garantir o processo de síntese e socialização/compartilhamento do que é aprendido os residentes elaboram o seu mapa conceitual. Posteriormente é possível realizar síntese coletiva com elaboração de Mapas coletivos. A equipe ou a turma desenvolvem um Mapa síntese que representa os conceitos e temas considerados significativos nessa avaliação da UA.

Nas figuras 1 e 2 seguem exemplos de Mapa Conceitual elaborado pelos residentes como um dos trabalhos avaliativos das UA apresentados nos Seminários de Sínteses:

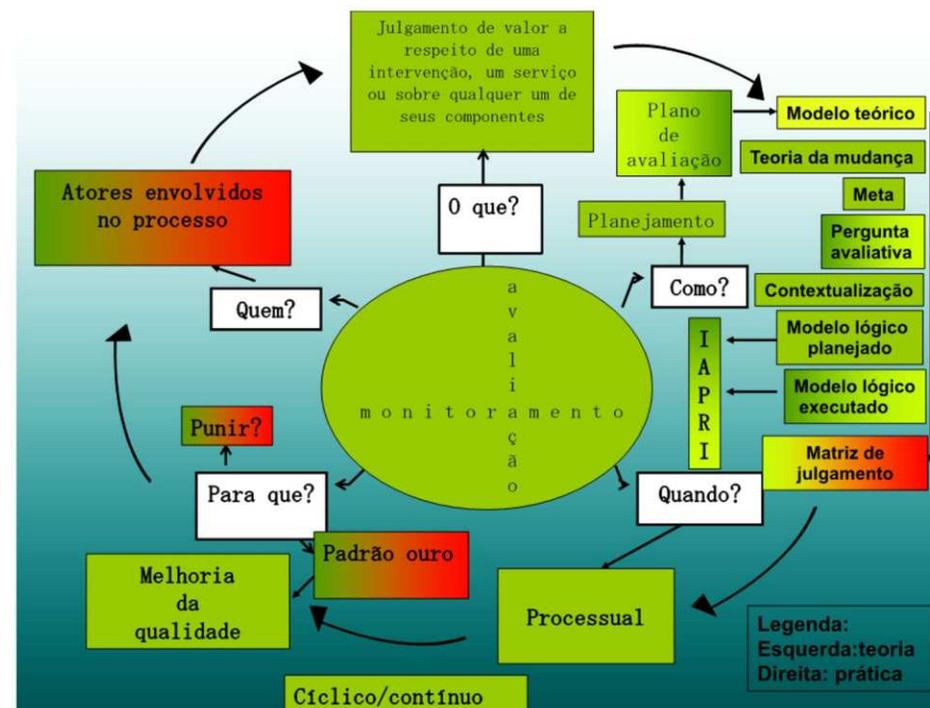
¹⁶ Para saber mais sobre o mapa conceitual que foi utilizado como ferramenta em um Trabalho de Conclusão de Curso veja o capítulo 12: “Abordagem familiar: construção de uma práxis com equipe de saúde da família no Rio de Janeiro”.

Figura 1: Exemplo de Mapa conceitual desenvolvido por residentes na Unidade de Aprendizagem II.



Fonte: Mapa conceitual elaborado pelos residentes: Karlla Assad, Mauro Xavier, Paola Console, Neyla Fernandes e Úrsula Lopes, 2006.

Figura 2: Exemplo de Mapa conceitual desenvolvido por residentes na Unidade de Aprendizagem V



Fonte: Mapa conceitual elaborado pelos residentes: Camilla Maia Franco, Juliana Rodrigues Cardoso e Patrícia Couto Araújo, 2007.

Cumpramos ressaltar que a utilização de mapas conceituais se vincula a um modelo de educação com características bem demarcadas, como: a) ser centrado no aluno e não no professor; b) atender ao desenvolvimento de destrezas e não se conformar apenas com a repetição memorística da informação por parte do estudante; c) pretender o desenvolvimento harmonioso de todas as dimensões da pessoa e não apenas as intelectuais (SOUZA; BORUCHOVITCH, 2010). Modelo esse que é adotado pela RMSF.

Os mapas conceituais configuram-se como estratégia de ensino/aprendizagem, bem como uma ferramenta avaliativa potente, uma vez que, no curso de sua estruturação e reestruturação, manifestam-se conflitos cognitivos e espaços para a tomada de consciência sobre discrepâncias, problemas, dificuldades e potencialidades – que, quando analisados, confrontados, discutidos, explorados,

apresentam-se como oportunidades de avanços e ampliação do conhecimento (SOUZA; BORUCHOVITCH, 2010).

2.3 Trabalhos de Avaliação das Unidades de Aprendizagem (UA):

Os trabalhos de Avaliação das Unidades de Aprendizagem (UA) representam a consolidação da articulação teórica com os cenários de aprendizagem.

A programação das unidades prevê um processo de aprendizagem que articula conteúdos, práticas e trabalhos teórico-práticos, promovendo encadeamento destas ao longo do programa.

No quadro 2 pode-se observar um conjunto de atividades que contribuem para o processo de ensino aprendizagem e se articulam ou complementam a construção do mapa conceitual, dando conta da dinamicidade da realidade do território que os residentes desenvolvem a sua prática. Cabe destacar que os trabalhos desenvolvidos em cada uma das UA apresentam forte relação com a construção do Trabalho de conclusão de Residência.

Quadro 2: Trabalhos de avaliação segundo unidades de aprendizagem do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Unidade	Trabalhos
Unidade I – Conversas sobre a Estratégia Saúde da Família	Seminário de categoria; Visitas Técnicas dos cenários de prática com produção de relatórios e Escrita da carta do residente do futuro; Seminário de Síntese com apresentação do Mapa conceitual da UAI
Unidade II - Identificação de Potencialidades e Necessidades	Diagnóstico Situacional da Clínica da Família onde o residente está inserido enquanto cenário de prática; Levantamento potencialidades e fragilidades do território; Planejamento das ações Fluxograma analisador e Mapa conceitual da UAII.
Unidade III - Análise de dados: Epidemiologia na Saúde da Família	Estudo ecológico sobre uma situação de saúde identificada na da Clínica da Família onde o residente está inserido enquanto cenário de prática e Mapa conceitual da UAIII.
Unidade IV - Planejamento e Gestão do Cuidado na Atenção Básica	Projeto Terapêutico singular de uma família de alta complexidade do cenário de prática; Familiograma de famílias complexas, Planejamento estratégico das ações junto com os gerentes e, preceptores e Mapa conceitual da UA IV
Unidade V – Monitoramento e Avaliação na Atenção Básica	Plano de monitoramento e avaliação do TCR e Mapa conceitual da UAV

Essas atividades compõem um conjunto de ferramentas pedagógicas que buscam apoiar o processo de formação e avaliação e podem ser adotadas e recriadas, acompanhando a dinâmica e realidade vivida no momento e contexto do curso. A seguir a descrição mais detalhada de algumas ferramentas.

2.3.1 - Seminário de categoria

O Seminário de categoria é uma atividade que possibilita a compreensão, por meio da reflexão do conceito de multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e interprofissionalidade, de um fazer em saúde que busca a integralidade do cuidado.

1º Momento: Os residentes são separados por categoria profissional e apresentam a estrutura curricular de sua formação e a correlação com as políticas de saúde expressas nos cadernos da atenção básica. Apresentam em forma de seminário na UA I.

2º Momento: Discussão das competências de cada núcleo profissional na ESF, em conjunto com um preceptor de cada núcleo. A proposta é promover um debate e depois apresentar o resultado para toda a turma na UA II.

3º Momento: Roda de conversa sobre a interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e interprofissionalidade na ESF.

2.3.2 - Escrita da carta do Residente do futuro

A escrita da carta para o residente do futuro tem o propósito de identificar as expectativas do residente ao chegar no programa e convidá-lo a projetar o seu futuro na relação com a ESF e o SUS. O aluno é estimulado a escrever uma carta para si mesmo a partir de uma pergunta disparadora: “Quem eu serei como residente daqui há 2 anos?”. Essa carta é entregue ao residente no dia da sua formatura.

2.3.3 - Seminário de Síntese

O Seminário de síntese tem por objetivo possibilitar a sistematização dos conceitos e conhecimentos construídos em cada UA e como instrumento para facilitar o aprendizado do conteúdo sistematizado em conteúdo significativo para o aluno. Esta sistematização é realizada por meio da estratégia pedagógica

denominada de mapas conceituais abordada anteriormente. Durante este período, a possibilidade de ancorar novos conhecimentos é um aspecto importante para o ensino e aprendizagem dos residentes.

2.3.4 - Diagnóstico Situacional Participativo (DSP) da Clínica da Família

Desenvolvido na UA II, o DSP tem por objetivo realizar a identificação de necessidades e potencialidades em saúde, levantar a oferta/utilização dos serviços e de informações e dados sobre o território que possibilitem identificar potencialidades e necessidades das equipes de saúde da família que acolhe os residentes nos cenários de prática. Tem um roteiro onde a equipe de residentes irá identificar na sua equipe e na Clínica da Família os aspectos físicos na comunidade, os aspectos sócios econômicos, os dados demográficos e de situação de saúde e os aspectos do processo de trabalho da equipe de saúde da família.

O DSP é feito pelos residentes em conversa com pessoas da comunidade, profissionais e informantes privilegiados buscando identificar as percepções do território; identificar como foi realizado o cadastramento, mapeamento e divisão em microáreas, colher os dados dos sistemas de informações existentes e problematizá-los fazendo correlações com os dados do município e nacionais e identificar e registrar as sensações e sentimentos dos Agentes Comunitários de Saúde frente à ESF.

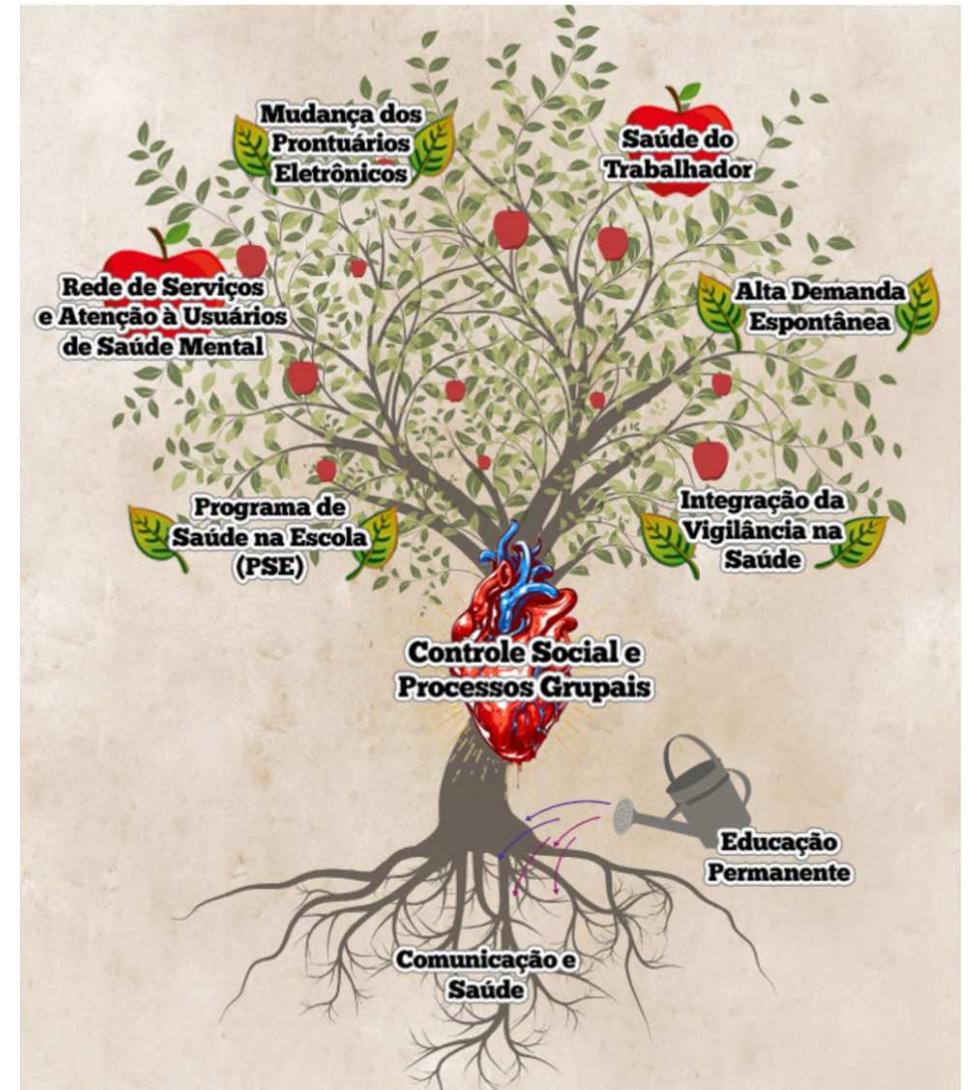
A partir deste Diagnóstico os residentes propõem um plano de intervenção que inclui um planejamento que deverá sistematizar os principais problemas, necessidades identificando ações, atividades necessárias, participantes e recursos necessários, uma vez que o Diagnóstico não se reduz a uma descrição necessitando incluir análises e propostas de ação.

Esse plano com principais problemas é o disparador do primeiro Seminário do TCR que tem por objetivos identificar temas ou problemas a serem estudados como projetos de intervenção ao longo dos anos de formação do residente.

O DSP é um trabalho que é realizado em conjunto com os diversos atores do cenário de prática onde os residentes ao final, apresentam para a unidade e equipe preceptora. É um trabalho que permite muitas vezes sistematizar informações importantes do território e da equipe de saúde da família que estão alocados, sendo

um importante instrumento de reflexão para os trabalhadores. A seguir, apresentamos um exemplo de uma análise das potencialidades e desafios de uma equipe de saúde da família do Rio de Janeiro realizada durante do DSP (Figura 3).

Figura 3: Árvore de Desafios e Potencialidades de uma Clínica da Família do Rio de Janeiro.



Fonte: Imagem do Diagnóstico Situacional Participativo elaborado pelos residentes: Camila Prott Pessanha, Luana de Castro, Marcus André Carneiro, Alexia Pires de Figueiredo, Rafael Fernandes Tritany, Debora Silva do Nascimento Lima e Camila Siqueira de Castro Ferreira, julho 2019.

2.3.5 - Estudo ecológico sobre uma situação de saúde da Clínica da Família

A proposta é despertar no residente uma cultura epidemiológica ausente nos serviços locais de saúde. Afinal, para que servem dados de registro? E como aproximar-se do território em termos de cobertura, equidade e universalização da atenção em saúde? Os residentes desenvolvem uma Epidemiologia Paisagística para o SUS.

Para isto os residentes realizam estudos com dados de registro, inquéritos ou estudos ecológicos. Cada uma das equipes de residentes escolhe um tema, referente a questões levantadas pela sua equipe preceptora na Clínica da Família.

Os trabalhos são realizados de forma colaborativa e visam uma comunicação epidemiológica, além do desenvolvimento de um espírito crítico e da criatividade, contemplando os quatro “Cs” da pedagogia mais contemporânea – colaboração, comunicação, crítica, criatividade.

As habilidades desenvolvidas na atividade são: estatística leve e conceitos básicos da epidemiologia; DATASUS e outros bancos de dados de interesse para a saúde; planilhas eletrônicas e softwares necessários para estes desenvolvimentos.

Ao final da Unidade cada equipe produz um trabalho na versão acadêmica, para avaliação formativa e outra versão para comunicação social, esta última apresentada nos serviços de saúde.

2.3.6 - Projeto Terapêutico Singular de uma família de alta complexidade do cenário de prática

Os residentes elaboram um projeto terapêutico singular (PTS) de uma família cuidada pela equipe.

O PTS é compreendido como uma estratégia de cuidado organizada por meio de ações articuladas desenvolvidas por uma equipe multidisciplinar e definida a partir da singularidade do indivíduo, considerando suas necessidades e o contexto social em que está inserido.

O documento orientador veiculado pelo Ministério da Saúde oferece uma definição mais ampla sobre projeto terapêutico singular, visto como um conjunto de ações terapêuticas, resultantes de discussão e construção coletiva de uma

equipe multidisciplinar, sendo assim um instrumento que ultrapassa o paradigma médico, na busca de resolver as necessidades das pessoas para além do critério diagnóstico (BRASIL, 2007a).

Para Merhy (1998), o PTS deve ser um instrumento que responda as demandas objetivas e subjetivas dos usuários e tem como objetivo a produção de sua autonomia e apropriação de seu processo de cuidado.

O PTS deve abarcar um conjunto de condutas terapêuticas articuladas, resultantes de discussão coletiva de equipe interdisciplinar, que objetiva, além da melhoria de sintomas, a ampliação da rede social e o aumento de espaços de contratualidade para modificar o curso do adoecimento.

2.4 Trabalho de Conclusão de Residência

A elaboração de trabalho de conclusão de residência (TCR) é um potente recurso pedagógico adotado na RMSF. É realizado de forma multiprofissional pelos residentes como um dos critérios para a conclusão do curso. No entanto, também possibilita um trabalho autoral por capítulo atendendo a prerrogativa do MEC (2007).

O TCR visa expressar as competências do PRMSF definidas em três eixos: organização do cuidado, processo de trabalho e educação e formação em saúde.

Em consonância com o Projeto Político Pedagógico do PRMSF, o TCR compõe uma estratégia do processo ensino-aprendizagem em equipe e com os serviços de saúde e, portanto, deve ser um trabalho acadêmico desenvolvido por uma equipe de residentes (cada equipe é composta por 07 categorias profissionais distribuídas em cenários de práticas da atenção básica do município do Rio de Janeiro e de Mesquita).

A orientação do TCR está em conformidade com os objetivos do programa em formar equipes multiprofissionais que tenham um fazer interprofissional e articule saberes interdisciplinares para a produção da integralidade do cuidado aos usuários e suas famílias.

A elaboração dos TCR deve expressar conhecimentos sobre um tema específico de saúde pública; refletir o aprendizado prático obtido na vivência junto aos serviços e apresentar as ideias de forma consistente e lógica, por meio de linguagem clara e precisa.

A sua construção deve ser processual, com apoio do docente orientador como forma de expressão da trajetória das aprendizagens e estudos, bem como

das experiências e vivências proporcionadas pelo cenário de prática. Além da construção coletiva do projeto, cada residente elabora um capítulo autoral atendendo ao que preconiza a norma dos cursos de pósgraduação lato sensu, em nível de especialização do Ministério da Educação.

No âmbito do PRMSF são possíveis duas modalidades de elaboração do TCR: o Projeto de Intervenção (PI) e a Pesquisa no Campo (PP).

O Projeto de Intervenção é uma proposta de ação e deve apresentar uma sistematização do conhecimento, desenvolvendo metodologicamente uma proposta de implantação de prática não existente ou a revisão de uma já adotada. Deve prever o diálogo e a construção compartilhada de conhecimentos/ações com atores do espaço de intervenção.

Destaca-se que uma intervenção é compreendida como: “conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação indesejável” (CONTRANDRIOPOULOS et al 1997).

O projeto de intervenção deve conter a descrição e análise do processo de implantação, o que inclui a dimensão problematizadora, teórica e metodológica. É um processo de planejamento-ação local, competência requerida de todo profissional de saúde, e sua finalidade consiste em (i) propiciar a reflexão coletiva sobre o processo de trabalho; (ii) identificar uma situação indesejável que necessita ser enfrentada; (iii) propor e executar as atividades que poderão minimizar a situação indesejada, ou seja, intervir sobre o contexto com o objetivo de promover melhorias.

Nesse sentido, a escolha da situação problema deve expressar demandas coletivas e institucionais e o projeto deve ter viabilidade real de intervenção na prática do serviço, bem como ser implementado pelo menos em parte de forma a poder ser monitorado e avaliado. Propõe também o envolvimento de membros da equipe de saúde da família, NASF e gerente, além de outros parceiros implicados na intervenção planejada.

Já a pesquisa no campo é o estudo organizado sobre uma determinada questão relativa ao processo de trabalho das equipes e dos residentes. Caracteriza-se, principalmente, pela delimitação, unicidade e profundidade do tratamento de um tema. Envolve uma pesquisa empírica no território por meio de coleta de dados primários ou secundários a depender do objeto a ser pesquisado.

Vale ressaltar que a elaboração do TCR tem grande sinergia com todas as unidades de aprendizagem e com o diário reflexivo, já apresentados anteriormente.

Na UA II, na elaboração do diagnóstico situacional os residentes são capazes de identificar questões importantes sobre o território, na UA III as questões identificadas na unidade anterior podem ser analisadas e estudadas mais profundamente por meio da epidemiologia, na UA IV é possível pensar em um planejamento estratégico de ações para as situações estudadas e finalmente na UA V é possível elaborar um plano de monitoramento e avaliação para a situação problema trabalhada até então. Fica evidente assim, que ao longo das unidades de aprendizagem o TCR já está sendo elaborado conjuntamente e de forma processual.

Durante a construção do TCR é importante desenvolver coletivamente a sua elaboração e abarcar todos os elementos estruturais de um trabalho de conclusão como introdução, objetivos, fundamentação teórica, processo metodológico e conclusão. Os capítulos autorais podem ser realizados segundo a necessidade do tema, a escolha dos autores sob a orientação do docente orientador.

O diário reflexivo é uma peça-chave, tanto como ponto de apoio, como matéria prima na construção do TCR. O grupo de residentes em geral retornam aos seus relatos para construir seu trabalho final. Esse retorno às descrições e reflexões se dá pela necessidade de reverem os momentos de imersão no campo, refletindo agora, a partir de um outro lugar, o da academia, sobre situações e enfrentamentos que viveram ao longo da residência. O diário reflexivo possibilita identificar como uma determinada temática ou problema apareceu nos registros e a magnitude da situação para o conjunto dos residentes e da equipe como um todo.

2.5 Estágio optativo

O Estágio Optativo é uma atividade educacional facultativa aos residentes do segundo ano da Residência. Tem como objetivo atender as necessidades de aprendizagem dos residentes em alguma temática considerada importante para sua formação.

Os residentes têm ampla liberdade de escolha e organização do estágio optativo desde que mostrem relevância em relação aos pressupostos curriculares do programa de residência, previamente discutidos com o preceptor e o docente orientador.

O estágio visa proporcionar aos residentes oportunidades de participar ativamente da construção curricular, escolhendo e definindo áreas de interesse, de fragilidade e de aprofundamento do seu conhecimento e desenvolvimento dos diversos recursos (cognitivos, psicomotores e afetivos).

Para candidatura ao estágio o residente, com orientação do docente e preceptor, deve elaborar um projeto que deverá conter a área de interesse, necessidades de aprendizagem, justificativa, objetivos gerais e específicos e plano de trabalho com as atividades a serem realizadas inclusive a avaliação durante o estágio, justificativa da aplicação do conhecimento à prática profissional e a integração de diferentes disciplinas visando ao desenvolvimento de um raciocínio clínico ampliado e contextualizado segundo as condições e necessidades de saúde individual e coletiva e também em relação à gestão e organização do processo de trabalho.

O Estágio Optativo pode ser realizado na própria Fiocruz ou em uma instituição que ofereça programa de residência, serviços locais de saúde, federais, estaduais ou municipais, como também em outras instituições e serviços que possibilitem aos residentes conhecerem e vivenciarem múltiplas realidades, inclusive no exterior.

Sobre as regras gerais do estágio: o período de realização é de 4 semanas (240 horas). Como condições obrigatórias para a candidatura ao estágio o residente deve estar com todos os diários reflexivos em dia, com o TCR em fase de elaboração e elaborar um projeto que será avaliado e aprovado ou não pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)¹⁷ da ENSP. Ao final do estágio o residente fica comprometido a fazer um relatório em forma de Diário Reflexivo e uma apresentação no seminário das experiências de Estágio Optativo junto a toda turma de residência, coordenação do programa e orientadores objetivando partilhar as vivências.

O PRMSF realiza ainda um processo seletivo interno para a participação dos residentes no Programa de Estágio Internacional Brasil-Cuba, que faz parte do acordo de cooperação, desde 2015, entre a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz), a Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba (Ensap) e o Instituto Nacional de Higiene, Epidemiologia e Microbiologia de Cuba (Inhem).

¹⁷ A Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da ENSP é um dos espaços de gestão da residência que tem como objetivo de coordenar, organizar, supervisionar e acompanhar os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (multiprofissional e uniprofissional) da Ensp/Fiocruz. Para saber mais sobre esse espaço veja o capítulo 5: “Construção compartilhada e gestão dos processos formativos na residência multiprofissional em saúde da família”.

O principal objetivo do Programa de Estágio Internacional da ENSP é proporcionar ao aluno uma vivência da realidade dos sistemas, programas e serviços de saúde de países com os quais a ENSP mantém acordos e programas de cooperação, fortalecendo a formação do aluno no campo da Saúde Pública e possibilitando uma oportunidade prática, de caráter estratégico, de compreensão da sua formação e da sua atuação no contexto da Saúde Global.

Cuba possui um sistema de saúde que é referência mundial, destacando-se a área de Atenção Primária à Saúde não só na atuação dos profissionais como nos resultados em saúde. O país, mesmo com recursos limitados e o impacto causado pelas sanções sofridas, consegue tornar o acesso à saúde universal.

Ao longo do estágio os residentes participam de atividades teóricas nas unidades como também realizam visitas técnicas a unidades básicas de saúde e outros dispositivos. Essa oportunidade auxilia no desenvolvimento intercultural, interpessoal e profissional dos residentes, expandindo suas experiências para muito além da vivência acadêmica.

Discussão

De um modo geral as Residências em Saúde consideram a busca da integralidade do cuidado durante o processo formativo dos profissionais. Os trajetos pedagógicos são elaborados de modo a contemplar uma certa desconstrução no saber núcleo centrado, visto que, apesar dele buscar a excelência técnica nos fazeres da clínica, garantindo resolutividade para as necessidades dos usuários, ele não é suficiente para a ação multiprofissional, interprofissional e coletiva.

Essa aparente contradição entre afirmar e desconstruir o núcleo de saberes profissionais expõe a necessidade de uma formação integrada, multiprofissional e interprofissional: os profissionais seriam formados com a capacidade de reconfiguração de seu conhecimento, no contato com cada usuário, com cada território, considerando sua dinamicidade¹⁸. A formação interprofissional aponta para a integralidade do cuidado e deve ir ao encontro de uma potência que “[...] produza abertura e novas sensibilidades” (HECKERT; NEVES, 2007:148).

Assim, o PRMSF adotou a expressão “ferramentas pedagógicas” para identificar os meios ou estratégias utilizadas com intenção pedagógica ou função

¹⁸ Para saber mais veja o capítulo 6: “Desafios da prática da preceptoria e da tutoria no cotidiano da formação”.

de contribuir para a aprendizagem dos residentes dentro desta perspectiva multiprofissional e interprofissional de formação em serviço.

As ferramentas apresentadas caracterizam-se, portanto, como instrumentos de avaliações formativas, por promover uma aprendizagem pautada no *feedback* professor/orientador-residente e residente-residente. Além disso busca desenvolver competências respeitando o ensino em diferentes contextos, focando em resultados centrados no processo e não na forma pontual, classificatória e quantitativa utilizada nas avaliações tradicionais, apresentando-se como facilitador da construção e elaboração, por parte dos residentes, de seu processo de aprendizagem.

O PRMSF foi pautado na concepção de que o conhecimento deve receber tratamento multidimensional, permitindo a compreensão complexa da realidade, a circulação de diferentes valores (interesses, enfoques ou pontos de vista) presentes nas questões humanas, científicas e sociais. Assim, compreende-se que existe uma relação mais estreita entre os conteúdos que são trabalhados no programa curricular e as necessidades dos residentes, de maneira que possam ser utilizados em diferentes contextos e situações profissionais cotidianas (SAIPPA-OLIVEIRA et al, 2005).

Portanto, no desenvolvimento do programa não somente a seleção dos conteúdos pedagógicos, mas também a escolha das ferramentas pedagógicas estão alinhadas a necessidade de trabalhar com os residentes a capacidade de estabelecer relações entre as informações que recebem e as que trazem consigo ou constroem entre si, e relações de aprendizagem que estimulem trocas, confrontos e exposições. A compreensão dessa atitude coloca a questão dos métodos ativos de ensino-aprendizagem, a recuperação dos recursos didático-pedagógicos, como ferramentas para a compreensão e transformação da realidade.

As ferramentas devem propiciar que os conteúdos curriculares sejam questionados durante o processo de ensino aprendizagem e, também, as suas aplicações enquanto métodos ao longo do processo de formação em uma perspectiva sociocultural, descartando o risco de criar leituras unilaterais das possibilidades de transformação da educação dos profissionais. No PRMSF, o uso de diferentes ferramentas tem revelado uma contribuição em potencial para romper com a legitimação e manutenção dos currículos normativos que apresentam baixo potencial de mudança das práticas dos profissionais na direção da integralidade.

A necessidade de superar falsas dicotomias no desenvolvimento das práticas em saúde, como aquelas que se corporificam nas polarizações ações preventivas/ações curativas, ações individuais/ações coletivas, cuidado/cura ou clínica/saúde coletiva, por exemplo, exige um cruzamento de saberes e oportunidades de aprendizagem que despertam os residentes a capacidade de se trabalhar em equipe nos vários pontos da rede de atenção à saúde (SAIPPA-OLIVEIRA et al, 2005). Neste contexto, as ferramentas pedagógicas permitem que os conteúdos oferecidos reflitam a realidade social e as funções que se deseja que o residente cumpra em relação à vida cotidiana, aos indivíduos, à cultura e à sociedade, contextualizadas numa perspectiva histórica e crítica (MERHY, 1997).

O processo de construção do currículo no seu dia-a-dia pode ser entendido como uma prática reflexiva, dialógica e articuladora, que assegura a consolidação de núcleos coletivos, respeitando as características particulares locais e de cada momento da formação. Assim, o PRMSF, em um primeiro momento prioriza o uso de ferramentas pedagógicas que são utilizadas de modo transversais ao processo formativo e avaliativo do residente, acompanhada por um conjunto de outras ferramentas “sazonais” e não menos importantes, que apoiam o processo formativo e que são aplicadas e reinventadas, conforme as necessidades e realidades vividas no momento de oferta do curso.

De um modo geral, no cotidiano da formação profissional os padrões de exigências adotadas para as tarefas acadêmicas se restringem a certas possibilidades muito limitadas; inclusive, dentro da estreita gama de atividades praticadas nas salas de aula, as exigências para avaliar o rendimento escolar restringem ainda mais as possibilidades de expressão dos estudantes (SANTOMÉ, 1995). A nossa proposta, diferentemente busca uma aplicação oportuna das ferramentas pedagógicas que possibilitem uma forma viva de educação e avaliação e, ao mesmo tempo, garanta bases seguras de construção de temas e propostas pedagógicas, pautadas nos problemas cotidianos verificados por docentes, residentes e profissionais de saúde, em contato com as necessidades da população e do sistema de saúde.

Nesse contexto as ferramentas educativas fortalecem a possibilidade de um projeto de formação inovador, acreditando-se que possibilita aos residentes experiências educativas orientadas pela integralidade. Esta perspectiva nem sempre está evidente na sua proposta original, mas segundo Saippa-Oliveira et

al (2005), são nas relações em que as pessoas são vistas como seres autônomos, as mudanças podem acontecer, tanto no nível macro (política institucional do SUS), micro (regulamentações, diretrizes dos processos de formação) e molecular (cotidiano do processo de formação e do cuidado), reconhecendo-se uma influência mútua entre todas (seleção dos conteúdos, ensino-aprendizagem e currículo na formação em saúde).

Considerações finais

Uma educação centrada em competências, como adotada pelo PRMSF, se torna desta forma, uma abordagem didática orientada para a execução de habilidades, sendo um enfoque que contempla uma aprendizagem necessária para que o estudante atue de maneira ativa, responsável e criativa na construção de seu projeto de vida, tanto pessoal e social como profissional.

Investir em ferramentas pedagógicas como as descritas neste capítulo, significa uma aposta em uma nova epistemologia ligada a práxis, ou seja, nesta proposta, o residente passa de uma postura dependente, receptiva, passiva, individual e pouco comprometida, para uma atitude autônoma, participativa, de equipe, comprometida e implicada com o seu processo de ensino, aprendizagem e inclusive de avaliação.

Apontamos para a relevância do uso de ferramentas pedagógicas que viabilizem uma formação mais ancorada na prática reflexiva. No entanto, há a necessidade de aperfeiçoamento e revisão constante dessas ferramentas e, por isso, a importância do seu compartilhamento, na perspectiva de seu desenvolvimento enquanto processo de conhecimento e formação.

Referências

- AUSUBEL, D.P; NOVAK, J.D; HANESIAN, H. **Educational Psychology**: a cognitive view, New York, Holt, Rinehart & Winston, 1978.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2a. ed. Série textos básicos de saúde. Brasília, DF, 2007a.
- CESÁRIO, J. B. et al. Portfólio reflexivo como estratégia de avaliação formativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 1, n. 1, p. 376, 31 mar. 2016.
- CONTANDRIOPOULOS AP, CHAMPAGNE F, DENIS JL, PINEAULT R. **A avaliação na área da saúde: conceito e métodos**. In: Hartz, ZMA, organizadora. Avaliação em Saúde: dos modelos

conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 29-47, 1997.

- COTTA, R. M. M; MENDONÇA, É. T. DE; COSTA, G. D. DA. Portfólios reflexivos: construindo competências para o trabalho no Sistema Único de Saúde. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 30, p. 415-421, nov. 2011.
- COTTA, R. M. M; COSTA, G. D. DA; MENDONÇA, É. T. DE. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 6, p.1847-1856, 2013.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 43a edição ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.
- HECKERT, A.L.; NEVES, C.A.B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R; BARROS, M.E.B; MATTOS, R. (Orgs.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p.145-60.
- HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 147-159.
- JÚNIOR, V.C. A Utilização de Mapas Conceituais como Recurso Didático para a Construção e Inter- Relação de Conceitos. **Revista Brasileira de Educação Médica**, 37 (3): 441-447; 2013.
- LUWISCH, F. E. O Ensino e a Identidade Narrativa. **Revista de Educação**. Vol.XI, nº 2, D. E./ F.C.U.L., Lisboa. 2002.
- MAGNANI, J.G.C. Etnografia como prática e experiência. **Horiz. Antropol.**, v.15, n.32, p.129-56, 2009.
- MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: **Agir em Saúde, um desafio para o público**. Merhy, E.E; Onocko, R. (orgs) HUCITEC, São Paulo, 1997.
- MERHY E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, A. T; Santos, A. F; CAMPOS, C. R; MALTA, D. C; MERHY, E. E. (Orgs.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120, 1998.
- NOVAK, J. D; A. J. CAÑAS. **The Theory Underlying Concept Maps and How to Construct Them**. Technical Report IHMC CmapTools 2006-01, Florida Institute for Human and Machine Cognition, 2006”, disponível em: <http://cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TheoryUnderlyingConceptMaps.pdf>.
- SÁ-CHAVES, I. (Org.) **Os portfólios reflexivos (também) trazem gente dentro**: reflexões em torno de seu uso na humanização dos processos formativos. Portugal: Porto Editora, 2005.
- SAIPPA-OLIVEIRA, G. S; TRINO-ROMANO, R. A. **A dimensão cultural dos conteúdos e a formação em saúde: questões teórico-políticas para o desenvolvimento da pesquisa EnsinaSUS**: Niterói: EdUFF, 2004.
- SAIPPA-OLIVEIRA; G. KOIFMAN. L; PINHEIRO R. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde / in: **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005.

SANTOMÉ, J. T. A. **Globalização e interdisciplinaridade**: o currículo integrado. Porto Alegre: Artmed, 1998.

SCHON, D. Educando o profissional reflexivo: Um novo *desing* para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre, Artes Médicas, 2000. SOUZA, NA; BORUCHOVITCH, E. Mapas Conceituais: Estratégia de Ensino/Aprendizagem e Ferramenta Avaliativa. **Educação em Revista**. Belo Horizonte, v.26, n.03, p.195-218, dez. 2010.



Capítulo 5

CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA E COGESTÃO DOS PROCESSOS FORMATIVOS NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Mirna Barros Teixeira

Ana Laura Brandão

Angela Casanova

Alessandra Pimentel Barbosa Pinto de Mattos

Renata Ruiz Calicchio

Introdução

Esse capítulo apresenta o relato de experiência do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) com foco na condução formativa a partir de espaços coletivos de construção compartilhada e co-gestão com os diversos atores que o compõe: docentes, orientadores, residentes, preceptores, profissionais dos serviços e coordenação. O Programa tem como princípio que a formação em saúde não se restrinja a dimensão técnico-científica de aquisição de conhecimentos, mas a um processo que se constrói de forma dialógica e relacional no qual supera-se a lógica dicotômica de quem ensina e de quem aprende, de quem cuida e de quem é cuidado. Neste contexto, todos aprendem juntos a partir da reflexão crítica do processo formativo, rompendo-se, assim, com a lógica bancária discutida por Freire (1979).

Para falar de espaços coletivos e de co-gestão/gestão participativa no âmbito do PRMSF é necessário resgatar seus fundamentos e contexto, a fim de compreender melhor as condições de existência e o *modus operandi* de sua proposta formativa. A participação é a diretriz que mais expressa e modula o desenho deste programa de residência, concebido como expressão de um projeto democrático de luta pela saúde como direito. Desde o seu Projeto Político Pedagógico (PPP) da ENSP, na sua

dimensão político-pedagógica, valoriza-se tanto “a produção de espaços e experiências acadêmicas de exercício da transdisciplinaridade e de invenção tecnológica”, como “alternativas pedagógicas calcadas no compartilhamento, cooperação e solidariedade na produção e circulação de conhecimentos” (ENSP, 2019).

A valorização da experiência, a aprendizagem significativa e a problematização ou reflexão crítica sobre a mesma nutre-se de perspectivas político-pedagógicas como da Educação Popular em Saúde (CARVALHO, 2001), especialmente incorporados pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009), quanto a proposição de uma práxis transformadora e emancipatória. Nesta perspectiva, o saber-fazer coletivo no cotidiano ganha ênfase na aprendizagem significativa e também se valoriza a construção de pactos de organização coletiva e a sistematização das experiências formativas.

A modalidade de formação especializada em serviço que almejamos sustenta-se na interface ensino-trabalho-cidadania, cuja indissociabilidade entre a formação, atenção, gestão e controle social inclui o pensar e o fazer coletivo (ENSP, 2019).

“(…) aquilo que deve ser realmente central à educação permanente em saúde é a sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços; é a sua ligação política com a formação dos perfis profissionais e de serviços; a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise e autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas e modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade /afecção)” (CECCIM, 2005: 162)

Assim, a formação em serviço como é a proposta da RMSF, deve incentivar o trabalho com base em relações democráticas, participativas e cooperativas, estimulando a troca de saberes e experiências, a circulação de afetos, e o enfrentamento de conflitos articulando, no âmbito dos processos de trabalho, da gestão e da atenção (TEIXEIRA; CASANOVA, 2013).

Os espaços coletivos são apoiados por atores que podemos denominar “apoiadores institucionais”, cuja terminologia surge em meio a um conjunto de reflexões sobre novas formas de fazer formação e gestão em saúde que envolve a co-gestão dos processos de saúde em direção a uma prática desenvolvida em

conjunto pelos atores envolvidos (CAMPOS, 2005). Neste sentido, consideram-se não apenas um saber no fazer saúde, mas o leque de saberes coletivos que orientam as práticas de saúde, em contraposição a uma posição autoritária e vertical de gestão.

Os apoiadores por ora são os residentes, os docentes ou os preceptores circulando de acordo com o protagonismo proposto e exigido para cada espaço coletivo. Por exemplo, no espaço do Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), o apoiador é a coordenação; no espaço de supervisão de categoria, o apoiador é o preceptor de categoria; no espaço de turma, o apoiador são os próprios residentes, e assim por diante.

Espera-se que o apoiador institucional seja capaz de atuar por meio da ativação de espaços coletivos, mobilizando os distintos atores e interesses que circulam no âmbito das relações – poder, afeto, saberes – que se estabelecem, com vistas a mediar a construção de objetivos comuns e viabilizar a pactuação de compromissos e responsabilidades. “Em síntese, podemos afirmar que o trabalho do apoiador envolve uma tríplice tarefa – ativar coletivos, conectar redes e incluir a multiplicidade de olhares e práticas, interesses e desejos para a produção de objetivos comuns, na implementação de políticas de saúde” (BRASIL, 2012).

Martins e Pinheiro (2011) destacam que a mediação pode ser compreendida como uma “ponte” ou um “elo” entre ação coletiva, lideranças, direitos, saberes, tecnologia e mobilização. Assim, permitir o protagonismo de diversos atores que compõem a RMSF que circulam nos diversos espaços coletivos permite uma formação mais dialógica, problematizadora e em constante processo de transformação.

Um modo de operacionalização dos apoiadores no âmbito da gestão e dos processos de trabalho é o por meio da constituição de “rodas” no cotidiano dos serviços (SANTOS FILHO et al, 2009). O Método da Roda ou Método Paidéia:

é uma tecnologia no enfrentamento das situações-limites que se apresentam na formação em saúde e gestão do trabalho; permite visualizar os componentes de núcleo e campo de prática; possibilita estruturar uma cultura de trabalho em equipe e a produção de práticas e conhecimento de forma democrática” (SILVA; SOUSA, 2010:7).

Segundo Campos (2003), esse método é um modo de apoiar a co-gestão de coletivos utilizado para aumentar a capacidade de análise e intervenção dos grupos ou equipes onde o papel do apoiador assume caráter fundamental. Nesta perspectiva de co-gestão, o conceito fundamental que estrutura a relação entre esses atores é a construção compartilhada do conhecimento. Neste conceito, a relação de mediação de qualquer formação deve partir do diálogo que possibilite processos de interação entre os participantes, o desenvolvimento da cooperação e a produção constante de processos de autonomia. Esta mediação considera o valor oriundo da experiência de vida como fonte de saber (CARVALHO, 2001).

A construção do conhecimento busca romper com o modelo verticalizado da educação, no qual o conhecimento é associado unicamente ao saber científico. Parte de uma busca constante de processos de horizontalização do saber e valoriza o diálogo entre educando e educador (FREIRE, 1979). O PRMSF se pauta nesses espaços coletivos de cogestão que usam metodologias problematizadoras e reflexivas e que são realizados com base no método da roda. Tal método já foi utilizado em outros cursos e demonstrou ser uma tecnologia para o desenvolvimento da co-gestão de coletivos (SILVA; SOUZA, 2010).

Assim, o objetivo do presente capítulo é apresentar a metodologia dialógica de construção e gestão compartilhada do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP por meio dos espaços colegiados e de co-gestão, refletir sobre as potencialidades e desafios desse processo de gestão coletivo e compartilhado. Além disto irá identificar os atores internos e externos envolvidos nesse processo, o seu papel, seus interesses/objetivos, regras/normas com os quais estão envolvidos e possíveis conflitos/tensões na relação com o programa, estabelecendo um cenário, junto com os espaços de cogestão, dos desafios e potencialidades desse processo coletivo e compartilhado de gestão.

Apresentação dos espaços de construção compartilhada e co-gestão:

O enfoque da Educação Permanente em Saúde é o ponto de partida para compreender o processo formativo como o mais apropriado para produzir transformações nas práticas e cenários de prática nos serviços por meio da reflexão na ação (práxis), do trabalho em equipe e da construção e gestão compartilhada

como as estratégias para fortalecer o fazer coletivo e colaborativo do PRMSF. Para tanto, é fundamental reconhecer que a complexidade do exercício da co-gestão para produzir mudanças requer vontade política, recursos e métodos, de modo a não correr o risco de transformá-la apenas num discurso. Assim, são colocados “na roda” permanentemente temas para problematização e reflexão/avaliação coletiva, que incluem desde o desenho pedagógico, passando pela gestão dos processos até a avaliação, como dimensões mutuamente influentes (Brasil, 2009).

a noção de gestão colegiada, mecanismo de gestão proposto pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (MS) para a educação em serviço, faz com que todos sejam convidados a participar de uma operação conjunta em que usufruem do protagonismo e da produção coletiva (CECCIM; FEUERWERKER, 2004: 59)

Os espaços coletivos de gestão compartilhada no programa da RMSF são variados, compreendendo o desafio da construção de acordos, alianças e apoios entre os diversos atores. Alguns foram criados desde o início do programa, em 2005 e os demais a partir de demandas identificadas ao longo da implementação do programa. Para fins didáticos, apresenta-se a seguir uma síntese da configuração dos espaços coletivos existentes, aqui organizados por suas respectivas dimensões:

- Acompanhamento e deliberação: implica a participação colegiada na definição e a organização do desenho da RMSF em função da proposta pedagógica, de identificação dos problemas/temas e suas características, obstáculos e oportunidades dos cenários e recursos disponíveis, de forma estratégica, na medida em que atinge uma diversidade de atores;
- Avaliação: dimensão desenvolvida de forma sistemática e processual para alcançar os resultados pactuados, buscando o aperfeiçoamento e melhoria dos processos (ações, decisões e iniciativas) e de produção de conhecimento sistemático no campo da formação em serviço, espaço primordial da *práxis*; e
- Formação e qualificação dos processos educacionais: se dá em diferentes espaços coletivos voltados para a problematização, construção e busca de soluções compartilhadas dispendo do protagonismo e interesses específicos dos atores por temas/problemas emergentes.

Esses espaços coletivos do PRMSF são realizados ao longo do período de formação, equivalente aos dois anos de residência, envolvendo diferentes atores o que demonstra a complexidade da organização de um programa de residência multiprofissional em saúde (Quadro 1). Parte-se do pressuposto da construção compartilhada de conhecimento, justificando a utilização da metodologia participativa nesses espaços (Carvalho et al, 2006). A seguir no Quadro 1 a descrição de cada espaço de co-gestão.

Quadro 1: Apresentação dos espaços de cogestão segundo as dimensões: Acompanhamento e Deliberação; Avaliação; Formação; Acompanhamento e Qualificação dos processos educacionais.

Nome do Espaço	Objetivo/descrição	Atores	Periodicidade	Potencialidades	Desafios
Dimensão: Acompanhamento e Deliberação					
Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da ENSP	Coordenar, organizar, supervisionar e acompanhar os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (multiprofissional e uniprofissional) da ENSP/ Fiocruz*	Coordenadores gerais e adjuntos dos Programas de Residências Multiprofissionais; preceptores, Coordenadores de UA, Docentes, Orientadores, representantes da Vice Direção de Ensino e dos Residentes (sendo dois R1 e dois R2) de cada programa.	Bimensal (Podendo haver reuniões extraordinárias quando necessário).	Horizontalizar o processo decisório; Espaço privilegiado para compartilhar informações, discutir assuntos de ordem jurídico-política e técnico operacional entre todos os atores e deliberar decisões de forma colegiada	Garantir a representatividade e participação de todos os atores que se relacionam com o Programa da RMSF (PRMSF) da ENSP; Garantia de pautas comuns e específicas entre os programas. Inclusão de outros programas de residência no COREMU (Residência em Saúde do Trabalhador/ CESTE/ENS/ Fiocruz). De 2005 até 2019 a COREMU era composta apenas pelo PRMSF, depois foi incorporado o Programa da saúde do trabalhador.

Dimensão: Avaliação					
Oficina de avaliação do PRMSF	Avaliar coletivamente os processos e resultados do programa em relação a: Unidades de Aprendizagem; Equipe docente e discente; Cenários de prática e Espaços de Gestão Compartilhada	Residentes (R1 e R2), preceptores, docentes, orientadores, coordenadores de UA e coordenação do programa	Anual	Metodologia utilizada na oficina permite identificar potencialidades, fragilidades e recomendações em relação a cada uma das dimensões avaliadas; Obter subsídios para a tomada de decisão sobre os processos formativos do próximo ano. Permite modificar ou ajustar processos diante de novos contextos e cenários.	Escutar as demandas dos atores e refletir coletivamente sobre os processos, temas/ofertas pedagógicas; Incorporar as recomendações das avaliações geradas a partir da oficina em todas as dimensões.
Oficina de avaliação dos cenários de prática	Avaliar os atuais cenários de prática onde estão inseridos os alunos do programa segundo critérios pré-definidos	Representantes de residentes de cada cenário de prática, Coordenação do programa e preceptores	Anual	Obter subsídios para a tomada de decisão sobre permanência/mudança dos residentes nos cenários de prática e decidir coletivamente quais serão os cenários recomendados para o ano seguinte. Pluralidade de experiências e diversidade dos cenários, potencializando o olhar dos residentes para a complexidade dos contextos da ESF	Encontrar cenários que atendam a todos os critérios estabelecidos pela coordenação do programa; Rotatividade dos campos e de preceptores ao longo do processo formativo; Aprimorar a noção de unidade/equipe preceptora.
Conselho de Classe	Avaliar os residentes das turmas de R1 e R2	Coordenação do PRMSF, orientadores e preceptores	Anual	Acompanhamento próximo de cada residente de forma individual e coletiva; Avaliação de forma integral levando em consideração critérios como: assiduidade, interesse/participação, atitudes e desempenho.	Imparcialidade da avaliação; Conciliar teoria e prática. Avaliação com todos os atores permite melhor análise de cada residente e permite ajustes necessários durante o curso

Dimensão: Formação					
Ciclo de Debates: conversando sobre a ESF	Debater temas contemporâneos da agenda da saúde pública com ênfase na APS e na ESF	Todos os atores do programa (espaço aberto ao público em geral)	Anual	Ampliar o conhecimento e o debate sobre a APS e ESF; Criação do Grupo de trabalho (GT) com representação de diversos atores do programa para organização deste Ciclo; Riqueza dos temas e das trocas entre os diferentes atores, incluindo usuários das UBS.	Carência de orçamento próprio para organização e realização do evento (convidados externos); Garantir a organização com antecedência ao evento e com ampla participação de diferentes atores.
Oficina de Reflexão Permanente	Atender as necessidades de aprendizagem dos residentes em alguma temática considerada importante para sua formação que não constam nas UA	Todos os atores do programa	Mensal (a partir do mês de julho de cada ano)	Espaço potente de educação permanente e de construção coletiva; Protagonismo dos alunos na construção e organização deste espaço em relação a metodologia, temática e operacionalização das atividades; Função terapêutica do espaço fortalecendo o acolhimento, vínculo, apoio mútuo e o autocuidado.	Organização da oficina e composição do GT (representativa e rotativa); Refletir e operacionalizar ações sobre temas transversais como saúde mental, violência, comunicação e participação, entre outros, de forma a envolver os distintos atores;
Oficina de Preceptoria	Promover a reflexão, a síntese, a análise e a aplicação de conceitos voltados para a construção de competências para a preceptoria por meio do estímulo ao raciocínio crítico	Coordenação do programa, preceptores (de campo e núcleo), candidatos a preceptores e gerentes das UBS	Anual	Vivenciar a metodologia de problematização; Discutir e problematizar o conceito de preceptoria e o papel pedagógico e as competências do preceptor Construir um plano de trabalho do preceptor para acolhimento dos residentes nos cenários de prática.	Liberação dos preceptores por parte das SMS para participação; Seleção dos preceptores; Garantir a remuneração dos preceptores; Garantir a permanência dos preceptores.

Supervisão de categoria/núcleo profissional	Garantir o espaço de diálogo e orientação voltado às especificidades de cada categoria profissional, trabalhando o núcleo de cada categoria no âmbito do cuidado.	Residentes e apoiadores externos ao programa (supervisores de categoria)	Mensal	Supervisores de categoria escolhidos coletivamente por cada núcleo profissional, Articulação com a rede de atenção para selecionar profissionais com competência e disponíveis para essa função.	Garantir a permanência dos supervisores de categoria; Liberação dos supervisores de categoria por parte das Secretarias Municipais de Saúde para participação; Falta de verba para pagamento desses profissionais.
Orientação de grupos de residentes com seus orientadores.	Garantir espaço de diálogo e orientação sobre os desafios e problemas vivenciados pelos residentes nos cenários de prática; Aprofundar questões trazidas nos DRs que ajudem a refletir sobre a prática; Orientar a elaboração do TCR desde escolha do tema até a defesa. Acolher e mediar as relações intersubjetivas da equipe de residentes e oferecer apoio institucional	Residentes e orientadores. Cada orientador fica responsável por um grupo de 7 residentes multiprofissionais	Quinzenal (ao longo de 2 anos da residência)	Favorecer a comunicação, diálogo e o vínculo grupal, podendo ter efeito terapêutico; Apoiar e estimular o desenvolvimento de estratégias e ações que valorizem o trabalho interprofissional e multiprofissional. Permite ser espaço de ponte entre teoria e prática. Estimular o desenvolvimento de trabalhos acadêmicos como compromisso para disseminação de práticas na APS. Promover educação permanente em temas apresentadas pelo cenário de prática, mas ainda não abordados nas UAS.	Conseguir manter os alunos estimulados frente a conjunturas adversas (por exemplo: cortes financeiros, violência nos territórios); Garantir o espaço de fala de todos; Falta de formação dos orientadores para função de apoio institucional Dificuldade de conseguir adesão de pesquisadores da ENSP para realizar esse papel. Dificuldade de orientação em grupo multiprofissional (diversos olhares). Disponibilidade de tempo dos pesquisadores para leitura e retorno dos DR com grupo de 7 alunos.

Dimensão: Acompanhamento e Qualificação dos processos educacionais					
Reunião de orientadores	Discutir a formação dos residentes e os desafios da orientação multi e interprofissional. Compartilhar as estratégias de orientação e definir coletivamente as mais adequadas.	Coordenação do Programa e orientadores	Bimensal	Possibilidade de troca de experiências entre os orientadores; Espaço de construção de estratégias de mediação de conflitos; Discussão de temas internos ao programa e temas emergentes não incluídos nas UAs.	Garantir a presença e participação de todos os orientadores. Muitos orientadores estão envolvidos com outros cursos da pós-graduação, inclusive do strictu sensu e tem dificuldade de conciliar as diversas agendas de trabalho.
Educação Permanente dos Preceptores	Discutir a preceptoria nos cenários de prática Compartilhar as estratégias de preceptoria e definir coletivamente as mais adequadas.	Coordenação do Programa e Preceptores dos cenários de prática	Mensal	Possibilidade de troca de experiências entre os preceptores; Formação sobre temas específicos detectados pelo coletivo.	Liberação dos preceptores para participação por parte das SMS; Garantir a efetivação do que é pactuado para a função de preceptoria na prática dos serviços.
Reunião de turma de residentes R1 e R2	Discutir o campo comum de formação da Residência e propor pautas para o COREMU. Articulação dos residentes enquanto coletivo em ações sócio-políticas e de controle social no SUS. Definir coletivamente quem participa como representante R1 e R2 dos GT do programa.	Residentes (R1 e R2)	Mensal	Possibilidade de discussão ampliada e auto-organização das turmas frente às demandas da Residência; Troca de experiência entre alunos R1 e R2. Comprometimento dos residentes com a incorporação de pautas políticas em defesa do SUS e da formação em residência em saúde. Exercício da comunicabilidade e socialização. Articulação e compromisso em defesa do SUS.	Romper com a lógica hierarquizada tradicional dos processos de ensino-aprendizagem, entendendo o protagonismo dos residentes. Obtenção de consenso sobre as pautas.

Fonte: Elaboração própria baseada nos documentos do PRMSF e na experiência dos autores que compõem este Programa da ENSP/Fiocruz.

*Informações retiradas do Regimento Interno da COREMU da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – 2019 e do resultado das avaliações anuais do PRMSF (2017/19).

De forma a avançar na proposta de uma “formação tecnoprofissional com relevância social”, coloca-se a necessidade de integração ensino-serviço-gestão e controle social ainda incipiente em termos de registro das experiências (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesta perspectiva, o desenvolvimento de competência sócio-política na educação e saúde se conforma especialmente por meio do incentivo à participação e ação sócio-política, com articulações e protagonismo dos distintos atores em espaços coletivos externos ao programa regimental, incluindo os usuários como protagonistas das mudanças das práticas e políticas de educação e desenvolvimento dos trabalhadores do SUS. Um exemplo dessa atuação se dá por meio da participação dos alunos nos Conselhos Gestores das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que tem como objetivo: elaborar o projeto de ação; atuar no processo de trabalho da UBS; responsabilizar os envolvidos; acolher e encaminhar as demandas dos usuários; criar e avaliar os indicadores; sugerir e elaborar propostas (Brasil, 2009 a).

A participação também ocorre em espaços externos ao programa como em Conselhos Gestores e Fóruns de Saúde promovidos pelas diferentes Coordenação de Área Programática do RJ; no “Fórum de Residentes” e de “Coordenadores de Residências em Saúde” da Fiocruz, assim como por representação em “Encontro Estadual e Nacional de Residências em Saúde” (ENRS, 2019) e nas “Conferências Nacionais de Saúde”. Além de apoio e participação em atos e pautas diversas da saúde pública desenvolvidas por coletivos organizados, entre eles: “Nenhum Serviço de Saúde a Menos”, Campanha Carioca, iniciada em 2017 com organização em defesa do SUS e contra retrocessos na Política de Saúde e, mais recentemente, o “Coletivo Rio” que reúne profissionais de diferentes programas de Residência em Saúde do Estado do Rio de Janeiro em prol de pautas de defesa da APS.

Atores, interesses, regras e conflitos no Programa da RMSF

Destaca-se que muitos são os espaços coletivos existentes no âmbito do PRMSF que, com distintas finalidades, envolvem atores diversos, internos e externos ao programa e a instituição formadora (Quadro 1). Ademais, a diversidade de atores traz consigo, muitas vezes, interesses distintos e não

necessariamente convergentes com os quais a coordenação geral do programa precisa lidar e mediar, já que são atores essenciais à sua consecução. No conjunto desses atores, podem ser considerados também os diversos órgãos e instituições com as quais é preciso se relacionar para a operacionalização do programa, que são denominados de *stakeholders*.

Com base na experiência de alguns informantes-chave, com longa experiência no acompanhamento e processamento do projeto do PRMSF e análise documental, foi feito um levantamento dos principais *stakeholders*, apontando o seu papel como atores internos e externos, seus interesses/objetivos, regras/normas com os quais estão envolvidos e possíveis conflitos/tensões na relação com o programa, a fim de estabelecer um cenário, junto com os espaços de cogestão, dos desafios e potencialidades desse processo coletivo e compartilhado de gestão (Quadro 2 e Quadro 3).

Quadro 2: Matriz de stakeholders envolvidos com o PRMSF, ENSP/Fiocruz – Atores internos

Stakeholders	Papel no PRMSF	Interesse/Objetivo	Regras/normas	Possíveis tensões/conflitos
Coordenador Geral e Adjunto do PRMSF	Coordenar o PRMSF em seus múltiplos aspectos: normativos, acadêmicos, relacionais, entre outros.	<p>Inserir o programa na CNRMS*.</p> <p>Garantir o cumprimento das normas legais da CNRMS como instância reguladora e normativa.</p> <p>Garantir a integração entre atividades pedagógicas e os cenários de prática.</p> <p>Envolver discentes, docentes, orientadores e preceptores nos espaços de cogestão descritos no Quadro 1.</p> <p>Monitorar os trabalhos realizados pelos residentes nas atividades educacionais propostas, tanto na ENSP quanto nos cenários de prática.</p> <p>Articular novos campos de prática com secretarias municipais de saúde. Realizar os convênios com as SMS.</p> <p>Gerir todos os espaços coletivos descritos no Quadro 1.</p> <p>Elaborar documentos normativos e orientações do programa para todos os atores.</p> <p>Negociar com as diferentes instâncias (MS, Fiocruz, ENSP e Prefeituras) a sustentabilidade financeira do PRMSF.</p>	Responde às normas e regras de todas as instâncias: CNRMS, MEC, MS (NERJ), Fiocruz, ENSP, SMS.	<p>Conseguir coordenar o PRMSF considerando-se as distintas regras e normas de instituições diversas que orientam interna e externamente os programas de residência.</p> <p>Garantir coerência e sustentabilidade do programa em contexto de cortes financeiros, violência nos cenários de prática e demandas por mais vagas.</p> <p>Conseguir adesão dos docentes da ENSP/Fiocruz nas atividades do PRMSF.</p> <p>Garantir a participação dos diversos atores nos espaços de cogestão que lhes são pertinentes.</p> <p>Gerir as instabilidades dos cenários de práticas (preceptoria, equipes incompletas e sem NASE, cortes financeiros e rotatividade dos profissionais).</p> <p>Gerir conflitos entre os residentes e desses com preceptores e orientadores.</p> <p>Ausência de recursos próprios da instituição para o gestão do programa.</p>

Stakeholders	Papel no PRMSF	Interesse/Objetivo	Regras/normas	Possíveis tensões/conflitos
Coordenador da Unidade de Aprendizagem (UA)	Coordenar a UA	<p>Alinhar o conteúdo da grade curricular com as demais UA e ao Projeto Político Pedagógico (PPP).</p> <p>Convindicar docentes internos e / ou externos para contribuir no desenvolvimento da UA.</p> <p>Articular com profissionais de serviços de saúde, preceptores, gerentes a participação na UA.</p> <p>Avaliar o desempenho dos residentes no processo ensino-aprendizagem.</p> <p>Promover o uso de metodologias ativas para ensino-aprendizagem.</p>	Manual do Residente, Regimento Interno da Pós-graduação da ENSP e do PRMSF, PPP.	<p>Falta de financiamento para pagamento de hora-aula, passagens e diárias de docentes externos;</p> <p>Instabilidades do corpo docente externo e interno.</p> <p>Conseguir agenda para participar dos diversos espaços de cogestão.</p> <p>Pactuar agenda de diversos docentes colaboradores da UA.</p> <p>Espaços de sala de aula para uso de metodologias ativas.</p>
Docente	Realizar atividades docente nas UA.	<p>Apresentar e discutir o conteúdo proposto na grade curricular com os discentes.</p> <p>Desenvolver metodologias participativas e dialógicas durante o processo de ensinar -aprender</p>	CAPES, RI da Pós graduação da ENSP e do PRMSF, PPP	<p>Adequar as atividades propostas às demais que integram o currículo formativo.</p> <p>Participar de todos os espaços de cogestão previstos em consonância com outras atividades docentes e de pesquisa da instituição formadora.</p>
Orientador	Acompanhar e supervisionar os residentes na relação entre a teoria e a prática.	<p>Promover discussões teóricas e reflexões acerca do processo de trabalho nos campos de prática, com ênfase na inter e na multiprofissionalidade.</p> <p>Disseminar instrumentos e ferramentas para qualificação do processo de trabalho dos residentes e equipe preceptora.</p> <p>Apoiar os residentes nas relações interpessoais e deles com profissionais do cenário de prática.</p> <p>Apoiar os residentes na elaboração dos trabalhos avaliativos das UA.</p> <p>Avaliar os Diários Reflexivos mensais elaborados pelos alunos com devolutiva.</p> <p>Orientar os residentes na elaboração do TCR</p>	MEC, CAPES, RI da Pós graduação da ENSP e do PRMSF, PPP	<p>Mediar conflitos nas relações interpessoais entre residentes e os profissionais do cenário de prática.</p> <p>Participar de todos os espaços de cogestão previstos em consonância com outras atividades docentes e de pesquisa da instituição.</p> <p>Permanecer engajado nas diversas atividades demandadas pelo PRMSF tendo que atender também critérios de avaliação da CAPES para atividades do stricto sensu (produção de artigos, orientação de alunos stricto sensu, pesquisa e oferta de disciplinas).</p>

Stakeholders	Papel no PRMSF	Interesse/Objetivo	Regras/normas	Possíveis tensões/conflitos
Preceptores	Acompanhar, orientar e supervisionar os residentes nos cenários de prática.	<p>Promover a integração dos residentes com os demais profissionais da equipe preceptora, outras equipes de saúde da família e gestor da Clínica da Família.</p> <p>Mobilizar a equipe de saúde família no seu papel de equipe-preceptora.</p> <p>Propiciar espaços de trabalho para realização de novas atividades propostas pelos residentes.</p> <p>Apoiar os residentes na realização de ações previstas por sua categoria profissional e também interprofissional.</p> <p>Participar dos espaços de educação permanente do PRMSF com outros preceptores.</p>	CNRMS, RI da Pós graduação da ENSP e do PRMSF, PPP, Centro de Estudos da SMS, Contrato de Gestão das SMS.	<p>Alta demanda de trabalho nas Clínicas de Família comprometendo a atuação de preceptoria.</p> <p>Instabilidade dos vínculos empregatícios, podendo gerar descontinuidade na preceptoria.</p> <p>Falta de liberação da gerência da Clínica da Família para participar dos espaços de cogestão do PRMSF (conforme quadro 1).</p> <p>Pouca compreensão dos profissionais de saúde da Clínica da Família do papel dos residentes.</p>
Residente/ discente	Cumprir as tarefas designadas aos residentes de forma ética e responsável de acordo com o Manual do Residente e demais orientações do PRMSF.	<p>Realizar as atividades pedagógicas e avaliativas previstas nas UA.</p> <p>Realizar ações inter/ multiprofissionais e específicas da sua categoria para os usuários atendidos pela equipe/Clínica da Família.</p> <p>Refletir sobre processos de trabalho do cenário de prática a luz do marco teórico-conceitual discutido nas UA.</p> <p>Participar dos espaços de orientação e dos demais espaços coletivos do PRMSF.</p> <p>Participar de espaços de controle social e participação popular.</p>	Responde às normas e regras de todas as instâncias	<p>Conciliar as demandas da equipe de saúde da família e UBS com o conjunto de atividades previstas dos residentes.</p> <p>Atuar em cenários de prática com conflito armado inviabilizando a realização de ações no território.</p> <p>Dificuldades de inter relação entre os residentes, profissionais e/ou gestores.</p> <p>Conciliar as atividades obrigatórias do programa com os diversos espaços políticos e de participação envolvidos com a APS.</p>
Vice presidência de educação, informação e comunicação da Fiocruz	Suporte e continuidade dos Programas de Residência em Área de Saúde da Fiocruz e importância do seu papel na formação de profissionais do SUS.	<p>Garantir a sustentabilidade dos programas de residência em saúde como parte integrante do programa de pós graduação lato sensu da instituição.</p> <p>Promover o Fórum de Coordenadores de Residências em saúde da Fiocruz.</p>	MS, CNRMS, MEC, Fiocruz.	<p>Conciliar distintas demandas e interesses das modalidades de residência (uni e multiprofissional).</p> <p>Garantir financiamento próprio para os programas das Residências em Saúde.</p>

Stakeholders	Papel no PRMSF	Interesse/Objetivo	Regras/normas	Possíveis tensões/conflitos
Vice direção de ensino da ENSP/Fiocruz	Garantir a infraestrutura (recursos humanos, físicos, materiais e financeiros) necessária para funcionamento do PRMSF.	Promover a disseminação do PRMSF na própria instituição. Envolver o conjunto de profissionais da ENSP nas atividades do PRMSF.	MS, MEC, CNRMS, RI da ENSP e dos Centros de Estudo.	Dificuldade de garantir recursos financeiros para pagamento de apoio institucional e preceptoria. Coexistência de diversos programas de pós graduação com demandas / disputas crescentes por recursos. Fragilidade no apoio político institucional nos casos de judicialização nos processos seletivos.

Fonte: Elaboração própria baseada nos documentos do PRMSF e na experiência dos autores que compõem este Programa da ENSP/Fiocruz.

Quadro 3: Matriz de stakeholders envolvidos com o PRMSF, ENSP/Fiocruz – Atores externos

Stakeholders	Papel no programa	Interesse/Objetivos	Regras/Normas	Possíveis tensões/ conflitos
Gestores municipais de saúde (SMS)	Garantir cenários de prática e preceptores para o PRMSF.	Promover inovações no processo de trabalho das equipes de saúde da família. Motivar os profissionais de saúde com oportunidades de preceptoria nas clínicas de famílias para receber residentes. Estabelecer as regras de funcionamento e pactuar o Contrato de Gestão das Clínicas das Famílias. Fortalecer o modelo de APS no município.	Requisitos do PRMSF para a escolha dos cenários de prática; Convênio entre a SMS e a PRMSF/ENSP.	Desacordo com o processo formativo em serviço de saúde estabelecido para os residentes. Desacordo com o montante de recursos necessários para garantia dos residentes nos cenários de prática. Rotatividade dos profissionais e preceptores nos serviços de saúde.

Stakeholders	Papel no programa	Interesse/Objetivos	Regras/Normas	Possíveis tensões/ conflitos
NERJ (MS)	Garantir o pagamento de bolsas de estudos para os residentes. Controlar a frequência dos residentes.	Garantir o cumprimento dos preceitos do PRMSF. Orientar as regras de contratação dos residentes. Acompanhar o desempenho dos residentes no PRMSF. Contratar e desligar os residentes no PRMSF.	CNRMS, MEC, MS.	Conseguir garantir o cumprimento das regras considerando-se as distintas regras e normas que orientam interna e externamente os programas de residências em saúde. Garantir coerência e sustentabilidade do programa em contexto de cortes financeiros e demandas por mais vagas.
Fiotec (Fiocruz)	Realizar atividade de administração dos contratos de gestão realizados no âmbito do PRMSF	Garantir a execução financeira dos Projetos/ Convênio do PRMSF com as SMS.	Regras da contratualização com os municípios.	Adequar as atividades propostas ao conjunto de regras estabelecidas para execução dos projetos.
Comissão nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS)*	Instruir as diretrizes gerais para criação e regulamentação dos programas de residências em saúde, em âmbito nacional garantindo os princípios e diretrizes do SUS	Garantir o cumprimento pelos programas de residência multiprofissional dos parâmetros e regras estabelecidos pela Comissão. Estabelecer parâmetros e normas para sua consecução por unidades formadoras. Supervisionar os programas de residência Credenciar novos programas.	Princípios e diretrizes do SUS e MEC.	Normas e regulamentações não necessariamente convergentes com as estabelecidas nos Centros Formadores. Dificuldades do PRMSF em atender a todas as regras pautadas pela Comissão devido a singularidades do programa.

Fonte: Elaboração própria baseada nos documentos do PRMSF e na experiência dos autores que compõem este Programa da ENSP/Fiocruz.

*A CNRMS é a instância mais importante dos Programas de Residências em Saúde. Todo o marco normativo dos programas está regido por esta instância colegiada que tem o MEC como coordenador. Para saber mais, sugerimos a leitura do capítulo 1 deste livro.

Dentre os atores internos (Quadro 2), destaca-se a **Coordenação da RMSF** que tem entre seus principais desafios garantir o envolvimento de docentes, orientadores, preceptores de campo e discentes nas atividades pedagógicas e sua participação nos espaços de cogestão. Isso significa uma série de negociações e

articulações que precisam ser feitas e reiteradas permanentemente no decorrer do programa. Enquanto coordenação, esses atores precisam atender a um conjunto de normas e regras instituídos por distintos atores/instâncias, incluindo o Ministério da Educação, Ministério da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e a própria Fiocruz. Garantir campos de prática no âmbito da APS no nível municipal requer monitoramento e avaliação contínuos do contexto e das práticas desenvolvidas, bem como negociação permanente com gestores, gerentes e preceptores. Ademais, os espaços de cogestão são tensionados por distintos interesses e valores dos atores que o compõem. Garantir a participação e ao mesmo tempo lidar com seus limites, dado as distintas inserções e responsabilidades dos atores, requer forte capacidade de coordenação e mediação entre atores e interesses.

Outros atores internos ao programa de grande importância são os **docentes e orientadores**, papel muitas vezes ocupado pelo mesmo ator que como docente, atua em sala de aula nas UAs do programa e, como orientador faz o apoio institucional aos residentes para sua atuação nos cenários de prática. O orientador é um ator fundamental para o programa, tendo em vista o seu papel de mediador entre os conteúdos teóricos abordados em sala de aula e os desafios apresentados nas localidades em que os residentes atuam; nas relações interpessoais do grupo de residentes, tanto entre eles quanto com a equipe de saúde/preceptor/gestor de Unidade Básica de Saúde; na interprofissionalidade e multiprofissionalidade, promovendo a reflexão do processo de trabalho na APS.

Cabe, também, ao orientador apoiar os alunos na definição da temática e do tipo de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) (assunto que foi abordado no Capítulo 3 deste livro) e acompanhar o grupo no seu desenvolvimento de formação. O arranjo dessa mediação é feito com a definição de uma dupla de orientadores para um grupo de sete residentes de diferentes categorias profissionais ao longo de dois anos de formação. Cada grupo de residentes é definido enquanto equipe multiprofissional, designada para atuar em conjunto com uma equipe de saúde da família. A interlocução entre docentes/orientadores e residentes ocorre no espaço coletivo de “Orientação de grupos de residentes e orientadores”, conforme destacado no Quadro 1.

Apesar da potência do papel de orientador na articulação de práticas e saberes, de modo geral, é preciso esforço da equipe de Coordenação para conseguir viabilizar um profissional para o desempenho dessa função dentro da

ENSP. De um lado, a atuação como orientador implica conhecimentos sólidos em saúde coletiva e/ou APS; de outro, exige um grau de dedicação que, muitas vezes, docentes, internos ou externos à instituição, consideram inviável, haja visto o acúmulo/sobreposição dessa atividade com outras, de docência nos programas stricto sensu e pesquisas. Esses atores, quase sempre, estão submetidos a regras de instituições de fomento, que norteiam processos avaliativos internos, assim como, outras possibilidades de ascensão profissional. Tais regras condicionam o interesse desses atores em atuarem em programas stricto sensu em detrimento do lato sensu, como é o caso da Residência.

Nesse sentido, a Coordenação precisa mediar também os distintos perfis profissionais e acadêmicos dos orientadores, a fim de alinhar estrategicamente conteúdos e princípios do PPP do programa. Apesar de haver um espaço coletivo instituído com essa finalidade, de troca de saberes e experiências entre orientadores e coordenação (reunião de orientadores - quadro 1), nem sempre é fácil garantir a participação de todos. Outro aspecto importante é que, apesar da metodologia de construção e gestão compartilhada adotada, na prática as expectativas sobre o modo de fazer orientação nem sempre é compartilhado, ou muitas vezes é distinto, entre orientadores e residentes, ou seja, esses atores têm perspectivas diferentes sobre o processo de orientação e que temas discutir nos encontros.

Quanto aos **preceptores**, há alguns anos, uma das maiores dificuldades na atuação desse ator refere-se ao contexto da organização e gestão da APS nos municípios conveniados. Atrasos de pagamento, falta de estrutura adequada a garantia da qualidade do cuidado, atraso na entrega e falta de insumos, greve e rotatividade de profissionais, têm interferido no processo de trabalho das equipes e, por conseguinte, na atuação dos preceptores que são profissionais de saúde das equipes de saúde da família designados ao acompanhamento e supervisão dos residentes nos cenários de prática. Acrescenta-se a isso, a grande demanda de trabalho nas Clínicas de Família (CF). Garantir o envolvimento e motivação desses profissionais tem sido um desafio, mas que tem sido possível mediante a existência de um espaço coletivo específico de interlocução entre todos os preceptores e coordenação (“Educação Permanente com Preceptores” - quadro 1) e da “Oficina de Preceptor”, realizada anualmente, que tem como potencialidade favorecer a vivência, a discussão e problematização do conceito e do papel pedagógico de preceptor.

Não obstante, esses atores também precisam seguir regras específicas estabelecidas no seu contrato de trabalho, em contratos de gestão, estando submetidos à liberação da gerência da CF para sua participação nos demais espaços coletivos do PRMSF, o que nem sempre conseguem garantir. Ademais, a instabilidade dos vínculos empregatícios afeta diretamente a permanência dos preceptores como profissionais na Clínica de Família resultando, muitas vezes, na descontinuidade da função da preceptoria junto ao grupo de residentes. Desse modo, um dos desafios para a coordenação do programa além de selecionar e garantir recursos para pagar os honorários desses profissionais como preceptores, consiste em articular sua participação nos espaços coletivos e contornar possíveis situações de descontinuidade da preceptoria, mediando essas questões junto às expectativas e anseios dos residentes.

Os **residentes** são atores fundamentais do programa, evidentemente. Para além de suas atribuições/responsabilidades esperadas (quadro 2), em nossas avaliações anuais tem aparecido questões sobre sua participação nos espaços de gestão, tais como: Quais são os limites da gestão compartilhada? Como variados graus de responsabilidade institucionais dos atores atravessam as suas possibilidades de participação e nível decisório? Qual o papel dos atores em espaços como o COREMU? Quais as competências e atribuições? Quais são os seus limites, considerando-se as distintas regras e normas que o próprio programa precisa seguir? É possível ou não “borrar” essas competências e fronteiras?

Embora existam diversos espaços de participação dos residentes, o incômodo por não terem todas as suas demandas incorporadas/apoiadas nos processos decisórios, os fazem questionar qual o grau de participação que eles realmente possuem na definição de pautas que consideram fundamentais, questionando a prática da “co-gestão” desses coletivos.

Esses atores via de regra reconhecem que, nem sempre é fácil acompanhar a dinâmica dos distintos espaços e suas finalidades, denotando a necessidade de ampliar as estratégias e espaços de diálogo, informação e principalmente, comunicação, no âmbito do programa. Em sua perspectiva, outra fragilidade do programa refere-se à garantia de representatividade e participação dos preceptores e docentes no COREMU e também em outros espaços coletivos apontando para a Coordenação o desafio de coordenar todos esses atores em

relação de interdependência, mas que atuam com alto grau de independência em seus processos de trabalho e com distintos protagonismos nesses espaços.

Um espaço específico para troca de experiências entre residentes - a “Reunião de turmas” do primeiro e segundo ano, com periodicidade mensal - tem sido reconhecido como espaço potente para os mesmos, dado as possibilidades de problematização, construção de pautas de discussão e de troca de experiências entre eles. Uma expectativa apresentada é o apoio da coordenação seja na promoção e ampliação dos espaços de fortalecimento dos vínculos entre as turmas de residência intra institucional (incluindo as residências médicas), quanto no apoio a participação dos residentes em espaços e ações sociopolíticas extra institucionais.

Entre os desafios enfrentados por esses atores para mobilização desses e outros espaços encontra-se a falta de experiência prévia de alguns residentes com espaços de construção coletiva; a capacidade de auto organização dos residentes e a obtenção de consenso sobre suas pautas com resolução de conflitos. Por outro lado, ao longo dos anos, um elemento comum observado no interesse desses atores, tem sido um forte compromisso ético-político em defesa da formação pública, do SUS e da APS e o envolvimento em espaços de participação política e comunitária. Tais elementos têm se apresentado como questão fundamental ao PPP do programa e, para à coordenação emergem como desafios: como conciliar e mediar a participação política dos residentes com o currículo formativo planejado? qual é a medida dessa conciliação?

Em relação aos **atores externos** (quadro 3), destacamos os gestores municipais já que existe uma relação de interdependência direta entre a existência de cenários de prática (e preceptores) e a disposição dos gestores, em garantir essa estrutura. De um lado, os gestores podem enxergar a residência como oportunidade, ao favorecer inovações nos processos de trabalho das equipes e motivar os profissionais com função de preceptoria, além da qualificação das próprias equipes preceptoras e do modelo de cuidado oferecido aos usuários. De outro, os gestores podem entender que tratar-se-á de um acúmulo de atividades para profissionais já insatisfeitos, discordar do processo formativo em serviço proposto para os residentes frente aos requisitos definidos pelo programa para os cenários de prática e, por fim, não consensuar o montante de recursos necessários.

É possível identificar também interesses distintos daqueles da coordenação no que se refere à seleção dos preceptores e ao seu pagamento.

Quanto ao Ministério da Saúde, na figura do Núcleo Estadual do Rio de Janeiro (NERJ/MS), seu principal papel tem sido o financiamento das bolsas de estudo para os residentes. Contudo, um desafio tem sido garantir a coerência e sustentabilidade do programa em contexto de cortes financeiros por um lado, e demandas por mais vagas, de outro.

A Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS) é outro ator que merece destaque na relação com os demais atores do programa, já que cabe a ela instituir as diretrizes gerais de regulamentação dos programas de residências em saúde, buscando garantir o cumprimento dos parâmetros e regras estabelecidos por ela, exercendo também o papel de supervisão dos programas de residência. Um aspecto a se considerar, na relação com a CNRMS refere-se ao conjunto de normas e regulamentações não necessariamente convergentes com as estabelecidas nos centros formadores, resultando em dificuldade do programa em atender a todas as regras pautadas pela Comissão. Muitas vezes a gestão de ensino da instituição formadora tem regras diferentes estabelecidas pela CNRMS e cabe à coordenação muitas vezes fazer os ajustes entre essas diversas regras. Um exemplo disso é o número de faltas por Unidades de Aprendizagem.

Nesse sentido, o mapeamento de atores e espaços coletivos existentes no PRMSF revela a multiplicidade de expectativas e entendimentos, em relação à interdependência com graus de autonomia e decisão variados. Estes se articulam e interagem com seus interesses nos espaços de co-gestão, a depender dos recursos disponíveis e do grau de influência de uns sobre outros, mediados por variado escopo de regras e normas nem sempre convergentes com os da instituição formadora.

Sob esse aspecto a governança deste programa, ocorre no espaço de uma rede de políticas, que conforme Artaza-Barrios (2013: 656),

Las redes modernas no están basadas em jerarquias, pues es una ilusión pretender que un actor ejerza un mando directivo de “control comando” tradicional sobre otro. Las redes exitosas descansan en la necesidad de interdependencia y en los requerimientos horizontales y no burocráticos de colaboración e cooperación que permiten que se logren objetivos compartidos

No contexto das redes, as relações organizacionais se concebem como sistemas complexos que giram em torno de decisões que se constroem entre os diferentes atores da rede. A habilidade de gerir uma rede não reside em buscar a disciplina de curto prazo, mas sim a confiança na capacidade de obter sucessos de médio e longo prazo (ARTAZA-BARRIOS, 2013). Subjacente às redes de políticas, como aspecto comum, encontram-se exatamente os problemas de ação coletiva, relacionados a um conjunto de atores heterogêneos em situação de interdependência que precisam agir em torno de um projeto (CALMON; COSTA, 2013).

Considerações finais

Diferentes dispositivos e espaços de participação foram construídos ao longo do tempo para dar forma e sustentação a proposta formativa adotada pelo PRMSF, onde problemas e processos são construídos e avaliados coletivamente de forma democrática e participativa considerando os diferentes atores, interesses/necessidades e contextos. Entende-se esses espaços coletivos como espaços de co-gestão que permitem encontros dialógicos de reflexão entre os diversos atores que participam direta e indiretamente do programa de formação em serviço.

A perspectiva da construção compartilhada do conhecimento oportuniza que os espaços coletivos funcionem em caráter pedagógico para todos, incluindo a própria coordenação do programa. Assim, a partir da experiência vivida em cada encontro, nos distintos espaços, tem sido possível revisitar continuamente qual o papel dos atores, suas responsabilidades, autonomia e participação, denotando que este é um processo sempre em construção, sendo remodelado a partir de consensos e dissensos entre expectativas e possibilidades.

A diversidade de espaços coletivos construídos, ao longo dos 15 anos de vida desse programa de RMSF, já mostra seu potencial de construção compartilhada e de co-gestão. Apenas a existência não garante o compartilhamento, mas demonstra o compromisso ético e político com a formação pública, com abertura e disponibilidade para a escuta e troca entre diferentes atores.

Além disso, esses espaços coletivos permitem a constituição de sujeitos com capacidade crítica de análise elaborando novos sentidos e significados que orientem o agir concreto. Nesse contexto, o apoio se apresenta como uma dimensão instituinte, tencionando as práticas de cuidado e, no caso da formação



em serviço, facilita que os residentes reflitam sobre sua prática profissional, sobre os problemas do cotidiano de trabalho e criando, assim, um espaço de produção de autonomia e de sua práxis.

Referências

- ARTAZA, B. O. *et al.* Gobierno de redes asistenciales: evaluación de los Consejos Integradores de la Red Asistencial (CIRA) en el contexto de la reforma del sector salud en Chile. **salud pública de México**, v. 55, n. 6, p. 650–658, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - Série B. Textos Básicos de Saúde/ Série Pactos pela Saúde 2006; v.9 Brasília: Ministério da Saúde/SGTES/DGES, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: gestão participativa: co-gestão / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009a. 20 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestao_participativa_cogestao_2ed.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o apoio integrado à gestão interfederativa do SUS. Metodologia utilizada pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), Brasília, 2012.
- CALMON, P; COSTA, A. T. M. Redes e governança das políticas públicas. **RP3 - Revista de Pesquisa em Políticas Públicas**, v. 0, n. 1, 2013.
- CAMPOS, G.W.S. **Um Método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. CAMPOS, G.W. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.
- CARVALHO, M.A.P.; ACIOLI S; STOTZ E.N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: Vasconcelos E.M. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, p. 101-14, 2001.
- CARVALHO, M.A.P. et al. **Curso de Especialização em Saúde da Família nos moldes da Residência Ensp/Fiocruz**: desenvolvendo competência para a atenção básica. In Ministério da Saúde/Secretaria de Gestão da Educação na Saúde / Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Série B. Textos básicos de Saúde. Brasília - DF, 2006.
- CECCIM, R.B. e FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da Formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS**: Ver. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41-65, 2004.
- CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: Comunic.Saúde e Educ**, v.9, n16, p.161-77 set.2004/fev.2005.
- ENRS. Carta Natal. Encontro Nacional de Nacional de Residências em Saúde. Do sertão ao mar será resistência: Residências em defesa da vida. Natal, 2019.
- ENSP. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, 2019.
- FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
- MARTINS, P. H, PINHEIRO, R. Introdução. In: PINHEIRO, R., MARTINS, P.H. (Orgs) **Usuários,**

redes sociais, mediações e integralidade em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011.

SANTOS, F. S. B; BARROS, M.E.B; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação. vol. 13, supl.1, p. 603-613, 2009.

SILVA; SOUZA. **A roda como espaço coletivo de co-gestão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Município de Sobral** – CE. SANARE, Sobral, v.9, n.2., p.07-13, jul./dez. 2010.

TEIXEIRA, M; CASANOVA, A. O apoio institucional: mediação social na Atenção Primária a Saúde In: PINHEIRO, R; SILVEIRA, R et al. **Apoiando a gestão do sus em rio branco- acre**: a estratégia da incubadora de integralidade no desenvolvimento institucional local. (Orgs). Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, p. 130-135, 2013.

Capítulo 6

DESAFIOS DA PRÁTICA DA PRECEPTORIA E DA TUTORIA NO COTIDIANO DA FORMAÇÃO

Luiz Montenegro
Tiago Bezerra

A Lei nº 11.129/05, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e criou a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), foi também o primeiro documento que definiu os atores que desempenham ações de ensino junto aos residentes nos serviços, dentre estes, tutores e preceptores. Lembrando, de acordo com Costa Neto & Batista (2013), que tal legislação aborda o ensino em serviço nas áreas profissionais não médicas relacionadas com a saúde, como forma de consolidar uma política de fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) com base, nas demandas e realidades locais regionais.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), é igualmente direcionado por esta legislação, e caracteriza-se como modalidade especializada lato sensu que apresenta conteúdos teóricos, teórico-práticos e práticos.

Os residentes, dele participantes, têm orientação de preceptores e tutores com o objetivo de proporcionar uma formação profissional dentro das diretrizes constitucionais do SUS, entendido, neste programa, como instância formadora e espaço de experimentação das diversas tecnologias disponíveis nos cenários de

prática, desenvolvidos nos serviços de saúde chamados de Clínicas da Família (CF).

A CNRMS no Art. 10 de sua Resolução nº 2, de 13/4/2012 (BRASIL, 2012), define docentes como sendo profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no Projeto Político Pedagógico. No Art. 11 da mesma resolução, estabelece uma distinção entre núcleo e campo: §1º A tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes. §2º A tutoria de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa.

Ainda no art. 11 define a função de tutor como aquela que “caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos”.

Quanto às tecnologias disponíveis do campo da saúde, de acordo com Merhy (2002), estas encontram-se divididas da seguinte forma: a) tecnologias leves (aquelas utilizadas no campo relacional, quando do atendimento direto ao usuário nos acolhimentos e escutas qualificadas, sendo estabelecadoras de vínculos e responsabilização do cuidado); b) leve-duras (sintetizadas nas formas de protocolo, saberes, normas e fluxos envolvidos nos serviços) e; c) tecnologias duras (estão relacionadas aos equipamentos como os utilizados para ultrassonografia, por exemplo, e medicamentos).

Nessa perspectiva, o aprendizado é conduzido nos serviços, tendo o território como locus de atuação dos residentes, alinhado à concepção de território como assinalada por Santos e Rigotto (2011). Os autores compreendem que se trata de um espaço que, além de características físicas, expressa também perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, político, social e cultural. Nesse sentido, os atores envolvidos nos processos de ensino-aprendizagem (residentes, profissionais saúde, tutores e preceptores), precisam ordenar suas

práticas às necessidades desse espaço, que se transforma e se reforma a partir das variadas relações que nele são estabelecidas, inclusive as ações promotoras de saúde e preventoras de agravos.

Em tais cenários, juntamente com as tecnologias previamente mencionadas, espera-se dos profissionais em exercício na preceptoria e tutoria a capacidade de promover, dentro de suas funções de ensino/aprendizagem, o desenvolvimento de competências cognitivas, motoras e éticas nos residentes¹⁹.

Deste modo, todos os atores envolvidos contribuem para a melhoria da saúde coletiva nos territórios em que atuam, bem como a concepção de uma organização dos serviços que oriente práticas de cuidado em saúde que sejam promotoras de cidadania, de autonomia dos usuários e auxiliares na gestão, (re) orientando os processos de trabalho.

O exercício da função de orientação e supervisão também é desejado para grupos de residentes no campo de prática, entendido como prática docente que agrega saberes de sete núcleos profissionais na composição do campo de saber da saúde. Neste incluem-se os saberes voltados aos princípios e garantias constitucionais da universalidade, equidade e integralidade do cuidado, bem como no estabelecimento de competências voltadas à clínica ampliada.

Segundo Campos (1996-1997), no exercício da clínica ampliada os profissionais fogem do foco assistencial, baseado na queixa/condução e são capazes de compreender as singularidades dos sujeitos considerando aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

O exercício da clínica ampliada evoca debates e discussões cotidianas, no intuito de fortalecer o conceito ampliado de saúde, pela valorização multidimensional do ser humano, acreditando que ele seja capaz de se manter saudável ou viver, embora possa apresentar alguma condição de doença.

No quadro 1 estão descritos os atributos dos tutores e preceptores de acordo com regimento interno do PRMSF.

¹⁹ Para saber mais sobre as competências veja o capítulo 3: “A transformação em processo: o modelo político-pedagógico”.

Quadro 1: Atributos de tutores e preceptores

Tutor	Preceptor
<p>I. Manter a coordenação de cada programa informada sobre o desenvolvimento das atividades e dificuldades encontradas;</p> <p>II. Participar das reuniões sobre a residência para as quais for convocado;</p> <p>III. Informar mensalmente ao coordenador o resultado da avaliação individual dos residentes sob sua responsabilidade;</p> <p>IV. Orientar e avaliar os diários reflexivos dos residentes, quando for prática da residência;</p> <p>V. Orientar a produção científica dos residentes;</p> <p>VI. Estabelecer articulação com os preceptores;</p> <p>VII. Participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;</p> <p>VIII. Colaborar com o coordenador de área na organização das atividades programadas;</p> <p>IX. Participar da avaliação do projeto pedagógico (PP) do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;</p> <p>X. Orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas nos regimentos dos programas.</p>	<p>I. Exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;</p> <p>II. Orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP;</p> <p>III. Elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;</p> <p>IV. Facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;</p> <p>V. Participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;</p> <p>VI. Identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário;</p> <p>VII. Participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão;</p> <p>VIII. Proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral;</p> <p>IX. Participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento.</p> <p>X. Acompanhar e informar mensalmente a frequência dos alunos nos campos de prática</p>

Fonte: Elaboração própria

O exercício da prática docente é atravessado por aspectos decorrentes das relações pessoais e estruturais entre os múltiplos protagonistas, envolvidos no processo de cuidado dos usuários da Clínica da Família. Para fins de melhor entendimento, dividem-se esses aspectos em *individuais* e *intrínsecos* ao modelo assistencial do campo de prática.

Com relação aos individuais, consideram-se as subjetividades humanas relacionadas ao corpo profissional, de todos os níveis, presentes nas CF, cujas atuações já atendem a um determinado marco gerencial e legal nos serviços; dos residentes, considerados como profissionais ainda em formação e suas formações prévias; e dos usuários, na perspectiva de clínica ampliada, dotados de diversas características socioculturais que esperam, e devem ter assistidas as suas mais variadas demandas em saúde.

Ao abordar os critérios intrínsecos, consideram-se as políticas de Educação Permanente e Humanização do SUS, a gestão e gerenciamento do Modelo Assistencial em Saúde, bem como suas formas avaliativas, geralmente focadas em metas de desempenho e índices numéricos.

Salienta-se, ainda, que ambos os aspectos mencionados coexistem de maneira dinâmica, não linear, durante todo o período em que os residentes são acompanhados e envolvidos por um território constituído de características próprias e marcantes.

Diante disto, é inegável a complexidade posta aos profissionais que desenvolvem a preceptoria e tutoria no que tange ao desenvolvimento profissional dos residentes, posto que se acredita haver uma sinergia direta entre os diversos aspectos mencionados e a formação social, cultural e histórica dos atores. Assim, esse capítulo apresenta como objetivo apontar e analisar os desafios contidos na prática docente que incidem sobre a preceptoria e a tutoria do PRMSF.

A narrativa será apresentada de acordo com as práticas docentes acumuladas e vivenciadas no acompanhamento das turmas de residentes durante suas formações no PRMSF. No texto, escrito sob a forma de capítulo de opinião, os autores problematizam as suas atuações auxiliados pelos documentos oficiais que demonstram a sua estrutura e concepção pedagógica, os atributos esperados de preceptores e tutores, em consonância com a proposta de formação nos serviços e com o modelo e estratégias de gestão e organização do trabalho em saúde que devem subsidiá-lo.

Atuação dos tutores e preceptores

Para melhor compreensão do leitor, acredita-se ser importante descrever, de maneira sucinta, a participação de tutores e preceptores no processo de aprendizagem, cujas atuações se prolongam por dois anos. Os residentes são alocados em seus cenários de prática em grupos de sete residentes, sendo um para cada categoria profissional: Enfermeiro, Dentista, Assistente Social, Farmacêutico, Educador Físico, Psicólogo e Nutricionista.

A seleção destes cenários é realizada de maneira criteriosa, pela coordenação do PRMSF, após reuniões e amplas avaliações colegiadas com os residentes (R1 e R2), pactuações junto à gestão municipal, responsável por receberem os alunos e análise final com a coordenação. Nessas reuniões são elencadas algumas CF que atendam a alguns critérios como: estrutura física (salas de reuniões, armários a serem utilizados pelos residentes, espaços para atividades em grupo); composição das equipes e formação dos profissionais, que nelas atuam a despeito de terem disponibilidade de exercer preceptoria; questões relacionadas ao desenvolvimento de atividades individuais e coletivas nos territórios; informação sobre a existência de outras residências ou grupos de graduandos atuantes na CF; presença de equipes NASF-AB; relações da CF com outros dispositivos da rede de saúde e dispositivos sociais presentes no território, etc.

Em seguida são realizadas visitas técnicas no intuito de verificar presencialmente os requisitos exigidos, bem como realizar uma primeira aproximação com o corpo profissional, técnico e administrativo, para explicar os objetivos do programa, sua matriz curricular, disponibilidade dos profissionais no processo de formação dos residentes, além de conhecer o que a CF espera da presença do PRMSF.

Nos cenários de prática existem as equipes preceptoras, que serão detalhadas mais à frente. O exercício da preceptoria propriamente dita, de acordo com o regimento interno da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)²⁰ da ENSP, materializa-se em um profissional de saúde, diretamente ligado à assistência, que acompanha os residentes e os auxilia no desenvolvimento direto de ações junto às CF e demais dispositivos da rede de saúde e sociais.

²⁰ Para saber mais sobre a COREMU veja o capítulo 5: “Construção compartilhada e gestão dos processos formativos na residência multiprofissional em saúde da família”.

Os preceptores estão presentes no território adscrito, tanto de acordo com as demandas curriculares do PRMSF, quanto dos serviços tais quais: o planejamento das preceptorias; o acompanhamento efetivo dos alunos em reuniões de preceptoria coletivas e individuais; o controle atento da assinatura da lista de presença diária e da pontualidade dos residentes na CF

Visto que o grupo de residentes é composto por sete categorias profissionais, existe forte demanda dos residentes pelo cumprimento da já citada Resolução da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMSF) Nº 02, que institui a participação do preceptor de categoria profissional na problematização e elucidação de questões inerentes a cada profissional.

Salienta-se que a expectativa do PRMSF, durante a escolha dos cenários, é que profissionais do NASF-AB exerçam preceptoria para os residentes que não fazem parte da equipe mínima. No entanto, a dinâmica nos serviços, a grande quantidade de equipes da saúde da família matriciadas, os vínculos trabalhistas, a complexa gestão das atividades demandadas pelo ente contratante, via Organizações Sociais da Saúde (OSS) e a pouca disponibilidade de recursos para contratação de pessoal constituem desafios para a incorporação do preceptor. Contudo, quando as equipes NASF-AB não dispõem de profissional da categoria demandada, articula-se parceria com um profissional da Coordenadoria de Atenção Primária de Planejamento (CAP)²¹.

Desta forma, a incorporação do preceptor de categoria se faz de maneira incipiente, realizada mensalmente, em espaços acordados pelos residentes e pelos preceptores, sendo comum o rodízio das reuniões pelos campos de prática em que os residentes estão inseridos.

Já o tutor, que no caso da RMPSE, é designado como docente orientador, exerce acompanhamento junto aos residentes, a partir do primeiro ano (R1), no entendimento das teorias e políticas que estruturam os serviços de saúde. Cabe a este, de acordo com o regimento interno da COREMU/ENSP, a leitura mensal dos Diários Reflexivos (DR) produzidos pelos residentes.

Nestes, os residentes narram suas experiências, percepções, frustrações, dúvidas e planejamentos de ações que possam contribuir com o entendimento

²¹ Dispositivo da gestão municipal carioca, responsável por desenhar seus Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) para o aperfeiçoamento político-institucional, assim como das formas de organização da atenção à saúde no município.

da realidade epidemiológica, social e cultural dos territórios, em consonância com o funcionamento e as bases conceituais do SUS. É também nos DR que os residentes podem se expressar de maneira individual, incluir aspectos afetivos e dificuldades em alguma unidade de aprendizagem ou no campo de prática. Enfim, é um momento que aproxima o tutor das percepções e do estado emocional dos residentes.

Com frequência quinzenal, o tutor realiza encontros presenciais com o grupo de residentes, em que são problematizados pontos contidos nos DR e, desta forma, a equipe pode pensar, de maneira coletiva, estratégias e ações que se concretizem nos territórios de atuação.

Almeja-se que o tutor estabeleça uma relação de interação e empatia com os residentes e que acolha aspectos de suas vidas na construção de sua autonomia. Também é função do tutor problematizar temas que possam ser desenvolvidos pelos residentes em seus Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) e ajudar no desenvolvimento de trabalhos acadêmicos.

Tanto tutores quanto preceptores realizam avaliação mensal dos alunos e as próprias autoavaliações, e devem comparecer à reunião da COREMU/ENSP). Essas reuniões ocorrem mensalmente na ENSP, com duração de um turno. Todas essas atividades requerem não apenas disponibilidade significativa de tempo, como demandam investimento intelectual e energia emocional, visto que responsabilizar-se pela formação em campo dos alunos, estar atento às diferentes dinâmicas do grupo de residentes, bem como perceber como, quando, onde e de que forma, devem-se tomar determinadas decisões, é algo efetivamente desafiador.

De forma geral, os preceptores e tutores auxiliam no desenvolvimento e consolidação dos trabalhos a serem desenvolvidos durante as 5 unidades de aprendizagem que compõem a matriz curricular do PRMPSF, e também nas demandas que surgem de acordo com cada dinâmica dos cenários de prática. A frequência e intensidade das participações variam de acordo com a proposta e objetivo de cada trabalho, uma vez que os residentes também podem ser apoiados por outros docentes do programa quando da realização de cada unidade.

Para fins didáticos, que atendam melhor o objetivo desse capítulo, os trabalhos realizados pelos residentes foram divididos em dois grupos. O primeiro grupo, chamados de trabalhos de finalização, realizados ao término de cada unidade de aprendizagem e o TCR, cuja concepção se dá no início do segundo

ano de residência, e é um marcador da finalização do processo de ensino-aprendizagem do programa. Um segundo grupo, que chamamos de trabalhos longitudinais, que acontecem durante a atuação nas práticas cotidianas dos serviços. Ambos os grupos podem ser melhor visualizados no quadro 2 de acordo com a matriz curricular em voga na residência.

Quadro 2: Sistematização das unidades de aprendizagem, conteúdos temáticos e trabalhos desenvolvidos no PRMSF-Ensp/Fiocruz

Unidades de Aprendizagem	Conteúdo temático	Trabalhos de Finalização	Trabalhos Longitudinais
I- Conversas sobre a Estratégia Saúde da Família (R1)	Acolhimento, Violência e Saúde, Princípios e diretrizes do SUS, Gestão Compartilhada, Princípios da APS, Saúde da Família e PNAAB	Seminário de Categorias e Relatório das visitas aos Cenários de Prática	Programa
II- Identificação de potencialidades e necessidades (R1)	Organização do processo de trabalho, Vigilância em saúde, Territorialização; Trabalho em equipe, equipe multiprofissional e interprofissionalidade; Matriciamento; Atributos da APS; Cuidado em Saúde; Família e produção do autocuidado; Saúde da população em situação de rua; Educação Popular e Permanente; Educação e formação em saúde	Diagnóstico territorial	Saúde na Escola com diferentes temáticas; Implantação e/ou implementação da horta comunitária; Visitas
III- Análise de dados: epidemiologia na saúde da família (R1)	História da Epidemiologia; Conceitos básicos de estatística; Medidas de frequência de doenças-Validade e confiabilidade de medidas; Indicadores de saúde de interesse na Atenção Primária em Saúde (APS); Demografia: Indicadores demográficos para o Serviço de Saúde; Demografia: Dinâmica populacional - transição demográfica e epidemiológica: implicações; Sistemas de Informação em Saúde (SIG); Estudo ecológico; Epidemiologia no SUS: políticas, normas e pactos; Inquérito epidemiológico	Epidemiologia no nível local dos serviços de saúde: Dados de registros rotineiro nos serviços de saúde	Domiciliares; NASF-AB; Visitas/consultas Compartilhadas; Implantação, Implementação e avaliação de Grupos Terapêuticos tanto na Clínica de Família, quanto nos diversos dispositivos da Rede; Compreensão dos diversos pontos da Rede de Atenção; Projeto terapêutico Singular; Desenvolvimento de atividades Intersetoriais; Problemática dos prontuários eletrônicos; Estudos de Casos; Academia Carioca, etc
IV- Planejamento e gestão do cuidado na atenção básica (R2)	Necessidades/demandas em saúde; Segurança do paciente na APS; Planejamento e gestão em saúde; Redes de atenção e modelos assistenciais – atenção básica, redes sociais e intersetoriais; Organização e gestão do processo de trabalho; Gestão do cuidado, conceitos, dispositivos e estratégias; Populações vulnerabilizadas; O cuidado na perspectiva multiprofissional; Racismo e saúde; Projeto Terapêutico Singular	Projeto Terapêutico Singular (PTS)	
V- Monitoramento e avaliação na atenção básica (R1 e R2)	Monitoramento e avaliação; Situação problema e intervenção; Modelizando a intervenção (modelo lógico); Modelos e abordagens em avaliação; Perguntas avaliativas; Análise de contexto; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ; Domínios e dimensões da avaliação; Metas e indicadores da avaliação; Usos, Focos e Abordagens na avaliação em saúde; Análise de stakeholders	Seminário de Apresentação dos Planos de monitoramento e avaliação	

Fonte: Elaboração própria com base em documentos do PRMSF.

Até aqui foram salientadas algumas características que são estritamente relacionadas ao desenvolvimento da preceptoria e tutoria e, de forma geral algumas problematizações advindas da prática do tutor alinhadas à prática docente do PRMPSE. Nos próximos tópicos serão organizadas narrativas no tocante aos desafios que se apresentam na vivência dos serviços, bem como as potências em ato.

Equipe preceptora

O PRMSF acredita que o investimento da preceptoria não está restrito apenas à figura de um profissional do serviço, assim incentiva a proposta da preceptoria de campo ser realizada por um conjunto de preceptores e não por um único preceptor. Contudo, elege um profissional do serviço para que exerça a função como representante dos demais profissionais da equipe da CF em que os residentes estarão inseridos.

Tal proposta advém do fato de que uma equipe de residentes é composta por sete categorias profissionais distintas, sendo imprescindível que os profissionais da equipe vinculada aos residentes e demais profissionais da CF possam trabalhar de forma coletiva no processo de formação dos residentes, e também aprender com os mesmos.

A lógica contida nessa ideia é que se consegue efetivar a formação de toda uma equipe preceptora envolvida no processo de formação dos residentes. Desse modo, possibilita-se a concretização, em ato, dos ideais contidos na Política de Educação Permanente, que objetiva a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, e se estrutura partir das discussões e problematizações cotidianas dos processos de trabalho, possibilitando pactos e acordos coletivos de trabalho no SUS, tendo as equipes multiprofissionais como alvo (Brasil, 2009).

Nessa perspectiva, considera-se existir multiprofissionalidade e interprofissionalidade não só na formação em campo na equipe de residentes, mas também da equipe preceptora, atravessada pela pluralidade de pontos de vista profissionais presentes nas discussões propostas pelos/para os residentes e nos contextos territoriais. Corroborar-se a afirmação de Almeida Filho (2011) de que a formação interdisciplinar, multiprofissional e interprofissional se constitui

como elemento essencial para que os residentes desempenhem suas funções de maneira articulada no cuidado ao usuário e sua família.

Na prática, considerando a dimensão coletiva do PRMSE, isso significa colocar profissionais de diferentes categorias para discutir questões, viabilizando que cada profissão consiga, não apenas compreender a fala das outras categorias profissionais, como principalmente apreender, de modo coletivo, como se orientam as atribuições e competências técnicas de cada profissão dentro do cenário da Atenção Primária à Saúde (APS). Uma questão que se coloca nessa relação com a equipe preceptora é como promover a produção da relação e da intersecção de olhares/saberes/cuidados?



Isso é vantajoso também para a equipe preceptora, por ser mais um espaço para conseguirem ouvir uns aos outros e alinharem-se tanto na condução do processo de preceptoria, quanto nas direções do trabalho em saúde enquanto trabalhadores do serviço. É importante ressaltar que a equipe preceptora também tem uma dimensão individual de preceptoria, de modo que cada profissional seja um preceptor mais diretamente ligado ao acompanhamento do residente de um determinado núcleo profissional.

Acredita-se ser fundamental que esse formato seja estabelecido sempre que for possível, uma vez que um dos maiores desafios dos residentes, em especial nos primeiros meses de campo, é compreender quais são e como operam as atribuições privativas de sua categoria profissional, num desenho multiprofissional de trabalho territorial em saúde.

Vale ressaltar, no entanto, que os momentos de preceptoria individual por categoria não prescindem, de nenhuma maneira, da dimensão coletiva da equipe preceptora, afinal, o compartilhamento dos diferentes mirantes profissionais sobre as questões discutidas é extremamente rico para a formação dos residentes, constituindo-se dessa forma em um trabalho colaborativo, em que se ampliam as abrangências de atuação dos diversos profissionais envolvidos, tanto da equipe preceptora quanto dos residentes em formação.

Além disso, há possibilidade de a equipe preceptora incluir, em sua composição, profissionais de categorias que não estão contempladas nas equipes de residentes. No entanto, para que isso seja viável, é fundamental uma avaliação cuidadosa sobre a formação profissional desse trabalhador, dimensionando a compatibilidade do mesmo com as características e competências fundamentais de um preceptor do PRMSE, pois é imprescindível que tenha propriedade sobre o campo de atuação da APS, com atenção no olhar sobre os princípios que norteiam a saúde coletiva e o SUS.

Na experiência de APS, no município do Rio de Janeiro, há muitos profissionais no campo com competências suficientes para exercerem esse papel. São trabalhadores de diversas categorias profissionais especialistas em saúde coletiva, saúde mental e saúde pública, com os requisitos teóricos e técnicos suficientes que os qualificam à equipe preceptora do PRMSE.

É nesse sentido que a equipe preceptora também tem papel importante para os residentes, assumindo uma dimensão pedagógica, pois quando as atividades são planejadas, discutidas e executadas de maneira coletiva, o processo de preceptoria se torna menos exaustivo e solitário, mais saudável, com maior capacidade de intervenção, mais democrático e promotor de autonomia para o desenvolvimento de práticas transformadoras.

Ressalta-se que a equipe de residentes pode compor o matriciamento em duas diferentes dimensões: a primeira é a dimensão em que a equipe NASF matricula os residentes sobre determinadas questões. A segunda é a do matriciamento que os residentes fazem às equipes ESF, frequentemente instrumentalizados pelo matriciamento que receberam da equipe NASF. Apesar de muitas vezes esses dois tipos de matriciamento coexistirem em uma reunião de equipe, em especial, quando os residentes ainda estão nos primeiros meses de campo, identifica-se ser relevante

para a formação deles identificar, sob o aspecto pedagógico, essas duas dimensões, ou seja, a de quem recebe o matriciamento e a de quem conduz o matriciamento.

No cotidiano do campo isso fica visível quando se compara, por exemplo, a postura dos residentes nos primeiros meses, angustiados e ávidos pelo matriciamento do NASF nas reuniões de equipe, para compreenderem situações e dinâmicas, e a sua postura nos mesmos encontros, no segundo ano, quando estão muito mais empoderados. Os residentes matriciam a equipe ESF com segurança, solicitando apoio do NASF apenas em situações pontuais.

Nesse sentido, concorda-se com o entendimento de Campos e Domitti (2009), de que o matriciamento oferece tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência, em construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre profissionais de saúde atuantes no matriciamento.

Acompanhamento da vivência dos residentes no campo

Entende-se que a gestão da APS nas CF, adota uma lógica de gestão gerencialista, quando atrela as medidas de efetividade das ações em saúde às metas e números. Considera-se que tal formato de gestão possa gerar impactos negativos na qualidade das ações em saúde e na coordenação do cuidado, pois os profissionais de saúde podem direcionar suas ações para uma lógica produtivista, gerando falhas no processo ensino-aprendizagem nos serviços.

Por um lado, entende-se que o trabalho em saúde é concretizado essencialmente por meio do “trabalho vivo em ato”, fruto da ação dos trabalhadores no momento em que é executado e determinante à produção do cuidado, consequência do encontro direto do trabalhador/residente com o usuário, como construção coletiva, baseada na relação entre diversos atores (Mehry, 2009). Por outro lado, compreende-se que as relações interprofissionais do processo de trabalho na APS são complexas: grande número de pessoas acessando os serviços frente às equipes, por vezes, com número insuficiente de profissionais para os territórios adscritos, geralmente em grande vulnerabilidade social; caderneta de serviços ofertando considerável quantidade de serviços; inúmeros fluxos para a organização e coordenação do cuidado em saúde; dentre outros.

Nesse contexto, a prática docente nos serviços é tensionada no sentido de acompanhar de maneira efetiva e próxima o desenvolvimento dos residentes no campo, visto que há considerável quantitativo populacional sob a responsabilidade de cada ESF.

Nesse ponto, apresentam-se alguns desafios para preceptores e tutores, principalmente com residentes no primeiro ano de prática. Ambos profissionais precisam criar estratégias para administrar as diversas demandas dos serviços, estar atentos aos riscos de sobrecarga de cada residente da equipe, e agir de maneira coletiva e/ou individual para solucionar essas tensões, a fim de que a vivência no campo seja mais saudável.

Considera-se ser de fundamental importância gerar espaços de diálogo com o corpo de profissionais pertencentes à equipe preceptora (re)criando pactuações e (re)contratualizando com os mesmos, a quantidade, o nível, tipos e densidade das demandas que eles podem desenvolver com os residentes. Afinal, é requerido da prática docente, junto aos residentes, o pensamento crítico-reflexivo sobre os processos de trabalho que possam ser transformadores da cultura institucional nos serviços. Dessa forma, ao problematizar de forma coletiva o contexto de desenvolvimento do aprendizado, também se problematiza o contexto do trabalho.

Em especial, no segundo ano de residência, quando os residentes já estão familiarizados com seus cenários de prática, os casos e o território, às vezes os profissionais das equipes ESF consideram os residentes como profissionais contratados pelo serviço, e esquecem da dimensão formadora a que os residentes estão submetidos. Ressalta-se que haver aumento na demanda e na complexidade dos casos acompanhados pelos residentes no segundo ano é normal e desejável, mas existem limites que precisam ser respeitados pela equipe ESF e garantidos pelo preceptor e tutor.

Todavia, tratando-se de um programa comprometido com a (trans) formação (do)em serviço, também é imprescindível que preceptores e tutores consigam garantir que os residentes não vivenciem o campo de forma superprotegida. Afinal, é fundamental que estes sejam efetivamente inseridos às realidades, relações e dinâmicas do campo, respeitando e equalizando variáveis de exposição e proteção, bem como os limites intrínsecos à condição de ser residente em campo e não um trabalhador contratado pelo serviço.

Embora raro, é factível que alguns acordos, instituídos junto à gerência das CF quando da entrada dos residentes nos campos de prática, sejam negligenciados, tornando possível que sejam delegadas funções inadequadas aos residentes sem a ciência do preceptor. Outro ponto diz respeito a profissionais dos serviços que, por desconhecerem o papel do residente, sintam-se ameaçados pela presença dos mesmos, passando a agir com rispidez, e em alguns casos, sabotando ideias, atitudes e práticas sugeridas pelos residentes, posto que, em sua maioria, estes exibem posturas questionadoras e transformadoras da cultura assistencial.

São situações que acontecem normalmente de forma silenciosa, e conseguir percebê-las não é fácil para os preceptores. Os alunos, por sua vez, tendem a não querer “gerar intrigas”, e acabam vivenciando tensões e problemas sem compartilhá-los com os preceptores. Contudo, frequentemente encontram nos Diários Reflexivos uma forma de expor a situação e compartilham seus incômodos com o tutor e este, por sua vez, pode acionar o preceptor e juntos criarem estratégias que reduzam os danos.

Algumas vezes é requerida a participação da coordenação do PRMPSF na resolução desses ruídos, que são prontamente discutidos em reuniões menores. Uma estratégia utilizada é reunir toda equipe preceptora, tutor, alunos e coordenação, dentro do serviço e relembrar os pactos e o papel dos residentes e dos serviços nos processos pedagógicos de ensino aprendizagem.

Entretanto, em sua maioria, os casos percebidos são tratados pelo próprio preceptor que acolhe, escuta, conversa e discute com os residentes e demais profissionais do campo, a fim de se pensar coletivamente sobre os significados e os nós críticos dessa vivência de sofrimento.

Enfatiza-se que não se faz aqui uma defesa à ação drástica do preceptor e tutor sobre o campo e as relações de trabalho, mas sim, uma intervenção, possibilitando escuta junto ao trabalhador, e, se for cabível, mediar diálogo entre as partes (residentes e profissionais do serviço), promovendo, sempre que possível, repactuações para que as relações interpessoais no campo melhorem.

Planejamento, limites e desafios da prática docente no serviço

Normalmente é possível perceber um fator comum entre os preceptores do PRMSF responsáveis pelo acompanhamento dos residentes nos serviços:

a garantia na agenda de um turno formal regular semanal de preceptoria. No entanto, se teoricamente isso é fácil de se conseguir, dado que é um pressuposto do Projeto Político Pedagógico (PPP) do programa, e previamente pactuado com a gestão dos serviços, via coordenação, por outro lado, na prática cotidiana do preceptor, isso pode tornar-se inviável em função de diversos aspectos já apontados anteriormente.

Como todo profissional de saúde atuante nas CF, o preceptor é normalmente muito requisitado e sobrecarregado na unidade de saúde, frente às características do território e da gestão dos serviços, o que requer dele capacidade de organização pessoal para desempenhar suas funções junto à equipe de residentes no campo.

Encontram-se aí questões relacionadas à ambiência, estrutura das CF e dinâmica típicas do cotidiano do trabalho que interferem na fluidez do exercício da preceptoria. É imprescindível que a preceptoria, como prática docente, tenha um tempo, um espaço e um ritual sigiloso com frequência semanal. Destaca-se um contexto marcado por três elementos fundamentais atravessados por empecilhos e tensões limitantes da prática docente:

1) conseguir uma sala que os demais profissionais da CF não acessem durante os encontros e que, efetivamente, garanta o sigilo das falas dos residentes, posto que, quando estes acham que o espaço não é seguro, e que suas falas podem ser escutadas por outros, preferem omitir questões, e com mais empenho as de ordem relacional. Esse silenciamento pode gerar um processo de sofrimento individual e coletivo, que só se tornará perceptível ao preceptor quando algum dano maior já tiver se instalado.

2) além da necessidade de sigilo, o acesso indevido da parte dos demais trabalhadores e dos pacientes causam interrupções que podem fragilizar o momento de compartilhamento das vivências dos residentes, tirando a concentração sobre o que se está sendo discutido e os pactos a serem firmados. Existe um momento da fala, da escuta e da resposta interventiva que, quando interrompido ou perdido, tornam a ação sem efeito, esvaziada de significados, sentidos e mal resolvida.

3) a preceptoria não é uma continuidade da reunião de equipe ESF, tampouco pode ser substituída por conversas, trocas e até orientações informais que o residente tenha com o preceptor no cotidiano de trabalho. São abordagens distintas, mesmo que os temas possam ser afins nos diferentes espaços.

Características dos residentes: potências e individualidades

Conforme anteriormente mencionado, atualmente, as equipes de residentes do PRMSF são compostas por sete categorias profissionais: assistente social, educador físico, enfermeiro, farmacêutico, nutricionista, odontólogo e psicólogo. Estes profissionais apresentam variação de tipo de instituição em que se graduaram, alguns em instituições privadas e outros em públicas. Alguns são recém-formados, outros já vivenciaram as dinâmicas dos serviços em cidades e estados diferentes. Entretanto, em sua maioria, apresentam dificuldade no trabalho em equipe.

Nesse sentido, Silva (2015) aponta que a própria formação dos profissionais se configura como barreira para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe, uma vez que a graduação nem sempre prepara os graduandos para o desenvolvimento de habilidades de interação com outros profissionais, ficando suas preocupações voltadas quase que exclusivamente para seus núcleos de formação.

Destaca-se o entendimento sobre campos e núcleos de saberes postulados por Campos, Chakour e Santos (1997), que definem campo como um espaço de comunicação entre diversos saberes, envolvendo vários núcleos profissionais capazes de gerar práticas com maior apropriação da saúde quando estes compartilham seus conhecimentos no campo da saúde coletiva. Já os núcleos de saberes, são definidos pelos autores como área de saber de uma determinada prática profissional, em que existe uma concentração de saberes específicos, constituindo-se em um gênero profissional.

Há residentes que já realizaram especializações dentro do seu núcleo de atuação, existem os que realizam cursos de aperfeiçoamento presenciais, ou na modalidade à distância, ainda durante a residência, pois na prática dos serviços, frente às demandas e limites de atuação, sentem-se estimulados no desenvolvimento de outras ações como de Práticas Integrativas Complementares (PICs), registro de informações, vigilância em saúde, etc. Ou mesmo pertencentes aos seus núcleos de atuação. Salientamos que, a realização dos mesmos, acontece fora dos horários oficiais de atividades teóricas e práticas do PRMSF.

Além disso, os residentes diferem culturalmente, posto que são oriundos de diversas regiões do país, e muitos migram para o Rio de Janeiro exclusivamente

por terem sido aprovados na residência. Essa circunstância os coloca diante de realidades conjunturais, políticas, econômicas e sociais, que necessitam de tempo para adaptação pessoal e às exigências pedagógicas do PRMSF. Somam-se a isso, obviamente, as diferenças relativas aos aspectos socioeconômicos, compreensão e comprometimento sobre o campo de residência, ritmo para efetivamente se aprofundar sobre o cenário de campo, dentre outros.

Essa diversidade de fatores indica múltiplas características entre residentes inseridos não apenas na mesma turma, mas que passam a trabalhar como uma equipe, vinculados a uma equipe de saúde da família. Diante desses fatores, é exigido dos tutores e da equipe preceptora acolhimento e atenção às singularidades para que sejam desenvolvidas suas competências nos campos de prática da maneira mais confortável possível. Por outro lado, diante das características pessoais de cada residente, também é demandado que preceptores e tutores fiquem atentos às individualidades dos mesmos.

Alguns são mais extrovertidos e tendem a exercer papéis de liderança, o que pode inibir outros. Via de regra, os residentes têm ritmos singulares na atuação no campo e nas disciplinas teóricas da matriz curricular do programa, e nesse sentido, preceptores e tutores precisam e devem se esforçar para avaliar quando orientar um residente de maneira que se dedique aos conteúdos, aumente o ritmo, fale e se posicione mais os espaços coletivos, bem como também é comum fazer-se o caminho inverso com outros: orientar que diminuam o ritmo, diminuam os atendimentos, e que deixem tempo para o planejamento e a reflexão crítica sobre as ações.

Como estratégia para formação de vínculos, entender e sanar possíveis conflitos futuros entre os residentes, ou destes com a prática docente, têm sido realizadas dinâmicas de grupo nos primeiros encontros entre os atores. Preferencialmente iniciados com vídeos, poemas, músicas, ou atividades de relaxamento.

Estimulam-se reuniões com tutores e preceptores iniciadas por dinâmicas produzidas e protagonizadas pelos residentes, que façam sentido para eles, e os coloquem como dinamizadores das reuniões. Alguns trazem práticas e dinâmicas que passaram a conhecer no campo, ou nos cursos de PICs (aromaterapia, práticas de massagem nas mãos, técnicas de relaxamento), atividades lúdicas que fazem em reuniões familiares, etc.

Comomencionado, no início deste capítulo, o conteúdo previsto na matriz curricular não acompanha de maneira linear as vivências em campo dos residentes. Dessa forma, alguns assuntos são apresentados e desenvolvidos pela primeira vez no campo de prática, sendo a prática docente incentivadora nas buscas de referenciais teóricos que possam ajudar na elucidação de temas ainda não discutidos em sala de aula.

Esses assuntos emergem quando da participação em reunião de equipe, nas discussões de casos, nas montagens de Projeto Terapêutico Singular (PTS), em participações em outros espaços intersetoriais, como Educação e Assistência Social, com no envolvimento com a coordenação do cuidado de usuários crônicos em que precisem acionar a rede de atenção à saúde formais e informais, em conversas com colegas residentes pertencentes a outros programas etc.

Dessa forma, a prática docente é cotidianamente atravessada pelos núcleos de saberes dos residentes e suas personalidades, que passam a imbricar os conhecimentos, ora os incentivando nos núcleos, ora no campo em atividades mais gerais relacionadas à APS. Assim, conhecer as características dos residentes, auxilia na escolha de métodos de aprendizagem mais adequados e apropriados às preferências pessoais. Observando-se as competências a serem desenvolvidas, quando da indicação de livros, textos, vídeos, jogos, e dinâmicas coletivas e individuais

Assiduidade, pontualidade, compromisso com o campo

Se na seção anterior chamamos a atenção para o desafio da prática do docente, em se manter atento ao desenvolvimento e os limites individuais/coletivos dos residentes no campo, aqui busca-se esclarecer o quanto também é fundamental o acompanhamento das questões ditas mais objetivas do cotidiano dos residentes no campo e em reuniões de orientação.

Nos cenários de prática é exigido do preceptor o acompanhamento diário da assinatura da folha de presença, e cada residente deve fazê-lo sob a supervisão do mesmo assim que chegar na CF de serviço. É o tutor que deve autenticar a veracidade das informações que constam na folha de presença. Em caso de ausência, o preceptor deve indicar isso na folha e assinar.

O tutor deve registrar a presença aos encontros de orientação, acompanhar a assiduidade dos alunos e indicar a ausência dos residentes, quando ocorrer. Esses

processos burocráticos visam proteger o aluno, o cenário de prática e a prática docente de problemas futuros com inconformidades, além de respeitar as regras contidas no Regimento Interno da COREMU/ENSP quando da reposição de ausências no campo de prática, tendo em vista a regulamentação governamental que sustenta o PRMSF. Também busca-se responsabilizar o residente pelo caráter público do financiamento desta oferta educacional. Recurso público para um cuidado ao usuário que, em última instância, financia esta política pública.

O objetivo dessa seção é demonstrar e aprofundar a potência do compromisso dos atores envolvidos nesse processo. É importante perceber que por meio do acompanhamento diário da assinatura da folha de presença é possível ter sinais de dificuldades que algum residente possa estar vivenciando no campo ou na vida pessoal, e que possa estar interferindo nas condições dele de cumprir com a pontualidade, a assiduidade e o compromisso em todos os cenários que deve estar presente e que são importantes no seu processo de aprendizagem.

Há questões objetivas como, por exemplo, o residente não estar conseguindo chegar no cenário de prática em função de morar em um território em que há conflitos armados, que impedem o trânsito de pessoas, ou que os impeça de chegar com pontualidade previamente acordada aos espaços de aprendizagem.

As questões referentes a conflitos armados, tão típicos nos dias atuais da cidade do Rio de Janeiro, são questões que precisam ser levadas ao preceptor, ao tutor, e à coordenação do programa. Existe a preocupação com a segurança dos residentes, sua condição emocional e sua capacidade de aprendizado frente às dificuldades cotidianas, assim o residente não pode vivenciar tal situação sem o apoio necessário do programa e as soluções para essa questão devem ser pactuadas por todos os atores.

Mas, para além desse exemplo objetivo, há dificuldades importantes e vivências subjetivas do sujeito, frequentemente relacionadas ao próprio PRMSF, que se refletem em problemas de pontualidade e assiduidade do residente no campo.

Diante disso, preceptores e tutores ofertam escuta, apoio e refazem repactuações com o residente a fim de que ele consiga se reintegrar ao cotidiano do serviço sem sofrimentos. É necessário o cuidado ativo, da prática docente e dos alunos, quanto ao preenchimento da folha de presença como um instrumento de grande potência de sinalização de problemas dos residentes no campo.

Conforme sinalizado em seção anterior, os residentes devem estar expostos às regras e condições reais do campo de prática. A rigidez com compromisso de horários e de cuidado aos usuários é um aprendizado fundamental na vivência de um residente. Lembrá-los de que a atenção aos compromissos, horários e presença reverbera não apenas na formação do residente, mas também pode ser um marcador que refletirá em suas inserções no futuro campo como profissionais especialistas. A ausência ou atraso de um profissional no campo, quando não justificada e esclarecida para os demais membros da equipe, pode gerar tensões e interferir no cotidiano dos serviços e nas relações interprofissionais, além de prejudicar no cuidado dos usuários, travando a coordenação do cuidado.

Especificidades dos núcleos profissionais para o campo das práticas de um fazer interprofissional

A configuração das equipes de residentes nos territórios reforça os pressupostos do cuidado multiprofissional, da Educação Permanente e do Apoio Matricial nos serviços, permitindo maior integração dos núcleos de saberes na equipe da ESF vinculada, aumentando a capacidade resolutiva, em especial os tidos casos mais complexos. A sua integração extrapola as ações realizadas dentro do setor saúde, uma vez que também auxiliam no planejamento e resolutividade de outros setores como Educação e Assistência Social, bem como na organização e reorientação do processo de trabalho na APS.

A partir dessa interação entre os profissionais da equipe ESF de referência e os saberes das sete categorias profissionais dos residentes, produz-se novos saberes individuais e coletivos envolvidos no processo de trabalho e coordenação do cuidado. Em certa medida, esse aprendizado, constituído a partir do encontro horizontalizado dos diferentes saberes no campo, assemelha-se ao produto do trabalho vivo em ato referidos por Merhy e Feuerwerker (2009). Esses autores defendem que todos os profissionais de saúde devem sempre buscar ampliar suas caixinhas de ferramentas de cuidado. Assim, a partir do encontro vivo, de maneira crítica com o campo, com os usuários, o território, e até mesmo com os outros trabalhadores, deve-se haver um esforço de apreensão de conhecimentos e de pontos de vista, potencializando os caminhos para a melhor construção de cuidado em saúde e vivência de campo da Atenção Primária.

Os núcleos profissionais em ato

A seguir, apresentaremos as principais atribuições das profissões que compõem a equipe de residentes do PRMSE. Trata-se não apenas de um recorte da inserção prática desses residentes no campo da APS, como também a explicitação de aspectos que são distintos e específicos de cada categoria profissional. Os preceptores e tutores devem estar atentos nos processos de ensino-aprendizagem considerando limites e potências de atuação que auxiliem as tomadas de decisões na prática dos serviços.

Assistentes sociais

Os assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos da APS compõem as equipes NASF-AB, cujas atuações profissionais estão intimamente ligadas às equipes de saúde da família, na lógica do apoio matricial. Isso significa que os profissionais dessas três categorias orientam seus trabalhos a partir do que as equipes ESF demandam, priorizando o caráter pedagógico de seus saberes profissionais e os compartilhando com os profissionais das equipes ESF.

Existem, obviamente, atendimentos clínicos dos assistentes sociais, nutricionistas e psicólogos aos usuários dos serviços, mas isso deve ser feito prioritariamente em conjunto com os profissionais ESF, ou no mínimo, dando retorno para estes sobre tais acompanhamentos. Ressalta-se que todos os usuários do território adscrito são referenciados às equipes ESF, e que os profissionais NASF oferecem apenas apoio às equipes ESF sobre os casos mais complexos.

Especificamente, ao que se refere aos assistentes sociais no campo da APS, Quintino et al (2012), esclarecem que as condições de saúde e de vida dos usuários, da comunidade e dos grupos sociais do território adscrito sejam o principal objeto de atuação desses profissionais, portanto, cabe ao assistente social promover a garantia de direitos sociais dos usuários, acessar as redes inter e intrasetoriais, fazer consultas e interconsultas com profissionais ESF visibilizando a dimensão social sobre o processo de saúde e doença, matriciar as equipes ESF sobre as instituições da Assistência como Conselho Tutelar, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) etc. Além disso, contribuem com reflexões teórico-críticas para

efetivação dos princípios norteadores do SUS, principalmente no tocante a equidade de ações em territórios de acentuada vulnerabilidade.

Uma vez que os cenários de prática do PRMSF costumam ser em territórios vulneráveis, é inegável o potencial desse profissional no auxílio às ESF. O aprendizado em ato, possibilita um mapeamento das políticas sociais implementadas no nível da gestão municipal. O docente deve estar atento para que esse profissional compartilhe seus achados e possa dar retorno sobre suas ações no território e para os profissionais das equipes de saúde da família e do NASF-AB.

Os preceptores e tutores devem estar atentos quanto à vivência dos residentes de Serviço Social do NASF, evitando que suas atuações se restrinjam a uma sala de atendimento, visto que, diferente da lógica hospitalar, na equipe de saúde da família os mesmos não são plantonistas. Essa presunção ainda se faz presente no imaginário de alguns profissionais de outras categorias, quando encorajam usuários na busca pelo profissional de maneira isolada, sem problematizar questões que incidem sobre o processo saúde-doença no território para além de questões biológicas individualizadas que podem limitar sua atuação. Todos os casos que convergem para esse profissional devem ser compartilhados e problematizados em discussão clínica durante reunião da equipe saúde da família, e serem conduzidos pelo assistente social junto à equipe.

Embora seja possível perceber as múltiplas ações desse profissional, conforme citado acima, Carvalho, Almeida e Machado (2018), em estudo de revisão sobre a prática desse profissional na Atenção Primária à Saúde, identificaram apenas 4 estudos apontando o processo de trabalho dos assistentes sociais, o que demonstra a escassez das produções que investiguem sua atuação e tragam subsídios e experiências dessa prática na ESF.

Nutricionistas

Conforme apontado anteriormente, na rede de Atenção Primária do Rio de Janeiro, a inserção da categoria dos nutricionistas também se dá por meio das equipes NASF, tanto por meio do apoio matricial junto às equipes de saúde da família, quanto por ações clínicas realizadas diretamente com os usuários do serviço. Desse modo, compete ao profissional de Nutrição da CF fazer grupos de alimentação saudável com

os usuários; realizar atividades de educação em saúde nos demais dispositivos da rede intra e intersetoriais do território; fazer orientações e acompanhamento nutricional dos casos mais graves de diabetes, hipertensão e colesterol; acompanhar as condições nutricionais das famílias que recebem Bolsa Família, haja vista que essas tendem ser as de maior vulnerabilidade social do território adscrito; acompanhar os casos de obesidade e subnutrição, adequando dietas às realidades sociais e financeiras dos usuários e seus familiares; bem como realizar orientações nutricionais às gestantes e lactantes no que concerne à alimentação dos bebês.

Segundo Borelli et al (2015), a atenção nutricional na APS envolve atuações de cunho individual, familiar e comunitária, fortalecendo desse modo, mecanismos de participação e controle social e a intersectorialidade. Esses profissionais possuem processos de trabalho majoritariamente destinados à Educação em Saúde, por meio de atividades em grupo, atividades em parceria com outras estruturas de apoio social, visitas domiciliares e educação continuada com ACS e outros profissionais da equipe da saúde da família.

Os nutricionistas do PRMSF costumam estar orientados quanto às suas competências no campo. Um cuidado especial, no entanto, de preceptores e tutores ao residente de Nutrição é o de que, por ser uma categoria cujas atribuições costumam estar inseridas em atividades basilares do cotidiano da ESF, como acompanhamento das famílias que recebem Bolsa Família, bem como o acompanhamento dos diabéticos e hipertensos, é frequente que as equipes ESF comecem a demandar que o nutricionista realize atendimentos individuais, a despeito das ações de educação coletiva. Ou, ainda, que profissionais de outras equipes ESF da CF passem a requerer a participação dele no acompanhamento dos usuários.

Não existem empecilhos à participação dos residentes em atividades de outras ESF, mas é imprescindível que isso seja estabelecido a partir de uma combinação prévia junto ao preceptor e ao tutor, respeitando, dessa forma, os limites do residente no campo. Vale, ainda, destacar a importância do preceptor e o tutor incentivarem o residente de Nutrição a apoiar o enfermeiro da equipe ESF quanto às orientações e cuidado alimentar dos recém-nascidos, pois na Atenção Primária é demandada à Enfermagem uma agenda ampla de ações de cuidado com os recém-nascidos, e os nutricionistas têm aporte conceitual para contribuir nesse trabalho junto aos enfermeiros.

Psicólogos

Os psicólogos residentes do PRMSF, operando na lógica do Apoio Matricial como profissional pertencente aos NASF-AB, atuam sobre a dimensão da subjetividade dos sujeitos para a reflexão e intervenção sobre os casos de sofrimento mental presentes no território de forma individual e coletiva.

Entretanto, como sinalizado por Campos e Guarido (2007), ainda que exista um vasto repertório das ações desenvolvidas por esses profissionais, como atividades em grupo, visitas domiciliares e oficinas, a maioria dos psicólogos ainda é demandada para os atendimentos clínicos individuais, nos moldes dos consultórios particulares.

Salienta-se, todavia, que isto não significa que todos os casos de transtornos mentais e adoecimentos psíquicos sejam de competência exclusiva da Psicologia. Esse é um dos desafios que os psicólogos têm encarado no campo da APS: não se tornarem referência exclusiva e individualizada para resoluções dos casos de saúde mental.

O que se defende, na prática docente, é que todas as categorias profissionais da CF (dos agentes comunitários de saúde aos médicos), consigam reconhecer os casos de sofrimento psíquico que atravessam as experiências de vida dos sujeitos, e consigam ofertar escuta qualificada, reconhecer suas redes relacionais, e assim planejarem suas formas de cuidado, inclusive com a participação ativa dos usuários e familiares.

Nesse contexto, cabe ao psicólogo do NASF matriciar os profissionais e subsidiá-los com instrumentos de cuidado em saúde mental. Portanto, a dimensão pedagógica da atuação do psicólogo na CF é de extrema importância, não apenas para potencializar a capacidade das equipes em prestar cuidado em saúde mental, como também para dar viabilidade ao próprio processo de trabalho do psicólogo que, frente às demandas cotidianas, não dispõe de condições de cuidar de todos os casos de sofrimento mental de uma CF.

Ressalta-se, no entanto, que existem competências que apesar de não serem específicas do psicólogo fazem parte do seu cotidiano nas CF, como a avaliação, acompanhamento e encaminhamento dos transtornos mentais mais graves e complexos, bem como dos casos de transtorno mental infantil; atenção às crises psicóticas; tentativas de suicídio; casos graves de violência, etc.

Aos preceptores e tutores do PRMSF, cabe atenção para o processo de trabalho do residente de Psicologia, criando estratégias que os afastem da individualização e centralização dos casos de saúde mental da equipe visto que, em nossas experiências, tende-se a realizar acompanhamentos individuais longitudinais, perdendo-se a lógica coletiva do cuidado e transformando-a na lógica ambulatorial dos serviços de saúde mental tradicionais. Portanto, é essencial que preceptores e tutores consigam apoiar o processo de trabalho do psicólogo para que este retorne os casos às equipes ESF, enfatizando co-responsabilização dos cuidados e elucidando pontos sobre a rede de atenção psicossocial disponível no município.

Enfermeiros

Na Atenção Primária à Saúde os enfermeiros compõem as equipes ESF, com competências e atribuições fundamentais para o bom desempenho da equipe, das quais destacamos: orientar e supervisionar o trabalho dos agentes comunitários de saúde da equipe; supervisionar os técnicos de enfermagem na coleta de exames, curativos e demais procedimentos técnicos de enfermagem; organiza os fluxos de cuidado dos usuários, bem como os processos de trabalho da equipe; realiza consultas de enfermagem, dentre outros. Trata-se, portanto, de um profissional que apresenta duas dimensões de atuação a assistencial e a gerencial na CF, planejando e produzindo organicidade ao funcionamento da equipe ESF.

Entretanto, Caçador et al (2015) ponderam que a priorização de demandas que requerem respostas mais urgentes e ligadas a questões gerenciais pode ocasionar no distanciamento do enfermeiro da assistência direta, da realidade e nas necessidades em saúde da população.

No entanto, há um diferencial significativo no PRMSF que precisa ser observado e incentivado pela prática docente: o residente de enfermagem deve se apropriar, a partir da vivência de um curso multiprofissional, de saberes e de ferramentas de cuidado que superem o viés organicista do cuidado em saúde, bem como os que privilegiam o aspecto organizacional dos fluxos e das equipes. Para tanto, é fundamental que os demais residentes o ajudem a aumentar sua caixa de ferramentas sobre o campo, por meio da participação em grupos terapêuticos com outros profissionais; conhecendo e fazendo articulação com as redes inter e

intrasetoriais que atravessam o cuidado dos usuários etc. Nesse sentido, acredita-se que a Enfermagem é uma das categorias que mais se beneficia do formato multiprofissional desse programa.

Odontólogos

Uma parte significativa das CF do Rio de Janeiro possui consultórios odontológicos, onde dentistas e auxiliares em saúde bucal atendem usuários do território adscrito. Os residentes odontólogos costumam ter muita facilidade de inserção e de apropriação de seus saberes profissionais dentro desses consultórios. São, frequentemente, os profissionais que se sentem menos perdidos no campo no que se refere ao desempenho de suas atribuições profissionais específicas. No entanto, sua formação é mais direcionada para o atendimento na rede privada e individualizada, o que tensiona o exercício das práticas coletivas nos cenários de prática, sobretudo nas atividades extramuros das CF. Percebem-se hiatos na formação dos odontólogos que os impedem de estar mais ancorados aos contextos socioculturais dos usuários, .

Desse modo, na concepção de Reis e Carcereri (2015), as influências de fatores históricos, e a autonomia para a realização das práticas específicas do seu núcleo, ainda sustentam práticas isoladas, restringindo a efetivação de ações de promoção da saúde dentro dos pressupostos da ESF.

Essa diferença de formação, requer cuidados diferenciados dos preceptores e dos tutores. Como esses profissionais desempenham de maneira satisfatória suas atribuições individuais, frequentemente é difícil para os preceptores e tutores perceberem frustrações, dificuldades desses profissionais no engajamento em ações multiprofissionais, em atividades coletivas nos territórios e na interação com os serviços oferecidos pela rede intra e intersetorial.

Farmacêuticos

Atualmente, no município do Rio de Janeiro, a maior parte da Rede de Atenção Primária é coberta pela ESF, constituída principalmente por CF ou unidades mistas, com farmácias onde os remédios são dispensados pelo farmacêutico para os usuários. Dessa forma, usualmente o paciente sai do

atendimento com uma receita médica, e busca dispensação na farmácia da própria unidade de saúde.

No entanto, existem dificuldades desses profissionais em atuar fora da rotina restrita da farmácia da CF, pois, no desenho de sua inserção na APS do município, o nível central de gestão orienta que o farmacêutico se ocupe integralmente da rotina da farmácia. Por sua vez, o próprio profissional da CF acata essa perspectiva e demonstra dificuldades em estar nos outros espaços e atividades da unidade de saúde, bem como de realizar as demais atribuições mencionadas anteriormente.

Trata-se, em nossa concepção, de uma inserção reducionista do saber profissional do farmacêutico, que necessita de atenção do preceptor e tutor para impedir que essa condição se instale, pois, com o passar do tempo, esses profissionais acabam por revelar sensação de insatisfação junto aos serviços. Há experiência de residentes farmacêuticos no PRMSF que se sentiram “meros profissionais do Excel”, pois a gestão dos serviços tende a encará-los como digitadores e fiscais da farmácia, em que alimentam as tabelas dos sistemas de controle de entrada e saída das medicações. Isso frequentemente faz com que o residente farmacêutico tenha um contato superficial com os usuários, restritos à dispensação das medicações.

Dados sobre a inserção do farmacêutico na APS conduzida por Barberato, Scherer e Lacourt (2019), apontam o destaque do profissional no trabalho em equipe na resolução de problemas ligados a medicamentos e conseqüentemente para a melhoria da qualidade de vida dos usuários. Entretanto ainda há necessidade de formação geral com capacitação para trabalhar em equipe e para o desenvolvimento de atividades de cuidado farmacêutico na APS.

Profissional de educação física

No que concerne ao cotidiano dos profissionais de educação física, é importante esclarecer que a grande maioria dos serviços da Atenção Primária à Saúde no Rio de Janeiro possui também uma “Academia Carioca”, um local anexo à unidade que dispõe de equipamentos de atividade física destinados aos usuários, que praticam os exercícios de modo supervisionado pelo

profissional de Educação Física, como parte do seu processo de cuidado. A Academia Carioca torna-se também um espaço de socialização dos usuários dos serviços e demais frequentadores, visto que seu uso é livre para os que dele queiram se beneficiar.

Segundo o Ministério da Saúde (2014), o profissional de educação física faz parte da equipe do NASF-AB e atua por meio de práticas corporais e de atividade física sistematizada, seguindo a concepção de saúde coletiva em vez de individual. Ressalta-se que são peças fundamentais para as atividades de caráter coletivo de promoção à saúde nas CF, tornando-se responsáveis frequentemente pela organização de passeios com os usuários, de confraternizações em datas comemorativas da agenda da Atenção Primária e no cuidado longitudinal de usuários portadores de doenças crônicas.

Achados de pesquisa de Silva et al. (2018) indicaram que a maioria dos currículos dos cursos de Educação Física não trabalha a inserção desse profissional na Atenção Primária à Saúde e destacaram a carência na formação deste profissional para o trabalho em equipe multiprofissionais. Cotidianamente os profissionais de educação física costumam relatar que a formação profissional possui características voltadas para o cuidado do corpo por meio dos exercícios físicos, e não ao cuidado integral em saúde.

Então, é usual que estes residentes tenham dificuldades para apreender a prática do cuidado clínico necessário ao campo da APS. Não é incomum que eles tenham dificuldade para conseguir fazer escuta qualificada dos usuários, de manejarem e serem responsáveis por ferramentas de cuidados, como os PTS, que visem além das questões físicas, ou, ainda, de conseguir acompanhar clinicamente os pacientes de maneira frequente e longitudinal.

Haja vista a presença dos consultórios odontológicos, das farmácias e das Academias Cariocas nas unidades de APS do Rio de Janeiro, é de suma importância o fato de a RMSF contar com essas três categorias profissionais na composição da equipe de residentes, porque de fato são profissionais de grande importância no cotidiano dos usuários desse campo. Contudo, salienta-se que existe uma dificuldade na formação dos residentes odontólogos, farmacêuticos e educadores físicos nesse programa de residência: são escassos os profissionais dessas três categorias que são efetivamente formados para trabalhar na Atenção Primária, e

que podem compartilhar com os residentes dessas profissões uma vivência mais potente e menos reduzida do campo da APS.

Portanto, no acompanhamento realizado pelos preceptores e tutores é imprescindível a problematização das atuações desses profissionais, agindo-se de maneira mais direcionada e assertiva na ampliação da diversidade de atividades que esses residentes realizam. Desse modo, torna-se essencial reforçar que tais categorias profissionais podem e devem participar de grupos terapêuticos de saúde, salas de espera, reuniões do serviço que são abertas a todas as categorias, que façam atendimentos individuais e compartilhados com outros profissionais inclusive com dimensão longitudinal que contribuam na construção de ferramentas terapêuticas, como os PTS, que criem estratégias e possibilidades de pluralidade de suas práticas para além dos seus núcleos de saberes, contribuindo, desta forma, para os resultados sanitários dos territórios adscritos e nos processos de educação permanente.

Considera-se que os odontólogos, farmacêuticos e os profissionais de educação física têm experiências técnicas extremamente potentes quando são estimulados a participarem das visitas domiciliares que as equipes ESF realizam, bem como das atividades do Programa Saúde na Escola (PSE), e de promoção à saúde realizadas nos territórios, atingindo, frequentemente, um público que apresenta dificuldade de acessibilidade à CF.

Considerações finais

Diante da proposta do capítulo, foram demonstradas algumas características no desenvolvimento da prática docente percebidas e discutidas por preceptor e tutor diretamente atuantes no PRMSF. Foram evidenciadas questões da formação dos núcleos profissionais e como estas tensionam a realização de atividades compartilhadas e a solução de problemas que atingem o campo da saúde em seu cotidiano nos serviços.

O eixo estruturante do referido programa é ancorado na ideia da interprofissionalização das práticas, com vistas a estabelecer uma formação profissional nos serviços que garanta a qualidade da assistência por meio da integralidade, continuidade das ações e coordenação do cuidado, bem como

ajude na qualificação dos profissionais dos serviços, atendendo assim os preceitos da Educação Permanente.

A equipe preceptora tem papel fundamental na formação de residentes e equipes do serviço, bem como na de profissionais de outros setores ao contribuir para que ampliem seu escopo de atuação e avancem para além de seus atributos profissionais, ao comungar com outras profissões a realização do cuidado em ato das pessoas, utilizando tecnologias leves e leve-duras.

Buscou-se enfatizar a importância de estratégias de enfrentamento de situações individuais e coletivas no processo de ensino-aprendizagem que, por ventura, possam prejudicar a apreensão dos conteúdos da matriz curricular do programa e que façam sentidos em ato, fortalecendo vínculos e o desenvolvimento do processo de trabalho entre preceptores, tutores e residentes, principalmente no tocante as relações interpessoais entre esses.

Cabe salientar que o modelo de gestão instituído, cuja ótica gerencialista é focada em resultados de desempenho travestidos de qualidade do atendimento, pode também trazer obstáculos à adesão aos princípios da APS. O texto buscou reunir experiências vivenciadas na relação de ensino aprendizagem com os residentes, que inclui suas angústias, frustrações, formação prévia e capacidade crítico-reflexiva como sujeitos em busca de aquisição de práticas menos fragmentadas. Isso requer outras transformações, quanto à percepção sobre suas atuações, à condução política dos processos de manutenção e à implementação de políticas públicas nas quais esteja presente o conceito ampliado da saúde, balizado por preceitos constitucionais.

Referências

- ALMEIDA, F. N. Higher education and healthcare in Brazil. *Lancet*, 377:1898-900, 2011.
- BARBERATO, L.C; SCHERER, M.D.A; LACOURT, R.M.C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: uma inserção em construção. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 10, p. 3717-3726, disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001003717&lng=en&nrm=iso>. Access on 18 Dec. 2019. Epub Sep 26, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320182410.30772017>.
- BORELLI, M. et al. A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2765-2778, set. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000902765&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 19 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.13902014>.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Resolução Nº 2, de 13 de abril de 2012. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde **Diário Oficial da União**: Seção I, Brasília, DF, p.24-25, 16 abr. 2012. Acesso em 09/12/2019
- CACADOR, B.S. et al. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. Reme: *Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 612-619, set. 2015. Disponível em <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622015000300007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150047>.
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 18 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.
- CAMPOS, G. W. S. **A clínica do sujeito**: por uma clínica ampliada e reformulada. São Paulo, 1996-1997. Disponível em: <http://www.gastaowagner.com.br/index.php/artigos/doc_download/28-clinica-do-sujeito>. Acessado em 15/12/2019
- CAMPOS, F. C. B; GUARIDO, E. L. O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In: SPINK, M. J. P. **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, p. 81-103, 2007.
- CARVALHO, K. V; ALMEIDA, M. A. S. DE; MACHADO, D. F. Serviço social e atenção primária. *Serviço Social E Saúde*, 17(2), p. 231-249. 2018. <https://doi.org/10.20396/sss.v17i2.8646420>
- COSTA, N. P. E. W; BATISTA, S. H. A preceptoria na formação em saúde: uma incursão na literatura. In: SILVA, G. T. R. (Org.). **Residência multiprofissional em saúde**: vivências e cenários da formação. São Paulo: Martinari, p. 47-60, 2013.
- MERHY, E. E. A micropolítica do trabalho vivo em ato: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, p.41-66, 2002.
- MERHY, E; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino, A.C.S; Gomberg, E. (orgs). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão, Salvador: UFS e UFBA, p. 29-56, 2009.
- QUINTINO, T. D. et al. As contribuições do assistente social no campo da promoção da saúde: desafios e possibilidades. *Revista de APS*, Juiz de Fora, v.15, n. 3, p.345-355, 2012. <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/download/14836/7904>. Acesso em 19/12/19.
- REIS, W.G; Scherer, M.D.A; CARCERERI, D.L. O trabalho do Cirurgião-Dentista na Atenção Primária à Saúde: entre o prescrito e o real. **Saúde em Debate**, 39(104), p. 56-64, 2015.
- SANTOS, A. L; RIGOTTO, R.M.. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde** (Online), Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=pt&nrm=iso. acesso em 19 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>.
- SANTOS, A. L; RIGOTTO, R. M. Território, e territorialização: Incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na Atenção Básica à Saúde. **Revista Trabalho Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>.

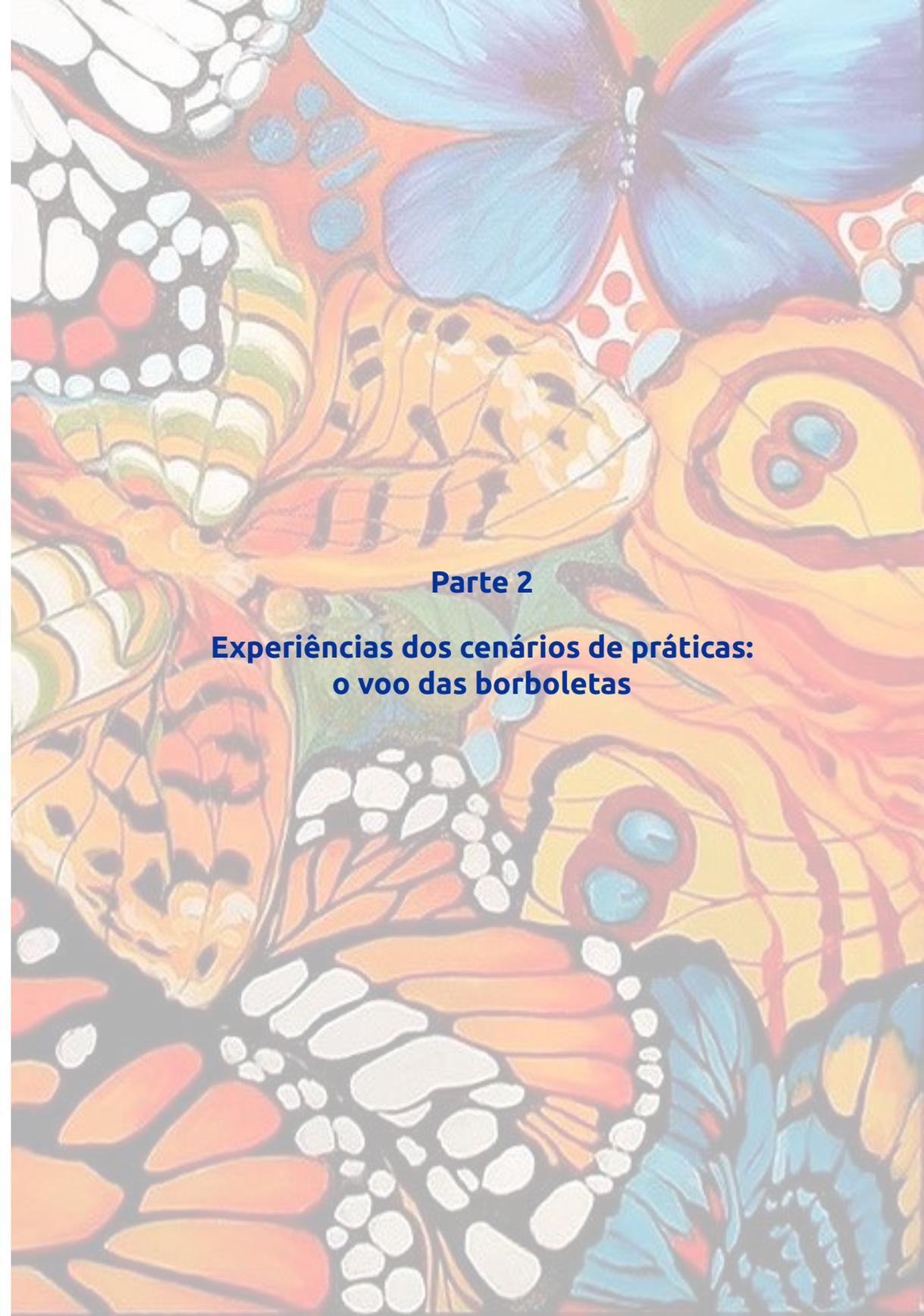
php?pid=S198177462010000300003&script=sci_abstract&lng=pt. Acessado em 10/12/2019.

SILVA, J.A.M. et al. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde*. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 49, n. spe 2, p. 16-24, dez. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342015000800016&lng=pt&nrm=i so>. acesso em 20 dez. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342015000800003>.

SILVA, J.C.A.; SANTOS DA SILVA, K.S, CARLOS MARTINS NETO, C; SILVA, T.C.A. CAMPOS, A.S. **inclusão do educador físico na atenção primária à saúde: revisão integrativa.** SANARE, Sobral - v.17, n. 01, p.74-83, Jan./Jun. - 2018.

Parte 2

Experiências dos cenários de práticas: o voo das borboletas



Capítulo 7

O SEU OLHAR MELHORA O MEU: A INTERFACE ENTRE O TRABALHO EM EQUIPE E OS DESAFIOS DA MULTIPROFISSIONALIDADE, DA INTERDISCIPLINARIDADE E DA INTERPROFISSIONALIDADE

Mirna Barros Teixeira
 Maria Alice Pessanha de Carvalho
 Ricardo Burg Ceccim

O seu olhar

Arnaldo Antunes²²/ Paulo Tatit

o seu olhar lá fora
 o seu olhar no céu
 o seu olhar demora
 o seu olhar no meu

o seu olhar seu olhar melhora
 melhora o meu

onde a brasa mora
 e devora o breu
 onde a chuva molha
 o que se escondeu

o seu olhar seu olhar melhora
 melhora o meu

o seu olhar agora
 o seu olhar nasceu
 o seu olhar me olha
 o seu olhar é seu

o seu olhar seu olhar melhora
 melhora o meu

²² Fonte: portal de Arnaldo Antunes https://arnaldoantunes.com.br/new/sec_discografia_sel.php?id=26
 Ouça a música **O seu olhar** nos discos em *Ninguém*, 1995, em *Focus*, 1999, em *Bicho de sete cabeças* 2001,

Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado a maior política pública brasileira por ser de acesso universal e abranger todos os âmbitos da proteção à saúde, da promoção à reabilitação, dimensionando-a como qualidade de vida (MENDES, 2019). Além de modelar a atenção primária com a Estratégia Saúde da Família (ESF), apresenta diversos programas de acolhimento, cuidado e tratamento, focais ou em rede, que são referência internacional. O SUS não é somente a organização dos serviços de assistência, mas a composição complexa de uma rede de ações estratégicas em: controle e fiscalização de procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde, inclusive participação na produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como de saúde do trabalhador; formação de recursos humanos da sua área de atuação; formulação e execução participativa na política e ações de saneamento básico; desenvolvimento científico e tecnológico da sua área de atuação; fiscalização e inspeção de alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como de bebidas e águas para consumo humano; participação no controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; colaboração pela proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1990).

No entanto, mesmo com tamanha complexidade, sua operacionalização decorre de múltiplas questões relacionadas a sua estruturação: subfinanciamento, operacionalização de seu arcabouço legal e normativo e, especialmente, a qualificação de seus trabalhadores. Segundo Gonçalo Vecina Neto (2019):

[...] O SUS é responsável por um conjunto muito amplo de ações. As ações em saúde pública não abrangem somente as ações de assistência médica. Temos toda área de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, verificação da qualidade de água e alimentos, fornecimento de vacinas, controle de zoonoses. É muito mais amplo. Não existe um cidadão que pode dizer que não é usuário do SUS.

A construção e o desenvolvimento do SUS priorizou o arcabouço normativo, legal e estrutural, na relação com os entes federativos e suas

responsabilidades. O campo da formação e desenvolvimento dos chamados “recursos humanos” sofreu certa demora na formulação e execução de políticas de educação na saúde abrangentes e integradoras. Mesmo considerando que de 1996 a 2000 o Conselho Nacional de Saúde tenha construído uma Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS) que relacionava a qualidade da atenção à saúde com a formação de profissionais com capacidade tanto para o tratamento individual como para a saúde da população, apenas em 2003 esta Norma foi homologada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2003a). A NOB/RH-SUS foi aprovada na 11ª Conferência Nacional de Saúde, então foi levada nesses termos à Comissão Intergestores Tripartite e ao plenário do Conselho Nacional de Saúde. Considerar o SUS como um grande sistema formativo e de desenvolvimento dos trabalhadores foi uma das grandes dificuldades enfrentadas durante os primeiros 15 anos de construção deste sistema universal brasileiro.

Em que pese iniciativas de cursos de especialização específicos e disciplinares desenvolvidos pelo Ministério da Saúde (MS) e pelas secretarias de saúde de estados e municípios, identificam-se poucas iniciativas de políticas voltadas para a qualificação da força de trabalho com a proposta de integração do processo formativo com o processo de trabalho. É importante salientar o empenho dos trabalhadores e formuladores do SUS na reorientação do modelo tecnoassistencial para que de fato se efetivassem seus princípios do SUS, tal como se viu inicialmente com a ação programática “Programa Saúde da Família” (PSF), depois tornada modelo de ação estratégica, a “Estratégia Saúde da Família” (ESF), tecendo um caminho de meados dos anos noventa (1994) aos meados dos anos dois mil 2000 (2006). Em 2006, se chega a primeira proposta de uma política nacionalmente pactuada, destinada à Atenção Básica. A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) teve uma segunda pactuação em 2012 e outra em 2017 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2017). Esse movimento descreve uma história de intervenções no sistema de saúde e sua rede de serviços, instâncias de gestão e instâncias de participação e controle social. A necessidade de desenvolver estratégias reorientadoras do modelo conservador de assistência médica para a noção de atenção integral à saúde com foco nos territórios de vida e moradia ganha corpo com a ESF e sua expansão.

O modelo tecnoassistencial inovador trazia a base da territorialização, a proposta de cuidado acolhedor e a necessidade de formação mais integrada

e embasada nas demandas locais, coletivas e individuais, marcadas, então, como Saúde da Família. O que tinha ou ainda tem de vital na formação para a incorporação à Estratégia era ou é a necessidade de reconhecer a experiência dos trabalhadores e dos usuários no viver da prática de cuidado. Desse modo, ao longo do tempo, fez-se necessário pensar em estratégias de formação dos trabalhadores do SUS em uma lógica multiprofissional e interdisciplinar em busca de práticas cuidadoras e de atenção integral. A necessidade premente de formar trabalhadores que pudessem efetivar os princípios do SUS e os atributos da atenção primária à saúde (no Brasil, chamada de atenção básica) levou à emergência das residências médicas e em área profissional da saúde como parte da implementação da Política de formação. As experiências do passado, no âmbito da saúde comunitária, medicina preventiva e saúde pública foram motores deste processo que tem a formação em serviço como princípio. Em 2002 foram criados 19 programas de residência em saúde da família, com financiamento do Ministério da Saúde e, em 2003, esse Ministério propôs que o modelo formativo fosse estendido para as demais áreas prioritárias à consolidação do SUS. Incluindo a área da saúde mental, saúde em urgências e emergências, atenção em doenças crônicas e atenção ao parto. As diretrizes curriculares deveriam se pautar pelos Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, a NOB/RH-SUS (BRASIL, 2003a).

Ganha destaque a iniciativa desenvolvida pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS), em 2003, de elaborar uma política nacional de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, capaz de orientar práticas formativas integradas ao trabalho, aos serviços e às políticas de saúde no Brasil (BRASIL, 2003b). As ações relativas à educação estavam sob condução do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) no âmbito da SGTES e foram ganhando corpo de destaque, diferenciando-se da Gestão e Regulação do Trabalho na Saúde. A política nacional de educação e desenvolvimento de trabalhadores para o SUS foi designada por Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS (BRASIL, 2018), envolvendo estratégias de mudança na graduação das profissões da área da saúde, formação de pós-graduação, especialmente de especialistas, e educação profissional de nível técnico. Uma linha de financiamento específica possibilitou o aumento da oferta de programas de residência em área profissional da saúde (uniprofissional e multiprofissional em saúde).

Por meio da Lei Federal nº 11.129/2005, foi criada a Residência em Área Profissional de Saúde (BRASIL, 2005), destinada a todas as categorias profissionais que atuam no escopo finalístico do setor da saúde, referido ao primeiro parágrafo desta introdução. O modelo de formação deveria ser coerente com o processo de fortalecimento do SUS, isto é, valorizar seus aspectos doutrinatórios – universalidade, integralidade e equidade –, assim como reorientar seu modelo de cuidado, tendo como horizonte o conceito ampliado de saúde, os atributos da atenção primária à saúde (APS) e a reflexão permanente sobre as práticas profissionais de modo a sustentar uma nova lógica aos princípios e diretrizes de gestão do trabalho no SUS: equipes multiprofissionais, saberes interdisciplinares e práticas interprofissionais.

Levando em consideração essas questões, a ENSP desenvolveu seu Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF)²³, a partir de 2003, tendo seu primeiro ingresso de residentes em 2005 com financiamento da SGTES em 2005. A identificação das categorias profissionais que deveriam compor este programa resultou de uma investigação realizada junto aos profissionais da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, no âmbito de uma iniciativa chamada “ENSP em movimento”, desencadeada no ano de 2003 (ENSP, 2005). Foram priorizadas inicialmente as categorias da chamada equipe de referência ou equipe mínima, que é a equipe de saúde da família, composta por médicos, enfermeiros e odontólogos, mas, também profissionais da chamada equipe ampliada ou equipe de apoio, como assistentes sociais, psicólogos e nutricionistas, especialmente para a atenção das populações que viviam em área de vulnerabilidade urbana e social. Importante salientar que a inclusão destas categorias acontecia em um período anterior à formulação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família/Atenção Básica (NASF), criados pela Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008 (BRASIL, 2008).

Nesse sentido, discute-se nesse capítulo a experiência do PRMSF da ENSP, seus desafios de formação em serviço, a configuração de sua formação para o trabalho em equipe multiprofissional, buscando articular saberes interdisciplinares e práticas interprofissionais sob a perspectiva da construção compartilhada de conhecimentos, saberes e práticas. Objetiva-se, também, discutir os desafios

²³ Para saber mais sobre a concepção e o histórico do PRMSF da ENSP/Fiocruz veja o capítulo 2: “Os 15 anos de ousadia na residência multiprofissional em saúde da família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca: histórico, marco legal, experiência e desafios”.

que estiveram presentes e as estratégias que foram desenvolvidas para que as competências interprofissionais fossem qualificadas como competências da integração de saberes e práticas em ação.

Conceitos que fundamentam o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/Fiocruz

A Projeto Pedagógico (PP)²⁴ de uma residência multiprofissional em saúde tem a intencionalidade de articular diferentes núcleos profissionais, olhares e práticas de atenção e gestão. A perspectiva dessa oferta é compreender que a complexidade do conceito ampliado de saúde exige a correlação de diferentes núcleos profissionais, inclusive ampliando o campo comum de saberes e práticas entre as categorias no desenvolvimento do cuidado integral, tanto para os indivíduos, como o cuidado em família e inscrito na comunidade, concretizando um trabalho cooperativo em uma metodologia de construção compartilhada (CARVALHO, 2001).

Utiliza-se da perspectiva de “campo e núcleo” sugeridos por Campos como um conceito-força, uma vez que aponta para uma clínica compartilhada e um trabalho colaborativo entre os profissionais de uma equipe na saúde (CAMPOS, 2000). O conceito de **núcleo** é o de aglutinação de conhecimentos e conformação de um determinado padrão concreto de compromisso expresso por uma profissão ou especialidade do conhecimento. O núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional. O conceito de **campo** é o de espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão busca em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. O campo borra a identidade das áreas de saber e práticas profissionais.

Outro conceito força é o da “dialogicidade”, comunicação e construção compartilhada da formação e produção de encontros. A metodologia que fundamenta as experiências deste programa de residência é a construção compartilhada do conhecimento.

[...] A construção do conhecimento implica uma interação comunicacional, onde sujeitos de saberes diferentes, porém não hierarquizados, se relacionam a partir de interesses comuns. Estes

²⁴ Para saber mais sobre o projeto político pedagógico do PRMSF/ENSP veja o capítulo 3: “A transformação em processo: o modelo político-pedagógico”.

sujeitos convivem em situações de interação e cooperação que envolve o relacionamento entre pessoas ou grupos com experiências diversas, interesses, desejos e motivações coletivas”. (CARVALHO et al, 2001).

A Residência é uma modalidade formativa que propõe o aprendizado em serviço, ou seja, educação no e para o trabalho colocando em ato de formação e de trabalho ao mesmo tempo diferentes categorias profissionais, conhecimentos e processos de trabalho. O II Encontro Nacional de Residências: das histórias ao desafio das articulações na sociedade, realizado em 2012, registra em sua Carta de Porto Alegre:

[...] A noção de Educação pelo Trabalho contribui para a identificação dos cenários de atuação em saúde como altamente indicados para este tipo de especialização. A educação especializada (dirigida aos profissionais já graduados na educação superior), realizada segundo a educação pelo trabalho (trabalho educativo), configura o que chamamos, de acordo com a Lei Federal 11.129, de 30 de junho de 2005, por Residência em Área Profissional da Saúde, podendo ocorrer de maneira uni ou multiprofissional, dirigida a quaisquer das áreas especializadas do conhecimento em saúde e podendo ser realizada de maneira integrada, quando fortemente identificada com a multiprofissionalidade, a integralidade, a interdisciplinaridade, a educação para o SUS e a educação para práticas cuidadoras (...). As Residências em Área Profissional da Saúde, as Residências Médicas ou, simplesmente, as Residências em Saúde representam relevante modalidade de especialização para a atuação do sistema de saúde em todas as suas áreas especializadas de intervenção profissional, capazes de promover a integração entre as diversas profissões do campo da saúde e mesmo reconhecer a participação das profissões de outros núcleos de conhecimento, como ciências humanas e ciências sociais aplicadas quando se tem em vista a composição da integralidade da atenção.

É importante observar a posição expressa pelos participantes e apontada na Carta de que o trabalho em saúde envolve diferentes campos de ciência, como saúde, humanidades e sociedade, apontando para a valorização da inclusão de diferentes conhecimentos e diferentes núcleos profissionais, além da área da saúde, identificados como relevantes e necessários para o desenvolvimento da integralidade no cuidado.

Competências a serem desenvolvidas e as perspectivas teóricas e práticas do planejamento formativo

A formação em serviço implica desenvolver competências cognitivas, motoras e éticas para o cuidado individual, em família e em coletivos, para a organização do processo de trabalho e para a educação na saúde, tendo em vista a clínica, os serviços de atenção, a intersetorialidade e o sistema de saúde, partindo dos territórios de vida. Os conteúdos teóricos visam desenvolver competências comuns a todas as profissões, concernentes ao campo da saúde coletiva com foco na Estratégia Saúde da Família (ESF) e potencializar as competências específicas dos vários núcleos de habilitação profissional envolvidos.

Os conteúdos programáticos são divididos em atividades comuns (atividades de campo) e atividades específicas para cada profissão (atividades de núcleo). Acompanhando as transformações dos enfoques educativos e as reflexões críticas que embasam a reorientação dos modelos de atenção, o PRMSF tem se orientado pelas diversas políticas públicas que compõem o SUS, tais como as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB), de Humanização na Saúde (PNH), de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), além das Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, de 2013, que destaca as populações negra, do campo e da floresta, em situação de rua, cigana e LGBT+. Seguindo o conceito ampliado de saúde, são reconhecidos os aportes de diversos campos das ciências: saúde coletiva, ciências sociais, sociologia das organizações, antropologia social, análise institucional, epidemiologia, planejamento e gestão em saúde, avaliação e monitoramento de indicadores, comunicação e educação popular, entre outros saberes que constituem um conjunto de perspectivas para contribuir nas análises em situações de formação em serviço (CECCIM, 2005).

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é a política de educação na saúde que orienta a formação no SUS e o PRMSF/ENSP a incorporar em seu Projeto Político Pedagógico²⁵, pois se refere ao:

25 Na ENSP, a proposta de Residência foi configurada como “Projeto Político-Pedagógico” por enfatizar o caráter político deste processo. A Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, define Projeto Pedagógico (PP).

[...] processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. [...] insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde. (CECCIM, 2005).

A proposta de produção de conhecimento no cotidiano das instituições de saúde coloca o trabalhador no lugar de protagonista de seu cotidiano de trabalho e de sua própria formação. A formação deixa de ocupar o lugar de “preparar para”, passando ao lugar de “pensar em ação: “não mais um lugar secundário ou de retaguarda, mas um lugar central, finalístico às políticas de saúde” (CECCIM, 2018). O PRMSF foi estruturado na interface educação-trabalho-cidadania e, sendo assim, reflete o projeto pedagógico institucional da ENSP que incorpora o mundo do trabalho como eixo para a produção de conhecimento e definição de demandas educacionais, com os seguintes valores e princípios:

- Compromisso com a transformação dos determinantes das desigualdades das condições de saúde e com a promoção da equidade, da cidadania e dos direitos sociais;
- Exerce-se como ação mediadora entre a ciência, a economia, a política e a saúde orientada pela ética que valoriza a vida, o direito universal à saúde e o dever do Estado em sua garantia sobre todo e qualquer outro interesse;
- Assume como marco de referência epistêmica a compreensão da complexidade existente nos processos de saúde/doença/cuidado em espaços socioculturais e ambientais específicos e a formulação das condições necessárias à manutenção, promoção e reprodução da vida humana saudável;
- Adota saberes e práticas oriundos das ciências da vida e das ciências da sociedade, em uma abordagem inter e transdisciplinar, ao dedicar-se à saúde em sua expressão no indivíduo, no coletivo e na população

em sua vivência em sociedades e Estados determinados no tempo e no espaço. (ENSP, 2015)

Somam-se a estes valores e princípios, alguns pressupostos epistemológicos que reafirmam a perspectiva de formação crítica e comprometida com a realidade social brasileira:

- Campo aberto a paradigmas ético-estéticos que apreendam formas não hegemônicas de produzir e conceber saúde / doença / cuidado;
- Integrar o subjetivo com o objetivo, une a cultura e a ciência para a vida, não aceitando o domínio da vida pela ciência e pela técnica;
- Valorizar as experiências dos sujeitos na produção de conhecimento;
- Problematizar e adotar postura crítica frente a dicotomias que fragmentam a compreensão dos processos de saúde / cuidado / atenção, tais como: natureza / sociedade, social e ambiental; individual/social etc.;
- Incluir a compreensão do contexto sociocultural e político-econômico na explicação dos problemas, políticas e práticas em saúde;
- Ampliar o espaço dos saberes constitutivos do projeto da Saúde Coletiva, valorizando a contribuição das Ciências Humanas e Sociais em suas especificidades. (ENSP, 2015)

Quando foi elaborado o Projeto Político Pedagógico (PPP) do Programa alguns elementos foram fundamentais: Currículo baseado em competências profissionais; Problematização da Realidade, Integração formação-trabalho; Processo ensino-aprendizagem centrado no aluno; Unidades de Aprendizagem visando promover competências profissionais e um profissional reflexivo. No entanto, para o desenvolvimento das competências de organização do processo de trabalho, de cuidado à saúde (individual, coletivo e familiar), de formação sociopolítica e de educação em saúde, o programa buscou um planejamento para compor uma formação multiprofissional (sete profissões diferentes) em uma lógica interdisciplinar (domínio de conhecimentos interligados para a solução de problemas em causa), buscando que

o trabalho em equipe pudesse acontecer sob a lógica colaborativa, ampliando o campo comum de conhecimentos e práticas para um fazer interprofissional.

Os termos interdisciplinar e interprofissional não são sinônimos. Segundo Furtado, o sufixo “disciplinar” se refere ao desenvolvimento do conhecimento em sua vertente epistemológica, enquanto “profissional” se refere às práticas concretas em sua vertente pragmática. “Assim, a pluri e interdisciplinaridade são termos relativos a conceitos e teorias voltados para a compreensão de fenômenos, enquanto a pluri e interprofissionalidade dizem respeito a práticas voltadas para a solução de problemas empíricos específicos” (FURTADO, 2007: 245). A formação em serviço, a partir de diferentes categorias profissionais, como é o caso do PRMSF da ENSP/Fiocruz, requer, portanto, uma reflexão interdisciplinar realizada em uma prática interprofissional.

A formação em serviço remete para uma análise da articulação entre teoria e prática. Oliveira et al (2018), ao discutirem os movimentos que acionam outros modos de pensar no ensino, destacam a preponderância de não perder a chance de “conversar” com pensamentos e práticas, pois que são, sempre, uma multiplicidade. Citam o diálogo entre Gilles Deleuze e Michel Foucault, constante da coletânea organizada por Roberto Machado, *Microfísica do Poder*, em que Deleuze assevera que quem fala e age “é sempre uma multiplicidade, mesmo que seja na pessoa que fala ou age. Nós somos todos pequenos grupos” (DELEUZE, 2016: 70, apud OLIVEIRA, et al. 2018: 95). Conversar diria respeito, nesse sentido, a uma escuta e produção de sentidos que não se fixam no que aquele que fala disse, nem na imposição de encaixe de nossas experiências com o que ele disse. Segundo as autoras, uma conversa existiria no desajuste e não propriamente na busca de um arranjo apaziguador ou consenso. É no desajuste que estaria o ponto de encontro entre teoria e prática, o que faz uma arrastar a outra para regiões desconhecidas que fazem anunciar outras possibilidades de existência, produzir-se diferença e o próprio diferenciar-se de si mesmo. Citam:

uma teoria é sempre local, relativa a um pequeno domínio e pode se aplicar a um outro domínio, mais ou menos afastado. A relação de aplicação nunca é de semelhança. A prática é um conjunto de revezamentos de uma teoria a outra e a teoria um revezamento de uma prática a outra. Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro. (FOUCAULT, 2016: 69-70, apud OLIVEIRA et al, 2018: 95)²⁶.

26 FOUCAULT, M. (2012). Os intelectuais e o poder (conversa entre Gilles Deleuze e Michel Foucault).

Assim, o encontro “educação” (formação do residente) e “serviço” (local da sua práxis) opera como rede de revezamentos, refazendo teoria e prática, desenvolvendo o aprender e desenvolvendo o trabalho (FERLA, 2017). Entendemos que a “formação especializada em área profissional da saúde”, conforme demandada pelo SUS, é parte estratégica da condução de sistemas e serviços de saúde, constituindo-se numa necessidade para o enfrentamento dos problemas de saúde individuais e coletivos contemporâneos, caracterizados pela complexidade de sua natureza e produção.

A ideia de que apenas juntar um conjunto de profissões pode tornar a formação multiprofissional em educação interprofissional é apenas um ideário. A soma das profissões pode ficar apenas em um conjunto de caixinhas separadas e o conhecimento produzido será o somatório das disciplinas. No entanto, o que se espera é um conhecimento produzido em interdisciplinaridade e que borre as fronteiras das disciplinas. Consideramos que para essa construção “inter” é necessária a convivência estreita dos profissionais em aprendizagem conjunta numa perspectiva colaborativa, articulando interesses, afetos, dificuldades, problemas, soluções, conflitos e ações de forma compartilhada. A proposta da interdisciplinaridade ajuda a uma visão ampliada de saúde, pois se começa a estabelecer relações entre as caixinhas, um borrimento entre as fronteiras das disciplinas e das profissões. O desafio consiste em aumentar as possibilidades de diálogo e de modificação do conhecimento para permitir a produção de outro conhecimento mais abrangente e interdisciplinar.

Ferla (2017) descreve que existem tensões e complexidades sobre a relação entre saberes e práticas e entre os conhecimentos disciplinares:

[...] Se há complexidade na tensão entre saberes e práticas e entre conhecimentos disciplinares, então as saídas para o conhecimento e a técnica não são somente de aplicação sobre as práticas. Se há relações de transversalidade entre saberes e práticas, há movimentações de conhecimentos e práticas a partir dos desafios do conhecimento. Se essas premissas estiverem corretas – e tudo indica que estão – então, há necessidade de aprendizagem permanente no cotidiano do trabalho, seja ela de atenção-gestão-participação, ou mesmo de aprender e ensinar. (FERLA, 2017: 9).

In: MACHADO, R. (Org.). *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, p. 69-78.

Desafios de uma formação multiprofissional, interdisciplinar e interprofissional

Compreende-se que existem diferentes desafios a serem desenvolvidos em programas dessa natureza. Vários autores escrevem sobre a importância da multiprofissionalidade, interdisciplinaridade e interprofissionalidade no âmbito do desenvolvimento de uma prática de cuidado que vá além de diagnosticar e tratar doenças, uma vez que as necessidades em saúde não se resumem a esta etapa (FERLA, 2017; ELLERY, 2012; REEVES, 2016; CECCIM, 2018). Esses mesmos autores discorrem sobre as dificuldades, contradições e obstáculos desse fazer profissional. Ellery (2012) aponta alguns desafios para a construção de um aprendizado que vise desenvolver uma prática interprofissional e que as instituições de ensino devem enfrentar. A autora identifica os desafios em três dimensões: uma organizacional, mais externa; uma coletiva ou relativa à comunidade de prática e, por fim, uma subjetiva, de caráter mais íntimo.

Quadro 1: Dimensões e seus desafios na prática interprofissional

Dimensão	Dispositivos ou aspectos
Organizacional	Estruturação de uma rede de saúde escola (serviços e gestão como cenários de ensino)
Coletiva	Organização dos profissionais como grupo de trabalho (comunidade de prática)
Subjetiva	Identificação com o modelo
	Saber lidar com as frustrações
	Afetividade

Fonte: Elaboração própria baseada na Tese de Doutorado de Ellery (2012).

Reeves (2016) ao analisar desafios educacionais aponta uma série de atributos que os docentes devem possuir para realizar processos de mediação de aprendizagem em uma perspectiva interprofissional. Para esse autor, é fundamental que os mediadores – preceptores e docentes – possam ter desenvolvidos essas competências. São elas:

- experiência em trabalho interprofissional;
- profundo entendimento de métodos interativos de aprendizado;

- conhecimento de dinâmicas de grupo;
- confiança em trabalhar com grupos interprofissionais;
- flexibilidade (para criativamente utilizar diferenças profissionais nos grupos).

Esses desafios requerem uma reflexão sobre como se dá a multiprofissionalidade dentro da formação em serviço em decorrência de uma reforma política no modelo de formação, atenção, gestão e participação. Identifica-se a necessidade de ampliação de diferentes olhares para a melhoria da compreensão das demandas e necessidades da população na busca por um trabalho em equipe colaborativo e cooperativo. Abordar a interdisciplinaridade e a interprofissionalidade são estratégias de desenvolvimento da produção de conhecimento e do trabalho integrado. Para tanto, foi fundamental discutir e incorporar na prática conceitos como clínica ampliada, campo e núcleo de conhecimentos e práticas, trabalho colaborativo, integralidade da atenção, humanização das práticas em território, educação e prática interprofissional.

Para Ceccim (2018), o conceito de interprofissionalidade remete a intersecção de profissões, portanto, ao que é, pode vir a ser ou se renova quando se torna comum a mais de uma profissão. “Inter” quer dizer “no interior de dois; no espaço comum de dois; ponto de cruzamento/ligação/conexão”. Já “profissionalidade” diz respeito ao caráter do que é profissional, procedimento característico dos profissionais (sua maneira de ver e agir) e a sua competência profissional (conhecimento, habilidade, responsabilidade). A Educação Interprofissional tem como base comum entre os autores mais conhecidos a formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe, com foco nos usuários. Ceccim alarga essa dimensão à saúde do trabalhador e à responsabilidade organizacional da rede de serviços de saúde com a resolubilidade sistêmica (CECCIM, 2018).

Esse conceito de interprofissionalidade implica uma aprendizagem colaborativa entre estudantes de diferentes carreiras. Para atuar como equipe multiprofissional é preciso que o residente coloque entre parênteses muito do que é específico da sua categoria e esteja aberto para o aprendizado coletivo. Essa prática interprofissional promove a integração das ações de saúde, visando ao aumento da resolubilidade dos serviços e à qualidade da atenção à saúde. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/Fiocruz se estrutura

segundo o borramento entre as disciplinas, saberes e práticas profissionais. Para tanto, busca se referenciar em três dimensões da aprendizagem: interatividade, cooperação e autonomia²⁷ (CARVALHO, 2007). Na compreensão de que toda relação de aprendizagem, em uma perspectiva construtivista, pressupõe a combinação da interatividade, da troca de saberes, da cooperação em estratégias de conhecimento, do compartilhar ações na busca por processos de autonomia e da colaboração mútua para o alcance de melhores resultados.

O Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP/Fiocruz

As três grandes dimensões da aprendizagem no PRMSF da ENSP/Fiocruz, correlacionadas com as propostas desenvolvidas neste programa e ilustradas com a visão dos residentes deste programa, nos permite uma melhor apropriação dos desafios da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, quando aliados da educação interprofissional e prática interprofissional. Os dados a seguir foram extraídos do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR)²⁸ apresentado por residentes da turma 2017-2019 (Nascimento et al, 2019).

1 - Interatividade

Visando à **interatividade**, os residentes são organizados em equipes multiprofissionais para vivenciarem uma comunidade de aprendizagem. Desde que ingressam no Programa, os residentes são divididos em equipes multiprofissionais e incorporados à uma equipe de saúde da família no município do Rio de Janeiro e, mais recentemente, no município de Mesquita. A equipe

²⁷ Interatividade – é inter-relação, mediatizada pela comunicação que acontece durante o relacionamento de indivíduos e grupos em uma comunidade de aprendizagem, onde os participantes avançam em suas atividades e habilidades, realizando associações e interligando informações através da participação com os outros nas atividades planejadas. Cooperação – é uma relação compartilhada estabelecida entre os participantes no desenvolvimento da aprendizagem e na realização de projetos de interesse comum. Esta relação se caracteriza pela desigualdade do conhecimento entre os participantes, pelo sistema de combinações e compromissos estabelecidos na solução de problemas significativos. Autonomia – é a capacidade que o aprendente possui em autodeterminar-se, escolher, apropriar-se e reconstruir o conhecimento produzido culturalmente em função de suas necessidades e interesses. Caracteriza-se pela responsabilização, autodeterminação, decisão, autoavaliação e compromissos a partir da reflexão sobre suas próprias experiências e vivências. (CARVALHO, 2007).

²⁸ Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) apresentado à ENSP/Fiocruz para obtenção de título de especialista em Saúde da Família, modalidade *lato sensu*, Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, março de 2019. Para saber mais sobre esta experiência, apresentada de forma sintética, veja a parte II do capítulo 9: “A formação no programa de residência multiprofissional em saúde da família: reflexões a partir de uma experiência em coletivo”.

de saúde da família se amplia com a entrada dos residentes que permanecem por dois anos acompanhando seu trabalho, que corresponde ao seu cenário de prática e aprendizado. Tem o preceptor de equipe (campo) integrante selecionado para exercer esta função mediadora e os preceptores de núcleo referentes a cada categoria inserida na prática da unidade de saúde, muitas vezes no NASF.

[...] Essas pessoas que não são nem os professores e nem é a clínica em si, que estão entre teoria e prática, eles são o fio condutor, junto com a gente, porque a gente tem que se colocar como ator o tempo inteiro, porque eu acho que as vezes colocando a Residência o tempo inteiro como ser externo a gente se coloca como passivo no processo de formação. (Residente 2º ano, grupo focal, turma 2017-2019).

Um grande desafio que o PRMSF apresenta quando propõe como concepção formativa a prática interprofissional e interdisciplinar é o residente, que muitas vezes é recém-formado, sair de sua caixinha profissional para vivenciar um trabalho que é muito mais voltado ao campo da saúde coletiva/saúde da família do que sua formação profissional inicial.

[...] Então, quando vem pra Residência, é um baque, porque são 6 outras categorias e você tem que trabalhar o tempo todo com elas e tem que sair dos locais que são o seu nicho. Então, foi uma formação que me mostrou outras coisas, sabe?” (Residente 2º ano, grupo focal, turma 2017-2019).

A formação na Estratégia Saúde da Família requer por si mesma uma atuação multiprofissional, já que sua montagem nacional como estratégia da atenção em territórios locais de saúde pertence à noção de equipe de referência e equipe de apoio matricial. A sua formação requer uma gama de diferentes abordagens com múltiplas teorias para explicá-la e enfrentar os problemas que se apresentam. A atenção básica que compreende a saúde como um processo dinâmico e complexo, demanda, portanto, reflexões interdisciplinares. Os residentes são estimulados a circular em na rede de saúde, eles vão conhecendo a rede de saúde a partir do acompanhamento dos usuários. Assim, eles percorrem as linhas de cuidado (saúde mental, saúde da mulher, saúde da criança etc.) a partir da centralidade das necessidades do usuário. Circulam entre Centro de Atenção

Psicossocial, Centro de Referência em Assistência Social, hospitais, maternidades, casas de parto e escolas, a partir do itinerário terapêutico dos usuários.

A partir de diferentes atividades educacionais direcionadas e exigidas em cada Unidade de Aprendizagem, desenvolvem trabalhos sob metodologias ativas que proporcionam resolver problemas de forma compartilhada. Contudo, nem sempre o programa atinge as expectativas. Para os residentes, sempre falta alguma coisa, assim como, algumas vezes, peca-se pelo excesso.

[...] A gente não tem aula sobre a ponta, a gente tem aula sobre uma coisa muito maior, sendo que o nosso trabalho durante dois anos é estar ali no dia a dia da Clínica da Família. (Residente 2º ano, grupo focal, turma 2017-2019).

[...] O cara que formulou os cadernos do Ministério da Saúde deu aula pra gente, entendeu? (...) eu acho que, na verdade, a gente teve muito mais 'essência' do que algumas questões mais práticas. (...) o nosso processo seletivo, eles pediram várias coisas que estão nos Cadernos de Saúde da Família, então acho que eles meio que entenderam 'ah... o pessoal tem uma base e aí a gente vai pra essência', (...) eu acho que algumas ferramentas, talvez, assim, a gente não tenha discutido com tanta profundidade (...) mas aí quando a gente vai para a prática, a gente tem um choque de realidade porque daí, lá as coisas eram no concreto (Residente 2º ano, grupo focal, turma 2017-2019).

No caso do PRMSF, espera-se que a formação proporcione a educação interprofissional mais do que a multiprofissional, porque visamos um aprendizado em serviço que expresse mais do que a soma dos saberes das sete categorias diferentes, mas visamos ao aprendizado compartilhado a partir dos diferentes olhares e saberes de cada categoria profissional imerso no cenário de prática dos serviços de atenção básica.

[...] uma experiência de transformação, transformação de mim mesma, transformação da forma como eu olho pra mim, da forma como eu olho pro outro, transformação de... de... da forma de olhar mesmo pro outro, pra realidade. (Residente 2º ano, grupo focal, turma 2017-2019).

Quando os residentes chegam à RMSF muitas são as angústias frente a esse enorme campo de aprendizagem que não pertence claramente ao seu núcleo profissional, já na primeira Unidade de Aprendizagem (UA) eles identificam que não é uma formação em psicologia em saúde da família, nutrição em saúde da família, farmácia em saúde da família etc., mas na Estratégia Saúde da Família! Essa angústia de uma formação voltada tanto para o campo, quanto para o núcleo é muito presente no primeiro ano da residência. No entanto, aos poucos, os residentes vão compreendendo a interprofissionalidade. Isso é construído na relação entre os próprios residentes, durante sua formação:

[...] Tá tudo bem você está em uma equipe multi, você tem que aprender a trabalhar multiprofissional, mas quando você chegar na prática o que você vai ser? Você vai ser contratada como o quê? Não é como dentista? Então, até que ponto vale a pena esse afastamento que você está fazendo da odonto? E aí foi que eu comecei a me aproximar mais, e eu entendi que eu posso saber trabalhar de forma multiprofissional dentro do meu núcleo também, utilizar minha categoria de forma potente pra estar ali, trabalhando em uma equipe multi, entende? (Residente 2º ano, grupo focal, turma 2017-2019).

Loch-Neckel et al. (2007) ressaltam que essa formação exige muita criatividade, originalidade, superação da fragmentação do conhecimento e flexibilidade frente à diversidade de formas de pensar, frente aos diferentes e complexos problemas que a atenção básica levanta:

[...] enquanto formação na residência na Fiocruz, eu acho que passa o tempo e a gente naturaliza muitas coisas. Então, agora, fica fácil da gente criticar (...). Eu fico vendo que nos foi ofertada uma gama gigantesca de possibilidades pedagógicas pra gente vivenciar e experimentar, seja na sala de aula, seja com todos os conteúdos. Nenhum conseguiu se apropriar completamente, mas eu vejo como uma introdução, tem uma série de coisas que eu nunca tinha visto, não tinha nenhuma capacidade de falar, mas, hoje, eu já consigo buscar, acessar. Se eu tiver interesse pessoal em procurar, eu me sinto capacitado para fazer isso (...). Eu acho que foi uma experiência, até para saber que não é nisso que eu quero trabalhar, mas, enfim, as vivências eu penso também como um recurso pedagógico (...). Eu acho que muita coisa que a gente aprendeu

e que a gente vai tomando como uma coisa natural... Eu acho que essa residência específica tem um leque de experiências muito grande, gigantesco, cada um aprendeu da forma que deu, mas não dá para dizer que não aprendeu. (Residente 2º ano, grupo focal, turma 2017-2019).

2 - Cooperação

O trabalho cooperativo na Estratégia Saúde da Família surge como necessidade diante da complexidade dos casos apresentados nesse nível de atenção e que requerem múltiplos olhares para sua resolução. São casos complexos que envolvem, além das questões clínicas, questões psicológicas, sociais e educacionais em situação de grande vulnerabilidade social. Assim, o trabalho realizado em equipe multiprofissional com diferentes categorias amplia o escopo de atuação diante dos casos cadastrados na atenção básica.

Se por um lado, o trabalho em colaboração interprofissional promove o reagrupamento de conhecimentos diversos, permitindo diminuir a alienação do trabalhador e promovendo a integralidade do cuidado; por outro lado, quanto mais o trabalho é colaborativo, menor é a autonomia individual, uma vez que a condução do “projeto terapêutico singular” do usuário ou família passa a ser negociada entre seus integrantes (Furtado, 2007). Essa configuração implica em uma colaboração profissional. Furtado chama a atenção para a polarização entre o profissionalismo e a colaboração profissional.

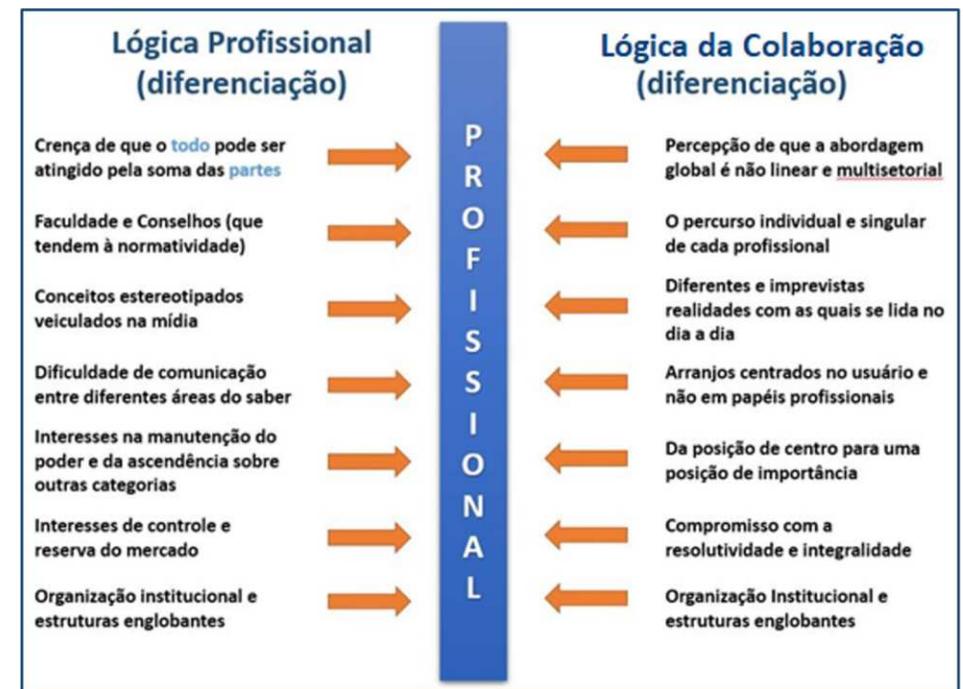
Por um lado, temos a colaboração profissional, que requer ou promove relações e interações nas quais os profissionais poderão colocar à disposição e partilhar seus conhecimentos, especialização, experiência e habilidades entre si, com vistas a proporcionar melhor atenção ao paciente. Essa lógica de colaboração baseia-se em valores humanistas, buscando recolocar profissionais em torno da pessoa, e não ao redor de territórios de especialização (FURTADO, 2007: 246)

Essas tensões na prática do trabalho estão presentes na formação por meio da residência multiprofissional em saúde. Muitos são os conflitos entre os residentes que trabalham desde o início da residência em grupos compostos por representantes das sete categorias. Esse grupo multiprofissional amplia a equipe de saúde da família durante os seus 2 anos de formação em serviço. O

trabalho em equipe de saúde da família, por si só já é um desafio, já que essa equipe é composta por médico, enfermeiro, odontólogo e agente comunitário de saúde (ACS). Quando a residência é agregada à essa equipe ela se complexifica ainda mais, pois são acrescidas cinco categorias profissionais: assistente social, educador físico, farmacêutico, nutricionista e psicólogo, além de mais um enfermeiro e mais um odontólogo.

Furtado diagramou as diferenças em uma lógica de trabalho diferenciada por categorias profissionais e uma lógica colaborativa interprofissional:

Figura: Lógicas da profissionalização e da colaboração interprofissional



Fonte: Furtado, 2007:247.

Uma das potencialidades apontadas na construção do trabalho multiprofissional e interprofissional foi a presença de diversos espaços coletivos como espaços formativos no âmbito da residência, espaços favoráveis à formação crítica e que permitem a troca de saberes entre os residentes:

[...] Espaços de troca, de compartilhamento de sentimentos, de ideias e de frustrações, que são muitas, mas só o fato de a gente trocar, só a sensação de não estar sozinho já te fortalece. [...] me sinto mais profissional de saúde do que antes, entendeu? [...] Apesar de antes, ter estagiado em hospitais, não me sentia profissional da saúde, hoje já me enxergo como tal, já que minha categoria trabalha em várias áreas. Eu acho que esse reconhecimento que eu tenho vem muito da troca multi que a gente teve. (Residente 2º ano, grupo focal, turma 2017-2019).

[...] Eu acho que o mais legal da formação é a coletivização, a residência é um espaço de muitos coletivos, o tempo todo estamos em grupo dos residentes. (Residente 2º ano, grupo focal, turma 2017-2019).

3 - Autonomia

No PRMSF o processo de autonomia tem sido um aspecto bastante discutido. A autonomia é um vir a ser e sempre em certa relatividade. Compreendemos que a autonomia é sempre uma ação em relação à outra. Os residentes possuem a possibilidade da autonomia, a ser exercida com responsabilidade e construção. Portanto, um vir a ser sempre em desenvolvimento. A construção de autodetermina(r)-ação. Ao escolher apropriar-se e reconstruir o conhecimento produzido culturalmente em função de suas necessidades e interesses, o residente se coloca como um dos desafios.

A construção de um perfil multiprofissional é, sem dúvida, um grande desafio. Freire (2002) aborda esse processo de aprendizagem onde educandos são os principais protagonistas do seu próprio processo de aprendizagem:

[...] nas condições de verdadeira aprendizagem os educandos vão se transformando em reais sujeitos da construção e da reconstrução do saber ensinado, ao lado do educador, igualmente sujeito do processo. Só assim podemos falar realmente de saber ensinado, em que o objeto ensinado é apreendido na sua razão de ser e, portanto, aprendido pelos educandos (FREIRE, 2002, p. 3).

Isso fica claro na fala de um dos residentes no grupo focal sobre o programa da RMSF:

[...] Como sujeitos de nossa própria formação, cabe lembrar que tem 'ação' na palavra formação e (...) essa ação é nossa. (Residente 2º ano, grupo focal, turma 2017-2019).

A fala de um outro residente traz como desafio a transformação em ato, no encontro entre os múltiplos saberes advindos da relação entre diferentes categorias profissionais trabalhando em conjunto durante 2 anos onde o saber de um nunca é melhor do que o do outro e é nesse encontro que os borrimentos de fronteiras entre as profissões ficam mais evidentes:

[...] Então, tem uma coisa, por exemplo: a gente tem a possibilidade de encontrar com os nossos pares aqui e esse encontro com a diferença transforma a gente. E essa transformação também é um recurso técnico, como tecnologia leve, né? Mas o fato de que a gente se encontra na diferença e que a gente se transforma e adquire saberes de tecnologia leve não garante que a gente consegue produzir um trabalho multi, não garante que a gente consegue se constituir enquanto equipe. (Residente 2º ano, grupo focal, turma 2017-2019).

O saber de um nunca é melhor do que o do outro; e é nesse encontro que os borrimentos das fronteiras entre as profissões ficam mais evidentes e vai se construindo um trabalho interprofissional e interdisciplinar.

Considerações Finais

Tomando as dimensões de aprendizagem como guia orientador para uma prática interprofissional, ressaltamos a necessidade da interatividade entre os residentes, de construir uma inter-relação mediatizada pela comunicação que precisa ser realizada em cooperação com os demais profissionais de saúde e entre os próprios residentes. Essa relação cooperativa precisa ser estabelecida entre os profissionais para o desenvolvimento da aprendizagem e para a realização de projetos de interesse comum. No entanto, as formações de graduação das sete categorias que compõem este PRMSF são muito distintas na sua base de formação, com características muito específicas, mas que precisam ser combinadas, compromissos precisam ser estabelecidos e respeitados para que a solução de problemas dos serviços de saúde seja de pertencimento de todos.

Esse programa formativo da RMSF defende a autonomia dos residentes para essa construção compartilhada; para isso é preciso que desenvolvam a capacidade em autodeterminar-se, escolher, apropriar-se e reconstruir o conhecimento produzido culturalmente em função de suas necessidades e interesses. Como ressalta Carvalho (2007), é preciso construir uma práxis caracterizada pela responsabilização, autodeterminação, decisão, autoavaliação e compromissos a partir da reflexão de suas próprias experiências e vivências.

Todas essas dimensões são orientadores do processo formativo da residência que tem ainda o desafio de compor campos ou cenários de prática que são extremamente dinâmicos e que mudam de acordo com a política pública e com o investimento do gestor municipal na APS. Atravessa-se momentos políticos desfavoráveis, cenários de violência armada e territórios vulnerabilizados passam a ser locais de formação em serviço. Uma formação em serviço precisa levar em conta o território vivo, dinâmico e desafiador da atenção primária em grandes centros urbanos, o desejo de mudar as condições econômicas, de vida e culturais pertencentes à formação. Não é algo das bibliotecas ou da Internet, é na vida, com a vida e em defesa implicada com a qualidade de vida.

Não é nada trivial desenvolver em programa formativo com a abertura anual de vagas para sete categorias profissionais, mas a superação dos desafios advindos da multiprofissionalidade e da interdisciplinaridade, sob a construção da interprofissionalidade, deve levar em conta seu papel político, cidadão, técnico e científico, desde os pontos de vista do cuidado, da integralidade, da resolutividade e do conforto dos trabalhadores no enfrentamento do dia a dia. As dimensões da aprendizagem requerem práticas coletivas, colaborativas, interacionistas. O processo formativo e o processo de trabalho em saúde exigem prática de conhecimento e de ação interdisciplinar. O desafio está posto ao mundo do trabalho: caminhar construindo a interprofissionalidade.

Referências

- ANTUNES, A; TATIT, P. Portal do autor Antunes https://arnaldoantunes.com.br/new/sec_discografia_sel.php?id=26 nos discos: Ninguém, 1995, em Focus, 1999, em Bicho de sete cabeças 2001.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990. Seção 1.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Princípios e diretrizes para NOB/RH-SUS. 2 ed., rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html/ Acesso em: 19 mar. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/> Acesso em: 19 mar. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação-Geral da Política de Recursos Humanos. Política de recursos humanos para o SUS: balanço e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens; cria o Conselho Nacional da Juventude e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº 10.683, de 28 de maio de 2003, e nº 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília; 2005. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm/ Acesso em: 19 mar 2020.
- CAMPOS, G. W. DE S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219–230, 2000.
- CARVALHO, M.A.P. **Construção compartilhada do conhecimento**: análise da produção de material educativo. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Caderno de Educação Popular e Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, p.91-102, 2007.
- CARVALHO, M.A.P; ACIOLI, S.; STOTZ, E.N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E. M. (Org). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, p.101-114, 2001.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** (Botucatu), 9(16), p. 161-177, 2001.
- CECCIM, R. B. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 1739–1749, 2018.
- ELLERY, A E L. **Interprofissionalidade na estratégia saúde da família**: condições de possibilidade para a integração de saberes e a colaboração interprofissional. Tese (doutorado). Universidade Federal do Ceará. Fortaleza: UFC, 2012.
- ENCONTRO NACIONAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE, II, 2012, Porto Alegre, Carta de Porto Alegre. **II Encontro Nacional de Residências em Saúde**: das histórias ao desafio das articulações



- na sociedade, 13 e 14 nov. 2012, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- FERLA, A.A. et al. (Org.). **Residências em saúde e o aprender no trabalho**: mosaico de experiências de equipes, serviços e redes [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.
- FOUCAULT, M. Os intelectuais e o poder (conversa entre Gilles Deleuze e Michel Foucault). In: MACHADO, R. (Org.). **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, p. 69-78, 2012.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz). Valores e princípios que compõem o projeto político pedagógico da ENSP. (Rio de Janeiro, nov. 2015) Disponível em: <http://ensino.ensp.fiocruz.br/apresentacao/impacto-social>. Acesso em 10 de janeiro de 2020.
- FURTADO, J. P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Interface (Botucatu)**, 11(22):239-255, 2007.
- LOCH-NECKEL, G.; SEEMANN, G.; EIDT, H.B.; RABUSKE, M. M.; CREPALDI, M.A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & saúde coletiva**, 14(supl.1), p.1463-1472, 2009.
- MENDES, E.V. Desafio do SUS. Brasília: CONASS, 2019.
- NASCIMENTO, B.F; MORAES, C.G; CAMATTA, C.S; DOMINGOS, H.C.T; GONÇALVES, M.P; REIS, S.A. **A experiência da formação no programa de residência multiprofissional em saúde da família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Residência). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro: ENSP, 2019.
- OLIVEIRA, M. de; CARDONETTI, V.K; SANTOS, C.A. dos e GARLET, F.R. Revezamentos entre teoria e prática: movimentos que acionam outros modos de pensar o ensino da arte. **Revista Portuguesa de Educação**, 31(1), p. 94-107, 2018.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde**, 35(01), p. 103-109, 2001.
- PRMSF/ENSP/Fiocruz. **Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2007.
- RAMONA, F.C.T. (Org). **Interprofissionalidade e formação na saúde**: onde estamos? Porto Alegre: Rede UNIDA, 2017.
- REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface (Botucatu)**, 20(56), p. 185-96, 2016.
- VECINA, N.G. **Defender o SUS é defender um país melhor para viver**. Osasco e Região: Sindicato dos Bancários e Financeiros de São Paulo, 2019.

Capítulo 8

NO MEIO DO CAMINHO TINHA UMA PEDRA: DISCUTINDO O ACESSO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE²⁹

Camille Melo Barreto e Sousa
Ivo Aurélio Lima Júnior
Marina Fernandes do Prado
Rebeca Nascimento Marinho da Silva
Maria Alice Pessanha de Carvalho

Introdução

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994 com a incumbência de propor uma nova concepção para o acesso e a assistência em saúde na Atenção Básica. Ao longo do tempo, ganhou maior legitimidade na medida em que conseguiu oportunizar uma melhora em alguns indicadores de saúde, como a taxa mortalidade infantil em muitos territórios pobres e com baixa estrutura de serviços de saúde (BRASIL, 1997)

Em 2002, foi estruturado e reconhecido como principal estratégia para reorganização da Atenção Básica em Saúde (ABS) no Brasil. Abrange a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e redução de danos, com vistas à produção da atenção integral à saúde dos sujeitos.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado e gestão participativas, a partir de equipes multiprofissionais, responsáveis pela atenção integral à saúde das populações de territórios definidos. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas para o manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Deve considerar critérios

²⁹ Este Capítulo foi baseado no TCR “No meio do caminho tinha uma pedra: um estudo de caso sobre as faltas dos usuários às consultas programadas de uma equipe de saúde da família do município do Rio de Janeiro” defendido em março de 2013 como trabalho final do PRMSF da ENSP/Fiocruz. Autoria dos residentes: Camille Melo Barreto e Sousa, Ivo Aurélio Lima Júnior, Marina Fernandes do Prado, Rebeca Nascimento Marinho da Silva com a orientação da professora Maria Alice Pessanha de Carvalho.

de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhido (BRASIL, 2011).

Existem unidades de saúde no país em que coexistem modelos de atenção primária distintos, o que pode caracterizar duplicidade da porta de entrada para os usuários. Exemplos disso são unidades onde o ambulatório médico de especialidades está estruturado nos moldes tradicionais, com formação de filas e distribuição de senhas por ordem de chegada e, a outra porta de entrada, da ESF, organizada por equipes de referência que realizam o acolhimento, obedecendo ao horário marcado e à escala de risco.

Com o avanço da cobertura da ESF no município do Rio de Janeiro, pode-se esperar o aumento por demanda assistencial. O trabalho territorializado da ESF implica em uma busca ativa, no território, por fatores que possam interferir direta ou indiretamente na saúde das famílias pelas quais são responsáveis.

Diretamente ligada à demanda, está a oferta de serviços disponibilizados à população. É sabido que a demanda por serviços assistenciais de saúde é maior que a capacidade do SUS em provê-los, isto é, a demanda é maior do que a oferta. Essa situação produz filas de espera significativas, descontentamento e consequências à saúde da população.

Considerando este cenário, faz-se necessário otimizar os recursos disponíveis e qualificar a oferta para melhor atender a necessidade da população. Nesse sentido, o excesso de faltas às consultas programadas na atenção primária à saúde expressa o desperdício de recursos, a falta de continuidade do cuidado, o prejuízo na organização do processo de trabalho da equipe, bem como o aumento na fila de espera e na demanda por urgência e emergência.

As faltas podem ser produzidas por barreiras de acesso de diferentes naturezas. Deste modo, identificar e analisar os motivos relacionados à acessibilidade que influenciam as faltas dos usuários às consultas programadas poderá contribuir para atenuação dos seus efeitos e melhor utilização dos recursos assistenciais disponíveis.

2. Acesso, acessibilidade e suas dimensões

Acesso é um conceito central para as políticas de saúde e um dos termos mais frequentemente utilizados em discussões sobre o sistema de saúde. No entanto, trata-se de um conceito polissêmico. Sobre isso, Travassos & Martins

(2004:191) realizaram uma revisão dos vários sentidos do conceito de acesso, afirmando que muitas vezes o termo é utilizado de forma “[...] imprecisa, e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde. É um conceito que varia entre os autores e que muda ao longo do tempo e de acordo com o contexto”.

Penchansky & Thomas (1981) se baseiam em Donabedian (1973) ao conceituar acesso como o grau de ajuste entre as necessidades dos pacientes e o sistema de saúde. Esses autores descrevem cinco dimensões do acesso: *affordability*, *availability*, *accessibility*, *accommodation*, e *acceptability*, que podem ser traduzidos, respectivamente, como disponibilidade, acessibilidade, acolhimento, capacidade de compra e aceitabilidade (tradução livre).

Com o objetivo de operacionalizar a avaliação dos serviços de saúde, a partir do estudo de sua acessibilidade, Fekete (1995) define quatro dimensões para classificar os obstáculos, a procura e utilização dos serviços de saúde: geográfica, organizacional, sociocultural e econômica.

Para elaborar uma tipologia de obstáculos podem ser utilizadas diferentes dimensões. Entendida enquanto componente do processo de avaliação considera-se que a acessibilidade resulta de uma combinação de fatores de distintas dimensões, que podem ser classificadas como de ordem geográfica, organizacional, sociocultural e econômica (FEKETE, 1995: 117).

A descrição dessas categorias pode ser vista no quadro a seguir.

Quadro 1: Definição das quatro dimensões da acessibilidade

Dimensão geográfica	Refere-se aos aspectos físicos do território (rios, grandes avenidas, morros etc.) e à distância entre a população e os serviços de saúde. “(...) deve ser medida em função do tempo que, pelos meios habituais de transporte, se consome para obter assistência à saúde” (FEKETE, 1995: 117).
Dimensão organizacional	“(...) está representada pelos obstáculos que se originam nos modos de organização dos recursos de assistência à saúde. (...)” (FEKETE, 1995:118). Esses obstáculos podem ser definidos como: a) internos (demora na obtenção da consulta, tipo de marcação de horário, turnos de funcionamento etc.); b) externos (demora na espera pelo atendimento do médico na própria unidade de saúde e para fazer exames laboratoriais).

Dimensão sociocultural	Refere-se à apreciação dos fenômenos que determinam a busca do serviço de saúde. Na perspectiva da população: a percepção que o indivíduo tem da gravidade de sua doença, etiologia, tipo de tratamento e nível de conhecimento sobre a oferta de serviços de saúde; medo do diagnóstico e das intervenções dele decorrentes; crenças e hábitos quanto aos cuidados com a saúde e vergonha no caso de doenças sexualmente transmissíveis ou estigmatizastes. Na perspectiva do sistema de saúde: a formação de profissionais de saúde desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população; a falta de preparo das equipes de saúde e das instituições frente à diversidade de pacientes com distintas características socioculturais e incipiência dos processos de participação dos usuários nas organizações dos serviços (FEKETE, 1995).
Dimensão econômica	Está relacionada às despesas das famílias com serviços de saúde, incluindo o consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência, prejuízos por perda de dias de trabalho, possíveis perdas decorrentes de afastamento por doença; custo do tratamento (medicamento).

Fonte: Elaboração própria. Adaptada de Fekete (1995)

Esta tipologia foi utilizada para analisar os motivos relacionados à acessibilidade que influenciaram as faltas dos usuários às consultas programadas de uma equipe de saúde da família do município do Rio de Janeiro, na perspectiva dos usuários e dos profissionais que a compõem.

Tratou-se de um estudo de caso exploratório de natureza qualitativa, pois remete a uma investigação empírica que pretende averiguar um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto de vida real. Além disso, a pesquisa exploratória visa proporcionar maior familiaridade com o problema.

3. Cenário da pesquisa

O cenário da pesquisa corresponde a um Centro Municipal de Saúde (CMS) e seu território de abrangência, situado no município do Rio de Janeiro. Esta unidade de saúde integra no mesmo serviço a ESF e a unidade básica de saúde (UBS) tradicional. Sua estrutura organizacional agrega quatro equipes da Saúde da Família, junto com profissionais vinculados ao modelo de atenção ambulatorial tradicional. O território de abrangência do ambulatório compreendia um total de 51.485 indivíduos, e as equipes de saúde da família eram responsáveis por 11.102, segundo os dados obtidos do Relatório de Gestão da unidade de saúde do ano de 2012.

A ESF teve início nesta unidade em outubro de 2010, fazendo parte da proposta de expansão de cobertura à população do Rio de Janeiro, pelas equipes de saúde da família, de modo a fortalecer a Atenção Básica no município. No ano corrente (2013), o Rio de Janeiro contava com 749 equipes de saúde da família implantadas, com cobertura estimada de 2.584.050 pessoas, ou seja, 43% da população total (BRASIL, 2013). A população coberta pela ESF é em sua maioria moradora das comunidades próximas.

Os sujeitos dessa pesquisa foram o médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, totalizando nove trabalhadores de uma das equipes do CMS e dezoito usuários cadastrados pela equipe que faltaram às consultas programadas, médicas e de enfermagem, no período entre outubro a dezembro de 2012.

Todos os entrevistados foram esclarecidos quanto aos objetivos, riscos e benefícios desta pesquisa, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a resolução nº 196/96. Esse trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, parecer nº 08303412.8.0000.5240.

A pesquisa visou somente à verificação de dados encontrados em documentos da equipe e a obtenção de novos dados através de entrevistas individuais. As técnicas de pesquisa utilizadas foram: entrevista semiestruturada, observação participante, análise documental das agendas de atendimentos do médico e do enfermeiro, diagnóstico situacional do CMS e fluxograma descritor da demanda programada da unidade de saúde.

Os dados coletados das entrevistas foram analisados segundo a perspectiva da Análise de Conteúdo Temática, que consiste na elaboração de categorias, visando à obtenção, por procedimentos sistemáticos e objetivos, de indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Durante a fase exploratória deste estudo foi realizado um levantamento na unidade de saúde pesquisada. Constatou-se que aproximadamente 32% dos usuários agendados, para médicos e enfermeiros das quatro equipes de saúde da família, não compareceram às consultas entre os meses de maio a junho de 2012. Os relatos dos profissionais reforçam a presença do problema e suas repercussões para o funcionamento do serviço de saúde supracitado.

4. Resultados

Os achados da pesquisa foram categorizados a partir das quatro dimensões de acessibilidade descritas no Quadro 1 e serão analisados a seguir.

4.1 Dimensão Geográfica: o que houve no caminho?

A área em que foi realizado o presente estudo é caracterizada por ladeiras íngremes, becos, ruas não asfaltadas e sem calçadas, lixo desprezado em locais inadequados, local de comércio de drogas (poder paralelo) e uma praça. Essas características aparecem com frequência nas periferias e podem ser considerados obstáculos ao deslocamento das pessoas até o serviço de saúde. Além desses aspectos, a rua onde está o CMS estudado é dividida por um córrego, o qual pode transbordar em dias de chuva intensa.

A dimensão geográfica foi dividida em quatro subcategorias de análise: proximidade do serviço como fator de escolha na rede (preferir ESF a outro serviço), percepção da distância, percepção do tempo e referência aos fatores climáticos.

4.1.1 Proximidade do serviço como fator de escolha na rede

Foi possível observar que a proximidade do CMS com o domicílio dos entrevistados é um critério de escolha para a utilização do mesmo. Entretanto, foram relatadas algumas dificuldades no trajeto relacionadas ao deslocamento com crianças de colo, ausência de calçadas para os pedestres e locomoção com carrinho de criança.

A dificuldade é a locomoção mesmo, porque é difícil levar ela. Eu tenho um probleminha no braço, que é quebrado, aí eu tenho que carregar o carrinho e ela. Eu tenho que escolher como poder correr com ele lá embaixo. Pra subir de novo é difícil. Mas eu prefiro levar ela no braço, porque se eu for me locomover com o carrinho, eu tenho que levar o carrinho e ela. (E03).

4.1.2 Percepção da distância

A percepção da distância foi sentida de diferentes formas pelos entrevistados que residem em regiões próximas na comunidade.

Eu vou a pé, porque é próximo (E03).

Eu venho de pés (E15).

Apesar de diferentes idades, 25 e 76 anos respectivamente, os dois entrevistados julgaram a distância de aproximadamente 1700 metros da comunidade até a unidade básica de saúde pequena.

O meio de transporte mais utilizado foi a “Kombi” (transporte alternativo). Outros meios de locomoção também surgiram nas falas dos entrevistados, como ônibus que oferecem carona ou o uso do automóvel particular, este com menos frequência. A caminhada também é bastante utilizada como meio de acesso ao serviço.

Não vou a pé nem daqui até a igreja, porque a perna dói demais. Se tiver carro aqui, vou de carro, se não tiver, pego a Kombi” (E09). “Eu vou a pé. Porque assim eu vou até o ponto final do ônibus aqui na parte de cima, porque eles dão carona para os moradores até na praça (E04).

4.1.3 Percepção do tempo gasto

A subjetividade da apreensão do tempo pôde ser percebida neste estudo, pois com distâncias bem similares, obtiveram-se diversas respostas para a pergunta sobre qual o tempo gasto pelo usuário no deslocamento da sua residência até a unidade de saúde. Cada entrevistado teve diferente forma de perceber o tempo.

De Kombi, são uns dez minutos, porque vai parando, chamando... (E09).

Até a unidade, levo uns 30 minutos. Se for a pé legal, uns 40 minutos, porque os dois andando (ela e o filho), né, demora mais. Mas aí, como eu pego essa carona, vou de ônibus até a praça, mas ali tem um tempo de esperar, o ônibus vim pra aparecer aqui pra depois pegar esta caroninha. Aí vale a pena às vezes ir a pé (E04).

Cinco minutos. A pé, levo vinte minutos, daqui até lá é muita coisa (E11).

Ah, coisa rápida (E14).

Esse fato pode ser explicado pela diferença de idade entre os entrevistados, a dificuldade de locomoção por problemas físicos ou quando o usuário está em companhia de uma criança, como podemos observar na fala acima.

4.1.4 Fatores climáticos

Esta categoria analisa os fatores climáticos e sua interferência no deslocamento da população até o serviço de saúde. Apenas três entrevistados fizeram menção a essa categoria, sendo um profissional e dois usuários. É possível que para os entrevistados os fatores do clima não interfiram tanto no deslocamento quando comparados à percepção do tempo ou da distância.

Como sugestão para melhorar a acessibilidade geográfica do serviço de saúde e contribuir para a diminuição das faltas dos usuários às consultas, E02 propôs que a unidade tivesse um veículo:

Assim, esse povo que não pode andá muito, né, poderia ter algum carro pra vim buscar em casa, principalmente esse povo que é velhinho, que não pode andá, né, criança que tem problema, não pode andá muito a pé, aí a mãe muitas vezes não pode levar no colo, vai no chão puxando, essas coisas assim... (E02).

Por meio da fala acima, percebe-se que o usuário E02 faz uma classificação da distância para os diferentes grupos populacionais, reconhecendo que idosos, mulheres com crianças de colo e acamados têm maiores dificuldades com o deslocamento. Todavia, esses grupos poderiam ser priorizados em visitas domiciliares, o que facilitaria seu acesso aos cuidados de saúde de que necessitam.

4.2 Dimensão Organizacional

Segundo Fekete (1995), a acessibilidade organizacional é representada pelos obstáculos originários dos modos de organização dos recursos de assistência à saúde. Tais obstáculos podem se encontrar na porta de entrada da unidade, nas características internas ou na continuidade do cuidado. Essa dimensão foi dividida em três subcategorias de análise: porta de entrada, características internas do serviço de saúde e continuidade/longitudinalidade do cuidado (Quadro 2). A

forma como está organizado o serviço a partir desses três eixos pode se constituir como obstáculo.

Subcategorias	Características
Porta de entrada	Coexistência de modelos de atenção e dupla porta de entrada, tempo real de espera (tempo entre o agendamento e data da consulta), formas de agendamento e turnos de funcionamento.
Características internas	Acolhimento e processos de trabalho, agenda, organização da demanda programada.
Continuidade do cuidado/longitudinalidade	Situações em que o usuário necessita de acompanhamento regular.

4.2.1 Porta de entrada

Na unidade de saúde em questão convivem dois modelos de APS com características distintas no que diz respeito à porta de entrada. Trata-se de uma unidade mista, onde somente parte do território é coberto pela ESF, sendo o restante dele responsabilidade da Unidade Básica de Saúde que atua numa perspectiva mais seletiva, individualizada e com a incorporação de algumas especialidades médicas, tais como ginecologia e pediatria.

Eu só achei ruim porque eu fui lá, enfrentei fila, depois eu vi que tava demorando aí eu perguntei lá pro guardinha. [...] “Fulano, o médico fulano de tal vai vir hoje? “Não, não vai vir, não (E02).

Este relato evidencia a dificuldade enfrentada pelos usuários com relação a esta duplicidade na porta de entrada da unidade. Um problema que pode ser potencializado pela ambiguidade de critérios que definem os usuários de cada serviço. Por exemplo, um usuário adscrito pela ESF poderia também pleitear serviços oferecidos pela unidade básica.

Os entrevistados também mencionaram a utilização de critérios distintos para o agendamento de consultas. A ESF utilizava-se do acolhimento com classificação de risco como dispositivo organizador do fluxo assistencial de seus usuários, o que resulta em diferentes tempos de espera conforme as condições

de risco e vulnerabilidades. O ambulatório utilizava maneiras mais tradicionais para o agendamento, como a distribuição de número limitado de senhas por dia. Porém, esta distinção nem sempre é compreendida pelos usuários.

Outro aspecto relevante para o aumento do tempo de espera foi a existência de equipes incompletas, sem médico ou enfermeiro, e o acúmulo de funções por parte destes, responsabilidade técnica e regulação, que contribuíram para a redução de turnos de atendimento. Os turnos de funcionamento do CMS foram apontados pelos entrevistados como um obstáculo ao comparecimento à consulta, apesar de funcionar em horário ampliado, 7h – 19h.

Toda vez que, eu estava trabalhando fora, o horário não dava para ir (E17).

4.2.2 Características internas do serviço de saúde

A referência à demanda espontânea como dificuldade para organização do processo de trabalho apareceu com frequência nas falas dos profissionais da equipe.

Às vezes, tem criança, adulto, onde o usuário aparece e a gente tem que atender porque às vezes é uma falta de receita, a pressão tá lá no alto, a pessoa tá passando mal. Então, isso atrapalha um pouco a agenda da médica, da enfermeira não. A enfermeira o Acolhimento não atrapalha tanto como a agenda da médica (P02).

O acolhimento propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios: (a) atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; (b) reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; (c) qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania (FRANCO, 2007).

A fala apresentada dá indícios da centralidade da assistência na consulta médica, uma situação que reduz a capacidade de resposta do serviço de saúde à demanda, a oferta de serviços e, por consequência, o acesso. Este problema se agrava com a pouca disponibilidade de profissionais médicos na unidade e, também, com a utilização de horas/trabalho em atividades burocráticas em detrimento de atividades assistenciais.

Outro aspecto importante para o processo de trabalho é a organização da agenda. A organização do trabalho da equipe deve considerar os aspectos e costumes locais, os problemas de saúde específicos de cada lugar, os interesses e desejos dos usuários, mas também as características da própria equipe e de seus modos preferenciais de trabalhar.

Uma boa agenda de trabalho é a que permite enfrentar os problemas de saúde da população, satisfaça os usuários, mas também faça com que a equipe se sinta confortável e seja capaz de se reconhecer no seu trabalho (PINTO; COELHO, 2010).

A rigidez programática para organização da agenda da equipe de Saúde da Família associada ao excessivo controle externo do trabalho dos profissionais (gestão por resultados ou metas) também pode produzir barreiras à acessibilidade, apesar de não terem sido percebidos entre os profissionais como tal, o que pode ser consequência da dificuldade de produzir reflexões e análises sobre o processo de trabalho.

Dias específicos para cada grupo, mais demanda espontânea. Segunda-feira é folga, terça-feira pela manhã, pré-natal e a tarde também; quarta pela manhã, puericultura e na parte da tarde saúde da mulher, para preventivo e entrega de resultado e orientações; quinta-feira de manhã, visita domiciliar, a tarde reunião de equipe; na sexta-feira de manhã, hiperdia e a cada 15 dias na parte da tarde, planejamento familiar e outros 15 dias, hiperdia novamente, hipertensos e diabéticos (P03).

Somente é o segundo sábado de cada mês. [...] Não, porque justamente, quando eu penso de ir no sábado, eu tô “naqueles” dias e aí não dá [...] Por isso que eu tô insistindo...(E12)

O único espaço instituído para realização destas reflexões e análises era o da reunião de equipe, que dificilmente contava com a participação de todos os profissionais, ora atribulados por outras atividades, ora desmotivados para participar das reuniões.

Não houve consenso entre os componentes da equipe sobre quais seriam as condutas mais adequadas para lidar com o problema das faltas. Todavia, é um movimento destes, quando possível, facilitar a remarcação para os usuários faltosos segundo critérios subjetivos.

4.2.3 Continuidade / longitudinalidade do cuidado

O atributo da longitudinalidade/continuidade do cuidado está relacionado à identificação da unidade de saúde como uma fonte regular de cuidados, referência habitual para o atendimento da maioria das necessidades de saúde e a formação de vínculo duradouro com o profissional de saúde, características indispensáveis, por exemplo, para o bom acompanhamento de usuários com doenças crônicas.

O não atendimento de algumas demandas pode fragilizar a legitimidade do modelo assistencial, o vínculo, a longitudinalidade do cuidado prestado e comprometer o projeto formulado submetendo o usuário a riscos. É o que reflete o relato de E15:

Aí eu vinha aí, perguntei a moça se não era fácil pegar uma receita, ela disse: - Aqui não tem ninguém pra dar receita pra senhora. [...] Eu falei: - E agora? Eu tenho que viajar... Como é que eu vou viajar sem remédio? [...] Aí cheguei na Bahia, eu tenho um irmão lá. Aí meu irmão, lá tem aquela farmácia dos trabalhador...Ela vende sem receita, né? [...]Aí eu ainda até comprei lá. Trinta e seis...Porque o remédio acabou o quanto eu tinha levado daqui, tinha acabado. Aí eu falei: E agora? Eu não posso ficar sem remédio porque eu tenho medo, porque[...]vez em quando, eu tenho uns negócio cair na... Eu caio, eu... Agora tá me dando umas tonteira (E15).

A possibilidade de evidenciação das barreiras organizacionais à acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde permite a reflexão e reformulação da organização do serviço, bem como das práticas desenvolvidas, fazendo com que estas estejam mais próximas das necessidades dos usuários.

Também existem dificuldades de ordem estrutural que extrapolam a capacidade de resolução no âmbito da equipe, como a coexistência de dois modelos de atenção básica distinto na mesma unidade básica de saúde. Em geral, os motivos das faltas que foram elencados pelos profissionais estão relacionados ao comportamento dos usuários e dificuldades pessoais, não considerando a relação com a organização do serviço.

4.3 Dimensão Sociocultural

A dimensão sociocultural compreende um conjunto de fatores referentes às características individuais dos usuários e o contexto no qual estão inseridos e,

as características do serviço e dos profissionais de saúde, as quais podem se tornar obstáculos à acessibilidade (DONABEDIAN, 1973). Essa dimensão foi subdividida em três categorias: perfil profissional da equipe; o olhar da equipe e o olhar dos usuários.

4.3.1 O perfil profissional da equipe

A formação dos profissionais de saúde mostra-se como um grande nó para efetivação da mudança do modelo assistencial em saúde e tem influência direta sobre postura dos profissionais de saúde frente a seus usuários. Caracterizada pela priorização dos aspectos biológicos do processo saúde-doença, a formação dos profissionais de saúde não dá conta da diversidade de situações encontradas no cotidiano dos serviços, produzindo uma visão reducionista sobre os diferentes processos de adoecimento.

Ao lado deste aspecto, observa-se a hierarquização dos saberes no campo da saúde, centrada na soberania do saber médico, a partir de uma visão ultra-especializada e fragmentada do cuidado. Formados nessa perspectiva, os profissionais de saúde tendem a cometer vários equívocos na relação com o usuário, ao objetificá-los e expropriá-los do saber que detém sobre seu corpo.

O trabalho na Estratégia de Saúde da Família exige o desenvolvimento de outras ferramentas ligadas ao campo relacional da assistência, o que Merhy (1999) chamou de tecnologias leves, isto é, a construção de vínculo entre usuário e profissional, acompanhamento longitudinal, corresponsabilização pelo cuidado e autonomia do sujeito, considerando os diferentes modos de existência.

No que se refere à qualificação dos profissionais da equipe participantes da pesquisa, de modo geral, pode-se afirmar que eles não tinham formação e experiência para atuar na ESF, com exceção da dentista, que trabalhava junto a equipes de saúde da família há mais de cinco anos. A médica embora tenha tido longa experiência em atenção básica, esta foi desenvolvida no modelo de atenção tradicional ambulatorial. Os ACS e todo restante da equipe contaram com apenas um curso introdutório de uma semana, no início da ESF na unidade, como ferramenta de qualificação para atuarem nessa lógica de atenção.

A formação em saúde que contemple o olhar sobre o sujeito em sua complexidade é prerrogativa para transformação das práticas e ações de saúde na

atenção básica. O usuário passa a ser visto como alguém inserido num mundo, expressando um modo singular de “andar a vida”. Sai de cena o corpo enfermo e entra o sujeito com suas relações, seus desejos, expectativas e dificuldades. Tarefa difícil e muitas vezes angustiante, principalmente quando a formação dos profissionais não surge como prioridade no cotidiano dos serviços.

4.3.2 O olhar da equipe

Um dos questionamentos feitos à equipe diz respeito a sua opinião sobre os motivos das faltas dos usuários às consultas programadas. A maioria dos profissionais considerou o “descaso, desinteresse” do usuário pelo serviço oferecido ou a “facilidade da remarcação” como principais motivos das faltas. A ausência do cuidado preventivo também foi apontada como motivo para as faltas.

“Bom, existem vários motivos. Para mim, os principais motivos são, em primeiro lugar, a facilidade que eles têm de vir depois. Então, às vezes, a pessoa falta à consulta, mas ela consegue com tanta facilidade vir no outro dia que não tem responsabilidade no dia da consulta. Ou (...) falta de interesse mesmo” (P1).

“(…), mas a minha opinião é que, na verdade, eles são muito descansados, porque é muito fácil.” (P2).

Os profissionais de saúde reconhecem as mães das crianças de zero a dois anos, grupo da puericultura, como o grupo mais faltoso. Embora o horário seja visto como um obstáculo para o comparecimento dessa população, nenhuma tentativa de alteração da agenda foi relatada com o objetivo de facilitar a acessibilidade dessa população.

Foi possível observar que a opinião dos profissionais a respeito das faltas dos usuários às consultas é carregada de julgamento moral, sem o real conhecimento sobre a rotina dos usuários. Quase todos os profissionais concordavam com “punições” aos usuários faltosos ou, indiretamente, realizavam algum mecanismo punitivo.

Embora esse sentimento esteja presente na fala da equipe de modo geral, os entrevistados também relataram tentar “encaixar” esses usuários na agenda. Além disso, os profissionais afirmaram não ter nenhuma conduta padrão nessas situações.

“Eu acho que a gente não deve facilitar na hora de remarcar. Tem que ser colocado que perdeu a consulta vai ser remarcado para quando tiver vaga, e não “deixa que vamos encaixar”. É uma coisa complicada, mas... Ou seja, ele tem que ser punido pela falta.” (P1).

Compreender o motivo das faltas dos usuários, entre tantas outras dificuldades do serviço, exige disponibilidade para a escuta, para o diálogo, desprovido de preconceito, de pré-julgamento. Não é possível construir maneiras mais efetivas de realizar o cuidado sem considerar os sujeitos envolvidos, profissionais de saúde e usuários.

4.3.3 O olhar dos usuários

A maioria dos entrevistados disse ter vindo deles o interesse em agendar a consulta, seja para os filhos, ou para si mesmo. No entanto, a percepção que o usuário tem da gravidade de sua doença irá interferir no grau de prioridade que ele dará as consultas agendadas.

Por exemplo, um hipertenso, tem consulta agendada de três em três meses, sendo essa, uma diretriz do protocolo de atendimento desenvolvido pela SMSDC. Porém, essa conduta é uma diretriz geral, não alcança a singularidade de cada sujeito. É possível que anos de convívio com essa doença tragam elementos e conhecimento ao usuário sobre os sinais de seu corpo, relativizando na necessidade da consulta.

(...) Não, não tinha tanta precisão. Que é mais é pra o remédio... (E15)

Quanto aos motivos das faltas, os usuários entrevistados relataram a priorização de outras necessidades; o esquecimento e dificuldade com o horário da consulta como principais motivos. Não se pode perder de vista que os usuários que frequentam uma unidade básica de saúde regem sua vida de acordo com necessidades e desejos que vão surgindo. As obrigações da vida cotidiana concorrem com os eventos esporádicos e com a imediatez da vida contemporânea.

O principal motivo é que ela tem um probleminha pra dormir, ela só dorme se tiver mamando e eu não durmo direito, aí eu não consigo acordar tão cedo, eu só acordo cedo porque meu marido vai cedo para o trabalho. (E03)

Porque a gente às vezes, no verão, a gente fica sem água na encanação, então a gente tem que ir na cisterna reserva, puxar água. então se naquele dia eu não tiver água reservada no barril, e tiver acabado a água da torneira, eu não vou poder ir. Porque como é que a gente vai lavar a boca, tomar banho, escovar o dente? Não dá né? Aí, quer dizer, já perdeu. (E04).

As condições de vida dos usuários, como descrita na fala acima, não foram levadas em consideração pelos profissionais como possíveis motivos para as faltas. O abastecimento insuficiente e irregular de água faz parte da realidade dessas pessoas. Esse relato é bastante ilustrativo e possibilita o contraponto com a visão dos profissionais sobre os motivos das faltas pois, muitas vezes, o profissional desconhece o cotidiano da população de seu território.

4.4 Dimensão Econômica

As barreiras de acessibilidade à utilização dos serviços de saúde também podem ser identificadas na dimensão econômica e estão relacionadas às políticas sociais e econômicas e contextualizadas no cenário político nacional e internacional. Remete à reflexão crítica sobre os padrões de gestão das políticas públicas e sua conformação no Brasil.

Na proposta do processo de avaliação dos serviços de saúde no estudo da acessibilidade, Fekete (1995) observou que a oferta insuficiente de ações e serviços faz com que o gasto em saúde das famílias brasileiras ainda seja elevado. A autora incluiu neste gasto “o consumo de tempo, energia e recursos financeiros para busca e obtenção da assistência à saúde, os prejuízos por perda de dias de trabalho, as possíveis perdas decorrentes de afastamento, o custo do tratamento e outros” (FEKETE, 1995:119).

4.4.1 Consumo de tempo e energia

O estudo da dimensão econômica apontou alguns elementos como facilitadores de acessibilidade ao serviço de saúde, como o consumo de tempo e a obtenção de medicamentos e materiais de consumo na unidade de saúde. Outros aspectos, entretanto, foram identificados como barreiras: dispêndio de

tempo e energia para obtenção da consulta, a falta de medicamento na unidade e as condições socioeconômicas dos usuários.

A percepção dos entrevistados sobre o consumo de tempo foi distinta, ora percebida como facilidade, ora percebida como dificuldade no acesso aos serviços de saúde da referida unidade

Eu num acho que demora não, porque [...] (E02).

Demora duas horas ou mais. (E12)

Na opinião dos profissionais entrevistados, o tempo, energia e recursos são desperdiçados em consequência das faltas dos usuários e, de algum modo, se conformam em barreiras na acessibilidade dos usuários. Ou seja, o volume de faltas de usuários às consultas médicas e de enfermagem, produz um movimento cíclico com interferência no próprio usuário, reforçando os obstáculos no cotidiano destes.

“De oito, faltam quatro, três. E atrapalha porque quando tem gente que quer vir marcar alguma coisa grave, acaba que a consulta fica lá na frente, porque tem muita gente marcada e nem todos vem.” (P04).

4.4.2 Obtenção de medicamentos e materiais de consumo

O acesso aos medicamentos e materiais de consumo na unidade de saúde foi identificado como facilidade do serviço, pois possibilita que o usuário poupe recursos financeiros na obtenção dos medicamentos e materiais necessários ao tratamento.

Além da economia de recursos, o usuário aproveita melhor seu tempo e poupa energia quando não se faz mais necessário buscar tais provisões em outros estabelecimentos por exemplo, a Farmácia Popular, que está localizada a uma distância de cinco quilômetros, ou seja, mais de 30 minutos do centro da comunidade, pelos meios convencionais ³⁰

(...) em comparação lá no Fundão [Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio de Janeiro] passa a receita, mas não dá o remédio, em comparação no posto aqui já dá. Então é onde eu aproveitei (...) então aqui eu to mais perto pra mim. Sabe? Do que lá no Fundão [...]” (E09).

³⁰ Distância e tempo médio foram calculados a partir de informações do Google Maps.

Embora a proximidade e a disponibilidade à dispensação de medicamentos seja uma facilidade, ainda existem despesas com medicamentos que deveriam estar disponíveis. A condição de injustiça social às quais os sujeitos estão submetidos, priva-os do direito ao cuidado integral.

4.4.3 Condições socioeconômicas

Este estudo constatou, através dos relatos dos profissionais e usuários do serviço, que as condições socioeconômicas impõem limitações à acessibilidade e podem se configurar em barreiras na busca pelos serviços de saúde.

“Eu vô a pé, porque eu não tenho dinheiro de passagem” (E2).

“Se aparecer alguma faxina, é claro que elas vão priorizar o dinheiro, que a saúde” (P6).

Os profissionais entrevistados demonstraram conhecer a realidade de carência material vivida cotidianamente pelos usuários, porém expressaram distanciamento diante do cenário das iniquidades, o que pode impor mais uma barreira no acesso ao serviço de saúde.

Muitas das vezes, pelo meu ponto de vista, por causa do trabalho, que às vezes não coincide [...] não tem com quem deixar o filho. (P9)

De acordo com Fekete (1995), estudos têm demonstrado que quanto maior o nível de emprego, maior é a utilização dos serviços de saúde. Neste estudo, o trabalho informal foi assinalado, de acordo com os dados das entrevistas, como barreira da acessibilidade aos serviços de saúde:

Perdi dia [de trabalho], né? Descontaram porque eu não trabalho de carteira assinada. Trabalho em casa de família, mas não é de carteira assinada (E12).

5. Discussão

Os aspectos geográficos tiveram pouca influência nas faltas dos usuários às consultas programadas, no entanto a precária infraestrutura urbana nas comunidades do Rio de Janeiro é uma realidade para seus moradores.

Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) – censo de 2010– esse município tem a maior população vivendo em aglomerados subnormais do país. São 1.393.314 pessoas nas 74 favelas, ou seja, 22,03% da população total do Rio de Janeiro.

O crescimento urbano desordenado originou-se a partir da década de 1950, como consequência dos avanços tecnológicos na agricultura e o alto custo de vida no campo, O que contribuiu para a supervalorização dos terrenos nas grandes cidades e o surgimento das periferias que não continham infraestrutura básica de serviços oferecidos pelo Estado.

A distância percorrida até a unidade de saúde não foi mencionada como motivo para as faltas. Cabe ressaltar que na Política Nacional de Atenção Básica (2011) não há recomendação da distância da unidade de saúde do território. A comunidade coberta pela equipe de SF estudada dista, aproximadamente, 1,7 km, o que representa vinte minutos a pé até a unidade (distância calculada a partir de informações do Google Maps®).

A escolha da unidade de saúde pautada na proximidade é pertinente quando se observa que os idosos, as mulheres e as crianças são os usuários que mais utilizam os serviços da ESF. Assim, o deslocamento deve ser o mais fácil possível, para que não se configure como barreira à acessibilidade.

Quanto à dimensão organizacional, a evidência das barreiras organizacionais à acessibilidade dos usuários aos serviços de saúde permite a reflexão e reformulação da organização do serviço, bem como das práticas desenvolvidas, fazendo com que estas estejam mais próximas das necessidades dos usuários.

Para Cohn *et al* (2006), é um dado de realidade que a população estrutura as suas estratégias de acesso aos serviços a partir da referência do seu cotidiano e na sua vinculação com as condições mais imediatas de disponibilidades oferecidas, mesmo nas situações que exigem maior complexidade. A acessibilidade da população corresponde à relação funcional entre as “resistências” oferecidas pelos serviços e o “poder de utilização” que se formam através de experiências, percepções e valores.

É importante considerar que o modo de organização do processo de trabalho dos profissionais, no ponto de vista destes, não foi apontado como um possível obstáculo à acessibilidade dos usuários. Em geral, os motivos das faltas que foram

elencados pelos profissionais estão relacionados ao comportamento dos usuários e dificuldades pessoais, não considerando a relação com a organização do serviço.

As poucas estratégias de apoio da gestão municipal às equipes de saúde com vistas às transformações das práticas assistenciais e a opção por mecanismos externos de controle do trabalho (estabelecimento de metas e indicadores de resultado) contribuem para a pouca autonomia das equipes na estruturação de um trabalho mais condizente com as necessidades de saúde do território.

No que tange aos aspectos socioculturais, a falta de formação específica para atuar na atenção básica não contribui para efetivação da mudança do modelo assistencial em saúde. De acordo com Ceccim:

A formação dos profissionais de saúde tem permanecido alheia à organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, mostrando-se absolutamente impermeável ao controle social sobre o setor, fundante do modelo oficial de saúde brasileiro (CECCIM 2004: 42).

O trabalho na Estratégia de Saúde da Família exige o desenvolvimento de ferramentas ligadas ao campo relacional da assistência, o que Merhy (2002) chamou de tecnologias leves. Além do conhecimento técnico e da infraestrutura organizacional, a construção de vínculo entre os sujeitos, usuário e profissional de saúde, é fundamental para produção do cuidado, estabelecendo, assim, uma relação de corresponsabilidade.

O modelo assistencial centrado no hospital deixou marcas para atuação dos profissionais e para os usuários. Os efeitos disso podem ser percebidos na menor preocupação com o cuidado preventivo à saúde, o que corrobora os resultados dessa pesquisa, pois segundo os entrevistados, a procura pelo serviço de saúde se dá quando a doença já se estabeleceu.

Mecanismos de controle e punição foram expressivos na fala dos profissionais, o que demonstra dificuldade para lidar com as situações que surgem nas unidades básicas de saúde, em diferentes daquelas que ocorrem nos hospitais, onde o sujeito se encontra subjugado às regras e ao cotidiano dessa instituição.

Foucault (1975) quando descreveu as características de uma sociedade disciplinar, elencou diversos mecanismos punitivos com o objetivo de produzir corpos

dóceis, disciplinados e obedientes. Deste modo, para os profissionais, o usuário deve se submeter a suas condutas e, caso não se submeta, deve ser punido. Somente assim, ele compreenderá o prejuízo que sua falta provoca ao serviço e a si mesmo.

Por outro lado, a equipe se sente frustrada e desvalorizada, pois, muitas vezes, compreende a falta dos usuários como uma atitude de indiferença. Esse sentimento também pode reforçar mecanismos de punição, como uma reação à hostilidade sentida.

Os usuários da ESF têm mais possibilidade de escolhas, pode priorizar diferentes necessidades de sua vida. É necessário considerar que o cuidado em saúde é apenas mais uma entre tantas outras necessidades que surgem. É como se o cuidado em saúde concorresse, de certo modo, com a vida.

Por fim, a existência de barreiras econômicas no acesso a um sistema de saúde público e universal pode parecer, a princípio, um contrassenso. Entretanto, os achados desta pesquisa mostraram que aspectos econômicos influenciaram às faltas dos usuários aos serviços de saúde.

A dimensão econômica da acessibilidade se mostrou relacionada à dimensão geográfica. Na análise de Donabedian (1973), o custo da viagem é um dos aspectos da dimensão geográfica. Já para os autores Penchansky & Thomas (1981), o custo com os meios de transporte está incluído na dimensão acessibilidade – tomado por estes autores como uma dimensão do acesso (*Accessibility*).

Para Aday & Andersen as distintas características do sistema de saúde e da população podem determinar a possibilidade de ingressar no serviço de saúde. Além disso, o acesso em si não consiste apenas na disponibilidade dos serviços e recursos, mas sim na possibilidade de os serviços serem utilizados por quem os necessite.

Os resultados desta pesquisa demonstraram que o gasto de tempo demandado para a obtenção da consulta na unidade de saúde pode se configurar como uma das barreiras da acessibilidade. É importante considerar que na sociedade atual o tempo tem uma representatividade financeira, o que justifica a expressão “tempo é dinheiro”, reproduzindo a concepção capitalista de que o tempo nunca pode ser ocioso, ou seja, improdutivo.

Outro aspecto dessa discussão é a descrição de capacidade de compra (*Affordability*), trazida por Penchansky e Thomas (1981), que pode se configurar em gastos diretos ou indiretos na obtenção dos cuidados em saúde. Deste modo,

considerou-se como barreiras de acessibilidade importantes o consumo de recursos e os prejuízos financeiros decorrentes da perda de dias de trabalho. Esta realidade faz com que os usuários passem a se relacionar com o serviço apenas na ocorrência de um agravo à saúde.

É importante também considerar os gastos que estes usuários têm quando são referenciados para outros serviços, como transporte, alimentação e tempo, já que esta prática migratória é uma realidade dos usuários para a busca e obtenção de atendimento especializado e exames diagnósticos mais sofisticados, uma vez que a ABS necessita do apoio dos serviços da rede de saúde.

Para Travassos (2004), as desigualdades em saúde refletem, predominantemente, as desigualdades sociais e envolve outras questões complexas, como a questão da capacidade de financiamento do sistema de saúde local e o seu desenho de modelo assistencial.

Considerações Finais

Frente aos resultados deste estudo, observou-se que a forma como o serviço está organizado, a falta de profissionais e a consequente sobrecarga de trabalho dos remanescentes interferem no fenômeno das faltas dos usuários às consultas programadas. Formas mais participativas de gestão do serviço e definições de estratégias para fixação dos profissionais na atenção básica poderão contribuir para a superação das barreiras de acessibilidade impostas aos usuários.

Os problemas de acessibilidade podem decorrer da combinação entre a ausência de espaços de escuta com a rigidez programática na organização da agenda dos profissionais da equipe. O espaço de diálogo disponível para os usuários da unidade é a reunião mensal do colegiado gestor que conta com um representante da associação de moradores na composição, ou seja, ainda pouco para a institucionalização de mecanismos que permitam a participação e controle social.

Percebeu-se também que a coexistência de duas estratégias de APS, com portas de entrada distintas em uma mesma unidade de saúde, pode impor desafios à legitimação do modelo de ESF, podendo confundir trabalhadores e usuários.

Os profissionais de saúde demonstraram preocupação com as faltas dos usuários às consultas, porém esse fenômeno não se tornou um analisador do

cuidado prestado ou do modo como organizam o serviço. As faltas dos usuários às consultas, segundo os profissionais, foram atribuídas às dificuldades de ordem pessoal ou desinteresse dos usuários.

É importante o apoio para o fortalecimento e qualificação dos espaços de discussão e reflexão sobre o trabalho entre os profissionais, para construção de maneiras mais eficientes e, ao mesmo tempo, agradáveis de produzi-lo. A reflexão a respeito do processo de trabalho também deve considerar as necessidades de saúde dos usuários. Nesse sentido, o apoio institucional é uma ferramenta fundamental.

Para se constituir de fato, a ESF necessita mais do que princípios e diretrizes, é preciso mudança na produção de subjetividades. O modo como os profissionais se posicionam frente ao usuário é o que dirá em que base se sustenta a assistência prestada.

As superações das barreiras à acessibilidade enfrentadas pelos usuários apontam para necessidade de intervenções que extrapolam o setor da saúde. Práticas intersetoriais, além de políticas econômicas, de mobilidade urbana, habitação, saneamento básico, segurança pública e educação são exemplos de ações que podem contribuir para melhoria no acesso aos serviços de saúde.

Referências

- ANDERSEN, R.M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? **Journal Health Soc. Behav.**, n. 36, p. 1-10, 1995.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde 152 www.jmphc.com J Manag Prim Health Care 2014; 5(2):140-152. da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, p. 36, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Portaria nº.2488 de 21 de outubro de 2011. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/historico_obertura_sf.pwp>. Acesso em: 02/02/2013.
- CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.
- COHN et al. Acesso em discussão: viés da racionalidade e o viés da carência. In: COHN et al. **A saúde como direito e como serviço**. 4ª edição. São Paulo:Cortez, 2006.
- DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1973.

- FEKETE, M.C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. *In*: Ministério da Saúde (org). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde no distrito sanitário**. Projeto Gerus. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-americana de Saúde, p.177-84, 1995.
- FOULCAULT, M. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Trad. Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FRANCO, T. B. O uso do fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de luz (MG). *In*: MERHY at al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico: Aglomerados subnormais. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em ><http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>. Acesso em: 10/03/2013.
- MERHY, E.E. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas**: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde (mimeo). Campinas, 1999.
- MERHY, E.E. **Saúde**: Cartografias do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- PENCHANSKY, R.D.B.A; THOMAS, W. **The Concept of Access**: Definition and Relationship to Consumer Satisfaction. *Medical Care*, Vol. 19, No. 2 , Feb, p. 127-140, 1981.
- PINTO, C.A.G; COELHO, I. B. Co-gestão do processo de tabalho e composição da agenda em uma equipe de atenção básica. *In*: CAMPOS, G.W.S; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de atenção básicas**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010.
- TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma Revisão sobre OS Conceitos de Acesso e utilização de Serviços de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 de novembro de 2012.



Capítulo 9

A FORMAÇÃO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA EM COLETIVO

Beatriz Farias do Nascimento
 Caroline Gradim Moraes
 Clara Camatta da Silva
 Hannah Carolina Domingos
 Marcelo Pereira
 Silvana Amaral dos Reis
 Tatiana Baptista Wargas
 Vanessa Costa e Silva

Já basta de falar (ou de escrever) como experts, especialista, críticos, porta-vozes já basta de falar (ou de escrever) a partir de qualquer posição. Para podermos nos falar precisamos falar e escrever, ler e escutar, talvez pensar, em nome próprio, na primeira pessoa, com as próprias palavras, com as próprias ideias. (LARROSA, 2016: 70).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um modelo de cuidado em saúde que se faz próximo à vida das pessoas e concebe a saúde, para além de um corpo biológico que adoece, como o estado de bem-estar biopsicossocial seguindo os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade. Nesse sentido, trabalhar com o cuidado em saúde no Brasil implica em trabalhar com diferentes abordagens, técnicas e olhares com o propósito de produzir saúde em seu sentido ampliado. Mas, como criar essa mudança de prática em saúde — de historicidade tão biomédica — se as formações em saúde modelam os profissionais a trabalharem de modo fragmentado? Nossa aposta é que ampliar as profissões do escopo da saúde e oferecer uma formação voltada para a efetivação desses princípios, colocando diferentes categorias profissionais e abordagens em contato

desde cedo, seja possível construir um trabalho comum. Essa é a proposta de uma formação multiprofissional em saúde: formar profissionais que façam operar a integralidade do cuidado como princípio de suas práticas.

Franco (2007) traça um paralelo entre a produção de cuidado e a produção pedagógica, afirmando que uma sempre está contida na outra, a partir da dimensão subjetiva que lhes é comum. Isso significa que operar com a saúde tem sempre algo de ordem relacional, que escapa a uma ordem técnica científica, embora seja a ela articulada. Uma formação multiprofissional se coloca diante do desafio de compor diferentes profissões em busca de uma construção que seja comum, o próprio cuidado em saúde, em seu sentido ampliado. Isso aponta para a importância de uma formação que se ocupa do cuidado com as subjetividades — de seus formandos — e com a produção de espaços de abertura à diferenciação, o que permite que sejamos de um modo que não éramos antes.

Assim, este capítulo se propõe a colocar em análise a experiência formativa no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), no município do Rio de Janeiro. Construído originalmente como Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) de uma equipe multiprofissional da turma de 2017 a 2019, discutimos aqui o próprio formar em saúde, contando uma história, a nossa, a partir daquilo que nos afetou e nos fez produzir um deslocamento sobre como atuávamos e pensávamos as nossas formas de agir no mundo e no cuidado em saúde. Nesse sentido, trabalharemos com uma variedade de metodologias e narrativas a fim de abordar o tema da formação em nossas múltiplas perspectivas de análise.

Para tanto, tecemos uma escrita em primeira pessoa, assumindo nossas experiências como fonte de reflexão e de transformação, para colocarmos em análise alguns desafios que encontramos pelo caminho. Entre os artifícios utilizados, encontram-se: diários reflexivos individuais, grupo focal (GF) realizado com a turma de residentes, roda de conversa mediada pelas orientadoras, além de revisão bibliográfica e análise documental para construção do referencial teórico. Utilizar uma metodologia tão diversa fez-se importante para garantir a polifonia de uma escrita coletiva sobre processos singulares de formação. Portanto, quando necessário, afirmamos paradoxos e contradições como elementos compositores de uma experiência múltipla.

Residências em saúde: um modelo de formação

O modelo de ensino e aprendizagem no e pelo trabalho em saúde, chamado “residência”, surge no final do século XIX no Hospital da Escola de Medicina John Hopkins nos Estados Unidos da América (EUA). Em meados da década de 40, esse novo modelo de ensino chega ao Brasil com grande expansão nas décadas de 60 e 70.

Concomitantemente à ampliação das residências de enfermagem e médica, em meados dos anos 70, ocorreu o surgimento das residências multiprofissionais que propunham uma formação baseada em processos históricos e sociais e integravam mais de uma categoria profissional da área da saúde visando a ampliação do cuidado à saúde.

A noção de multiprofissionalidade em uma Residência aparece em 1979 com o Programa de Apoio às residências de Medicina Preventiva (MP), Medicina Social (MS) e Saúde Pública (PAR – MP/MS/SP) criado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) e que se baseou no Treinamento Avançado em Serviço criado em 1977 pela Ensp/Fiocruz. Nesse contexto houve aumento da oferta de Residências Multiprofissionais. Entretanto, logo em seguida o Inamps modificou sua proposta inicial e passou a incentivar a transformação das residências de MP/MS em Residências de Medicina Geral Comunitária extinguindo o financiamento dos residentes não médicos, o que pode ser considerado um retrocesso.

No final da década de 80, com a Reforma Sanitária, promulgação da nova Constituição cidadã e criação do Sistema Único de Saúde (SUS) há uma articulação política para ampliar a oferta e aprimorar a forma de cuidado no sentido da integralidade. Com isso, surgiram várias ações propostas pelo Ministério da Saúde que buscavam a construção do SUS e a formação de profissionais com perfil e competências necessárias ao alcance dos seus princípios.

Nesse novo contexto, em 2009 a Portaria Interministerial nº 1.077 regulamentou a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, bem como instituiu o Programa Nacional de Bolsas para essas residências (BRASIL, 2009).

Apesar dos esforços sobre a importância da abordagem multiprofissional no enfrentamento dos processos saúde, doença e cuidado, a Residência Médica

ainda é a mais reconhecida como especialização. A Residência Multiprofissional pode ser considerada um projeto contra hegemônico tanto por integrar outros profissionais da área da saúde, contribuindo para a prática da integralidade, quanto por problematizar a insuficiência dos cuidados médico-centrados em um país com importante determinação social do processo saúde/doença/cuidado.

A Residência Multiprofissional como dispositivo de ensino na perspectiva da Educação Permanente em Saúde

A Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos para o SUS (NOB/RHSUS – 1996) relaciona a qualidade da atenção à saúde com a formação de profissionais que detenham a capacidade tanto para a atenção individual, como para a saúde coletiva e, nesse contexto foi necessário pensar em estratégias de formação dos trabalhadores do SUS em uma lógica multiprofissional, em busca do cuidado integral.

Uma importante estratégia foi a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) que propôs, em 2004, a modificação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde para a organização dos serviços.

Segundo Ceccim & Feuerwerker (2004), a educação permanente em saúde (EPS) é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar. Nessa perspectiva, seria possível desenvolver nos trabalhadores capacidades como docência, aprendizagem no cotidiano do trabalho, criatividade nas ações de saúde e de matriciamento com outros profissionais. A EPS propõe uma crítica ao ensino baseado na reprodução de informações e que não explora a capacidade analítica e reflexiva necessária para uma formação que extrapole o lado profissional em direção à uma formação humana.

A EPS implica num exercício de sensibilização e abertura de seus atores para que possam escutar o que ainda não escutam, ver o que não sabem perceber, encontrar o diferente naquilo que é cotidiano. Enquanto dispositivo pedagógico, ela é responsável por produzir uma mediação da relação do sujeito consigo próprio fabricando certo modo de ser indivíduo, estabelecendo, regulando e modificando as suas experiências de si.

Ou seja, demanda um constante reposicionamento do sujeito, abrindo-se a novas interrogações e possibilidades de resposta, pensando nos espaços de aprendizagem e na forma como ela se realiza no cotidiano, seja de trabalho e/ou de formação, por meio de relações concretas, de trocas significativas e por

experiência para um fim, que não acaba em si mesmo. E o que podemos extrair de nossa experiência é que a incorporação desse ferramental como recurso metodológico nos processos formativos é um importante desafio.

Nesse contexto, o PRMS faz parte de um conjunto de ações, no âmbito da pós-graduação, que tenta instituir um projeto de mudança na formação em saúde por meio da aprendizagem significativa que produz e promove sentidos nos espaços ensino-serviço no qual os residentes vivenciam suas experiências.

A noção de que serviço e ensino não deveriam se desassociar em uma formação multiprofissional nos faz perceber como são necessárias as transformações das práticas nos serviços baseadas nas reflexões críticas dos próprios profissionais. Não ignorando, também, a forma como se organiza o trabalho baseado nas necessidades de saúde da população, da gestão e da participação popular. Os Programas de RMS possibilitam encontros que permitem um trabalho conjunto que tende a ser potente por ser realizado por diferentes áreas profissionais que podem, juntas, promover e ofertar um cuidado integrado, de qualidade e ampliado no serviço público de saúde.

Nesse sentido, é possível afirmar que a formação multiprofissional é também uma ação política de resistência e insistência de que o serviço ofertado pelo SUS pode ser qualificado e centrado no cuidado, e não na fragmentação da saúde com enfoque na doença.

Uma apresentação reflexiva sobre os espaços de formação do PRMSF da Ensp/Fiocruz

A formação dos residentes no PRMSF da Ensp/Fiocruz ocorre em diferentes ambientes. Apresentamos aqui sua estrutura categorizada em quatro eixos: teórico, prático, teórico-prático e de organização, tendo por base os documentos relativos ao Programa e as narrativas dos residentes sobre sua vivência.

O eixo teórico é composto principalmente pelas Unidades de Aprendizagem (UA), pelo Ciclo de Debates anual e pela elaboração do Trabalho de Conclusão da Residência (TCR).

Segundo os depoimentos do grupo focal entre residentes, de modo geral, a sequência das UA proporcionou um contato gradual com conceitos e dispositivos de análise e intervenção no campo da saúde. Entretanto, conforme vivenciamos a prática,

nos deparamos com o desafio da operacionalização dos conteúdos de sala de aula na realidade dos serviços. Um aspecto ressaltado como elemento que pode ter contribuído para a falta de ritmo entre o cenário de prática e a sala de aula foi o pouco tempo dedicado aos conteúdos de cada núcleo profissional no processo formativo.

O eixo prático consiste nas atividades vinculadas às unidades de saúde. Trabalhar em territórios vulnerabilizados pelo Estado nos colocou diante de disparidades sociais que a maioria de nós não conhecia, o que foi importante para nossa formação como profissionais da saúde. Foi preciso que aprendêssemos caminhos possíveis de trabalho, saber acionar a rede, informar sobre direitos sociais, participar da mediação com outros serviços e fazer uma abordagem familiar quando pertinente. Nesse ponto, também foi ressaltado a importância de espaços coletivos para problematização da prática.

A conjuntura política de precarização da saúde que culminou com greve dos trabalhadores influenciou bastante o processo de formação em serviço, vivenciando as nuances da interdependência entre a macro e a micropolítica e nos fazendo refletir sobre a nossa dupla situação de profissional e aluno. Segundo Merhy (2002), compreender o cotidiano de trabalho como uma constituição micropolítica é assumir que este é fruto de uma construção coletiva e que abarca a singularidade dos sujeitos, mas também um lugar de disputas e pactuações (FRANCO, MERHY, 2007).

Já o eixo teórico-prático trata dos espaços em que é mais explícito o borramento entre teoria e prática, o que ocorre a partir dos diários reflexivos³¹ e das orientações junto à equipe multiprofissional; nas supervisões de núcleo de cada categoria profissional; e enquanto trabalhadores do SUS, nas Oficinas de Reflexão Permanente (ORP).

Nesse eixo tivemos a oportunidade de debater e aproximar teoria e prática, trazendo assuntos que surgiam nos serviços, questões pertinentes ao núcleo profissional e a abordagem de conteúdos relativos a grupos vulneráveis socialmente ou minoritários. Nessa direção, Guareschi e Oliveira (2010) pontuam o quanto a atuação dos residentes no campo passa pela necessidade de dar corpo à problematização e à criação das práticas e que isto envolve certa angústia pela busca de espaço para legitimação de um saber não-médico. Dessa forma,

³¹ Para saber mais veja o Capítulo 4: “Ferramentas pedagógicas no processo formativo na residência multiprofissional em saúde da família”.

reconhecemos a relevância de tais espaços e a particularidade do PRMSF/ENSP por investir na garantia destes.

Quanto ao eixo de organização, este é composto pelos espaços coletivos³² de construção da residência: as reuniões mensais de turma, da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e do grupo de trabalho para construção das Oficinas de ORP, cujo envolvimento é voluntário. Consideramos que a participação nesses espaços favorece a articulação e elaboração de ideias, por agregar habilidades relevantes para o desenvolvimento de ações na assistência, na gestão e no exercício do controle social.

De forma resumida, reconhecemos que tivemos uma formação importante com enfoque nos conteúdos relativos ao campo da saúde coletiva e que experimentamos variados espaços e tecnologias pedagógicas e de trabalho em saúde. Mas, em alguma medida, consideramos que um pouco mais de investimento nas bases conceituais de cada núcleo profissional seria importante para aprofundar a discussão sobre o que é singular ao núcleo e o que é comum ao campo, na perspectiva da interdisciplinaridade e da formação multi, inter e transprofissional, potencializando a formação no Programa. De todo modo, o grande fio condutor do nosso processo formativo foi a constituição de espaços de encontro e coletivização dos processos de aprendizagem.

Equipe multiprofissional e interdisciplinaridade: caminhos, dilemas e desafios

A perspectiva do trabalho multiprofissional surge a partir do reconhecimento pelos profissionais de saúde da insuficiência do conhecimento fragmentado e a necessidade do trabalho das diversas profissões para um cuidado efetivo. Nesse sentido, o trabalho em equipe multiprofissional surge como uma estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços. Pode expressar a integração das disciplinas científicas, pois elas se apoiam e se operacionalizam em tecnologias que se refletem no fazer cotidiano (GELBCKE, MATOS e SALLUM, 2012), algo que reconhecemos na fala dos residentes, mas que também aponta para desafios:

³² Para saber mais sobre os espaços coletivos veja o Capítulo 5: “Construção compartilhada e gestão dos processos formativos na residência multiprofissional em saúde da família”.

Então, tem uma coisa, por exemplo: a gente tem a possibilidade de encontrar com os nossos pares aqui e esse encontro com a diferença transforma a gente. E essa transformação também é um recurso técnico, como tecnologia leve, né? Mas o fato de que a gente se encontra na diferença e que a gente se transforma e adquire saberes de tecnologia leve, não garante que a gente consegue produzir um trabalho multi, não garante que a gente consegue se constituir enquanto equipe (L3, residente segundo ano, GF, 2018).

O desafio expresso sobre a construção do trabalho em equipe multiprofissional e sua compreensão é corroborado por Peduzzi (1998), que aponta como os conceitos são abordados no campo da produção do conhecimento e sua relação com o trabalho em ato:

Os campos disciplinares não existem por si próprios e independentemente das práticas sociais, pois eles institucionalizam-se e materializam-se por meio de seus agentes e associam-se às tecnologias e ao trabalho enquanto intervenção técnica concretamente operacionalizada (trabalho em ato). Portanto, não podemos tomar o trabalho em equipe multiprofissional como imediatamente interdisciplinar, mas certamente como uma prática que expressa repercussões das possibilidades de integração das disciplinas científicas (PEDUZZI, 1998: 66).

Dessa forma, considera-se que o trabalho multiprofissional consiste numa modalidade de trabalho coletivo que se caracteriza na relação mútua entre as diversas técnicas e interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Ainda de acordo com a referida autora, a multiprofissionalidade refere-se a pelo menos duas dimensões do trabalho, uma vez que se inter-relacionam na prática, quais sejam, uma dimensão objetiva de organização em função da racionalidade dominante nas práticas de saúde e uma dimensão simbólica pertencente a cada trabalhador e a cada categoria profissional.

Mas avançar numa prática multiprofissional, interdisciplinar e interprofissional não é algo simples. Na experiência da RMSF verificamos isso:

Então, quando vem para a Residência é um baque, porque são seis outras categorias e você tem que trabalhar o tempo todo com elas e tem que sair dos locais que é seu nicho. Então, foi uma formação que me mostrou outras coisas, sabe? (L2, residente segundo ano, GF, 2018).

Nesse sentido, nossa experiência de formação mostrou que é preciso aprofundar algumas trocas entre os residentes e acessar informações para potencializar o trabalho multiprofissional:

Eu acho que podemos falar um pouco dos instrumentais que temos disponíveis, como os cadernos e a política de atenção básica, que eu acho que é importante não só na minha categoria, mas de todas e na residência multiprofissional a gente precisa conhecer nem que seja por alto o que as categorias que a gente vai trabalhar podem fazer, sabe? (L1, residente segundo ano, GF, 2018).

O profissional que vem de uma formação científicista é carente de uma compreensão global do processo saúde-doença. Nesse sentido, tende a desconhecer e desvalorizar o conhecimento e a prática de outros profissionais, ficando restrito à sua especificidade. Um dos principais fatores que dificultam a prática da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade no trabalho das equipes é a formação dos profissionais de saúde que prioriza conhecimentos técnicos adquiridos e desconsidera práticas populares da comunidade na qual a equipe é inserida. Além disso, privilegia o trabalho individual em relação ao coletivo, o que prejudica a integração da equipe e a construção de uma prática mais efetiva (LOCH-NECKEL et.al, 2007). O desafio de uma prática interprofissional após uma formação acadêmica que valoriza o individual se expressa nas falas:

O tempo todo nos é ensinado: você vai trabalhar sozinho. Porque você não pode contar com os técnicos, porque eles estão sob a sua responsabilidade e você também não pode contar com outros profissionais, porque fora da categoria é uma guerra, então, é uma solidão muito grande (L2, residente segundo ano, grupo focal interno, 2018).

Todos saem perdendo neste processo: tanto o profissional que não divide o que sabe, quanto aquele que não percebe a importância de seu colega. Cabe acrescentar que o usuário da unidade de saúde é o principal afetado diante de tal situação (LOCH-NECKEL et.al. 2007).

A construção da interdisciplinaridade tem sido um processo contínuo e crescente no setor saúde, dada a necessidade de superação da fragmentação

do conhecimento humano, na busca de uma visão globalizada que dê conta da complexa dimensão do processo saúde-doença. O conceito ampliado de saúde requer a passagem de um trabalho individual e fragmentado para uma ação coletiva. Supõe a compreensão de pensamentos e ações desiguais e pressupõe a existência de pontos comuns entre profissionais que almejam desempenhar uma ação interdisciplinar (ARAÚJO e ROCHA, 2007).

Mas de todo esse debate vale ressaltar que a interdisciplinaridade também é uma questão de atitude. É uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida diante do problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentária do ser humano para uma concepção integral.

O que se busca é a superação da fragmentação do conhecimento, reconhecendo e respeitando as especificidades de cada área profissional. O estímulo à experiência multiprofissional e interdisciplinar propicia a ampliação do campo de competência por meio da troca de saberes, levando ao ganho de qualidade na atenção à saúde, sem que necessariamente se percam as especificidades e saberes próprios de cada profissão ou especialidade (GELBCKE, MATOS e SALLUM, 2012).

Em um momento do GF, uma residente expressa a importância da troca com outros profissionais, e de como isso contribuiu para sua formação e ampliou sua visão em relação ao contexto:

Acho que a potência de pensamento crítico que eu passei a ter aqui dentro foi absurda. Eu pude ampliar a forma de enxergar as coisas, enxergar o contexto, coisa que eu não fazia muito, sou mais objetiva, mais diretiva, mas na vida a gente entende que não é só oito ou oitenta (...) então não tem como a gente não enxergar o contexto e foi muito importante pra mim nesse sentido (L1, residente segundo ano, GF, 2018).

A experiência interdisciplinar possibilita o contato com diferentes referenciais e estruturas, enriquecendo o saber e trazendo novas formas de cooperação e comunicação entre os profissionais e entre estes e o usuário. Nesta prática, o desafio de lidar com as próprias diferenças e com as diferenças dos outros está presente a todo o instante, o que traz, em vez de barreiras, estímulo e riqueza ao trabalho realizado (LOCH-NECKEL et.al. 2007).

Por fim, o trabalho interdisciplinar tem como significado a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas (ARAÚJO, ROCHA, 2007).

Recorrendo ao “ser inacabado” de Paulo Freire (1996), quando discutimos a formação não podemos levar em consideração somente a formação do profissional, mas também a educação permanente que possibilita ao indivíduo a reflexão do seu próprio processo de trabalho, da sua atuação e traz possibilidades de um novo modo de produzir saúde que corresponda as necessidades e complexidades no contexto dos usuários nos serviços de saúde.

No que diz respeito ao PRMSF/ENSP, podemos dizer que o trabalho em equipe multiprofissional almejando uma abordagem interdisciplinar e interprofissional se fez presente, ora não intencional e de forma discreta, ora com mais intensidade, exposto e gritante.

Evidenciamos a complexidade de conceituação e consenso acerca do termo interdisciplinaridade, tanto no campo da produção do conhecimento/pesquisas, quanto no trabalho em ato.

Nessa perspectiva, concordamos com a seguinte afirmação de Pombo (2005:4):

(...) anunciou que eu iria explicar como se faz interdisciplinaridade. Pois bem, sei que vou desiludir-vos! Mas a verdade é que não vou dizer como se faz. Por uma razão muito simples que é meu dever confessar logo de início: é que eu não sei como se faz interdisciplinaridade. Aliás, indo um pouco mais longe, atrevo-me a pensar que ninguém sabe. A interdisciplinaridade é mesmo capaz de não ser qualquer coisa que se faça.

Ou seja, o trabalho multiprofissional não necessariamente, garante a presença da interdisciplinaridade, não há uma interdependência, mas expressa uma das possibilidades para que ela aconteça; o que vai depender da intensidade das trocas, interação e integração entre os diferentes saberes e atores envolvidos no projeto.

Podemos dizer que se faz necessário um borrimento das fronteiras disciplinares, e que a experiência no programa de residência multiprofissional em saúde da família, nos apresentou possibilidades de enxergar que certas disciplinas podem se tornar mais permeáveis, que não há um saber definitivo,

o que aguça a busca por outros saberes, mas também não anula o conhecimento específico do núcleo profissional. Além do mais, pode trazer o reconhecimento pela prática e na prática do outro, construindo assim novos saberes no campo do conhecimento cada vez mais alinhados com as reais necessidades dos usuários e com as complexidades existentes no campo da saúde.

Núcleo profissional e o campo da saúde coletiva

As lógicas de organização do trabalho em saúde, seja em virtude das exigências do mercado de trabalho ou da perspectiva de um atendimento integral focado no indivíduo, suscitam debates e construção de teorias sobre o tema.

Entendemos que os profissionais da saúde coletiva vivem uma dicotomia pois se encontram entre a profissionalização — a qual delimita o escopo de atuação de cada categoria, reafirmando a reserva de mercado profissional e a atuação dos conselhos de classe — e a interprofissionalidade, a qual busca atender as demandas dos usuários de forma integral por meio de práticas interprofissionais colaborativas.

Os residentes, para além da dicotomia de interprofissionalidade x profissionalização, por sua vez, enfrentam o desafio de trabalhar a dualidade de ‘núcleo’ e ‘campo’, tentando se reconhecer em sua categoria ao passo que pauta suas ações na interprofissionalidade.

Cabe pontuar ainda que o PRMSF da Ensp/Fiocruz proporciona uma vivência mais pautada na multidisciplinaridade e seria importante avançar na perspectiva interprofissional.

Todas essas relações ancoradas em dualidades nos apontam que o ser residente está conectado intimamente ao lugar do “entre”. Entre o ser estudante e o ser profissional, entre o campo e o núcleo, entre a Ensp e a clínica... um lugar peculiar e cheio de significados únicos.

Nesse sentido, o processo de construção de uma identidade profissional na residência, com diferentes categorias de trabalhadores, torna-se algo muito mais complexo.

Uma coisa que eu sinto é que a gente ... eu, ampliei muito meus horizontes, ampliei muitos meus conhecimentos para além da

psicologia, e ao mesmo tempo deixei um pouco de lado a psicologia e sinto falta disso. (...) AAh, o conhecimento de saúde, acho que temos uma formação muito no campo da saúde, deixando de lado nosso campo específico [psicologia, no caso]. (N, residente de 2º ano, GF, 2018)

Não há dúvidas de que trabalhar o núcleo é um dos grandes desafios desse programa de formação e que a dualidade entre campo e núcleo se constitui uma disputa permanente de modelos de formação e atuação profissional; e que, portanto, não estará presente apenas durante a residência, mas provavelmente durante toda vida profissional. Todavia nos perguntamos: Essa maior proximidade ao campo não provocaria uma perda da identidade profissional de cada um?

Rossit (2018) argumenta que a formação multiprofissional não causa uma perda de identidade profissional, mas que o trabalho multiprofissional acaba reforçando a identificação que cada participante do programa tem com a sua profissão. Isto também pode se verificar na fala de um residente:

“(...) Eu acho que faltam os espaços de categoria, mas eu não me sinto menos assistente social hoje, eu me sinto mais profissional de saúde do que antes, entendeu?! Não é que eu me sinta mais profissional da saúde do que assistente social, não... Apesar de, antes, ter estagiado em hospitais, não me sentia profissional da saúde, hoje já me enxergo como tal, já que minha categoria trabalha em várias áreas. Eu acho que esse reconhecimento que eu tenho vem muito da troca multiprofissional que a gente teve.” (G, residente 2º ano, GF, 2018)

Formação em Saúde: o processo de construção do sujeito formador

Mas o que estamos chamando de formação e como a compreendemos?

A formação que trabalhamos aqui é a voltada para o eixo da prática educativa entre o ensinar e o aprender e a construção de saberes e conhecimentos. Diz respeito, segundo Sidnei Macedo, a “*uma atividade extremamente complexa*” ao dar forma a modos de aprendizagem com variantes sociais, biológicas, políticas, psicológicas e culturais. Ainda afirma que a aprendizagem, como elemento fundamental para a formação, é uma *invariante humana*, baseado na psicologia do desenvolvimento, a qual afirma que “*somos programados para aprender e condenados a aprender*”, porém a forma como acontece é permeada por diversos

condicionantes, exatamente por conta de uma existência cidadã do processo de aprendizagem (MACEDO, 2014: 2).

A particularidade de formação na Ensp, na perspectiva de uma residência multiprofissional de formação em serviço traz a experiência da formação/aprendizagem em ato, fala de um processo de aprendizagem constante e direto, com o privilégio de ir e vir e estar o tempo todo circulando entre a teoria e prática. Paulo Freire (2002) diz que “*uma das bonitezas de nossa maneira de estar no mundo e com o mundo, como seres históricos, é a capacidade de, intervindo no mundo, conhecer o mundo*”, ou seja, a nossa inserção, especificamente no mundo das unidades de saúde e da instituição de ensino, intervindo inclusive pelo simples fato de nossos corpos estarem lá e aprendendo em ato, extrapolando os espaços de sala de aula e/ou de aprendizados formais significativos.

E mais, na formação em serviço - na aprendizagem em ato - torna-se possível e potente caminhar na perspectiva de uma educação crítica, não só pelo estudo teórico, mas também incluindo vivências e experiências pessoais, sempre permeadas por diversas questões e condicionantes - como lugar de fala, etnia, gênero, etc.

Desse modo, o processo de ensino-aprendizagem na academia e no trabalho realizado nas unidades de saúde amplia o leque de opções dentro do que chamamos de formação pelo incentivo de que as vivências experimentadas e testemunhadas pelos participantes do processo - residentes, preceptores, docentes, orientadores e profissionais de saúde sejam compreendidas pelo cenário curricular como uma aprendizagem de experiência significativa.

Destaca-se a importância de uma teoria que fundamente a reflexão sobre a prática em uma formação crítica onde formando e formadores, ao se afastarem do senso comum, se aproximam de uma curiosidade que inquieta e que deveria mover os atores envolvidos no processo formador a buscarem mais, a buscarem respostas, revelações e esclarecimentos.

A formação em Saúde da Família, no cotidiano que vivenciamos na residência nos aponta para aprendizados que vão além do prescritivo, que rompem com a forma de aprendizagem tradicional, mas quando nos damos conta de que nossa formação não é nem totalmente tradicional/bancária, pois reconhecemos espaços de reflexão, e nem totalmente libertadora, percebemos as contradições

e desafios presentes nas formas variadas de perspectivas de formação, dentro da Saúde da Família e a partir da nossa singular experimentação.

Ainda assim, a formação do PRMSF da Ensp/Fiocruz, mesmo afetando cada um dos residentes de formas múltiplas, trouxe um significado de aprendizagem e de formação, aparentemente comum: “[...] eu estou saindo como profissional da saúde. Acho que saio de uma forma muito mais integral do que eu entrei.” (R., Residente 2º ano, grupo focal, 2018).

Durante a realização do grupo focal, outra questão ganhou destaque: a de que os agentes formadores eleitos pelo programa de residência, quais sejam os preceptores e os docentes, são pouco citados ou não aparecem como principais facilitadores do processo de formação. Ou seja, não observamos um reconhecimento claro de que esses agentes formadores promoveriam troca, por meio dos encontros e da experiência, que implicam, instigam ou fomentam a curiosidade epistemológica; ou que levassem em consideração a educação experiencial dos residentes, propiciando a reflexão crítica dos sujeitos - não apenas dos residentes -, em posições mútuas de formadores e de formandos.

Nessa perspectiva e após a análise dos relatos, o principal agente formador apontado pelos formandos/residentes é o próprio grupo de residentes potencializado pelos espaços de troca - tanto aqueles instituídos no PRMSF quando os encontros informais organizados entre nós -, sejam em grupo menores - nas unidades de saúde ou nos espaços de supervisão de categoria - ou nos momentos em que toda a turma de residentes está reunida.

Apontam para uma possibilidade de formação a partir da autogestão dos residentes, a partir de suas reflexões críticas, seja pelo entendimento da importância de instrumentos para a formação ou da potência dos encontros, das trocas e das vivências. Ou seja, a construção desse perfil formador, de sujeitos da própria formação, se dará a partir de um processo de transformação do próprio sujeito em espaços, lugares e condições que o direcionam para o constante - e exaustivo - exercício de estar o tempo todo se colocando em questão, se auto analisando e se tornando cada vez mais o protagonista do seu processo de aprendizagem.

A análise do material coletado nessa pesquisa nos permite inferir duas questões. A primeira é de que há uma legítima proposta de formação do PRMSF/ENSP que traz uma perspectiva diferenciada de outros espaços de aprendizagem,

com a presença de contradições e certa liberdade de atuação e formação. A segunda refere-se ao fato de nós, os residentes, sermos atores de nossa própria formação.

Como sujeitos de nossa própria formação, cabe lembrar “que tem ‘ação’ na palavra formação e (...) essa ação é nossa” (X., residente 2º ano, GF, 2018). E dentre muitos elementos importantes para o que estamos entendendo e apontando como formação e essencial para concretizar o nosso caminho e o objetivo deste trabalho, ressaltamos o outro elemento: a experiência.

A ideia de formação (...) só é possível quando a gente entende formação como transformação e aí a transformação só é possível quando temos uma experiência. E uma experiência, ela não é algo banal, não é algo cotidiano, ela não é qualquer coisa. A experiência é alguma coisa que acontece quando alguma coisa nos passa. E essa alguma coisa que nos passa é algo a partir do qual não é mais possível ser o que se era. E, por isso, é uma experiência de transformação (...) é uma experiência de encontro. (Y., Residente 2º ano, GF, 2018).

Uma experiência de formação em bando no PRMSF

Claro que a gente sai com um olhar diferenciado. Isso é fato. Ninguém vai sair daqui igual ao que entrou, tenho certeza” (U., Residente de 2º ano, GF, 2018)

O caminho que estamos seguindo aponta para os sentidos sobre o que foi experienciado ao longo da Residência³³. Larrosa (2016) afirma que as palavras são importantes porque é por elas que pensamos e nomeamos aquilo que vivemos. Nossa experiência de formação foi justamente esse encontro com o sem sentido, com o incabível da vida presente nos casos acompanhados, nas desigualdades percebidas, nas impossibilidades vividas no cotidiano do trabalho para as quais não havia teoria que lhes pudesse dar nome. Foi nos espaços de encontro entre nós, residentes, que fomos iniciando um croqui, um pouco disforme, do que ia sendo vivido:

³³ A escolha de uma escrita a partir da experiência não recusa ou exclui os saberes constituídos a partir do método científico ou de uma práxis crítica, apenas propõe refletir sobre a nossa experiência de formação a partir de um outro discurso. Busca-se comentar a insuficiência de boas teorias quando estas aparecem desvinculadas de uma produção de sentido próprio para aqueles e aquelas que a operam. Para maiores esclarecimentos, ver: LARROSA (2016), *A experiência e suas linguagens*. In: Larrosa (2016). *Tremores: escritos sobre experiência*. Belo Horizonte: Autêntica Editora.

Mas aí o que eu disse que eu me identifiquei com a Z. é que por exemplo, eu não consigo invalidar nada da minha experiência aqui quando eu olho, por exemplo, todo o meu aprendizado em relações com as meninas da minha equipe. Nós somos de mundos completamente distintos que teve vários conflitos de relacionamento no começo da nossa clínica, que eu me senti um peixe fora d'água, que eu queria fugir daqui e hoje são pessoas que eu tenho um carinho enorme e que eu aprendi a trabalhar junto, a respeitar as diferenças, a ouvir e a esperar o meu tempo de ser ouvida, apesar das minhas dificuldades até hoje pra isso. [risos] (...) E isso apesar de eu ter aprendido aqui e de ter sido muito importante pra minha formação pessoal, além de profissional, eu não aprendi com a teoria da sala de aula. Eu aprendi com a prática da vida, com o estar se relacionando com pessoas. Talvez eu pudesse ter aprendido isso em qualquer outro espaço que não fosse um espaço de formação mas calhou de essa vivência aqui me proporcionar isso, talvez pela intensidade com que as relações da residência se dão. (B., Residente de 2º ano, GF, 2018)

A nossa formação se aproximou de uma pedagogia da implicação (MERHY, 2004) que se faz operar a partir de uma reflexão ético-político do profissional, na perspectiva da Educação Permanente em Saúde. A residência se fez um dispositivo pedagógico, cuja função é produzir uma mediação da relação do sujeito consigo próprio fabricando um certo modo de ser indivíduo, estabelecendo, regulando e modificando as experiências de si (LARROSA, 1994). Assim, é na experiência que se forma – e se transforma – o sujeito da experiência.

A experiência é, segundo Larrosa (2011), “isso que me passa”, constituindo-se, portanto, como uma transformação no sujeito da experiência (me) realizada pela passagem de algo exterior (acontecimento) nesse sujeito. O sujeito é, portanto, o lugar onde se dá a experiência, de modo que esta é sempre a experiência de alguém, sempre localizada em um sujeito e demanda dele um duplo movimento: de saída em direção ao acontecimento e de retorno sobre si mesmo, alterando o modo como o sujeito se constituía enquanto tal.

Eu fiz estágio em dois hospitais e receber essas histórias dentro de um muro do hospital é muito mais fácil que receber essas histórias dentro da casa da pessoa, que muitas coisas ela não precisa me falar porque eu estou vendo, né... E quando uma pessoa conta, as vezes por estar familiarizada com aquilo, não me contaria dentro do hospital com as

condições de vida dela, por exemplo, e quando eu tô dentro da casa dela, vejo coisas que talvez ela não me falaria em outro espaço e para mim isso foi muito sofrido, ter contato com outra realidade diferente daquela que eu vivo que é uma realidade privilegiada em relação a maior parte da sociedade. (G., Residente de 2º ano, grupo focal, 2018)

Se o sujeito é o lugar da experiência, ele se constitui como um território de passagem para o acontecimento que força o movimento reflexivo do sujeito da experiência (LARROSA, 2011, 2016):

[...] fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, que nos toma e nos transforma. Quando falamos em 'fazer' uma experiência, isso não significa precisamente que nós a façamos acontecer, 'fazer' significa aqui: sofrer, padecer, tomar o que nos alcança receptivamente, aceitar, à medida que nos submetemos a algo. Fazer uma experiência quer dizer, portanto, deixar-nos abordar em nós próprios pelo que nos interpela, entrando e submetendo-nos a isso. Podemos ser assim transformados por tais experiências, de um dia para o outro ou no transcurso do tempo (Heidegger, 1987 apud Larrosa, 2016, p. 27).

Se para fazer uma experiência é necessário padecer dela, também é necessário construir uma certa receptividade que dê passagem ao acontecimento, abrindo-se para as transformações – em si – decorrentes desse encontro com a alteridade (LARROSA, 2016).

Nessa perspectiva, a transformação vivida pelo sujeito da formação é justamente aquilo sobre o que a experiência produz saber. O saber da experiência é precisamente um saber que deriva do modo como vamos dando sentido àquilo que nos acontece, é um saber resultante de nosso próprio deslocamento. Diferentemente do saber científico, que generaliza experimentos e quer produzir verdades universais, o saber da experiência é um saber local, situado, contingente e pessoal (LARROSA, 2016).

Trabalhar a nossa vivência a partir de nossa experiência implica, portanto, fazer aparecer as contradições que revelam a contingência e a pessoalidade das transformações vividas, sendo a nossa formação no PRMSF uma experiência sempre singular. No entanto, essas transformações sempre se colocaram a partir

dos encontros que tivemos com a multiplicidade de espaços que ocupamos ao longo desses dois anos. A imprevisibilidade das experiências e dos acontecimentos coloca como prerrogativa a criação de uma sensibilidade e uma disponibilidade próprias ao encontro e a auto interrogação.

Isso era uma coisa que eu estava pensando e a outra era sobre os encontros, porque quando você perguntou sobre a experiência de formação, você falou experiência e a primeira coisa que veio na minha cabeça são os encontros. A minha experiência foi a experiência dos encontros. E aí eu acho que é encontro com tudo: encontro com o Programa de Residência, encontro com o nosso grupo, das nossas 7 (eq. Multi), encontro com as práticas que a gente faz, encontro com cada um desses atores que a gente estava falando e eu acho que são esses encontros que fazem a nossa formação. Mas encontro também é ativo. É a gente e o outro numa troca ativa. A minha experiência de formação é a experiência do encontro, sem nenhuma dúvida. (X., Residente de 2º ano, GF, 2018)

Ao trazer o foco para o nosso encontro enquanto turma, vivemos possibilidade de constituição de um coletivo que nos agencia reciprocamente. Assim, nossa grupalização permitiu a transformação dos nossos modos de nos conduzir na vida, nos abriu a experimentar pensar diferente, relacionarmo-nos diferente:

De formação na residência umas questões mais pessoais e sei lá, morais do que propriamente técnicas, enfim e teóricas. Porque em algum ponto da nossa vida, né, a gente tem, sei lá, encontros e algum contato que faz a gente começar a pensar diferente. (...) Nossa proximidade me fizeram mudar em muitos aspectos positivos. E esse contato com a comunidade, com a clínica, com uma visão mais... não sei nem qual palavra usar. (...) Pra mim, obviamente, a gente sai daqui com muito mais aprendizado e conteúdo. Pela vivência e pela experiência e pelo contato que eu tive a oportunidade de ter durante a residência, que se eu tivesse entrado direto pra ser profissional de uma unidade não teria. (C., Residente de 2º ano, GF, 2018)

Em uma experiência coletiva como a nossa, os acontecimentos adquiriram valores diferenciados para cada um de nós, sendo o sentido atribuído a esses acontecimentos sempre variável e produtor de experiências singulares. É exatamente por possibilitar a presença do múltiplo, do equívoco de sentidos, que

não se assumem como “bons” ou “ruins”, “melhores” ou “piores” que podemos falar de experiência e de grupalidade, visto que em ambos é necessária uma suspensão do juízo, dos valores, abrindo-se para o desconhecido e imprevisível, nos quais não há garantia de potência nem de beleza. “*Nada do que é comum é homogêneo. Algo em comum não significa subjetividades homogeneizadas. Ao mesmo tempo, ressaltar a singularidade não implica invisibilizar as produções coletivas*” (FERNANDÉZ, 2006, p.178). A experiência e o grupo extravasam os espaços institucionais que os produzem e, por isso, nos transformam sem sentido ou direção prévia, nem garantia de alegria nos encontros.

Trata-se de investir na metáfora dos “*nós*” como um novelo de onde podem sair infinitas linhas, cuja origem é também diversa (BARROS, 2009). Assim, nossa grupalidade emerge no momento em que podemos nos transformar pela nossa experiência de encontro e atribuir ao que vivemos sentidos outros, modificando os rumos da nossa subjetividade e dos nossos pensamentos.

Eu acho que como todo mundo já falou como profissional de saúde isso me ajudou muito, eu acho que o contato com vocês também como pessoa, da minha forma de ver, é pessoal mesmo, de ver a vida, de me impor eu acho que talvez mais politicamente, que isso de certa forma associa muito a saúde, assim, pelo menos pra mim. (I., Residente de 2º ano, grupo focal, 2018)

Diante da constituição de *nós*, fomos nos experimentando nos processos de trabalho próprios à Residência – especialmente em nossas equipes multiprofissionais e nas trocas com a turma – como trabalhadores coletivos, sendo este estar juntos, a potência atualizada de nossa experiência. Segundo Franco e Merhy (2012) todo trabalho em saúde é coletivo, pois não existe um trabalhador ou profissão que possa, sozinho, dar conta do objeto real da saúde: a produção do cuidado e, em última instância, a produção da vida e sua defesa. Nossa condição de residentes nos forneceu um tempo e um espaço outros, que possibilitou a suspensão dos juízos, a pausa, a abertura a ser bando, a virar *nós*.

Ah, eu acho que essa questão do sozinho é muito diferente para o trabalhador e para gente [residentes], porque assim, a gente tá em seis [ou sete] na clínica, cada um na sua categoria, as vezes vivendo coisas

diferentes ali dentro, mas a gente sabe que por mais que tenha problemas você tem uma pessoa que é seu parceiro e tá vivendo aquilo com você, se você tiver algum problema, você sabe que pelo menos vai ter alguém para te dar a mão por mais difícil que esteja. O profissional chega lá completamente sozinho, a gente chega em bando, então eu acho isso muito diferente. (D., Residente de 2º ano, grupo focal, 2018)

A transformação como ética

O trabalho em saúde exige uma abertura à diferença, estamos sempre entre muitos, seja com o paciente seja com outro profissional. Formar-se em bando é uma potência de construção de sensibilidade ao outro, de não colonização e de afirmação da vida em suas mais variadas formas. Experimentamos, em bando, um modo ético de produzirmos saúde, a partir dos múltiplos sentidos que nosso encontro operou em cada um de nós. Segundo Foucault (*apud* BARBOSA, 2007) a ética é antes de tudo uma atitude, um modo de nos conduzirmos sempre em aberto, que busca escapar aos caminhos da dominação e da colonização de si e do outro. Implica um certo desconforto, uma inquietude constante que faz emergir o pensamento, a problematização e a crítica; tudo o que faz o nosso modo naturalizado de se deixar de ser e tornar-se vir a ser.

Trata-se essencialmente de uma postura ética de abertura para os encontros, de estar atento a isso que acontece, permitindo-se afetar e ser afetado e alterar o modo como nos conduzimos (ética), tanto num plano profissional quanto pessoal. Segundo Franco (2007), existe um comum entre a produção de cuidado e a produção pedagógica que se faz pela dimensão subjetiva e relacional contida em ambas: só é possível cuidar e formar quando assumimos o outro como sujeito e nos deixamos afetar e transformar por esse encontro com a alteridade. Em nosso caso, nos (trans)formamos no exercício de construção de uma grupalidade que sustentou e cuidou do diferir que fomos criando singular e coletivamente.

A residência possibilitou para nós a construção de muitos espaços de encontro. Espaços que são diferentes entre si, mas que ao mesmo tempo tem algo de comum que os circunda. Para nós, este comum foi precisamente a possibilidade de coletivização, um esforço de crítica aos nossos modos acostumados de ser a partir dos encontros *entre-nós*. Foi a experimentação de uma potência do grupo

na possibilidade de abrimo-nos a afetarmos-nos uns com os outros, deixando de ser aquilo que se era experimentar estar juntos em desassossego:

Quando você perguntou a primeira vez pra alguém “o que é formação” eu pensei em uma palavra para formação e pra mim foi uma experiência de transformação, transformação de mim mesma, transformação da forma como eu olho pra mim, da forma como eu olho pro outro, transformação de.. de... da forma de olhar mesmo, pro outro, pra realidade.” (G., Residente de 2º ano, GF, 2018)

No limite do que já sabíamos nos encontramos para descobrir o que ainda não sabíamos, para conhecer outros modos de existência, nos interrogarmos, estabelecermos novas relações com o trabalho, uns com os outros, com nós próprios e com a vida. Nossos *nós* enovelados e em fios soltos disponíveis a costurar novas tessituras em uma vida incorporada, vivida, que encontra os meios de sua própria afirmação.

Referências

- BARBOSA, R. Foucault e a ética: algumas considerações. *Revista Aulas, Dossiê Foucault*, n.3, p. 1-16, dez.2006/mar.2007.
- BARRETO, V.H.L.; MONTEIRO, R.O.S; MAGALHÃES, G.S.G; ALMEIDA, R.C.C; SOUZA, L.N. Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco: um termo de referência. *Rev. bras. educ. med. Rio de Janeiro*. v. 35, n. 4, p. 578-583, Dec. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010055022011000400019&lng=en&nrm=iso>. Acessado 17 jan, 2019.
- BARROS, R. Entrada 5: Entrada grupal: uma escolha étic-estético-política. In: _____. Grupo: a afirmação de um simulacro. 2ª edição. Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS, , p.313-324, 2009.
- BRUNHOLI, G.N. CAMINHANDO PELO FIO DA HISTÓRIA: a Residência Multiprofissional em Saúde nos espaços de construção da política de formação de trabalhadores para o SUS. 2013. 198 f. Dissertação (Mestrado em Política Social – Programa de Pós-Graduação em Política Social Universidade Federal do Espírito Santo. Disponível em: <<file:///C:/Users/Beatriz/Downloads/Dissertacao%20Gislene%20do%20Nascimento%20Brunholi.pdf>> Acesso em 06 de fev, 2019.
- CECCIM, R. B; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis - Rev. Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.41-65, 2004a. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312004000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 24 jan. 2019.
- FERNANDÉZ, A M. Capítulo VII: O nó grupal. In: _____. O campo grupal: notas para uma genealogia. Tradução Cláudia Berliner. 1ª edição. São Paulo: Martins Fontes, 2006, p.165-216
- FERREIRA, S. R; OLCHOWSKY, A. Residência: Uma modalidade de ensino. In: Farjado, A.O.; Rocha, C.M.F.; Pasini, V.L. (Org). *Residências em saúde – fazeres & saberes na formação em saúde*. Santa Catarina: Editora Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., p. 23 – 34, 2010.
- FRANCO, T. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.11, n.23, p.427-438, set/dez, 2007.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 25ª edição, 2002. Disponível em: <<http://forumeja.org.br/files/Autonomia.pdf>> Acessado em 15 fev. 2019.
- GELBCKE, F.L; MATOS, E; SALLUM, N.C. Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar. *Revista Tempus- Actas Saúde Coletiva*, vol.6, n.4, p. 31-39, 2012.
- LARROSA, J. Experiência e alteridade em educação. *Revista Reflexão e Ação*, Santa Cruz do Sul, v.19, n2, p.04-27, jul./dez. 2011.
- _____. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, T.T. O sujeito da educação. Petrópolis: Vozes, p.35-86, 1994.
- _____. *Tremores: escritos sobre experiência*. 1ª edição. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2016.
- LEOPOLDO; SILVA, F. O conceito de “Formação”. *Psicologia USP*, São Paulo, 2009. Disponível em: <http://www.iea.usp.br/publicacoes/textos/conceitodefomacao.pdf>. Acesso em 02 de fev. 2019.
- LOCH-NECKEL, G; SEEMANN, G.; EIDT, H. B.; RABUSKE, M. M; CREPALDI, M. A. Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*. vol.14, supl.1, p.1463-1472. Rio de Janeiro, 2009.
- MACEDO, R. S. Aprendizagem e Formação: aprofundamentos e conexões contemporâneas. UFBA, 2014. Disponível em: <<http://www.faculdadeages.com.br/saberes/wp/wpcontent/uploads/2014/07/1.Macedo-APRENDIZAGEM-E-FORMACA1.pdf>>. Acessado em 28 de jan. 2019.
- MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.161-177, set.2004/fev.2005.
- Ministério da Saúde. *Residência Multiprofissional em saúde – experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- OLIVEIRA, C.F; GUARESCHI, N.M.F. Formação de Profissionais para o SUS: Há brechas para novas formas de conhecimento? In: Farjado, A.O.; Rocha, C.M.F.; Pasini, V.L. (Org). *Residências em saúde – fazeres & saberes na formação em saúde*. Santa Catarina: Editora Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A., p 91 – 114, 2010.
- PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de saúde: A interface entre trabalho e interação. Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1998.
- POMBO, O. Interdisciplinaridade e integração de saberes. *Liinc em Revista*. v.1, n.1, p. 3 -15, março, 2005.
- PORTARIA INTERMINISTERIAL nº 1.077, de 12 de novembro de 2009 Diário Oficial da União nº 217, de 13 de novembro de 2009 – Seção 1 – Pág. 7. Disponível em: <http://semesp.org.br/portal/pdfs/juridico2009/Portarias/17.11.09/Portaria_n1.077_12_11_09.pdf> Acesso: 08 de fev. 2019.
- Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública, 2015.
- ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador et al. 2018. Construção da identidade profissional na Educação Interprofissional em Saúde: percepção de egressos. Universidade Federal de São Paulo. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0184>> Acessado em 30 Dez. 2018.

Capítulo 10

OS CASOS COMPLEXOS NA PERSPECTIVA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE³⁴

Denise Cavalcante de Barros
Regina Ferro do Lago
Denis Fernandes da Silva Ribeiro
Desirée Hernandes Barros Lopes
Gustavo Graça Gomes
Nathália de Moura Zille Cardoso
Nilson Marlon da Silva dos Santos
Stephanie Moura Barbosa
Valéria Alves Rocha

“...Todo desenvolvimento verdadeiramente humano significa o desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e do sentimento de pertencer a espécie humana.”
(Edgar Morin)

A complexidade na atenção primária à saúde: um processo de construção

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada ao SUS pela população, sendo um nível de atenção no qual lida com os problemas de saúde de forma muito próxima ao cotidiano do território e das famílias (STARFIELD, 2002), o que aumenta a complexidade de suas intervenções e das dimensões envolvidas nos diferentes atendimentos (MORETTI-PIRES, 2009).

Ao trabalhar com uma perspectiva ampliada da saúde, a APS se coloca

³⁴ Este Capítulo foi baseado no TCR “A GESTÃO DO CUIDADO NA ABORDAGEM DE CASOS COMPLEXOS NO ÂMBITO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA” defendido em março de 2019 como trabalho final do curso do programa da RMSF da ENSP/Fiocruz. Autoria dos residentes: Denis Fernandes da Silva Ribeiro, Desirée Hernandes Barros Lopes, Gustavo Graça Gomes, Nathália de Moura Zille Cardoso, Nilson Marlon da Silva dos Santos, Stephanie Moura Barbosa, Valéria Alves Rocha com a orientação dos professores. Denise Cavalcante de Barros, Regina Ferro do Lago

numa posição estratégica para lidar com a complexidade, dando um enfoque à multicausalidade de fatores debilitantes e respeitando a singularidade e a subjetividade dos sujeitos (MORETTI-PIRES, 2009). De Campos Oliveira e Pereira (2013) salientam que a APS emerge com a proposta de ser e de operar um conjunto de ações “menos complexas” do ponto de vista de densidade tecnológica, mas que, ao mesmo tempo, é responsável pelo atendimento de demandas “médico-sociais” (KANNO, BELLODI, TESS, 2012) que, predominantemente, são complexas (VASCONCELOS, ZANIBONI, 2011; PÔRTO, 2012).

Esses elementos contribuem para a construção do conceito de complexidade associando-o aos fatores sociais, culturais, políticos e históricos relacionados direta e indiretamente aos casos acompanhados pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A discussão acerca do conceito de complexidade em saúde, extrapola os limites do modelo de níveis assistenciais proposto pelo SUS, classificando-os em baixa, média e alta ou primária, secundária e terciária (KUSCHNIR, FAUSTO, 2014). Tal classificação tem como critérios: a patologia, a disponibilidade de profissionais especializados e à utilização de recursos tecnológicos para diagnóstico e tratamento. Esses termos também dificultam o entendimento do conceito de rede de saúde, pois o processo de cuidado é visto de forma segregada, como se fossem níveis independentes e associados exclusivamente ao custo dos procedimentos oferecidos (KUSCHNIR, FAUSTO, 2014).

A multidimensionalidade que envolve a produção social do processo saúde-doença-cuidado impõe que os sujeitos sejam vistos de uma maneira não reducionista que se atente à complexidade própria de cada um, tal como é o cuidado ofertado na atenção primária (CRUZ, 2012, SABROZA, KAWA, 2014). Segundo Morin (*apud* MORETTI-PIRES, 2009: 154), “o homem é simultaneamente biológico e não-biológico” e a segregação de ambas as dimensões “[...] nos impõe sempre uma visão mutilada. Desta forma, entende-se que “o ser humano é de natureza multidimensional” trazendo em si a complexidade. Portanto, a abordagem a casos de alta complexidade proposta neste capítulo não está relacionada à atenção terciária.

Considera-se que todos os sujeitos são complexos, sendo que existem os que possuem um grau de complexidade associado a riscos e vulnerabilidades

biopsicossociais. Estes sujeitos demandam ações que extrapolam os espaços e dispositivos usuais de cuidado e exigem “a circulação das suas demandas entre equipes e, também, entre outros serviços” (NOBRE et al., 2017: 381).

Do ponto de vista das demandas de cuidado, os sujeitos apresentam variados graus de complexidade aos serviços. Existindo casos com necessidade maior de cuidado: por estarem em uma condição de risco ou vulnerabilidade maior e por necessitarem de um cuidado mais intensivo, estando ou não associado níveis diversos de densidade tecnológica (BRASIL, 2007a).

Na APS, os usuários que demandam cuidados altamente complexos, mas de baixa densidade tecnológica, têm alta frequência (VASCONCELOS, ZANIBONI, 2011) e requerem ferramentas de gestão do cuidado diferenciadas do que as usualmente empregadas aos demais (MERHY, 2002, 1997).

Farias (2012) menciona que casos complexos são os que exigem intervenções multidisciplinares, os que não se resolvem com celeridade e, também, aqueles em que a equipe de referência já depositou alguma energia, porém, considera que seus esforços foram frustrados. Desse modo, colocam em teste os limites de atuação e de resolutividade dos profissionais, podendo promover sentimentos como impotência, insegurança, medo e angústia paralisante (OLIVEIRA et al., 2008). Sendo assim, o arranjo organizacional de uma equipe de saúde da família, frente aos casos complexos presentes no território, pode se refletir na qualidade do cuidado ofertado aos usuários (BRASIL, 2007b).

Lancetti (2016) traz o exemplo da saúde mental como uma questão para se pensar a complexidade na APS, que comporta uma inversão. Nas Clínicas da Família costumam ser realizadas atividades consideradas de baixa complexidade por meio dos programas de saúde e linhas de cuidado; e nos hospitais de grande porte ocorrem procedimentos de alta complexidade, como cirurgias cardíacas, transplantes de órgãos etc. Já na saúde mental, tem-se o contrário, pois, enquanto nos hospitais psiquiátricos há uma simplificação de procedimentos que empobrecem a vida do paciente, as ações que ocorrem no território se apresentam como complexas, pois envolvem componentes da subjetividade, aspectos culturais locais, além de relações vinculares com os membros da equipe.

Dentro dessa perspectiva da saúde, tais casos exigem um novo itinerário de cuidado (MONTENEGRO, TEIXEIRA, CASANOVA, 2014). Alguns

trabalhos apontam que esse novo itinerário é o encaminhamento para outros serviços com maior nível de “complexidade” ou densidade tecnológica. Outros autores descrevem o manejo no próprio serviço de referência, nos serviços de cuidados primários, em que os profissionais de referência atuam com suporte de profissionais especialistas apoiadores (ARCE, SOUSA, LIMA, 2011; MONTENEGRO, TEIXEIRA, CASANOVA, 2014; HIRDES, SCARPARO, 2015).

Relato da prática: a experiência dos residentes na abordagem dos casos complexos

O presente trabalho foi realizado durante o programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O referido trabalho teve como objetivo propor uma análise da organização do processo de trabalho de uma equipe de ESF em uma Unidade Básica de Saúde do município do Rio de Janeiro para o manejo de casos complexos.

A UBS, na qual os pesquisadores encontravam-se inseridos como Residentes em Saúde da Família, possuía 5 equipes de saúde da família, além de 2 equipes de saúde bucal. Compartilhava com outra UBS uma equipe NASF composta por profissionais das áreas de Serviço Social, Educação Física, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Psicologia e Farmácia.

A equipe escolhida para o estudo atendia à população de maior vulnerabilidade social da UBS, sendo que todo o território relativo a essa equipe se encontra dentro da favela, com cobertura de 3500 usuários. Além disso, tratava-se da equipe à qual os residentes estavam vinculados, sendo composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal, auxiliar de saúde bucal e cinco agentes comunitários de saúde.

A pesquisa configura-se como um estudo de caso, com abordagem qualitativa. As informações foram obtidas por meio de observação participante, construção de diários reflexivos e realização de grupos focais. Os dados foram analisados qualitativamente pelo método de análise temática de conteúdo, na perspectiva de Minayo. A coleta de dados se iniciou após aprovação ética pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e da Ensp/Fiocruz. O estudo buscou conhecer como os casos complexos eram compreendidos e apropriados

por uma equipe de saúde da família e de que forma essa se organizava para o cuidado, de modo a contribuir para a discussão acerca do planejamento em saúde na APS.

A inserção da RMSF nesta equipe de saúde da família, possibilitou identificar a existência de *casos complexos* para os quais a equipe possuía dificuldades em ofertar o cuidado de forma integral e longitudinal. O cuidado na APS revelou a realidade de um cenário frágil, caracterizado pela descontinuidade da assistência ao usuário, retratado pela desarticulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), no que tange às ações do cuidado em saúde, agravado nos anos recentes pelas mudanças de governo no setor saúde.

No acompanhamento de *casos complexos* são imprescindíveis o conhecimento e uso das ferramentas disponíveis, com destaque para as articulações com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as redes intrasetorial e intersetorial, grandes potencializadoras do cuidado integral. Além disso, os espaços coletivos, como as reuniões de equipe, se apresentam como potencialidade para as discussões de casos, as quais se caracterizam como fundamentais para a organização do processo de trabalho da equipe e da gestão do cuidado de *casos complexos* (BRASIL, 2009).

No entanto, no cotidiano da APS observam-se problemas com tais articulações e a pouca potencialização dos espaços coletivos de discussão de casos. A atuação da equipe acaba sendo divergente e ocorrendo de acordo com critérios distintos para cada profissional, sendo uma dinâmica prejudicial à gestão do cuidado, uma vez que interfere sobre a priorização dos casos conforme seus riscos e vulnerabilidades.

Observando a necessidade e a importância da apresentação dos recursos disponíveis e os critérios que podem ser utilizados para a discussão dos casos que requerem um nível maior de atenção, planejamento e organização (BRASIL, 2010), os residentes consideraram relevante o aprofundamento na dinâmica do processo de trabalho da equipe a fim de se identificar possíveis potencialidades e fragilidades na condução de cada caso.

A percepção de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família sobre casos complexos

Nesta seção apresentam-se alguns dos pontos discutidos durante a realização do estudo, que merecem ser destacados na abordagem de casos

complexos na atenção primária no contexto de trabalho dos profissionais de uma equipe da Estratégia Saúde da Família.

Cecílio (2011) e Abrahão & Franco (2016), descrevem que o cuidado não é algo natural, mas produzido pelo trabalho humano, cujo resultado depende da maneira e das condições em que se operacionaliza. Deste modo, compreende-se que a percepção dos profissionais pode influenciar no cuidado aos casos complexos, sendo este aspecto um bom ponto inicial para análise do processo de trabalho direcionado a estes casos.

O complexo e a produção do cuidado: aquilo que é difícil de se resolver

As concepções sobre os casos complexos construída pelos profissionais participantes do presente estudo exibem confluência com o descrito na literatura, considerando que esses casos são reconhecidos pela sua dificuldade de manejo pelas equipes de referência.

Complexo é mais aquele que a gente tenta e não consegue chegar num ponto final. [...] O complexo, para mim, é isso, é um caso, assim, difícil ao ponto final.[...]O caso da (paciente) Z é um caso ainda em aberto e que vai ficar aí, né?! (A1).

Essa narrativa indica que os casos são mensurados a partir da possibilidade de solução ou resolução, em que os casos complexos seriam aqueles que a equipe não consegue alcançar o alvo ou objetivo-fim, que é a resolução da situação-problema apresentada, se é que pode ser resolvida. Há que se problematizar essa questão da resolutividade mencionada pela equipe para delimitar um caso complexo. Qual seria essa resolução idealizada? Seria resolver as questões que tornam complexo um caso e ao final este deixaria de ser complexo? Ou seria resolver a situação-problema apresentada pelo sujeito complexo?

Há um potencial de frustração quando os casos são interpretados nesse ângulo, inclusive pelo fato de apresentar um viés curativo ou mutilante – por olhar exclusivamente para questões de saúde-doença, quando as causas são outras –, mas também por depositar nos trabalhadores a expectativa e a responsabilidade de resolução de todos os casos ou problemas (SABROZA, 2006). Será que o setor saúde,

sozinho ou articulado, consegue resolver tudo? Os profissionais, sozinhos ou apoiados, conseguiriam resolver todos os casos e situações que se apresentam no cotidiano de trabalho? Todas as questões apresentadas pelos casos complexos são solucionáveis, considerando o tempo, as tecnologias e as condições disponíveis?

Como mencionado, a ideia de solução e resolução caracteriza uma concepção de saúde com viés biologicista, curativo e com foco em doenças possíveis de se tratar, curar ou resolver (doenças agudas). Contudo, este modelo não é compatível com o trabalho proposto na ESF e, menos ainda, com o trabalho direcionado aos casos complexos (SABROZA, 2006; BATISTELLA, 2007).

Essa compreensão de resolução também demonstra muito sobre a formação profissional e sobre as condições de trabalho impostas. Os profissionais são formados sob um ponto de vista de que possuem capacidades e ferramentas para a tudo resolverem, contudo, conforme aborda Ayres (2001), quando a relação entre o sujeito e trabalhador é pautada na ótica do curar, do tratar e do controlar, há um enorme potencial limitante, considerando que o sujeito é reduzido a apenas um objeto-alvo de intervenções.

No ambiente de trabalho, a lógica sob qual o serviço opera, tendo como focos principais o gerencialismo, os números e o atendimento de metas, para que ocorra o registro da produtividade e prestação de contas – accountability –, também não colabora para um manejo mais efetivo dos casos complexos. Os trabalhadores da saúde são cobrados pela resolutividade de casos e de situações-problemas, mas nem todas as variáveis e dimensões envolvidas estão sob o nível de governabilidade destes ou são passíveis de intervenção por estes (NOBRE et al., 2017).

De acordo com Nobre et al. (2017: 383) essa perspectiva da produção, centrada nos resultados, indica que cuidar desses casos não é igual a realizar procedimentos cirúrgicos curativos, em que se extirparia “o mal que assola” o sujeito. É muito além! Casos complexos demandam intervenções complexas, que nem sempre apresentarão os efeitos desejados.

Ainda que a resolutividade seja um importante indicador da qualidade do cuidado, nem todos os casos podem ser resolvidos. A lógica da resolutividade reproduzida no discurso de alguns trabalhadores da ESF tem maior vinculação como conceito de rotatividade do que com qualidade e efetividade, tendo em vista que é preciso que os casos sejam resolvidos para que outros possam ser vistos e

acompanhados. Posto que a limitação dos recursos materiais, tecnológicos e humanos reduz a capacidade de absorção e de acompanhamento desses casos pelas equipes.

É interessante pontuar que essa ideia de solução foi mais presente na fala dos agentes comunitários de saúde (ACS). Em alguns trechos, a ideia de solução foi vinculada à ideia de alta do serviço, a qual entende-se como um final de tratamento/acompanhamento.

[...] Esse caso pode ser finalizado? Pode! Todo caso pode ter alta, a partir do momento que você se empenha. Vai ali, vai até o final, procura ver até onde chega a barreira do limite. Olha, daqui pra frente não dá mais. [...] Tem caso que pode haver alta, gente! (A2).

Essa concepção, não foi reverberada por toda a equipe considerando a contra argumentação presente no depoimento a seguir, que confirma os vieses da produtividade e da formação do profissional apontados anteriormente, uma vez que os casos poderiam ter alta, desde que os profissionais se empenhassem.

Não (é) uma alta, porque, assim, todas famílias vão continuar sendo acompanhadas aqui [...] às vezes, na (tentativa de) resolução você nem sempre consegue tudo que você gostaria, mas no seguimento, você consegue ter um olhar mais atento para essas pessoas (T1).

Apesar das diferentes concepções sobre o desfecho esperado para os casos complexos, a ponderação de que todos os sujeitos devem continuar sendo acompanhados em seu serviço-referência de APS foi aceita consensualmente no grupo.

Nobre et al. (2017) descrevem que, devido às condições de vida e a vulnerabilidade que envolvem os casos complexos, estes costumam apresentar demandas recorrentes nos serviços de APS. Esses casos devem ser monitorados de perto e o acesso aos serviços da equipe devem ter mais permeabilidade³⁵ e sensibilidade, para que as demandas de cuidado possam ser ouvidas e absorvidas.

Tendo como base os pressupostos do funcionamento da APS, com seus princípios, atributos e diretrizes, destaca-se o atributo da longitudinalidade proposto por Starfield (2002), que no contexto atual acaba se tornando um ideal

35 Aqui a permeabilidade é entendida como a capacidade dos serviços e suas estruturas de permitirem o acesso das demandas expressas pelos sujeitos nos fluxos de trabalho. Serviços com fluxos rígidos e com pouca permeabilidade, dificilmente conseguem produzir o cuidado que é demandado pelos casos complexos.

nem sempre tangível. Posto que, por meio deste atributo é preconizado que haja o “acompanhamento ao longo do tempo” (CUNHA, GIOVANELLA, 2011: 1030) e que o serviço seja reconhecido como uma “fonte habitual de atenção” pelos usuários (KESSLER et al., 2018: 1128), mas inúmeros são os desafios que se interpodem no caminho para a sua efetivação.

Limites de atuação interpostos pela organização do trabalho

Os resultados do presente estudo evidenciaram ainda outros pontos que comprometem o cuidado do usuário, com destaque para as precárias condições de trabalho e os fluxos administrativos. Algumas Unidades Básicas de Saúde (UBS) são caracterizadas por estrutura física deficiente, a falta de insumos, medicamentos e instrumentos de trabalho que comprometem o funcionamento da UBS e ocasiona estresse aos profissionais. Estes sofrem com a desvalorização profissional, refletida nos atrasos salariais e na falta de reconhecimento do trabalho realizado. A valorização do trabalho é de extrema importância e não pode estar pautada somente em resultados quantitativos do profissional, mas também na qualidade das ações ofertado e no seu esforço em construir diariamente uma atenção primária à saúde de qualidade.

Portanto, o processo de trabalho de uma equipe acaba por ser afetado pela sobrecarga de trabalho, agravada muitas vezes pelo aumento na demanda de usuários em decorrência das mudanças políticas recentes na composição das equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro (BRASIL, 2017).

O conjunto de tarefas administrativas que permeiam as atribuições dos profissionais na ESF é um outro fator que provoca o excesso de trabalho. Na ESF, o tempo de trabalho não é exclusivo para atuação na assistência, sendo um desafio conciliá-lo com execução de um volumoso trabalho administrativo.

O problema como um todo da saúde é a burocracia. [...] Eu sei o que eu tenho que fazer, eu sei o caminho, mas tem uma barreira que tá me impedindo (T4).

Na compreensão da equipe de saúde da família estudada os casos complexos também se definem pela necessidade de maior atenção e dedicação. A demanda de cuidado dos casos complexos é intensa, sendo necessário dispensar

mais tempo para que se consiga suprir a necessidade apresentada e se revela no discurso dos trabalhadores pelo uso expressivo do advérbio “mais”:

É diferente dos casos corriqueiros que você vai atender [...] É, porque se você perceber, todos os casos são vistos... pelo ACS, pelo médico, pelo enfermeiro, em momentos individuais, mas o caso complexo necessita mais... (T1). “[...] atenção um pouco mais refinada (A2); [...] que demandam mais tempo (T2). [...] É uma coisa mais séria..(A5).”

Contudo, dentro da perspectiva de produtividade na qual os serviços de APS operam no município do Rio de Janeiro, os profissionais dificilmente conseguem dispensar mais tempo a determinados casos por muito tempo, considerando que isso pode significar abrir mão de atender ou minorar o atendimento de outros casos, inclusive de outros casos complexos.

A disponibilidade dos recursos nem sempre corresponde ao que é demandado, e os casos complexos são exemplos de situações em que comumente a capacidade operacional de cuidado das equipes é testada, e por vezes, extrapolada.

Na equipe envolvida neste estudo, os atendimentos individuais em consultório são os principais mecanismos assistenciais utilizados. A lógica capitalista – e gerencialista – que tem colonizado a saúde e que tem tornado os números³⁶ mais importantes que o cuidado, suas interfaces e seus resultados, torna-se um árduo desafio aos trabalhadores.

No estudo realizado por Alves Silva e colaboradores (apud Kanno, Bellodi & Tess, 2012), na realidade dos serviços a cobrança por produtividade, o número excessivo de cadastrados que demanda atendimento e a limitação de tempo são fatores que dificultam a prestação de escuta qualificada e o acolhimento dos sujeitos.

Outro ponto é que os casos complexos também são observados sob o ângulo da gravidade, quando são entendidos como uma coisa “mais séria” – em notável comparação e diferenciação com os casos chamados de “corriqueiros”, pois demandam atenção psicossocial que ultrapassa o cuidado do médico especialista e das questões biológicas.

³⁶ Aqui não se faz uma tentativa de demonizar os números ou a prestação de contas, uma vez que se entende a importância destes para acompanhamento, monitoramento e avaliação dos recursos públicos investidos na saúde, mas questiona-se a centralidade que estes têm ganhado nos dias atuais. Estes não são as únicas formas de avaliar e monitorar os resultados da saúde. Nem tudo cabe ou pode ser reduzido em variáveis de um indicador. Os números não são e nem podem ser vistos como mais importantes do que o universo de coisas que lhes dão sentido: a vida dos sujeitos, o trabalho, os profissionais, a subjetividade, enfim, o cuidado.

Depreende-se, então, que a noção sobre complexidade idealizada pela equipe, também está relacionada à existência de necessidades que extrapolam o setor saúde. As necessidades dos casos complexos se associariam, predominantemente, a questões de ordem psicossocial, aproximando-se da concepção ampliada da saúde e se afastando da noção de que esses casos demandariam cuidados pautados em alta densidade tecnológica, prestados por especialistas.

Embora este achado se confronte com a ideia de solução e resolução dos casos, fica evidenciado que a percepção biomédica ou patologizante dos sujeitos não é unânime. Coexistem diferentes percepções sobre os casos complexos que, mesmo conflitantes em alguns momentos, revelam que o trabalho conjunto é o único capaz de olhar os sujeitos por completo, integralmente.

O manejo dos casos complexos na ESF envolve um olhar sutil a respeito das singularidades do usuário, do papel familiar no processo saúde/doença, uma escuta qualificada, a compreensão sobre como a dinamicidade do território. Esses fatores tem influência sobre a vida da população entre outros componentes importantes para construção de um cuidado integral.

A constância dos casos complexos: casos (re)emergentes

O contexto se torna ainda mais embaraçoso quando a equipe considera a frequência dos casos complexos. Segundo os trabalhadores, essa frequência é continuamente renovada com o aparecimento de novos casos complexos e/ou com o surgimento de novas situações-problema nos casos já conhecidos.

Conforme você vai começando a resolver as coisas, parece que você vai diminuindo a sua dedicação ao caso, também. Até porque, vão aparecendo outros, é uma coisa constante! Risos (T1).

A demanda acentuada e a gestão do tempo e da agenda são duas problemáticas muito reais no contexto de trabalho da ESF que podem prejudicar o processo de cuidado (PINTO et al., 2017). Quando a frequência de casos que demandam cuidado de alta complexidade é elevada, este pode ser um entrave ao funcionamento do serviço ao promover insatisfação profissional (VASCONCELOS; ZANIBONI, 2011).

Essa frequência contínua de casos complexos está associada ao contexto de vida dos usuários, tal como já foi falado e como é percebido pelos profissionais da equipe. O trabalho na ESF pressupõe vinculação e proximidade com o território, espaço vivo em que ocorre a vida das pessoas, e impõe aos profissionais maior contato com os determinantes sociais de saúde que afetam as dimensões que compõem os sujeitos. Os casos complexos compelem os profissionais a olharem mais além, pois o risco social que normalmente aflige estes sujeitos tem um potencial mais danoso. É como uma última gota d'água que faz o balde, que já está cheio, transbordar.

A clínica ampliada e a interprofissionalidade como pilares do cuidado integral

Na ESF, o trabalho multiprofissional e a troca de diferentes saberes são fundamentais para o manejo de casos complexos, devido às diferentes facetas associadas. Neste contexto, a todo momento ocorrem trocas entre os próprios profissionais de saúde e entre profissionais e usuários. A comunicação é fundamental para que o cuidado seja pensado e executado com o fim de atender as necessidades da população do território, com destaque para o constante compartilhamento e feedback das informações.

Entretanto, alguns ruídos no processo comunicativo podem afetar o processo de trabalho entre os trabalhadores de saúde e podem obstruir os fluxos estabelecidos. As dificuldades na comunicação são diversas e geram impactos na integralidade do cuidado.

Elas ficaram de dar prioridade ao caso. Iam entrar, estudar o caso e isso tem mais de um ano e nunca me deram resposta sobre a situação. Como vai proceder com o paciente? Se é levar pra uma casa de repouso, se é fazer alguma coisa, até hoje, entendeu? É essas barreiras que elas falaram que eu não entendo (A2).

O ato da comunicação é um processo de compartilhamento e auxílio entre trabalhadores de saúde que visam promover o cuidado ao indivíduo e a família. Com isso a comunicação pode exercer um papel fundamental no bem-estar do usuário por meio da compreensão de sua saúde e, conseqüentemente, favorecer a adesão correta ao esquema terapêutico. Além disso, estabelece a humanização das relações

interpessoais por meio de trocas de informações e impressões e a construção do vínculo com as famílias do território, contribuindo para a clínica ampliada.

As relações hierárquicas têm importante papel no silêncio organizacional no processo de trabalho de uma equipe de saúde da família, considerando que sua constituição envolve profissionais com formação básica ao superior, podendo trazer dificuldades de expressão entre eles. Os integrantes da equipe precisam estabelecer relações que permitam que todos se expressem livremente a fim de que o processo de trabalho se desenrole com o foco em um olhar integral e em práticas de saúde humanizadas.

De forma conjunta e complementar ao trabalho da equipe multidisciplinar, a educação permanente dos profissionais deve ocorrer de modo a ressignificar o conceito de atuação profissional nos serviços de saúde. Ou seja, deixar de ser uma medicina curativa e centrada no poder médico para a gestão do cuidado realizada à luz de múltiplos saberes e centralizado no trabalho em equipe.

A capacitação dos trabalhadores do SUS precisa ocorrer descentralizada, ascendente e transdisciplinar, deve ser realizada em todos os locais, e se adequar a cada realidade e demanda local, contemplando diversos saberes e articulando as esferas da gestão e do cuidado em saúde.

A difusão do modelo de saúde voltado às necessidades da população deve ser estabelecida como um processo permanente, oferecido desde a graduação e consolidado durante a vida profissional, e isso pode ser garantido por meio da concretização de parcerias entre instituições de ensino, serviços de saúde e a comunidade (MERHY, 2005).

A Saúde da Família como serviço-referência diante da complexidade

Outro tópico presente foi a questão do acesso aos serviços básicos de saúde, em que é possível compreender que para os profissionais, a UBS é percebida como referência dos casos complexos para atendimento de saúde, principalmente pelas barreiras no acesso que são impostas pelos serviços emergenciais e hospitalares.

A ESF, como porta de entrada preferencial do sistema de saúde para os usuários, quando ocorre no local mais próximo da vida das pessoas e é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, efetiva-se como principal

articuladora do cuidado integral, por sua capacidade de comunicação entre os diversos pontos da RAS (Brasil, 2012).

O reconhecimento de tais definições relacionadas à APS e a ESF foram expressas nas falas da equipe:

É a única coisa que eles (têm) ...é a Clínica da Família. O único acesso que eles têm na saúde... aonde eles iam ter acesso a isso sem Clínica da Família? a porta que nós temos é isso aqui. E eles querem fechar (A3).

[...] e a Saúde da Família, como política pública né, pelo que se tem demonstrado, é o que mais garante isso... ela garante o acesso à saúde (T1).

Em consonância com a definição de complexidade em saúde adotada neste capítulo, observa-se que o manejo dos casos complexos não limita-se apenas ao acionamento da rede formal, mas amplia-se por meio da articulação com a rede informal que destaca-se no processo de trabalho da equipe, devido a frágil estruturação da rede e a dificuldade na comunicação formal entre os vários dispositivos.

Devido à crise da saúde pública que assola a organização e funcionamento dos serviços e dos protocolos engessados e burocráticos de classificação de risco *sem* acolhimento que ocorrem nos serviços da rede local, muitos casos acabam sendo barrados da porta. Em prol de uma suposta otimização de recursos, alguns serviços de saúde hospitalares e emergenciais têm se tornado insensíveis e pouco permeáveis, graças aos critérios rígidos de admissão, que mais têm produzido desassistência do que qualquer outra coisa.

O grupo focal, com os trabalhadores da equipe, identificou que os casos complexos enfrentam barreiras para encontrar assistência em outros dispositivos da rede de saúde, como as internações hospitalares. Os pontos de atenção à saúde mais acionados e utilizados pela equipe foram os Centros de Atenção Psicossocial, os Centros de Atenção Psicossocial Infante-juvenil (CAPSi) e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Embora a APS seja a referência para o cuidado, há aspectos nos quais a prestação do cuidado deve ser compartilhada com outros serviços para que se possa oferecer uma resposta pertinente e efetiva. A partir da observação participante, nota-se que nem sempre as demandas dos casos complexos que chegam à equipe

são questões de “saúde” e, nem por isso, os profissionais do serviço deixam de ouvi-las e acolhê-las.

Assim, a partir da percepção dos trabalhadores, compreende-se que a ESF é a referência na rede de saúde para o cuidado dos casos complexos, tendo em vista que suas ações têm maior capilaridade, além de possibilitar a ampliação da clínica, o cuidado centrado nos sujeitos e o acompanhamento longitudinal. Esse conjunto de ações promove maior efetividade no manejo destes casos.

Apesar de ser a referência para casos complexos, a ESF tem sofrido muitas ameaças, assim como todo sistema de saúde no Brasil. As medidas “draconianas” de ajustes fiscais (GIOVANELLA, 2018: 01), adotadas pelos governantes têm impactado negativamente nos serviços de saúde, promovendo sucateamento e desmontes e colocando em risco a saúde da população. Se tratando dos casos complexos, em que seus “estados de emergência permanentes” (VALLA apud FRUTUOSO et al., 2015: 340) predisõem a efeitos mais danosos, as barreiras no acesso e a cobertura minguada aos serviços básicos podem implicar em maior sofrimento biopsicossocial, se não, em austericídios (VIEIRA et al., 2018).

As dificuldades de manejo auto percebidas pelos profissionais é outro aspecto limitante e que pode indicar falhas nas ferramentas de cuidado e de apoio ao processo de trabalho direcionado a estes casos, isto se for considerado que estas estão disponíveis e em uso.

A ferramenta mais explorada pela equipe entrevistada neste estudo foi a interconsulta e havendo uma supervalorização desse recurso em detrimento de outros. A equipe relatou ter pouca familiaridade ou mesmo desconhecer a maioria das ferramentas, o que limita sua utilização para o manejo dos casos. Outros fatores também contribuem para a sua escassa utilização, como a pouca disponibilidade de tempo para a equipe se reunir, devido à sobrecarga de trabalho, e a falta de oportunidades para educação permanente, que poderia ampliar o conhecimento e a utilização das ferramentas no cuidado à saúde.

A existência de demandas psicológicas e sociais, que extrapolam o setor saúde, foi atribuída como uma característica dos casos complexos, ainda que também tenha sido possível vislumbrar a coexistência de diferentes concepções de saúde, que inclusive se relacionam à lógica de trabalho imposta nos serviços.

Essas demandas de ordem psicossocial, também podem ser um dos motivos pelos quais os profissionais não conseguem abordar estes casos de maneira efetiva.

A equipe estudada percebeu que o que caracteriza um caso complexo é a demanda de um cuidado mais intensivo e prolongado. Cuidado, esse, que é afetado negativamente pela vulnerabilidade que os sujeitos complexos estão imersos e por fatores associados à produção do cuidado na realidade que o serviço se insere.

A inserção dos casos complexos na equipe ocorre preferencialmente pelos ACS. Esses trabalhadores estão constantemente no território, o que possibilita a construção de vínculo com a população e o conhecimento sobre o território.

O primeiro passo começa com o agente de saúde, que dá o primeiro combate e vai trazendo a demanda para que se desenvolva dentro da equipe. (A2)

A atuação multiprofissional e a educação permanente

A atuação na ESF presume a atuação multiprofissional e o trabalho em equipe. O trabalho em equipe tem como finalidade obter impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde/doença. A atuação multiprofissional permite a possibilidade da prática de um profissional se reinventar sobre a prática de outro e, com isso, ambos são transformados para atuarem de maneira humanizada e integral, diante do contexto no qual estão envolvidos (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

A estrutura da ESF rompe com a cultura médico-centrada e afirma a atuação multiprofissional, pois a abordagem integral das famílias é facilitada pelo envolvimento de olhares distintos dos profissionais que compõem as equipes. A atuação em equipe e os múltiplos olhares é fundamental para o manejo de casos complexos.

São casos que demandam a atenção de diversos olhares e que ninguém consegue... é... resolver sozinho (A2).

Mas um caso complexo não consegue, no atendimento individual, ser olhado por uma pessoa só (T1).

Mesmo com alguns avanços, a formação embasada no cuidado integral e olhar humanizado ao usuário está bem distante da realidade. Sendo assim, o perfil dos profissionais de saúde revela qualificação insuficiente para as mudanças da

medicina curativa e centrada no poder médico para a gestão do cuidado realizada à luz de múltiplos saberes e centralizado no trabalho em equipe.

A necessidade de Educação Permanente em Saúde (EPS) e do estímulo a uma formação voltada para gestão do cuidado, da integralidade das ações de saúde e da escuta qualificada desde antes da inserção do trabalhador de saúde na assistência foi evidenciada em falas no grupo focal realizado:

[...] que eu não sabia nem o que era ACS, quando eu comecei a trabalhar aqui, [...] (A3).

Muitos trabalhadores são inseridos nas UBS sem nenhuma base teórica qualificada, e mesmo quando estão dentro do serviço não entram em contato com ações de Educação Permanente em Saúde. Inicialmente, todo trabalhador de saúde que entra nas UBS no modelo da Estratégia Saúde da Família passava pelo Curso Introdutório, que era oferecido pelas CAPs, oferecendo um primeiro contato com os princípios organizacionais da ESF. Entretanto, esse curso não atendeu de maneira adequada às demandas dos trabalhadores e, em alguns casos, eles não passaram por esse curso.

A capacitação dos trabalhadores do SUS precisa ocorrer descentralizada, ascendente e transdisciplinar, deve ser realizada em todos os locais, e se adequar a cada realidade e demanda local, contemplando diversos saberes e articulando as esferas da gestão e do cuidado em saúde. As ações de educação permanente podem ser concretizadas por meio de parcerias entre instituições de ensino, serviços de saúde e a comunidade (MERHY, 2005).

A gestão de casos complexos na ESF é um desafio, e múltiplos fatores estão sempre atrelados a esses casos, sendo assim, necessário um olhar mais cuidadoso e multiprofissional sobre esses usuários. O equilíbrio de todas essas dimensões irá possibilitar a construção da gestão do cuidado melhor para o usuário e para a equipe.

Vínculo e tecnologias relacionais: a subjetividade no processo de cuidado aos casos complexos

A análise dos achados do estudo aponta que a subjetividade assume papel central na gestão do cuidado a casos complexos, se constituindo como uma das dimensões que compõem o complexo cenário do trabalho em saúde (FRANCO;

MERHY, 2012). O modo como cada um significa o cuidado é singular e direciona o modo como o cuidado será ofertado. Segundo Franco e Galavote (2010), “os afetos produzem em cada um dos efeitos que são singulares, ou seja, são específicos a cada um, e em um dado espaço e tempo que também são únicos” (p. 11).

Com relação ao trabalho em saúde, Gonçalves (1994) ampliou o significado das tecnologias para além dos instrumentos materiais do trabalho, trazendo a noção de tecnologias “materiais” e “não materiais” e afirmando que as tecnologias expressam as relações entre os homens e entre os objetos com os quais trabalham. Merhy (2002) denomina “tecnologias leves” aquelas que se fundamentam nos aspectos interacionais e subjetivos do trabalho em saúde.

Segundo Merhy e Franco (2012) o trabalho em saúde é sempre relacional, em ato e nos encontros, e o fortalecimento dos aspectos relacionais do trabalho propicia a condução do cuidado em observância a diretrizes como o acolhimento, o estabelecimento de vínculo, o acompanhamento de projetos terapêuticos.

O estudo indicou que os ACS são aqueles que mais identificam a necessidade do uso das tecnologias leves para os casos complexos e que estabelecem vínculo mais estreito. Frequentemente, assumem o papel de referência dos casos.

Só ressaltando o papel central do ACS, né? É ele que traz o caso ao conhecimento da equipe. E é ele que faz a atualização constante do caso [...] complexo. Só o profissional ali da equipe técnica não consegue acompanhar isso, né? (T1).

Por mais que passe no NASF, que passe em vários setores, vocês (ACS) vão continuar sendo essa pessoa que vai atualizar a gente. Porque [...] pode ser que a gente não lembre mais da pessoa, porque a gente atende ...sei lá quantos atendimentos você faz por semana. Então, se vocês não ficarem (perguntando): “gente, e aquele caso?” São mais de 60... (T2).

Além disso, essas falas revelam que a responsabilidade pelo acompanhamento longitudinal aos casos complexos é associada aos ACS devido à sobrecarga de trabalho da equipe técnica. E, portanto, as modificações propostas na composição das equipes trazidas pela última atualização da PNAB (BRASIL, 2017) representam um perigo real a formação do vínculo com os sujeitos e à qualidade dos serviços prestados na APS.

No grupo focal também se expressaram as dificuldades da gestão do processo de trabalho, sobretudo em se tratando de uma população com alto grau de vulnerabilidade social. Verificou-se que o estabelecimento de prioridades de atendimento frente a tantos casos se baseia na sensibilização gerada nos profissionais e não em uma classificação de risco:

[...] a gente tem que pensar a importância de vocês [ACS]. É que vocês que sensibilizam a gente. ...A forma como vocês vem trazer um caso faz muita diferença. Porque aí a gente fala: “não, essa pessoa não pode esperar até amanhã ou quando a gente tem uma vaga na agenda” (T2).

Muitas vezes os casos tidos como complexos tem a característica de não contar com familiares próximos ou sujeitos que formem uma rede de apoio satisfatória para o cuidado. Desse modo, os ACS acabam por assumir esse lugar e demonstram certa confusão no entendimento e dificuldades para compreender o que se configura como obrigação do trabalho e o que se configura como “ajuda”, o que lhes causa, em muitos momentos, esgotamento emocional e físico.

A palavra “ajuda”/“ajudar” aparece no grupo focal repetidas vezes, com diferentes conotações. Ora é utilizada para se referir a atividades que fazem parte do cotidiano de trabalho (principalmente por parte dos ACS, com referência ao trabalho da equipe técnica,), ora para se referir a atividades com caráter voluntário/filantropico.

Ele [usuário] achou que você [médico da equipe] tinha que atender a irmã dele, daí eu falei: “eu marquei para o dia primeiro”, mas ele disse que não dava para esperar não. [...]Daí eu falei: “Eu acho uma falta de respeito você falar isso, porque ele [médico da equipe] está aqui para ajudar e para somar. Assim como a sua irmã, existem outros pacientes na mesma situação, precisando de ajuda” (A4).

A gente tenta ajudar de outra forma, financeira, às vezes não tem o que comer. É uma coisa que não é a nossa obrigação. A gente ajuda mesmo, no que a gente pode (A4).

A utilização recorrente do termo “ajuda” revela uma percepção do trabalho em saúde como “missionário” e tutelar. Essa ideia pode deturpar o entendimento de que o usuário é um sujeito de direitos, protagonista de sua história, e não um

mero espectador da “ajuda” que lhe está sendo “concedida”. Afinal, o direito à saúde é um dos direitos fundamentais previstos pela Constituição Federal de 1988, sendo caracterizado por ser um direito de todos e dever do Estado. Embaralhar a perspectiva sobre um direito constitucional, socialmente conquistado, com “ajuda” é, no mínimo, uma atitude inadequada.

Não se quer dizer com isso, entretanto, que a solidariedade ou a empatia, por exemplo, devam ser anuladas do trabalho em saúde, mas estes não podem ser os únicos elementos condutores da prática profissional. Este assunto é pouco discutido na literatura da saúde coletiva. Entretanto, já é pauta de debate, há muitos anos, do campo do Serviço Social. Iamamoto (2000), em suas reflexões sobre a prática profissional do assistente social e que podem ser facilmente aplicadas a todos os trabalhadores da saúde, discute as visões fatalista e messiânica que se apresentam no cotidiano do trabalho.

Geralmente tais visões se alternam entre si e têm um ponto em comum: a recusa da história e a adoção de uma visão mágica da transformação social, “como se a nossa vontade e propósitos individuais fossem unilateralmente suficientes para alterar a dinâmica da vida social [...]” (IAMAMOTO, 2000: 124).

Sendo assim, é necessário um melhor preparo teórico e político para combater tanto o fatalismo, quanto o messianismo no trabalho em saúde. O trabalhador deve ter em mente que a realidade do cotidiano de trabalho está inserida em uma totalidade social complexa, e que questões da macro esfera social e política determinam tais condições. Estas podem ser enfrentadas pelo trabalho de educação popular, de democratização das informações e de participação social.

A abordagem pautada na ideia de “ajuda”, assim como no envolvimento e sensibilização individual dos trabalhadores, traz também conflitos éticos no trabalho. Quando algo é analisado pela ótica do envolvimento pessoal, aumentam as chances de permitir que juízos de valor interfiram sobre a dinâmica do processo de trabalho.

Então o que a gente faz aqui: a gente rala pra caramba, eu vejo o esforço de cada um aqui... a gente se envolve muito... a própria A3 falando do senhor lá... a gente se envolve pessoalmente, a gente se envolve profissionalmente, a gente coloca muitas das vezes a nossa profissão em risco pra socorrer, pra ajudar, pra fazer coisas que a gente não pode (T4).

O desabafo do trabalhador acima expressa exatamente o que está sendo discutido. O envolvimento com os usuários é tanto, que afirma que em alguns momentos se desvia da norma para fazer algo em prol deles. Este tipo de situação traz à tona a circunstância apontada por Franco e Merhy (2012), de que os trabalhadores de saúde, quando desejam, “fazem e operam nas suas relações outros fluxos de conexão com suas equipes, outras unidades de saúde e principalmente com os usuários” (p. 160).

Tal situação gera sofrimento aos profissionais, visto que encaram, muitas vezes, a ética profissional como impedimento à atitude de ser útil aos usuários.

Não pode [...] simplesmente virar as costas e (dizer) “não, infelizmente não tem como atender hoje”...Não, tem que tentar dar um jeito (A2).

Nessa fala, por exemplo, o trabalhador enxerga os fluxos administrativos como barreiras que estão impedindo o acesso do usuário ao atendimento à determinada demanda e constrói desvios por entre os fluxos para tentar, naquele momento, atender as necessidades do usuário. Assim, nesses casos, “o cuidado vai se produzir na rede que se formou e não na estrutura que permanece rígida sob o império da norma” (FRANCO, MERHY, 2012).

Sendo assim, é possível perceber que a subjetividade é transversal a todas as dimensões da produção do cuidado, tendo centralidade principalmente quando se trata de casos complexos. O estabelecimento de vínculo e as tecnologias relacionais também estão na base do apoio matricial, que objetiva ampliar a interdisciplinaridade sem diluir a responsabilidade sobre os casos e busca romper com os percursos intermináveis de encaminhamentos (CAMPOS, 1999). Quando um usuário utiliza um serviço matricial, a equipe de referência não deixa de ter responsabilidade sobre ele, pois não há encaminhamentos, mas sim desenhos de projetos terapêuticos construídos e executados conjuntamente por diversos profissionais (CAMPOS, DOMITTI, 2007).

Como já discutimos neste capítulo a demanda pela lógica do modelo ambulatorial prevalece tanto por parte dos usuários quanto dos profissionais, gerando a expectativa de atendimento individual pela população e atendendo a cobrança de produção da gestão aos profissionais. Alguns, principalmente os

ACS, disseram não saber do que o matriciamento se trata, outros já ouviram falar, mas disseram não saber explicar, além de uma fala que valorizou a importância do apoio, com a ressalva de que “não soluciona.”

Foi levantada pela “equipe técnica” a ideia do matriciamento como uma troca entre profissionais, gerando uma capacitação de forma a ampliar o leque de atuação daquele que recebe o apoio ao aprender determinado conhecimento de outra área. Dessa forma, constata-se a potência do apoio para a ampliação da capacidade de se resolver problemas de saúde e de se produzir uma escuta sensível e precisa para se indicar quais casos necessitam de apoio.

Limeira (2018) afirma que o apoio, ao se opor à interrupção e à paralisação dos processos devido ao seu caráter de fronteira e movimento, emerge como uma possibilidade de manejo, enfrentamento e redução da violência institucional nos serviços que acabam por interferir na capacidade de criação dos trabalhadores, evitando que o trabalho aconteça em sua plenitude, em sua potência.

A autora aponta alguns vetores de violência institucional presentes nas clínicas da família, como uma gestão verticalizada, a falta de apoio ao trabalho do NASE, o pouco interesse de gestores quanto a este trabalho, além do modelo de gestão vigente no município do Rio de Janeiro. Este último é marcado pela lógica do gerencialismo, que visa o cumprimento de metas dos indicadores, priorizando processos quantitativos em detrimento dos qualitativos e subjetivos.

Ao analisar o que foi dito no grupo focal, pode-se observar que o manejo de casos complexos exige criatividade para lidar com situações que não estão previstas em formulários ou procedimentos. Sendo assim, pode-se afirmar que a violência institucional impõe barreiras ao cuidado de casos complexos, o que reflete a dificuldade que a equipe estudada encontra para a gestão desses casos.

Uma das principais formas pela qual o matriciamento ocorre se dá por meio do NASE, que foi criado em 2008 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de aumentar a capacidade de cuidado das equipes de saúde família/atenção básica. Busca-se ampliar o escopo de ofertas das UBS, bem como auxiliar na articulação com outros pontos da rede, quando necessário, orientando-se pelo referencial teórico-metodológico do apoio matricial. Este conceito aplicado à APS, significa que uma equipe de saúde da família, ao sentir dificuldades com algum caso, pode pedir apoio antes de encaminhá-lo a outro do ponto da atenção, pois uma equipe NASE, é constituída por uma

equipe multiprofissional composta por profissionais de diferentes formações, sendo responsável por apoiar as equipes da referência (BRASIL, 2014).

No estudo pode-se constatar que a equipe de saúde da família possui relações diferentes com cada membro do NASF. Essa diferenciação se refere ao fato de conseguirem, em suas palavras, um “melhor ajuste” com determinados profissionais no que se refere à marcação de consultas, à continuidade do cuidado dos casos, ao retorno acerca de informações dos usuários, à troca de conhecimentos e experiências e à conciliação de agendas, esta última destacada pela equipe de saúde da família como a maior dificuldade.

A dinâmica institucional que conforma a relação entre essas duas equipes produz impactos sobre como ocorre essa articulação. A maioria dos profissionais do NASF permanece 20 horas semanais na UBS, o que corresponde a dois dias por semana, carga horária aquém das necessidades de um território de alta vulnerabilidade. A reunião da equipe de saúde da família estudada ocorria em um dia fixo, compondo um arranjo que não permite que diversos profissionais compareçam à reunião, espaço privilegiado para o matriciamento. Em meio à alta velocidade e demanda dos atendimentos torna-se uma tarefa complicada a conciliação das agendas:

Nós entendemos que o NASF por ter uma carga horária menor, está aqui só uma vez na semana, é inviável ele ter o acompanhamento de quem tem uma carga horária maior e está todo dia aqui e ponto. Nós entendemos isso (A3).

Esse tempo de ficar marcando interconsulta toda semana, não dá pra ficar uma hora toda semana (em um único atendimento) (T2).

As consultas realizadas junto com o NASF geralmente ocorrem em casos de maior complexidade, mas são vistas como demoradas pela equipe, havendo uma percepção de que falta tempo para realizá-las devido à sobrecarga a qual estão submetidos. Ao mesmo tempo a pressão pela produção de indicadores aparece como um fator que atrapalha a realização desses atendimentos, pois estas são percebidas como consultas que atravancam o serviço. A predominância da lógica quantitativa não afeta somente a gestão, como também os profissionais da equipe.

Apesar das dificuldades em operacionalizá-la, é possível perceber que a abordagem multiprofissional com o NASF é vista pela equipe como necessária para muitos casos.

Geralmente os casos passam pela enfermeira da equipe, antes de ir para o médico. E, após o agendamento com o médico, a gente vai desenrolando e vendo o que pode acessar, se são coisas já de encaminhamento, e agenda uma conversa com o NASF. Antes de marcar com o paciente, discutimos com o NASF (T2).

É importante destacar que o caso específico do NASF que apoia a equipe de saúde da família estudada tem uma postura de função de apoio, diferente do que muitas vezes ocorre nas demais Clínicas da Família do município do Rio de Janeiro, nas quais predomina o funcionamento pela lógica ambulatorial.

No entanto, são observadas algumas contradições quanto ao que a equipe espera do NASF, pois ao mesmo tempo em que ela lembra a função de apoio, há falas que revelam uma expectativa de que os casos sejam enviados para os profissionais e resolvidos por eles. A ideia de solução para os casos atrelada aos seus desfechos aparece também em relação ao trabalho do NASF:

Qual é o papel do NASF em relação aos casos complexos? Para mim conclusão, resolver, acabar (A1).

Isso pode ser explicado pela tradição que existe na saúde de concentração de poder nas mãos de médicos e especialistas, além de uma divisão do trabalho com cada profissional sendo responsável pelo seu objeto de intervenção, dificultando uma abordagem integral. A metodologia do apoio matricial, que envolve o compartilhamento de poder, ainda não se encontra consolidada e envolve uma mudança de conduta.

Essa mudança de concepção envolve o lidar com a incerteza, com o não-saber, pois não há uma solução ditada por alguém superior, mas um trabalho que será construído coletivamente pelos profissionais. Como este não é o padrão de subjetividade dominante em nossa sociedade, não é de se estranhar que cause angústia nos profissionais.

Como o NASF não pega para si os casos e não os devolve “resolvidos”, é muito comum haver dúvidas sobre qual o seu papel. No grupo focal, foram feitas críticas

pelo fato de o NASF sempre querer realizar atividades conjuntamente, negando atendimentos em situações em que o médico ou enfermeiro da equipe não possa estar junto. Segundo a equipe, isso faz com que muitos casos complexos fiquem sem o acompanhamento. Chegou inclusive a ser dito por um profissional: “*Eles (os profissionais do NASF) não fazem nada*” (A5). É como se a equipe, extremamente sobrecarregada, não conseguisse dar conta do fazer compartilhado em alguns momentos e o NASF não abrisse mão desse estar junto, causando um desencontro.

Para Limeira (2018), esse não lugar atribuído ao NASF tem relação com seu caráter de fronteira: ele se encontra numa posição de fora e de dentro ao mesmo tempo, pois está fora da equipe de saúde da família, mas dentro da clínica, transitando por diferentes equipes e lugares. O apoiador não comanda, nem determina a mudança, sendo apenas um dos que contribuem e fazem deslizar a organização e os sujeitos, produzindo novas formas de organização do processo de trabalho e emergindo uma clínica-crítica-política por meio, por exemplo, da cogestão, de espaços coletivos sensíveis aos conflitos (OLIVEIRA, 2011).

Cabe ressaltar que as mudanças recentes referentes ao NASF, na PNAB em 2017 e no âmbito do Previne Brasil em 2020, representam um retrocesso na medida em que a ideia do apoio matricial, tão importante para a reorganização das práticas hegemônicas de saúde, é desmontada e desvalorizada, favorecendo a lógica ambulatorial assistencialista.

Cabe ainda ressaltar que a precarização da rede municipal de saúde do Rio de Janeiro atinge não somente a Estratégia da Saúde da Família e quanto mais precária for a rede de saúde, maior a sobrecarga do NASF, pois toda a demanda cairá sobre ele, sem ter com quem se articular para a gestão do cuidado compartilhado.

Considerações finais

O presente trabalho, movido pelas afetações dos residentes frente às dificuldades encontradas na condução de casos complexos no cotidiano dos serviços de saúde, buscou trazer contribuições para a equipe de saúde da família, aprofundando a discussão acerca do tema. Longe de tentar apontar uma maneira de se conduzir esses casos, procurou-se abrir possibilidades, tendo como premissa que é preciso inventividade para se lidar com a complexidade, não se limitando

a soluções prontas. Nesse sentido, a aposta no grupo focal foi um grande acerto, pois se configurou como um espaço de construção coletiva, propiciando o debate em que os próprios membros da equipe elaboraram, juntos, reflexões, de maneira a apontar temas fundamentais que potencializaram o trabalho.

Pode-se concluir que a incorporação da esfera da subjetividade, por si só, não consegue cumprir com o que a ESF se propõe. Um acompanhamento integral, longitudinal e disponível para todos só será possível com a incorporação de outras estratégias. A rede de saúde carece de gestão da subjetividade e de formas de alinhá-la ao uso das ferramentas adequadas. Além disso, é possível apontar a Educação Permanente em Saúde como uma potencialidade para a transformação das práticas de saúde, o que é afirmado pelos profissionais.

Acredita-se que a elaboração deste trabalho só foi possível devido às fortes relações de vínculo existentes entre residentes e membros da equipe de saúde da família. Trata-se de um tema delicado, pois abarca algumas das maiores dificuldades dos trabalhadores, que muitas vezes se sentem frustrados por não conseguirem o resultado esperado. Somente com um vínculo estabelecido é possível se aprofundar sobre questões do processo de trabalho, pois envolve entrar em contato com questões difíceis.

No entanto, como pode ser verificado, essas dificuldades refletem um contexto que não pode ser perdido de vista. Uma lógica gerencialista que prioriza os resultados quantitativos não contribui para o investimento em casos complexos, que demandam mais tempo. Uma gestão municipal que atrasa salários, demite centenas de profissionais e precariza as unidades de saúde, dificulta ainda mais o cuidado. Uma conjuntura nacional desfavorável às políticas sociais produz efeitos negativos em todo o Sistema Único de Saúde.

Por isso, entende-se que, apesar das dificuldades existentes no manejo dos casos complexos, os profissionais envolvidos encontram-se em constante superação de seus limites e na luta para transpor os entraves colocados por esse contexto. A resistência e defesa de um SUS gratuito, universal e de qualidade por parte dos trabalhadores foi marcante em todas as fases de elaboração deste trabalho. A equipe, a partir de uma noção de cuidado horizontal, baseado nas trocas e nos encontros, demonstrou enorme potência na defesa cotidiana de uma saúde pública que visa a redução das desigualdades do país.

Referências

- ABRAHÃO, A.L.; FRANCO, C.M. **Gerência de Unidades Básicas de Saúde, Gestão da Clínica e do Cuidado**. Niterói: CEAD-UFF, Niterói, RJ: CEAD/UFF. 2016.
- ARAÚJO, M. B. D. S; ROCHA, P. D. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência & saúde coletiva**, 12(2), P. 455-464, 2007.
- ARCE, V. A. R; SOUSA, M. F; LIMA, M. G. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 21(2), p. 541-560, 2011.
- AYRES, J. R. D. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, 6(1), p. 63-72, 2001.
- BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In Fonseca, A. F; Corbo, M. A. (orgs). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro, RJ: EPSJV/Fiocruz, p. 51-86, 2007.
- BRASIL. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 2007.
- BRASIL. Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica e Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Diretrizes do NASF. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Caderno de Atenção Básica n.27. 2009.
- BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2012.
- BRASIL. Caderno de Atenção Básica nº39 - Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano do NASF. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2014.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. **Diário Oficial da União** nº183, p.68. 2017.
- CAMPOS, G. W. D. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2), p. 393-403, 1999.
- CAMPOS, G. W. D. S; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, 23(2), p. 399-407, 2007.
- CASANOVA, A. O., TEIXEIRA, M. B., & MONTENEGRO, E. O apoio institucional como pilar na cogestão da atenção primária à saúde: a experiência do Programa TEIAS-Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, 19(11), p. 4417-4426, 2014.
- CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 15(37), p. 589-599, 2011.
- CRUZ, M. C. Concepção de saúde-doença e o cuidado em saúde. In: GONDIM R; GRABOIS, V; MENDES JUNIOR, W. V. (orgs). **Qualificação dos Gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP/Fiocruz. 2. Ed., p.21-33, 2011.
- CUNHA, E. M. D; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & saúde coletiva**, 16(supl.1), p. 1029-1042, 2011.
- DE CAMPOS, O. M. A; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 66(spe), p. 158-64, 2013.
- FARIAS, P. B. **Atuação do nutricionista em equipe multiprofissional na atenção básica de saúde**. Dissertação de mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil, 2012.
- FRANCO, T. B; GALAVOTE, H. S. Em busca da clínica dos afetos. In FRANCO, T. B; RAMOS, V. C. (orgs). **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo, SP: Hucitec, p. 176-99, 2010.
- FRANCO, T. B; MERHY, E. E. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 6(2), p. 151-163, 2012.
- FRUTUOSO, M. F. P; MENDES, R; ROSA, K. R. M; SILVA, C. R. D. C. Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades. **Saúde em Debate**, 39(105), p. 337-349, 2015.
- GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, 34(8), e00029818, 2018.
- GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo, SP: Hucitec, 1994.
- HIRDES, A; SCARPARO, H. B. K. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(2), p. 383-393, 2015.
- IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos**. 5ªed. São Paulo, SP: Cortez Editora, 1992.
- KANNO, N. D. P; BELLODI, P. L; TESS, B. H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de demandas médico-sociais: dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde e sociedade**, 21(4), p. 884-894, 2012.
- KESSLER, M; LIMA, S. B. S. D; WEILLER, T. H; LOPES, L. F. D; FERRAZ, L; THUMÉ, E. A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 71(3), p. 1063-1071, 2018.
- KUSCHNIR, R; FAUSTO, M.C.R. Redes de Atenção à Saúde: Histórico e Conceitos Fundamentais. In: KUSCHNIR, R; FAUSTO, M.C.R. (orgs). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde - 1**. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP/ Fiocruz, p. 93-170, 2014.
- LANCETTI, A. O projeto terapêutico singular e o trabalho de matriciamento. In: VIEIRA-PACHECO, F. **Curso de Aperfeiçoamento em Saúde Mental**. (Módulo 3). São Paulo, SP: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)/ UNASUS, 2016.
- LIMEIRA, R. M. N. **Cartografia de fronteira: o Apoio como estratégia de enfrentamento à violência institucional no SUS**. Dissertação de mestrado, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, RJ. Brasil, 2018.
- MERHY, E. E.. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E; ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, SP: Hucitec, p.71-112, 1997.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do Trabalho vivo em ato**. 2. ed. São Paulo, SP: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 9(16), p. 172-174, 2005.



- MORETTI-PIRES, R. O. Complexidade em Saúde da Família e formação do futuro profissional de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 13(30), p. 153-166, 2009.
- NOBRE, C. L. C. *et al.* O trabalho em rede nos casos de alta complexidade e de alta vulnerabilidade: a experiência de uma UBS. **Distúrbios da Comunicação**, 29(2), 377-384, 2017.
- OLIVEIRA, A. M. F.; CAMPOS, G. W. D. S.; OLIVEIRA JÚNIOR, J. F.; FIGUEIREDO, M. D. Espirais D'Ascense: as contribuições de Balint e da psicologia grupal para a potencialização do método da roda. In: CAMPOS, G. W. D. S.; GUERRERO, A. V. P. (orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo, SP: Editora Hucitec, p.61-95, 2008.
- OLIVEIRA, A. *et al.* A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, 12(27), p.749-762, 2008.
- OLIVEIRA, G. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. Tese de doutorado, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil, 2011.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de saúde pública**, 35(1), p. 103-109, 2001. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102001000100016>.
- PINTO, A. G. A. *et al.* Vivências na Estratégia Saúde da Família: demandas e vulnerabilidades no território. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 70(5), p. 920-927, 2017.
- PÔRTO, K. F. **Elementos para uma política de avaliação das ações de saúde mental na atenção primária**: contribuições de uma pesquisa qualitativa avaliativa. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil, 2017.
- SABROZA, P. C. Concepções sobre saúde e doença. In: **Curso de aperfeiçoamento de gestão em saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP/Fiocruz, 2006.
- SABROZA, P.; KAWA, H. O processo saúde-doença-cuidado. In: KUSCHNIR, R.; FAUSTO, M.C.R. (orgs). **Gestão de Redes de Atenção à Saúde - 1.** Rio de Janeiro, RJ: EAD/ENSP/ Fiocruz, p.171-92, 2014.
- SANTOS, A. M. D.; ASSIS, M. M. A.; NASCIMENTO, M. A. A. D.; JORGE, M. S. B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**, 42(3), p. 464-470, 2008.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco, 2002.
- VASCONCELOS, F. G. A.; ZANIBONI, M. R. G. Dificuldades do trabalho médico no PSF. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(Supl. 1), p. 1497-1504, 2011.
- VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. O vínculo como diretriz para a construção da integralidade na Estratégia Saúde da Família. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 13(2), p. 375-385, 2012.
- VIEIRA, F. S.; SANTOS, I. S.; OCKÉ-REIS, C.; RODRIGUES, P. H. A. **Políticas Sociais e Austeridade Fiscal**: como as Políticas sociais são afetadas pelo austericídio da agenda neoliberal no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro, RJ: CEBES, 2018.

Capítulo 11

A VIOLÊNCIA POR CONFLITOS ARMADOS: OS DESAFIOS E AS ESTRATÉGIAS DE CUIDADO ENTRE PROFISSIONAIS DE UMA CLÍNICA DA FAMÍLIA³⁷

Delaine Martins Costa

Ulysses Alves Costa

Gizele Chagas Inácio

Luane Tássia Paz Dominguez dos Santos Alves

Tereza Andréa Barros Costa

1. Introdução

Qualquer reflexão sobre a violência deveria partir do princípio da complexidade e da controvérsia do termo. Por isso, existem diversificadas teorias e práticas que não necessariamente se complementam, mas que de alguma forma demonstram a imparidade que o conceito carrega (MINAYO, SOUZA, 1998). O objetivo deste artigo é apresentar as principais reflexões sobre os desafios e as estratégias de cuidado, desenvolvidas por profissionais de uma Unidade Básica Saúde (UBS), inserida num território urbano, marcado por desigualdades e violência. Os conflitos armados impactam o dia a dia dos moradores, dos trabalhadores e dos profissionais da UBS alterando sua rotina e implicando em agravos de saúde. Essa percepção se apresentou como uma questão e foi traduzida em objeto de pesquisa, qual seja, os efeitos da violência dos conflitos armados, em territórios urbanos, sobre os profissionais de saúde que atuam na política de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

³⁷ Este Capítulo foi baseado no TCR “A violência urbana e os conflitos armados: reflexos sobre os trabalhadores da saúde e desafios no contexto de uma unidade básica do Rio de Janeiro”, defendido em março de 2017 como trabalho final do Programa da RMSF da ENSP/Fiocruz. Autoria dos residentes: Ulysses Alves Costa, Gizele Chagas Inácio, Luane Tássia Paz Dominguez dos Santos Alves e Tereza Andréa Barros Costa, com a orientação da Profª. Delaine Martins Costa.

Como parte das atividades de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) da Ensp/Fiocruz foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, realizada por quatro residentes integrantes da equipe de saúde da família, no período de outubro de 2016 a fevereiro de 2017. O projeto de pesquisa, então elaborado, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Ensp/Fiocruz (58944016.6.0000.5240) e da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, tendo como principal objetivo o estudo da relação entre a saúde e a violência a partir da identificação dos seus principais reflexos no cotidiano dos profissionais que trabalham na atenção primária à saúde.

Esse capítulo sintetiza as principais conclusões da pesquisa que resultou no Trabalho de Conclusão da Residência (TCR), intitulado “A violência urbana e os conflitos armados: reflexos sobre os trabalhadores da saúde e desafios no contexto de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Rio de Janeiro”. Privilegia as percepções dos profissionais no que diz respeito às consequências da violência urbana sobre o acesso, da comunidade atendida, à saúde. Dialoga com autores que articulam o campo da saúde à temática da violência provocada pelos conflitos armados. A sua estrutura apresenta os principais eixos de análise que, por sua vez, referem-se: à saúde dos trabalhadores; à formação profissional; à prática da metodologia do “Acesso Mais Seguro”; ao processo de trabalho e às ações que visam aproximar a rede de saúde, os trabalhadores e a população. A partir dos eixos de análise, são apresentadas possíveis estratégias de enfrentamento da violência, oriunda dos conflitos armados, que permeiam o processo de trabalho.

Por apresentar uma síntese do TCR, defendido em março de 2017, é importante ressaltar que desde então fatos político-sociais de grande relevância para o tema aconteceram e não foram objeto do estudo. Entre esses, se destacam as últimas eleições nos três níveis de governo, as mudanças políticas, o avanço do conservadorismo, o endurecimento das ações genocidas do Estado com pretexto de “guerra às drogas”, as declarações violentas por parte dos representantes eleitos. Nas conclusões, com base na pesquisa qualitativa, espera-se fornecer insumos que contribuam para a reflexão sobre a prática da atenção primária à saúde, no contexto de violência urbana provocada pelos conflitos armados. Deseja-se, ainda, compartilhar experiências e recursos que possam ser utilizadas pelas equipes nesses cenários de prática da Residência.

A violência como pauta na UBS: um tema para pesquisa

Ao iniciar as atividades de campo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), no mês de maio de 2015, no território do Jacarezinho (uma das maiores e mais antigas favelas do município do Rio de Janeiro), foi realizado um diagnóstico situacional que colocou em evidência um local marcado por diversos agravos e riscos à saúde, além de inúmeras potencialidades. Em análises iniciais, identificou-se uma escassez de oferta de serviços públicos, fragilidade em programas sociais disponíveis, problemas de infraestrutura e de insuficiência de saneamento básico, poucos investimentos em programas e em atividades com horários alternativos para o público infantil e jovem, além de pouco espaço de lazer, complementado por um intenso uso de drogas lícitas e ilícitas na comunidade. Apesar de todas as fragilidades, o território apresentava certa estabilidade, já que não aconteciam tantos conflitos armados, nem ostentação de armamento por parte do tráfico de drogas, apenas da polícia.

A UBS, onde foi realizada a pesquisa, segue as diretrizes do modelo de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro, onde as UBSs são denominadas de Clínica da Família (ou simplesmente “Clínica” como aparece em algumas entrevistas) e carrega algumas peculiaridades municipais. A UBS em questão foi inaugurada em 2011 e conta com sete equipes multiprofissionais de saúde da família mais uma equipe de Consultório na Rua (CnaR), e foi escolhida por ser “cenário de prática” do programa RMSF. A Equipe como um todo – a quem somos gratos pelo aprendizado – nos recebeu pelo período de dois anos e, assim, constituímos uma equipe multiprofissional de quatro residentes (enfermagem, nutrição, odontologia e serviço social), mais uma preceptora e uma orientadora.

Segundo relato dos moradores e trabalhadores mais antigos, a região convive com os conflitos armados, com maior ou menor intensidade. Sob esse aspecto, a instalação da Unidade de Polícia Pacificadora (UPP), em janeiro de 2013, parece ter sido um marco. Moradores relatam que a área sofria com intensos conflitos armados, mas que depois da UPP, ocorreu um momento de aparente “calmaria” no território.

Contudo novos conflitos armados devido à disputa territorial entre o tráfico de drogas e polícia não demorou a acontecer novamente, ocasionando mortes de ambos

os lados e marcando novamente o território. Essa nova configuração acaba provocando alterações na referida UBS já que atividades como “visitas domiciliares”, “busca ativa”, atendimentos na unidade, entre outras desenvolvidas pela equipe de saúde da família, foram prejudicadas. Presenciamos o fechamento da UBS algumas vezes, percebemos os prejuízos causados no trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS), bem como dos demais profissionais de saúde, e vivenciamos alguns momentos de pânico e sofrimento individual/coletivo dos trabalhadores e moradores.

Além disso, foi possível observar a mobilização e a atuação mais frequente da comissão do “Acesso Mais Seguro” (AMS), vide tópico 3.3. O AMS é visto como uma “ferramenta” que visa possibilitar que as equipes e profissionais, atuantes na unidade, consigam acessar o território de forma mais segura. Foi concebido como um recurso para minimizar possíveis consequências da exposição à violência pelos conflitos armados.

2. Referencial teórico-metodológico

No momento em que a equipe se lançou para delimitar num espaço e território determinado objeto investigativo, um vasto campo de possibilidades se abriu. No intuito de acessar a produção textual voltada para a temática abordada, foi realizada uma busca bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A partir das pesquisas realizadas com as palavras-chaves “exposição à violência”, “estratégia de saúde da família” e “violência”, em combinação (equação bolleana), foram originadas 287 publicações.

Após utilização do filtro temporal (publicações de 2010 até 2017), foram realizadas leituras dos resumos e selecionados onze artigos. Os critérios de exclusão foram produções que não disponibilizavam o texto completo ou com temáticas voltadas para violência intrafamiliar, violência de gênero e violência institucional. Trabalhos duplicados também foram excluídos da seleção. O acesso às publicações auxiliou no aprofundamento da temática e no direcionamento do corpo da discussão dentre as dimensões que surgiram a partir das entrevistas. Contudo, foram acessadas outras publicações para complementar à discussão, pois nem todas as temáticas estavam contempladas dentre os artigos selecionados durante a pesquisa bibliográfica.

Duas outras fontes foram, ainda, utilizadas: o Diagnóstico Situacional Participativo e os Diários Reflexivos. O primeiro foi produzido como parte das atividades da Residência e foi elaborado, pela equipe multiprofissional de residentes. A produção do Diagnóstico Situacional ocorreu primeira Unidade de Aprendizagem da formação e tem como propósito compreender e aprofundar o cenário de atuação dos residentes, isto é, a UBS e o território em que se localiza.

No âmbito do processo pedagógico, nos dedicamos a realizar mensalmente “Diários Reflexivos” (DR)³⁸ nos quais são anotadas impressões do cotidiano de trabalho, questões relevantes e estudos de caso, problematizações sobre o campo de práticas e aprendizados. Essas observações de caráter etnográfico auxiliaram no registro das experiências vividas entre profissionais, usuários e população e das interpretações atribuídas pelo autor aos ocorridos, ajudando na construção de significados. Os Diários, individuais, constituem uma parte importante na formação e auxiliam a compreensão das relações no campo de pesquisa (OLIVEIRA et. al., 2013). Essas condições permitiram um conhecimento prévio de questões que delimitaram nosso objeto de pesquisa.

A pesquisa e o caminhar na prática

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas com profissionais, gestores e apoiadores que atuam na unidade de saúde na qual os residentes estão inseridos. Foram elaborados dois roteiros, sendo um para os profissionais técnicos e outro direcionado aos gestores.

Partiu-se do entendimento de que a entrevista provoca um diálogo com foco no processo de reflexividade, em que tanto o pesquisador quanto o pesquisado são responsáveis pela co-construção de uma narrativa (MINAYO, GUERREIRO, 2014). Ao todo, 16 entrevistas foram realizadas no mês de dezembro de 2016, sendo 14 com profissionais de saúde e 02 com gestores. Os nomes fictícios dos entrevistados foram escolhidos de acordo com a sua categoria profissional, seguido de uma letra do alfabeto (Ex: enfermeiro X).

As entrevistas tiveram como tema principal “As implicações da violência urbana sobre os processos de trabalho na ESF” e duraram em média 30 minutos com

38 Para saber mais sobre a ferramenta pedagógica - Diário Reflexivo veja o Capítulo 4: “Ferramentas pedagógicas no processo formativo na residência multiprofissional em saúde da família”.

os profissionais, e 60 minutos com os gestores. A maior parte das entrevistas aconteceu na própria UBS em salas fechadas, nas datas e horários definidos pelo entrevistado. Os diálogos foram transcritos e categorizados e, a seguir, foi realizada análise de conteúdo que orientou a sistematização das categorias e unidades de análise (GRAWITZ, 1990).

Correlações entre violência e saúde: principais implicações

Ao tratar da temática da violência é recorrente, entre os trabalhos científicos, afirmar que o conceito é polissêmico e controverso. Diferentes enfoques são abordados para discutir o assunto. Tendo em vista a que as UBS se localizam em territórios com diferentes características e perfis socioeconômicos importa assinalar as implicações e os efeitos da violência em decorrência dos conflitos armados para o campo da saúde pública, especialmente para a implementação da ESF. A rotina de trabalho na atenção primária confronta os profissionais de saúde e usuários, diariamente, com diferentes tipos de violência.

Silva (2016) elaborou revisão bibliográfica sobre a temática da atuação da ESF frente às violências e forneceu insumos para outros trabalhos. A autora apresenta uma sistematização das principais publicações de artigos científicos, dos últimos dez anos, que discutem a temática. Entre essas publicações destaca-se a da Organização Mundial da Saúde (OMS). No Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde (RMSVS) de 2002, violência é assim definida:

O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (KRUG et al., 2002: 5).

Esse conceito da OMS pode tornar-se frágil quando questionado o uso da palavra “intencional”, já que o agressor não necessariamente precisa ter consciência do seu ato violento para que o sofrimento causado seja sentido pela pessoa ou comunidade agredida/oprimida. Dentre os autores que estudam o fenômeno da violência há uma heterogeneidade nas terminologias para descrever fenômenos associados à violência, tornando algumas vagas e difusas.

Silva (2016) chama atenção que os termos em comum: “violência como crime ou delinquência”, “violência do tráfico”, “violência armada”, “violência

social”, “violência comunitária” são usados para descrever e conceituar formas de expressão de violência urbana, isto é, que ocorrem em áreas urbanas e em decorrência de algumas características. Optamos em adotar o termo “violência urbana”, mesmo sabendo de suas limitações. Há diferentes expressões da violência, seja em território urbano ou não, mas o termo violência urbana tende a circunscrever um tipo de violência que ocorre em territórios urbanos, marcados por maiores desigualdades socioeconômicas e, em geral, em cidades com elevada densidade populacional, com baixa cobertura de infraestrutura e ausência de políticas públicas habitacionais e de transporte. A “violência urbana” estaria, portanto, associada ao contexto geral de insegurança percebido com maior contundência em espaços sociais urbanos segregados e segregadores. Portanto, não se trata de negar as diferentes manifestações da violência em territórios não urbanos e suas populações, mas sim de reconhecer especificidades de determinados espaços que constroem certos grupos sociais, como aqueles que residem em favelas e estão mais expostos aos conflitos armados. Assim, a denominação violência urbana engloba um conjunto de práticas violentas, entre as quais aquelas produzidas em confrontos armados decorrentes do combate ao tráfico de drogas.

Como destacado, há duas décadas, por Minayo & Souza (1998: 10), a discussão sobre a violência requer uma abordagem multidisciplinar e não se restringe ao campo da saúde: É no âmbito dessas questões que trabalhamos o objeto “Violência e seu impacto na saúde”, articulando saberes de várias disciplinas, contribuições de vários campos profissionais, com a certeza de que apenas uma abordagem intersetorial e interdisciplinar consegue abranger a problemática em questão (MINAYO, SOUZA, 1998: 10).

No âmbito dos estudos sobre violência em áreas urbanas, Carrion (2008) aponta a necessidade de investimentos em políticas públicas e de seguridade cidadã para que se possa alcançar uma mudança no cenário das cidades e de violência que as mesmas apresentam, considerando que as cidades são espaços de disputas de interesses controversos e por isso há necessidade da participação popular na tomada de decisões. Isso remete à importância de atuação e ocupação em espaços de macro e micro políticas, no intuito de reforçar a participação da sociedade nas decisões públicas.

Compreende-se, então, que os espaços urbanos estão impregnados de diversas violências, sendo esse fenômeno não só um problema urbano isolado, mas um evento que reverbera e impacta diversos setores e as relações em sociedade. No caso das políticas de segurança (ou contra a violência), Silva & Silva (2012) destacam características do novo modelo de segurança pública: estratégia político-militar, retomada do controle social, político, econômico e cultural dos territórios considerado como “classes perigosas” e que, portanto, deveriam ser civilizados e pacificados. Por este motivo, as diferenças de abordagem dos policiais em relação ao território aparecem como dois aspectos interligados e corroboram a imagem de “lugares pobres” como “lugares inseguros”.

Não basta apenas quantificar os mortos, feridos, agressores e gastos sem uma contextualização histórica, social, política e econômica que, inclusive, influenciam na conceituação do próprio termo violência (MINAYO, 2005). Por exemplo, segundo a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (BRASIL, 2005), a distribuição dos casos de homicídios não se dá de modo homogêneo pelo território e pela sociedade, incidindo mais em homens jovens e negros nos centros urbanos.

As diferentes expressões e implicações da violência, trazem impactos sobre a política da Estratégia Saúde da Família. Se a política se expande e passa a alcançar populações antes desassistidas, a violência consegue criar diversas barreiras. Especialmente as visitas domiciliares (VDs) e o trabalho dos ACSs são atividades diretamente prejudicados em territórios violentos.

Na visita, os profissionais têm o potencial de conhecer o ambiente de moradia dos pacientes, conhecer os agravos que acometem a comunidade, prestar alguns tipos de cuidados às pessoas acamadas e/ou restritas ao leito e retornar à comunidade com propostas educativas que ajudem a combater alguns problemas locais. O papel do ACS é fundamental na relação entre a equipe de saúde e o território, ajudando muitas vezes na prevenção e reabilitação dos agravos na saúde (LIMA, SILVA, BOUSSO, 2010).

3. Compartilhando possíveis caminhos e estratégias para produzir cuidado em um contexto de relações violentas

3.1. Saúde do Trabalhador: um estado de alerta

A sobrecarga de trabalho, leva a condições exaustivas, trazendo consequências para a saúde dos trabalhadores, homens e mulheres, neste setor onde os níveis de estresse e cansaço se exacerbam, sobretudo em lugares onde a população atendida por cada equipe de saúde da família ultrapassa os limites preconizados pelo Ministério da Saúde (KATSURAYAMA et al., 2013). No caso dos profissionais que trabalham e residem em áreas sob confronto armado, essas condições geram um frequente estado de alerta dos profissionais, o que contribui para o agravamento da saúde mental.

(...) eu percebo que a violência coloca a gente numa situação de tensão constante (...) você não sabe se o território vai continuar do mesmo jeito que estava quando você chegou, então é como se você tivesse o tempo todo no fio da navalha, você não sabe como vai terminar o dia (...)

(Gestor K)

Segundo Prata e coautores (2017), em estudo realizado em Unidades da ESF em duas localidades do Município do Rio de Janeiro, a aflição e a angústia são sentimentos recorrentes, entre os profissionais da Estratégia. Porém, para os que trabalham e residem no território há diferentes graus de exposição às violências e às desigualdades. Essas diferenças são traduzidas tanto entre os profissionais em termos de formação e hierarquias ocupacionais, mas sobretudo em relação ao território. Residir e morar no território em conflito significa estar duplamente exposto aos agravos de saúde (no local de residência ou no de trabalho).

Para os profissionais entrevistados e aqueles com quem se conviveu na Clínica, a ESF traz uma contradição que se evidencia nesses territórios. Num espaço que se propõe a cuidar, uma relação interprofissional cuidadosa se faz fundamental, sobretudo quando imersa em contexto de maior exposição à violência. Como demonstra o trecho a seguir:

(...) uma coisa que a gente mais leu sobre, que a gente refletiu em cima,

foi a questão que eu só consigo cuidar do outro quando eu me sinto cuidado, e a gente não está se sentindo cuidado (...) nenhum de nós se sente cuidado nesse momento(...) (Médico C)

Diante do sofrimento notório, algumas estratégias são traçadas com intuito de provocar reflexos e retorno positivo à saúde. Vimos surgir um espaço na UBS, denominado de “Cuidando do Cuidador”, como uma possível estratégia para enfrentar o sofrimento profissional. Pensado pela Coordenação de Área Programática, o grupo foi organizado por profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) para criar encontros favoráveis ao relaxamento e diversão.

A prática de “cuidar do cuidador” foi objeto de reflexão nas entrevistas. Para aqueles que deram entrevista, não fica claro o papel do empregador como responsável pela saúde do seu empregado. Depreende-se das narrativas, uma ambivalência sobre esta responsabilidade que ora recai sobre o empregador, ora para esferas governamentais. O apoio institucional, quando se trata da saúde do trabalhador no âmbito do Rio de Janeiro, onde existem contratações via Organizações Sociais de Saúde (OSS) para o trabalho em equipamentos públicos, se confunde: o cuidado é de responsabilidade do empregador (que tem um contrato com a prefeitura) ou seria responsabilidade da própria prefeitura?

Para além da vasta literatura sobre a sociologia do trabalho e sua interface com a área da saúde (MARQUES, 2012; KÓVACS, 2012), importa assinalar que no caso estudado, as contradições a respeito da saúde do trabalhador são contundentes. O contrato de trabalho, resultante da expansão da ESF mediante OSS (como é o caso do município do Rio de Janeiro) viabiliza relações trabalhistas que podem tornar os profissionais das UBS mais expostos à perda de direitos e à instabilidade laboral. Além da violência urbana intrínseca à condição de moradores (no caso dos ACS), a saúde do profissional é, por um lado, de responsabilidade das relações entre os trabalhadores (cuidando-se mutuamente), mas também de responsabilidade da gestão e os modelos que essa pode adotar. A redução das políticas de proteção social, somada às medidas em curso na gestão das políticas de saúde na cidade do Rio de Janeiro, resultaram, entre outros aspectos, em reformas e medidas que impactaram diretamente as formas de emprego e condições de trabalho dos profissionais da ESF.

Em síntese, a violência urbana interfere nas condições de trabalho dos profissionais da UBS e traz implicações severas sobre a saúde dos trabalhadores, em especial dos ACS, ao mesmo tempo em que a política de saúde do trabalhador se revela insuficiente ou inexistente frente à dinâmica das relações contratuais.

3.2. Formação profissional como prática de enfrentamento

As instituições formadoras, tanto em nível de graduação, como de especialização vêm sendo tensionadas a realizar transformações nos seus processos formativos. Tais mudanças são vistas como primordiais diante das disparidades encontradas entre a academia e os campos de atuação dos profissionais de saúde, como por exemplo, nas UBS, onde as condições sociais se apresentam de forma bastante peculiares e muitas das vezes exigem “conhecimentos” não discutidos em processos formativos acadêmicos.

Silva (2016) reforça o desgaste, o medo, a frustração e os sentimentos correlatos entre os profissionais de saúde. A falta de recursos para lidar com o cotidiano de violências é identificada e resulta de diversos fatores. Desde a formação profissional, na grande maioria centrada num modelo biomédico, até a falta de uma rede intersetorial de apoio.

A formação profissional, portanto, é um possível caminho para novas alternativas no que tange a interação do tema da violência urbana com o da saúde e sobre esse aspecto, muitos profissionais valorizam o campo de prática em UBS como cenário de aprendizado, tendo um caráter pedagógico. Ao discutir a violência e o contexto das favelas torna-se possível uma ampliação de visões no processo de formação. O trecho abaixo revela a dicotomia vivida por um dos médicos, também exercendo o papel de preceptor de residentes:

Eu acho que tem uma coisa que pra mim, gera uma reflexão muito grande, que é a questão de quanto que o espaço de aprendizado é comprometido em um cenário de violência tão grande, e o quanto que é enriquecido por ela também. (Médico C)

Apesar de reconhecer que em contexto de violência há prejuízos pedagógicos, é reconhecido que esse contexto também traz um novo olhar de aprendizagem sobre

o território e um acúmulo de experiência profissional. Ainda é perceptível que se tratando do Rio de Janeiro, o trecho da entrevista acima nos leva a compreensão que seria difícil encontrar um cenário de prática ideal para o processo de aprendizagem. Logo, essas árduas experiências também carregam em si um ensinamento. Sob esse aspecto, a formação para atuação em contextos sociais complexos transcende os saberes biomédicos e requer a incorporação de recursos das ciências humanas no sentido de ampliar o conhecimento sobre a relação entre os aspectos biológicos e sociais. Em outras palavras, os efeitos da violência urbana sobre os usuários dos serviços e profissionais torna-se uma questão relevante que atravessa as práticas de cuidado e as relações de formação profissional.

3.3. A experiência do “Acesso Mais Seguro” e suas implicações para o processo de trabalho

A necessidade de uma ferramenta, que pudesse dar respaldo e orientações aos funcionários da UBS, fez aquecer a discussão em torno do já citado “Acesso Mais Seguro” (AMS), conhecido pelos profissionais como “Acesso Seguro” ou até abreviado apenas para “Acesso”. A experiência com essa nova ferramenta foi um processo de amadurecimento em meio a situações de conflitos.

Desenvolvido há uma década (2009), pela Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV) da Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, junto com o Comitê Internacional da Cruz Vermelha (CICV), o AMS visa identificar os riscos aos quais os profissionais de uma UBS estão expostos em territórios violentos, estabelecendo condutas de prevenção aos possíveis incidentes de segurança, reduzindo as suas consequências (CICV, 2013).

Por meio de um Plano Local, uma comissão paritária entre profissionais de uma UBS (representantes de todas as categorias) constrói um protocolo de segurança que tenta determinar sinais do território que possam apontar situações de risco. Esse Plano Local é pensado de forma peculiar para cada território, de acordo com aspectos que possam identificar, na área, riscos iminentes de acidentes de segurança.

Elaborado este Plano Local, diariamente a comissão do AMS se reúne e, por meio de sinais representados por cores (Verde, Amarelo e Vermelho), determina quais atividades poderão ser realizadas naquele dia na UBS, respeitando os critérios estabelecidos anteriormente.

Grosso modo, e na tentativa de exemplificar, o sinal “Verde” considera o risco baixo (em dias considerados “normais”) e permite livre acesso ao território (atendimentos, visitas domiciliares e atividades externas). O sinal “Amarelo” caracteriza o risco médio (instabilidade visível no território) e as atividades fora da UBS são suspensas por precaução. Já o sinal “Vermelho” indica o risco alto segundo os critérios definidos caracterizando uma alta probabilidade de ocorrência de situações de perigo no território. Nesse último caso a comissão do AMS se reúne, avalia e comunica o fechamento da unidade aos profissionais, aos níveis de gestão acima e, quando possível, aos líderes comunitários ou instituições para que repassem a informação à comunidade, como uma rádio local, por exemplo (CICV, 2013).

Além dos sinais, o protocolo de ações pensado pela comissão leva em consideração estratégias de prevenção de exposição ao risco: como evitar o uso do celular em atividades no território; andar sempre identificado com crachá e vestindo jaleco quando estiver em incursão na área; identificar lugares na Unidade que possam servir de abrigo em momentos de conflitos armados mais intensos, etc. Porém, ainda assim, essas estratégias não garantem (e nem podem garantir) que imprevistos desastrosos aconteçam.

A comissão que foi acompanhada durante o período de trabalho da pesquisa, se organiza de maneira paritária composta por um profissional representante de cada categoria, mais o gestor local ou responsável técnico, sendo os ACS a única categoria com mais de um representante, já que este é morador local do território e pode contribuir de forma mais qualificada aos sinais da rotina local.

Nas entrevistas realizadas (com integrantes e não integrantes da comissão) sobre o AMS identificam-se controvérsias. Uma parte relatou se sentir mais segura com as determinações do AMS. A grande maioria, porém, destacou o fato de que o AMS não tem como garantir uma segurança fidedigna. Porém é uma estratégia fundamental, para respaldar os profissionais e o gestor local (na medida em que se toma decisões colegiadas). As principais situações ocorrem devido à impossibilidade de acessar a UBS, ou quando a mesma precisar fechar devido aos conflitos armados. Assim descreve um ACS:

O “Acesso” para mim foi essencial né (...) Foi muito importante essa criação do “Acesso”, porque antes a gente não sabia muito o que fazer,

saia tiro a gente ia pra rua e meio que era cada um por si, cada um fazia as coisas a seu modo, cada um fazia a coisa do seu jeito e hoje em dia não. Com o Acesso Mais Seguro a gente tem que seguir a decisão do “Acesso”, porque é a decisão mais segura para todos (...) Mas o “Acesso” foi essencial, eu acho que ajudou e muito no nosso trabalho. (ACS D)

O plano de segurança construído pelas próprias equipes fornece aos profissionais maior liberdade de intervir e reduzir incidentes sobre seus próprios trabalhos, uma vez que essa construção é coletiva e dinâmica, fundamentada na realidade territorial (SILVA, 2016).

Segundo a cartilha “Para Construir um Acesso Mais Seguro” (2013), o serviço de análise do território e discussão para tomada de decisões feita pela comissão deverá seguir alguns princípios: imparcialidade, postura neutra e sigilo. Isso explica o fato da reunião da comissão acontecer de “portas fechadas”, apenas com a presença dos membros que a compõem. A decisão é soberana e deverá ser respeitada por todos os profissionais, incluindo os gestores locais e regionais (CICV, 2013).

Mas nem sempre foi assim. Alguns relatam que no início do processo, nem a própria comissão tinha domínio da ferramenta. Essa fragilidade despertava uma desconfiança entre os profissionais e até mesmo da gestão. Com o tempo, discussões e capacitações foram sendo realizadas na perspectiva de amadurecimento e apropriação dessa metodologia. O respeito pela seriedade do trabalho da comissão foi sendo construído com o tempo e com esforços dos membros. Vale ressaltar que esse processo só foi possível devido à sensibilidade da gestão local à questão da violência, seja considerando que todo espaço de capacitação, discussão e formação eram válidos de serem ocupados pelos profissionais da UBS, seja demonstrando que a comissão tinha total autonomia para a tomada de decisões. Como pode ser ratificado no trecho abaixo:

(...) então isso não recai a responsabilidade de decidir, o que fazer, não recai sobre o gerente, ou sobre o responsável técnico, tem uma equipe responsabilizada, e com empoderamento para agir sobre. Eu acho que isso é muito importante (Médico C).

Ao relatar sobre sua experiência com o AMS, Silva (2016) cita que ao avaliar os riscos diariamente alguns profissionais mostram um aumento do medo deixando-os mais tensos. Porém, os “achados” da pesquisa vão ao encontro do fato relatado pela autora. Em algumas entrevistas com profissionais que ocupam a comissão do AMS, percebemos que há um sentimento de solidariedade e coletividade entre os membros. Embora haja discordâncias e por vezes pequenos atritos, há um sentimento de apoio mútuo onde estar discutindo aquilo é uma forma de “colocar pra fora” as angústias. A discussão sobre as inseguranças, medos, aflições etc, construiu uma rede de apoio entre os profissionais como pode ser depreendido a seguir:

Quando a gente discute junto, a gente consegue pensar ideias melhores, por muitas vezes a gente ponderou que seria melhor colocar um acesso amarelo mesmo sem indicações pelo protocolo que a gente tem, por avaliar que a iminência estava um pouco maior... E a gente consegue tomar algumas decisões coletivas que eu acho interessantes. Eu vejo o acesso como um grupo amadurecido (Médico C).

Nas entrevistas percebe-se que apesar de todos profissionais reconhecerem a importância da ferramenta do AMS, há alguns pontos de tensão entre os profissionais, seja na discordância de alguns posicionamentos adotados pela comissão, seja por desgaste do estresse e do dia-a-dia ou algumas interpretações distorcidas sobre o uso da ferramenta. Houve relatos de profissionais que declararam usar os sinais do acesso como parâmetro, porém seguiam uma avaliação própria, assumindo os riscos.

Contudo, chamou a atenção o fato das controvérsias se destacarem como um grande empecilho na construção diária das atividades e na tomada de decisão da comissão. O desgaste entre os profissionais chegou a ser citado como a parte mais difícil de fazer parte dessa comissão, que está em constante discussão a respeito da violência e, também, na tensão de se sentir responsável por uma decisão que envolve a segurança profissional e, portanto, a vida. Momentos mais tensos de operações policiais e/ou conflitos armados, discussões online fora do horário de serviço aparecem como momentos difíceis:

Nesses momentos que você pensa em sair do “Acesso”. Só que na minha equipe ninguém quis ficar no “Acesso”. Aí você é obrigada a continuar, mas é nesse momento que você pensa em sair. Acho eu que todo mundo que tá no “Acesso” pensa em sair. Eu acho que o “Acesso” as vezes me irrita mais do que o tiroteio. (ACS X).

Outros entraves entre os profissionais e a população que também envolvem as decisões e discussão da comissão, foram destacados pelos entrevistados. Se está no sinal “amarelo” e as atividades externas à UBS estão suspensas, os profissionais podem sair para almoçar no território? E os ACSs que moram ali? E se for proibido almoçar no território, estamos desconsiderando que ao finalizar o serviço o ACS irá ter que entrar no território para ir para casa estando também exposto? Todos esses questionamentos continuam sendo uma incógnita.

Apesar da maioria conseguir reconhecer os avanços já alcançados, há a percepção de que é um processo cansativo que gera (e gerou) alguns desgastes. Por isso, a presença de mediadores externos e uma Coordenação de Área Programática mais presente é fundamental nas reavaliações e no processo de amadurecimento do AMS.

Sem dúvida a ferramenta do Acesso Mais Seguro coloca a violência na pauta no cotidiano e nas discussões dos profissionais de saúde. Porém, ainda há pouca produção científica para compartilhar outras experiências, estudar e avaliar processos e impactos que possam contribuir nas reflexões a respeito. No entanto, apesar de importante e potente, não se pode reduzir o embate da violência e a implicação do setor saúde apenas a multiplicação dessa metodologia.

3.4. Ainda assim muita coisa fica em aberto: reinvenção do processo de trabalho

Em um cenário violento cabe indagar, além das estratégias e possibilidades já elencadas, que outras podem ser utilizadas por essas equipes, tanto no sentido de fortalecimento da ESF, quanto no de viabilizar o trabalho no território. Dito de outro modo, possibilitando que o cuidado seja prestado e que as equipes acessem e possam ser acessadas. Como se fortalecer para que a reinvenção se faça a cada momento de encontro com as questões que emergem no cotidiano do trabalho? Tal faceta é percebida entre os profissionais entrevistados, que localizam a importância do seu

trabalho para a comunidade, reconhecendo também a dificuldade em “resolver” as questões que surgem no cotidiano, não só pela complexidade apresentada, mas pela ausência de cuidado que o território enfrentou:

(...) a gente tem que aprender a perceber o quanto que a violência influencia na saúde, como o bem estar subjetivo, né. O quão que a presença da violência e todo o sofrimento que ela gera e traz em si (...) que acho que ninguém é, não existe violência a troco de nada, né, violência é uma resposta a outras violências que também são praticadas diariamente, com boa parte da população, assim, e a gente entender isso, eu acho que já começa a ser uma forma importante de lidar com isso na ótica da saúde (Médico C).

Frente a tal percepção, é posto um desafio para a equipe de saúde da família que está presente nesse território: como se reinventar? Como reinventar a clínica para dar conta das demandas que chegam na sua porta? Desafiador não só pela complexidade que se é colocada, mas pela dificuldade de elencar ferramentas que se adequem.

Por mais que a ESF se coloque como modelo de ruptura, ainda temos uma formação e uma prática voltada para o modelo biomédico. A prática cotidiana nos convoca então para reinvenção, se dando de forma empírica, por meio das experiências e trocas com profissionais e usuários. A rotina passa a ser base para o processo de aprendizagem e ferramenta para agir frente à violência:

(...) então estamos estimulando os próprios usuários a ter uma atitude assim, de agir, de agente de saúde mesmo, de orientar, de pedir, às vezes eles vem aqui “ó fulano de tal tá passando muito mal, tem como ir lá?”, “ah, fulano de tal está grávida... pedi para ela vir aqui, ela veio aqui?”. Então tomando determinados tipos de atitude, mas peca muito porque, assim, a gente fica muito preso a alguns tipos de cuidados muito na área biomédica (Enfermeiro G)

Nos trechos das entrevistas destacados, algumas alternativas são utilizadas para possibilitar o acesso da equipe ao usuário, e do usuário à equipe (mesmo nos momentos de impossibilidade de acessar o território). São exemplos dessas alternativas: uma compreensão mais ampla da violência, em termos individuais e coletivos; o estímulo para que os moradores desenvolvam uma rede de cuidados na

vizinhança e acionem a UBS sempre que necessário e a problematização dos cuidados biomédicos. É apontado, também, o uso de telefone celular, sendo importante a atualização constante dos dados dos usuários, para que esse canal seja possível.

Para enfrentar dificuldades apresentadas, outros estudos relatam desafios similares. Kanno e coautores (2012: 891) destacam que os profissionais buscam “especialmente nas atividades desenvolvidas coletivamente, troca de experiências, conhecimentos e apoio compartilhado”. A pesquisa também identificou esse aspecto, como transcrito de um dos depoimentos:

Eu acho que a gente tem contribuído é com os grupos, que têm sido criados para o próprio território. Acho que grupos de terapia que tem sido feito, grupos de artesanato, acho que um grupo que aqui na nossa clínica que é muito bom que é o grupo da caminhada. Tipo assim, para as pessoas mesmo [quer] sair um pouco de casa, sair um pouco daquela área de conflito, entendeu? Distrair um pouco mais a mente em outras questões, porque não necessariamente a saúde vai estar dentro do consultório sendo atendida. Não vai ser tratado sua saúde só ali. A gente vai tentar de todo alguma forma como as vezes não necessariamente só o remédio da hipertensão vai surtir efeito (...) Acho que isso tem ajudado bastante. (ACS W, grifos nossos).

Existe a valorização e o reconhecimento de espaços coletivos na UBS, mas na visão de alguns entrevistados as ações coletivas precisam de mais investimento, sendo assim ampliadas. Já que não se consegue, efetivamente, estar no território, que esses espaços sejam garantidos, e para tal é apontada a necessidade de que se fomente nos profissionais desejo e ferramentas para implementar tais práticas, algo que é pontuado também em outros estudos (BUDÓ et al., 2007; KANNO, BELLODI, TESS, 2012).

Tais espaços coletivos são vistos então como uma abertura do diálogo junto à população, trazendo os mesmos para a participação na construção do seu cuidado. O diálogo é colocado como um caminho que possibilite a aproximação da UBS com o território. A disponibilidade dos profissionais para o encontro com o outro tem sido visto como um caminho para o fortalecimento da ESF: “Acho que só na base do diálogo, da presença, do que que a gente está fazendo, só que a violência nos tira uma das coisas primordiais, que é a presença. (Enfermeiro G)”

Teixeira (2003) concebe o que a postura de acolhimento produz, e o que o profissional no encontro com o usuário e no contexto da ESF, com a comunidade, pode vir a produzir. O “acolhimento” então, na perspectiva da UBS utilizada como campo, tem sido uma potente estratégia – tanto entre profissionais, quanto no contato destes com o usuário – no enfrentamento cotidiano. Eis então o que temos a arte do diálogo não pode ser construído apenas na homogeneidade. Há potencialidade nas divergências e na diversidade.

A construção compartilhada das terapêuticas considera a complexidade que se apresenta, sendo elaborada tanto para os serviços de saúde e as equipes, quanto para a ação intersetorial, integrando o usuário (que é foco da ação). Nesse contexto, segundo a cartilha de Clínica Ampliada e Compartilhada, do Ministério da Saúde: “se aposta que aprender a fazer algo de forma compartilhada é infinitamente mais potente do que insistir em uma abordagem pontual e individual” (BRASIL, 2009:15).

Essas questões apontam para uma prática promotora de autonomia por meio de diálogos menos infantilizantes e menos produtores de medos. Ações de saúde em uma noção ampliada, buscando realizar parcerias com coletivos, sempre atento a não reprodução de uma prática que impõe à submissão por meio de uma postura opressora, potencializa a construção de um cuidado compartilhado, promovendo espaços de diálogo onde usuários e trabalhadores tornam-se engrenagens ativas na produção de saúde: uma saúde que promove à autonomia e, diminuindo a culpabilização, num cuidado que seja corresponsável (BRASIL, 2009).

3.5. Tensionar a rede: aproximando e construindo junto

A gente tem se encontrado bem menos, até dentro de casa. Porque a violência acaba fazendo isso, afastando até as pessoas dentro da sua casa. (ACS X)

O contrário da violência não é a não-violência, é a cidadania e a valorização da vida humana em geral e de cada indivíduo no contexto de seu grupo” (MINAYO; SOUZA, 1998). Até aqui já é notório a valorização e busca para que, não só os profissionais estejam abertos para o encontro com o outro, mas na tentativa de ampliar espaços que possibilitem que a própria comunidade se escute. Nesse

impulso, surge então a possibilidade de construção de espaços coletivos para que não só haja um encontro entre profissional e usuário, mas para que a própria comunidade possa criá-los. Mais do que o caminho para a construção de uma rede de apoio trata-se do exercício da cidadania no espaço da unidade de saúde.

O desafio foi lançado: como construir espaços coletivos, onde as demandas comunitárias sejam reconhecidas e adequadas pelas equipes? Dentro do cenário atual, a aproximação e o fortalecimento da rede de apoio e de escuta dependem da interação com os dispositivos do território, a comunicação e os encontros de lideranças comunitárias, para que sejam parceiras da UBS, atores no enfrentamento das dificuldades que surgem frente ao cenário de violência urbana (MATTOS, 2004).

É urgente e necessário refletir sobre a aproximação dos serviços institucionais. Um diálogo permanente que alinhe informações no sentido de tornarem claras, umas às outras, a forma de funcionamento em seu interior, os processos de trabalho e o que estão preparados a atender. Assim, são propostas ações conjuntas com vistas às necessidades levantadas nos territórios aos quais prestam algum tipo de serviço. Reconhece-se que ações isoladas fragmentam a resolutividade. Direcionar questões para um único setor como o grande solucionador dos problemas, que surgem nos territórios fragilizam o cuidado, como bem notado pelos entrevistados:

Eu acho que a gente tem muito a contribuir com a nossa vivência, com o conhecimento mesmo da comunidade e tudo que tem gerado. Mas eu acho que quem tá lá em cima tem que repensar o peso que tá se ganhando na saúde nisso, quando na verdade esse peso não deveria ser nosso. (Gestor V)

(...) se você consegue, além da saúde chegar lá sei lá esporte, lazer, educação, contra-turno para que aquelas crianças tenham outras possibilidades de vida pra além dessa né do tráfico, do subemprego a gente podia mudar a realidade, porque seria diferente (...) isso de fato produziria mudança se a gente conseguisse levar pra essa população a saúde nessa perspectiva de não oferta de serviço, mas oferta de informação de pensar pra além daquela coisa ali imediata (...) (Gestor K)

Interessante perceber que aspectos estabelecidos por via de uma carta que data de 1978, a Carta de Alma-Ata, ainda é um desafio no cotidiano das equipes. Nela foi trazido que todos os setores da sociedade, e não só o setor saúde, devem se unir para garantir a saúde das populações. Apontou ainda para as responsabilidades dos governos frente às necessidades de saúde de suas populações. Ainda que se atente para os cuidados primários de saúde, é importante sublinhar: “a necessidade de união com outros setores que não só a saúde – intersetorialidade; preveem a participação comunitária no planejamento, organização e controle dos cuidados primários; requerem apoio de sistemas integrados; trabalho da equipe de saúde e da comunidade” (SOUZA, BOTAZZO, 2013: 401-402).

Diante do cenário de violência ainda se percebe o quão frustrante podem ser as tentativas de integração com outros setores e instituições, dificultando o estabelecimento de uma rede de atenção que seja integrada e voltada para à prestação do cuidado dos territórios.

São apontados aproximações e distanciamentos que aconteceram entre a Unidade de Saúde e outros equipamentos, tanto quanto aspectos, antes fortes e que hoje se mostram “afrouxados”, evidenciando que o território e as relações entre equipamentos são dinâmicos, e, também, sofrem os impactos da violência.

Assim como a população tende a certo afastamento entre seus iguais, os equipamentos com suas demandas cotidianas, pressão e aumento do sofrimento, se voltam para o próprio trabalho, enfraquecendo a rede de relações. Cabe a todos estar disposto para aproximar e fortalecer essa rede, pois dela também vem o fortalecimento do trabalho na área da saúde.

Construir a rede de cuidados significa a produção de vínculos profissionais/institucionais o que se viabiliza por intermédio das relações sociais e dos encontros. Como lembrado, por Minayo e Souza (1998: 529): “O esforço interdisciplinar ganha sentido no terreno prático, onde os profissionais de saúde possam somar colaborações interinstitucionais e intersetoriais e buscar apoio da sociedade civil”. Ao somar tais colaborações, criando parcerias existe a possibilidade de abertura para um leque de intervenções onde o produto final é entregue à população, que tem o território por vezes esvaziado de recursos e atenção.

As ações coletivas promovidas pela saúde precisam pensar em se integrar com outros setores como educação, assistência social – no território por meio do

Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS) e do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e de entidades filantrópicas – da justiça, da segurança pública, das esferas governamentais e trazer sempre para a construção os movimentos sociais e comunitários. (MINAYO, SOUZA, 1998). A atenção primária, nesse contexto, pode se fazer disparador para o tensionamento da rede, visibilizando o território na rede de atenção à saúde.

4. Conclusões

Como descrito e analisado ao longo deste trabalho, a violência urbana, presente no território, em muito interfere na rotina dos profissionais, especialmente dos ACS (vida privada, familiar e profissional), bem como nos processos de trabalho da ESF como um todo. A oferta de serviço, que já apresenta problemas em diferentes aspectos, torna-se uma das mais afetadas, o que gera uma barreira de acesso. É consenso entre os profissionais entrevistados que a violência permeia os fluxos da UBS, dificultando a organização do serviço, bem como as relações interprofissionais e profissional-usuário.

A prática dos ACS e a concepção da ESF traz uma contradição que se torna evidente nos contextos de “insegurança urbana”: por um lado, o ACS foi concebido como agente imprescindível entre o dispositivo de saúde e o território, mas por outro lado, esse território torna-se uma “barreira” para a consecução do trabalho da ESF.

A exposição recorrente à violência urbana foi apontada pelos profissionais como um disparador de seus processos de sofrimento e adoecimento. Os mesmos localizam uma sensação de não se sentirem cuidados, tanto por meio de estratégias institucionais quanto no desenvolvimento do acolhimento da própria equipe, no olhar e no cuidado de um com o outro. Tal “vazio” é localizado de forma reflexiva, onde o próprio profissional não identifica que pode ele também criar posturas de acolhimento nas equipes. O sentir-se cuidado surge como fator central no desenvolvimento de habilidades para cuidar do outro: “só posso cuidar quando me sinto cuidado”.

Ainda que não tratado diretamente nos tópicos anteriores, é importante ressaltar que NASF local é visto não somente como possível apoiador, mas como uma equipe profissional também exposta e imersa nesse sofrimento. Tal percepção é apresentada tanto pela gestão que realiza tensionamentos para que estratégias de cuidado contemplem

a todos, quanto pelos profissionais da UBS. A iniciativa de criar um espaço quinzenal de “cuidado com o cuidador”, desenvolvido por outras equipes NASF, apresentou-se como um espaço potente para a promoção da saúde do trabalhador.

Outras estratégias que visam ajudar na organização do serviço surgiram. O uso da ferramenta do “Acesso Mais Seguro” ajudou a introduzir uma discussão diária sobre a violência e sua relação com os serviços de saúde. Apesar de importante, é uma ferramenta que se mostra ainda em construção, produzindo diferentes opiniões e percepções entre os profissionais. Torna-se necessário mais estudos científicos que possam compartilhar experiências e fazer avaliações sobre o AMS.

O processo de construção e amadurecimento dessa metodologia, que se apresenta como uma “ferramenta”, isto é, uma forma de lidar com a violência na UBS pesquisada, foi um grande destaque do trabalho de pesquisa então realizado. Porém, é importante ressaltar que a resposta do setor saúde não pode se resumir apenas na multiplicação desta metodologia, tendo em vista que essa foi apontada como “ferramenta” que possibilita o mínimo de proteção das equipes que desenvolvem suas ações em territórios violentos.

Existe a ampla percepção que a saúde precisa se aprofundar mais no que consiste a abordagem das populações que vivem nesses territórios, se apropriando de recursos que promovam o acolhimento, não só dos usuários atendidos, mas do corpo de trabalhadores que sustenta a ESF.

Implicar outros setores na discussão da violência, se aproximar de possíveis lideranças comunitárias e pensar coletivamente foi apontado como horizonte de possibilidades para o fortalecimento dessa política, apesar de todos os entraves. Também foi apresentada a necessidade de fomentar a participação de outros setores para que seja possível o compartilhamento tanto dos desafios quanto do “pensar junto”. O setor da educação apareceu como sendo um parceiro chave nesse processo.

Diante de todo o contexto apresentado percebe-se que o deslocamento do discurso para a ação se dá no “engravidar” das próprias práticas cotidianas em saúde. As atitudes praticadas para si e para com o outro podem ser o caminho para toda essa mudança, conjecturando que o planejamento se opere na prática. Para tal expressou-se ser fundamental nesta pesquisa, a necessidade do diálogo e a implicação dos profissionais no desenvolvimento de suas ações, em um fazer individual que rume para um fazer coletivo.

Referências

- ALMA ATA. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 1978.** Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em 07 de fev. de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Portaria MS/GM n.º 737 de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. DOU n.º 96, seção 1E de 18/5/01 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reducao_morbimortalidade_acidentes_2_ed>. Acesso em: 15 jul. 2016.
- BUDÓ, D; LOURDES, M. de; CARLISE, M.F; MACHADO, T.da S; RESSEL, L.B; BORGES, Z.N. Concepções de violência e práticas de cuidado dos usuários da estratégia de Saúde da Família: uma perspectiva cultural. **Texto & Contexto Enfermagem**, UFSC. Santa Catarina, v.16, n.3, p.511-519, 2007.
- CARRIÓN, F. **Violencia urbana: un asunto de ciudad.** 2008 (MIMO)
- COMITÊ INTERNACIONAL DA CRUZ VERMELHA. **Para construir um Acesso Mais Seguro:** guia para profissionais de saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: CICV, 2013.
- GRAWITZ, M. L'analyse de contenu. In: Madeleine Grawitz. **Méthodes de sciencessociales.** Huitièmeédition. PrécisDalloz: Paris, p. 693-730, 1990.
- KANNO, N.de P; BELLODI, P.L; TESS, B.H. Profissionais da Estratégia Saúde da Família diante de Demandas Médico-Sociais:dificuldades e estratégias de enfrentamento. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.4, p.884-894, 2012.
- KATSURAYAMA, M; PARENTE, R.C.P; MORAES, R.D.de; MORETTI-PIRES, R.O. Trabalho e sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família: uma perspectiva Dejouriana. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.4, p.414-419, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2013000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 de fev de 2017.
- KOVÁCS, I. Trabalho, emprego e organizações na era da globalização: controvérsias. In: F. B. Ribeiro, M. C. Silva e A.P. Marques (orgs). **Trabalho, técnicas e mundo. Perspectivas e debates.** Ed. Humus, p. 39-59.
- KRUG, E. G. et al. (orgs) **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.
- LIMA, A.N. de; SILVA, L; BOUSSO, R.Z. A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. **Saude soc.** São Paulo, v.19 n.4, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400015>
- MALTA, D.C; CASTRO, A. SILVA, M.M.A; MASCARENHAS, M.D.M; MORAIS MATTOS. R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1411-1416, 2004.
- MARQUES, A.P. Restituir a multidimensionalidade do mercado de trabalho: um “olhar” sociológico In: F. B. Ribeiro, M. C. Silva e A.P. Marques (orgs). **Trabalho, técnicas e mundo. Perspectivas e debates.** Ed. Humus, pp. 61-81.
- MINAYO, M.C.de S.; GUERRIERO, I.C.Z. Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1103-1112, Apr. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000401103&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 de dez. de 2016.
- MINAYO, M.C.de S. Violência: um velho-novo desafio para a atenção à saúde. **Revista brasileira de educação médica**; v.29, n.1, p.55-64, 2005. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd51/desafio.pdf>> Acesso em: 15 jul. 2016.
- MINAYO, M.C.de S; SOUZA, E.R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências e Saúde.** Rio de Janeiro, v.4, n.3, p.513-531, 1998.
- OLIVEIRA, F.G.V.C; CARVALHO, M.A.P; GARCIA, M.R; OLIVEIRA, S.S. A experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma residência multiprofissional em saúde da família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.17, n.44, p.201-210, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100016&lng=en&nrm=iso>.
- PRATA, N.I.S. dos S; GROISMAN, D; MARTINS, D.A; RABELLO, E.T; MOTA, F.S; JORGE, M.A; et. al. Saúde Mental e Atenção Básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p.33-53, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100033&lng=en&nrm=iso>. AcesSO em 8 de fev. de 2017
- SILVA, A.V. **O olhar da literatura sobre a atuação da Estratégia Saúde da Família frente as violências.** Monografia da especialização em Saúde Pública - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro. 2016.
- SILVA, F.M; SILVA, K.R.S. O Novo Modelo de Segurança Pública no Rio de Janeiro: violação ou garantia de Direitos Humanos nas favelas cariocas? **Revista Brasiliense de Pós-Graduação em Ciências Sociais.** Brasília, v.12, 2012. Disponível em:<http://periodicos.unb.br/index.php/revistapos/article/view/8654>
- SOUZA, C.R; BOTAZZO, C. Construção social da demanda em saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.393-413, 2013.
- TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (orgs). **Construção da Integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, p.89-111, 2003.

Capítulo 12

ABORDAGEM FAMILIAR: CONSTRUÇÃO DE UMA PRÁTICA COM EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO RIO DE JANEIRO³⁹

Ana Carolina Menezes da Silva
 Viviane dos Anjos Maresi
 Vinícius Mendes da Fonseca Lima
 Mirna Barros Teixeira
 Jose Wellington Gomes Araújo

*“Temos de nos tornar na mudança que queremos ver”
 (Mahatma Gandhi).*

Introdução:

A Estratégia Saúde da Família (ESF) busca efetivar a integralidade em seus vários aspectos, tais como integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma multiprofissional e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços. Permite desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população de referência, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. Por fim, visa estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2012a). Tem como organização de trabalho, uma equipe multiprofissional que requer a integração de múltiplos saberes, potencializando a integralidade na atenção e vínculo com o usuário. A aproximação das equipes de saúde da família com os usuários ocorre por meio do trabalho multiprofissional com o foco no território e nas famílias, tal qual o reconhecimento da família como ponto estratégico para o cuidado, permitindo o conhecimento adequado das necessidades e demandas

³⁹ Este Capítulo foi baseado no TCR “Abordagem familiar: a construção de uma prática com uma equipe de saúde da família no território de Manguinhos, Rio de Janeiro” defendido em março de 2015 como trabalho final do curso da RMSF da ENSP/Fiocruz. Autoria dos residentes: Ana Carolina Menezes da Silva; Felipe Pinheiro Pergentino; Luiz Felipe da Silva Pinheiro; Viviane dos Anjos Maresi; Vinícius Mendes da Fonseca Lima e com a orientação dos professores José Wellington Gomes Araújo e Maria Lúcia Freitas dos Santos.

individuais de usuários inseridos nas suas respectivas famílias e que se relacionam num contexto social. Assim, compreender o conceito de família é fundamental para o trabalho dentro do modelo de cuidado na atenção primária à saúde (APS).

O objetivo deste capítulo é refletir sobre a prática da Abordagem Familiar (AF) a partir da percepção inicial de uma equipe de saúde da família no território de Manguinhos no município do Rio de Janeiro¹ (SILVA et al, 2015). Durante a convivência com esta equipe de saúde da família, enquanto residentes multiprofissionais da ENSP-Fiocruz, foi observado que a ideia de AF era tida como um conceito neutro, aquilo que se faz naturalmente, sem necessidade de problematização. Por entendermos um pouco a complexidade da AF e sua centralidade no modelo de atenção na APS, decidimos por estudar o tema de forma mais aprofundada e participativa, com os profissionais da referida equipe.

A família nas políticas públicas de saúde

A família, nas suas mais diversas configurações, se constitui como um espaço altamente complexo, ou seja, um sistema no qual se conjugam valores, crenças, conhecimentos e práticas e que ao longo do tempo, na história da humanidade, vem se mantendo como uma instituição passível de adaptações e mudanças impostas pela sociedade (CHAPADEIRO et al, 2011). Freitas entende família enquanto: “um processo de articulação de diferentes trajetórias de vida que possuem um caminhar conjunto e a vivência de relações íntimas, um processo que se constrói a partir de várias relações, como classe, gênero, etnia e idade” (2002: 8).

Neste sentido, definir família envolve diferentes e complexos fatores, contextos e realidades vividas por cada família (RESTA, 2005). Portanto, diante de diversas concepções, procuramos entender a família como um sistema inserido numa diversidade de contextos e formado por pessoas que comungam sentimentos e valores constituídos por laços de interesse, solidariedade e reciprocidade, com especificidade e funcionamento próprio (SIMIONATO, OLIVEIRA, 2003).

Na sociedade brasileira o êxodo rural, a partir dos anos 1950, impôs às famílias um maior grau de mobilidade gerando, assim, uma mudança social e cultural no modelo tradicional de família. A entrada da mulher no mercado de trabalho e o surgimento da pílula anticoncepcional, o aumento no número de

divórcios e o enfraquecimento da influência da religião nas decisões matrimoniais são fatores que mudaram o conceito de família nuclear e novos arranjos familiares passaram a se instituir (SIMIONATO, OLIVEIRA, 2003).

Assim, atualmente existem diversas formas de composição familiar: casamentos reconstituídos com parceiros distintos e filhos de casamentos anteriores; mulheres e homens vivendo sozinhos com seus filhos ou em guarda compartilhada; produções independentes; casais homossexuais com filhos; avós criando netos; familiares e/ou amigos ligados por laços de afetividade. Essa diversidade de tipos de família está descrita também no Guia dos Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2009) que denomina como família um grupo de pessoas que estão envolvidos por laços afetivos, de consanguinidade e de convivência. Em muitas famílias estão ausentes a figuras da mãe, do pai, ou de ambos. Nesses casos os avós, quase sempre, assumem a responsabilidade no cuidado da família (BRASIL, 2009).

A família é considerada como a mais primitiva e concreta referência de saúde para seus componentes, um sistema cultural de cuidado à saúde (MARCON et al, 2005). Em geral, a família representa para os seus membros a rede de suporte social mais próxima e, neste sentido, o cuidado da saúde deve ser entendido como uma atitude familiar sendo, portanto, um lugar de cuidado.

Segundo os “Principais Marcos Normativos da Gestão Interfederativa do SUS” (BRASIL, 2014a, p.80), o conceito de família mais utilizado atualmente entende a mesma como:

“(…) Um grupo de pessoas que convivam sobre o mesmo teto, que possuam entre elas uma relação de parentesco primordialmente pai e/ou mãe e filhos consanguíneos ou não, assim como as demais pessoas significativas que convivam na mesma residência, qualquer que seja ou não o grau de parentesco”.

Se a família é central no âmbito da ESF, devemos considerar os riscos e vulnerabilidades enfrentados por elas, que podem ser singulares ou plurais conforme suas fragilidades e suscetibilidades. Deste modo, à luz de um conceito ampliado de saúde, as famílias podem apresentar diferentes necessidades de saúde, o que, por sua vez, implica em diferentes formas de cuidar. Nesse sentido,

o cuidado dispensado aos indivíduos deve levar em conta a sua família, os seus meios e as suas relações.

Sem dúvida, as novas configurações demográficas que incluem famílias menores, famílias com mais idosos e, também, das novas formas de sociabilidade desenhadas no interior da família demandam novas abordagens de cuidado. A Estratégia Saúde da Família surge tendo como base a temática da família, inclusive no seu nome, entendendo-a como núcleo de cuidado onde as ações de saúde são direcionadas a partir das necessidades e do contexto familiar (RESTA, MOTTA, 2005).

Com a ESF a atenção à saúde de uma família é compreendida em um sentido mais amplo do que a atenção separada aos membros da família. E é nesse sentido a que a Abordagem Familiar deve ser considerada como estratégia de cuidado colocando a família no centro desse cuidado de forma a contribuir com o rompimento do olhar fragmentado e individualizado.

Todavia a AF não se restringe somente a estratégias e ferramentas de abordagem, mas pressupõe uma atitude profissional que envolve o vínculo, o compromisso social e o afeto. Nesse contexto, no âmbito da atenção primária, com enfoque na ESF, utilizam-se estratégias e tecnologias que proporcionem à equipe multiprofissional de saúde uma aproximação maior com a realidade das famílias, em prol de um cuidado mais solidário.

Ferramentas da Abordagem Familiar

Diversos manuais técnicos e programas de educação permanente, apontam seis principais ferramentas da AF: o APGAR da família; o Familiograma; o Ecomapa; o Ciclo de vida das famílias; o FIRO e o PRATICE (NASCIMENTO, et al, 2005). Aqui discutiremos apenas o familiograma e o ecomapa, já que as demais ferramentas se caracterizam mais como tecnologias diagnósticas. Entendemos que o conhecimento e o manejo adequado dessas ferramentas são competências fundamentais que os profissionais de saúde devem ter para atuar na ESF.

a) Familiograma:

No início de seu trabalho com famílias, Bowen (1978) propôs a utilização de um diagrama familiar, o qual auxiliaria a coletar e organizar importantes

dados sobre o sistema familiar multigeracional, e que foi renomeado em 1972 por Guerin, como famiograma. Nascimento define o famiograma como: “*diagrama que detalha a estrutura e o histórico familiar, fornece informações sobre os vários papéis de seus membros e das diferentes gerações; fornece as bases para a discussão e análise das interações familiares*” (NASCIMENTO et al, 2005: 25).

Entendido como ferramenta de trabalho da equipe, o famiograma deve ser construído juntamente com a família, durante uma conversa, buscando maior detalhamento e informações que possibilitem a construção adequada das relações e conhecimento da estrutura familiar como um todo.

b) Ecomapa:

O ecomapa é um diagrama das relações entre a família e a comunidade que ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família. Pode representar a presença ou ausência de recursos sociais, culturais e econômicos, sendo, eminentemente, o retrato de um determinado momento na vida dos membros da família e, portanto, dinâmico. Representam-se graficamente todas as pessoas que têm contato com a família, bem como equipamentos sociais e suporte técnico sanitário (NASCIMENTO et al, 2005).

O famiograma e o ecomapa são, portanto, ferramentas que se complementam. Um identifica os membros da família e o outro estabelece as relações da família com a comunidade identificando os recursos disponíveis. São tecnologias concretas que pressupõem a realização de um diagrama e de anotações escritas sobre a família. A apropriação coletiva destas informações pela equipe multiprofissional de saúde, em prol do cuidado com as pessoas, esta seria a práxis na abordagem familiar.

A Abordagem Familiar na Estratégia Saúde da Família

Atualmente as estruturas familiares estão cada vez mais diversas, necessitando que as políticas públicas reconheçam suas várias configurações e suas respectivas necessidades para definir a melhor forma de cuidado. Assim, abordar a família no âmbito da ESF, se constitui em um grande desafio no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde. Ribeiro (2004) discute uma

categorização das possíveis abordagens da família no saber-fazer da ESF, resumido no quadro abaixo.

Quadro 1: **Categorização da abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família**

Família/Indivíduo	O foco da atenção é o indivíduo que apresenta maior demanda de cuidados. Exemplo: uma criança ou um portador de doença crônica. A família é corresponsável pelo cuidado, por isso, tem deveres e necessita de orientação da equipe de saúde.
Família/Domicílio	Foco no domicílio, sua infraestrutura e condições de cuidado. Coletam-se dados estatísticos e epidemiológicos relativos às características das famílias. Permite identificar famílias com maior risco socioambiental e aquelas que demandam vigilância em saúde.
Família/indivíduo/Domicílio	É uma conjunção dos dois itens anteriores, no sentido de enfatizar que, no cuidado à pessoa idosa, com doença aguda ou crônica, etc, a corresponsabilidade familiar tem que ser dimensionada de acordo com as condições da família e do domicílio.
Família/comunidade	As famílias são compreendidas como núcleos sociais, com identidade universal e corresponsáveis pela abordagem de problemas locais da sua comunidade, como saneamento e contexto de violência. Devem ser viabilizadas ações no nível coletivo, envolvendo associações locais ou ações de voluntariado.
Família/Risco social	Enfoque dirigido a famílias consideradas em situação de exclusão social, quando suas condições estruturais as impedem de exercer sua “missão” enquanto família, necessitando do auxílio de políticas sociais complementares.
Família/família	O núcleo familiar é compreendido de forma integral, considerando suas singularidades, sua real funcionalidade e seus simbolismos como laços afetivos, capacidade de cuidar-se e capacidade de fazer julgamentos, ou seja, o ser e viver consequentes da inserção social.

Fonte: Elaboração própria baseado na reflexão de Ribeiro (2004: 662)

Em cada uma dessas abordagens identificam-se aspectos relacionados à tentativa de identificação de fatores mais adequados aos perfis familiares, possibilitando, assim, uma forma integral e sensível na produção de cuidados em saúde individual e comunitária. Nesse sentido, a atenção a saúde da família requer um enfoque multidimensional do ser e viver família, em sua interface com o processo de saúde-doença. É necessário a equipe de saúde reconhecer os diferentes tipos de família, suas respectivas características e respeitar a singularidade dos sujeitos nelas envolvida.

O problema da intervenção

De uma concepção ampliada de saúde, que envolve seus condicionantes e determinantes sociais, além das valorações que implicam o enfermar, decorre a diretriz de atenção integral. Nesse caso, trata-se da atenção à saúde da comunidade que decorre da saúde das famílias que, por sua vez, são formadas por indivíduos singulares. Sendo, assim, justifica-se plenamente, do ponto de vista da sociologia, a abordagem familiar em saúde. Se justifica também pela epidemiologia, uma vez que na família tendem a se agregar fatores condicionantes de ordem genética, hábitos e atitudes predisponentes, além dos fatores sociais que determinam desde o nível de prevalência dos agravos à maior ou menor facilidade de acesso aos serviços de saúde.

No entanto, se tão óbvia parece a necessidade da AF, essa percepção fica como que obnubilada pela tradição da atenção individualizada, flexeneriana. Isto foi observado durante a vivência dos residentes multiprofissionais em uma Clínica da Família em que a AF era tida como um conceito neutro, não problematizável, uma noção difusa que se confunde com a visita domiciliar (VD), sendo, portanto, esses os fatores que motivaram a realização do presente trabalho.

Métodos

A vivência no campo de prática do grupo de residentes multiprofissionais em saúde da família despertou o olhar para a AF, implicando no desejo de construir um Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) que pudesse ajudar na reflexão sobre a prática da AF junto à equipe de saúde da família em que estavam inseridos. O objetivo era refletir com os profissionais de saúde sobre a sua própria experiência com a AF.

A aproximação ao tema foi feita por meio de revisão bibliográfica com consultas a livros, a bases de dados disponíveis em sítios eletrônicos (BVS, LILACS, SCIELO, MEDLINE, BDNF) e a documentos oficiais de acesso público.

O estudo foi realizado, portanto, com uma equipe de saúde da família do território de Manguinhos no município do Rio de Janeiro, no período de outubro de 2014 a fevereiro de 2015. Foram considerados sujeitos do estudo, os profissionais que participaram do primeiro encontro da Oficina: oito profissionais,

sendo três ACS e um profissional das seguintes categorias: medicina, enfermagem, odontologia, técnica em enfermagem e auxiliar de saúde bucal.

Para executar o trabalho, os métodos escolhidos consideraram a participação dos sujeitos como elemento singular do processo ensino/aprendizagem e reflexão/ação. A observação participante, na pesquisa qualitativa, pode ser considerada como parte essencial do trabalho de campo. É definida por Minayo (2012:70) como *“um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica”*.

O observador se aproxima do espaço social da pesquisa, o que permite que ele possa perceber e compreender aspectos que não poderiam ter sido percebidos, caso ficasse preso em um roteiro rígido de pesquisa. O principal instrumento da observação participante é o diário de campo, onde o pesquisador relata suas observações e impressões (MINAYO, 2012).

O desenho do estudo configurou-se como uma Oficina realizada em quatro encontros dentro dos espaços de Educação Permanente da Clínica da Família e nas reuniões da equipe de saúde da família. As oficinas tiveram como objetivo oportunizar momentos de reflexão sobre o tema AF e trabalhar questões e registros que serviriam como fontes de dados para o estudo em questão. Dessa forma, os encontros potencializaram os espaços de reflexão da equipe. Os encontros foram pensados considerando um encadeamento temático, de forma que os assuntos e discussões fossem cumulativos e se completassem a cada sessão.

O primeiro encontro foi iniciado com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido onde foram explicados os objetivos do estudo e as garantias do anonimato dos profissionais e das informações ali produzidas. Em seguida foram propostas duas atividades aos participantes da oficina: escrever o relato de uma experiência pessoal com a AF e construir um mapa conceitual sobre a sua noção de Abordagem Familiar.

Os participantes foram orientados quanto a construção dos mapas conceituais, e sobre o seu objetivo. Para ilustrar e facilitar o entendimento, o grupo de residentes exemplificou a construção do mapa com outra temática. A parte inicial da construção foi uma “chuva de ideias”, na qual foram listadas inúmeras palavras relacionadas ao tema escolhido. Foi demonstrada a importância da palavra central e como se seguiam as palavras secundárias e conectoras, assim

como as relações entre as palavras. Após a construção dos mapas conceituais, os profissionais foram convidados a escrever o relato de uma experiência em que considerem ter acontecido uma AF, conforme a sua compreensão de AF.

No segundo encontro da oficina os olhares foram voltados para a família. Primeiramente foi exposto um recorte histórico sobre a conformação da família ao longo do tempo, o conceito de família, os modelos e suas fases. Em um segundo momento foi realizado uma dinâmica denominada “dores e delícias” nas diversas fases de uma família: com filhos pequenos, com filhos adolescentes, com filhos saindo de casa, famílias em que os avós cuidam dos netos. Nessa dinâmica os participantes foram divididos em duplas, para cada dupla foi sorteada uma fase da família para disparar a discussão. Em seguida cada dupla relatou no grupo as “dores e delícias” que envolviam cada fase. Finalizando este encontro, foi realizada a reconstrução coletiva do conceito de família.

O terceiro encontro da oficina se baseou nas políticas públicas com foco na família, destacando a AF no âmbito da ESF e na apresentação das ferramentas da AF descritas na literatura. Em seguida, foi realizado um exercício com a utilização de ferramentas da AF, onde os participantes puderam vivenciar sua aplicação.

O quarto e último encontro resgatou os temas trabalhados anteriormente – conceito, centralidade da família nas políticas públicas, a Visita Domiciliar como espaço potente para a prática da AF. Com relação a este último tema, realizou-se uma dinâmica onde os participantes descreveram suas últimas visitas realizadas e recebidas na sua própria casa (de parentes, vizinhos, amigos) e qual foi o sentimento despertado nesta visita. A partir da discussão, foi proposta a construção de um roteiro considerado “ideal” de VD. Ao final desta oficina, os participantes tiveram a oportunidade de rever seus mapas conceituais construídos no primeiro encontro, sendo dada a opção de modificação do mesmo, caso fosse de seu interesse inserir novas reflexões após as vivências durante a oficina.

Todos os quatro encontros foram registrados na forma de relatoria, com o intuito de ser mais uma fonte de dados para o estudo. As relatorias registraram, além da descrição das atividades realizadas, também os comportamentos e aspectos mais subjetivos, tais como expressões, falas, e reações diante dos temas discutidos.

Portanto, as fontes de dados para este estudo foram os mapas conceituais e relatos de experiência com AF, construídos pelos sujeitos da pesquisa, assim como

as relatorias dos encontros da oficina. Além disso, também foram utilizados os diários reflexivos⁴⁰, fonte da observação participante dos residentes durante toda a sua vivência em campo. Discorreremos sobre cada uma destas fontes.

O mapa conceitual⁴¹ é considerado uma representação visual que contém um conjunto de conceitos imersos numa rede de relações. Os conceitos são colocados em caixas, e as relações entre eles são realizadas por conectores que podem ser palavras ou frases. Assim o mapa conceitual torna-se um facilitador da “*meta-aprendizagem*”, ao possibilitar que o aprendiz desenvolva habilidades necessárias para ampliar seus próprios conhecimentos (TAVARES, 2007). Pode ser utilizado na pré e pós-avaliação conceitual do indivíduo nos processos de ensino-aprendizagem.

A redação de um relato de experiência pessoal com a AF, e sua utilização como fonte de dados para estudo, visava identificar o uso de elementos da abordagem familiar no processo de trabalho da equipe. Fora solicitado aos participantes que descrevessem uma experiência da sua prática profissional na qual realizou um atendimento (VD, consulta ou conversa) a uma família, atenção esta que implicou em uma AF.

O diário reflexivo (DR)², ferramenta pedagógica desta RMSE, é um instrumento de registro rotineiro de observações, impressões, sentimentos, dificuldades e potencialidades vivenciadas no campo de prática, que permite ao residente um diálogo consigo mesmo sobre seu processo de aprendizagem teórico e prático. Dessa forma, a observação participante empreendida pelos residentes, durante os dois anos de trabalho em campo foi registrada nos DR. Neste sentido, eles foram considerados como fonte legítima de dados, no que se refere ao tema em questão.

Quanto a interpretação e análise dos resultados, foram utilizados diferentes métodos, de acordo com as fontes de dados. Para os relatos de experiência escritas pelos sujeitos, como para as relatorias das oficinas, utilizou-se a análise de conteúdo, proposta por Bardin (2011) e adaptada por Minayo et al (2012), que considera a análise de conteúdo como:

40 Para saber mais sobre a ferramenta pedagógica do Diário Reflexivo (DR) veja O Capítulo 4: “*Ferramentas pedagógicas no processo formativo na residência multiprofissional em saúde da família*”.

41 Para saber mais sobre o aprofundamento teórico dos mapas conceituais e diários reflexivos veja o capítulo 4: “*Ferramentas pedagógicas no processo formativo na residência multiprofissional em saúde da família*”.

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIN, 2011, p.42)

Após leitura exaustiva do material empírico coletado foram selecionados trechos considerados importantes para os pesquisadores. A partir desses trechos foi realizada a categorização, que consistiu na classificação dos conteúdos segundo suas semelhanças ou diferenças, com reagrupamento posterior, em função de categorias comuns, interpretando opiniões, concepções, tendências e fenômenos (MINAYO et al, 2012).

As categorias que emergiram da análise dos relatos de experiência dos sujeitos da pesquisa foram: a. Visita Domiciliar na AF; b. Abordagem familiar como atitude profissional; c. Vínculo como objetivo da aplicação das ferramentas da AF. Por sua vez, as categorias resultantes da análise das relatorias das oficinas foram: a. acolhimento; b. integralidade; c. clínica ampliada; d. processo de trabalho; e. território; f. Visita Domiciliar. Em cada um dos dois segmentos, foi destacada uma temática central para análise e discussão.

A análise dos mapas conceituais foi realizada em duas etapas. A primeira se ocupa na descrição visual do mapa, os aspectos mais gerais, estruturação, arranjos e modo de apresentação visual. O intuito é identificar a expressão da prática da AF. A segunda etapa objetivou olhar para o significado das palavras nele contidas. A partir das palavras chaves destacadas no mapa, a análise procura os núcleos de sentido que possam descrever as concepções sobre a AF. Nestes mapas as palavras principais se encontram no centro, enquanto as palavras secundárias margeiam a construção. Os conectores conferem sentidos adicionais entre as palavras. Aqui foram consideradas três categorias de análise: a. afeto que envolve o trabalhador; b. reflexão sobre o processo de trabalho; c. centralidade da família.

Lembremos que os mapas conceituais podem ser considerados estruturadores do conhecimento, pois permitem mostrar como o conhecimento está organizado na estrutura cognitiva do seu autor. Além de denotar que o ser humano organiza o seu conhecimento através de uma hierarquização de conceitos (Tavares, 2007).

Por último, convém ressaltar que nem todos os profissionais estão pensando propriamente em conceitos, quando da elaboração do seu “mapa conceitual”. Na verdade, eles podem estar referindo palavras ou expressões usuais, ou mesmo jargões do seu processo de trabalho. Neste caso, tomamos estas “palavras chaves” como aproximações conceituais, reforçando o sentido de práxis, que norteia este trabalho.

O uso da Abordagem familiar na Estratégia Saúde da Família

Marx (2004) tratou o trabalho como uma atividade realizada pelo homem para transformar um objeto ou matéria por meio de ferramentas, com propósito de gerar um produto que terá uma finalidade específica. *Toda atividade humana é um ato produtivo, modifica alguma coisa e traz algo novo* (MERHY, FRANCO, 2002: 278).

Ao relacionar o trabalho em saúde com aquilo que os participantes da Oficina produziram e debateram, questões outras, referentes ao seu cotidiano de trabalho, ficaram em evidência. O grupo manifestou insatisfação com o desenvolvimento do seu processo de trabalho, relatando um processo tumultuado e atravessado por inúmeras demandas extras que atrapalham as ações rotineiras.

No que se refere ao tema da AF, conforme já relatado, foram trabalhadas, nos encontros, as ferramentas que podem ser utilizadas para a sua realização. Os profissionais demonstraram algum entendimento daquilo que foi discutido sobre as ferramentas da AF. Ao tratarmos sobre o contexto territorial e sua dinamicidade, por meio da realidade de cada família, retomamos a necessidade do uso da ferramenta adequada para a AF. Pois o contexto social de cada família diz muito de suas relações, e estas relações implicam em diversas situações, inclusive conflitos familiares. Muitos desses conflitos não estão à vista de todos, sendo necessário que o profissional faça uma imersão no universo daquela determinada família. *“Os conflitos, as interações e as desagregações fazem parte do universo simbólico e particular da família, intervindo diretamente na saúde de seus membros”* (BRASIL, 2012b: 23).

Foi percebido que, mesmo sem uma apropriação adequada das ferramentas da AF, muitos dos profissionais de saúde estavam sensíveis a questões que iam do ‘compreender’ uma família até o desvelar de um conflito intrafamiliar, sempre no intuito de ajudar e promover o cuidado. As condições de vida de grupos sociais

nos territórios definem um conjunto de problemas, necessidades e insatisfações. Essas condições de existência que podem ser boas ou ruins se modificam para melhor ou pior a depender da participação de instituições de governo e da própria população (BRASIL, 2006). A AF se relaciona com a maneira que o profissional olha para estas condições, para uma determinada família em determinado contexto social e econômico no âmbito do território.

Abordagem Familiar na perspectiva de profissionais: mapas conceituais

Segundo Souza e Boruchovitch (2010), a utilização de mapas conceituais no processo de ensino/aprendizagem, oferece possibilidades para a organização do conhecimento por meio da prática educativa gerando a reflexão, a busca da compreensão e o processamento profundo da informação. Neste estudo as palavras chaves não estão necessariamente relacionadas apenas a conceito, mas remetem a vivência e aprendizado do profissional, a práxis da AF na ESF.

Iniciamos a oficina pela elaboração de mapas conceituais, com a intenção de conhecer o que os participantes entendiam a respeito de AF, além de promover uma reflexão sobre o processo de trabalho. Observou-se que os mapas expressaram uma maior ou menor aproximação com os elementos da prática da AF. Também se denotou que o conhecimento dos profissionais sobre a AF é mais uma decorrência das vivências de cada profissional, bem como do processo de trabalho na ESF, do que de capacitações ou educação permanente.

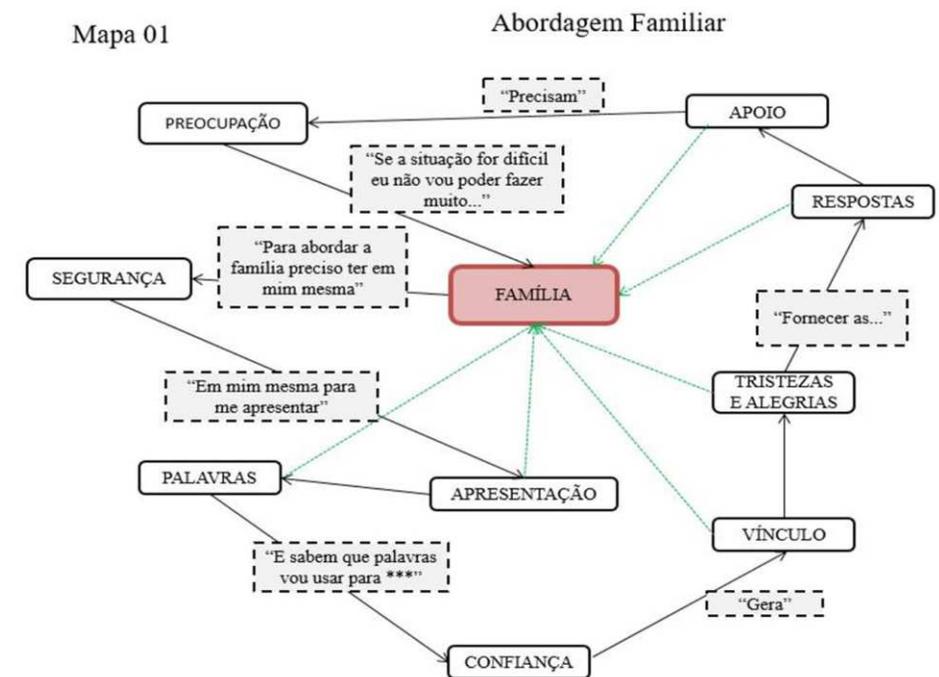
Aqui cabe uma reflexão sobre a formação que os profissionais da ESF vêm tendo sobre o conceito de família, que é o foco dessa estratégia. É consenso entre os estudiosos que a formação acadêmica das profissões da saúde está fragilizada no que diz respeito às necessidades do SUS, e quando se pensa em família e sua abordagem a fragilidade é ainda maior (BATISTA, et al, 2011).

Como as formações para os profissionais da ESF muitas vezes não tem o foco para a AF, os profissionais parecem expressar o aprendizado da sua prática profissional. Na observação de campo, durante esta RMSF, este fato foi observado pois muitos profissionais são inseridos no serviço sem uma base teórica sobre o tema, e mesmo sem qualquer capacitação (DIÁRIO REFLEXIVO, 2014).

A seguir, como exemplo, apresentamos dois destes mapas conceituais elaborados na oficina.

O Mapa Conceitual 1 apresenta uma estrutura fechada, tendo a palavra família em destaque. Sugere uma reflexão sequencial, onde os conceitos principais são seguidos de setas que conformam um polígono fechado. O mapa ilustra o quanto é complexo abordar uma família, pois exige um conhecimento e uma reflexão do profissional, gerando uma atitude diferenciada no seu processo de trabalho, tendo reflexo direto no atendimento à família (Figura 1).

Figura 1: Mapa Conceitual 1- Abordagem Familiar

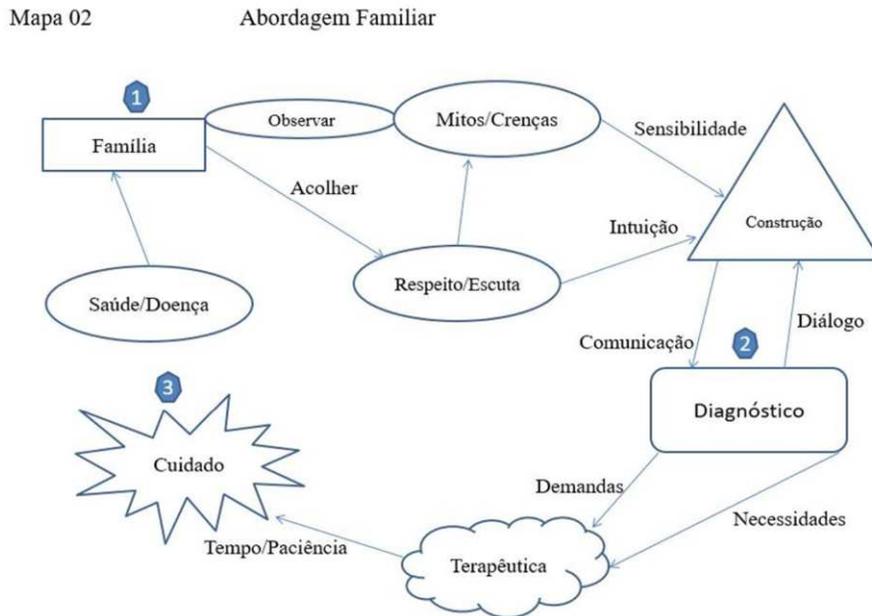


Fonte: Elaborado pelos profissionais da ESF durante o primeiro encontro da oficina em 2014.

O Mapa Conceitual 2 também traz uma estrutura fechada, mas suas palavras chaves são enquadradas em diferentes formas geométricas, podendo indicar valorações diferenciais. As palavras principais não seguem uma linearidade: embora ligadas por setas, não têm forma sequencial. Foram enumeradas três palavras chave: família, diagnóstico e cuidado. Esta enumeração pode remeter a um sentido hierárquico entre

as palavras, no entanto o cuidado tem maior destaque na visualização do mapa, pois foi desenhado dentro de uma grande flor. Este mapa indica uma aproximação do conceito de AF e da vivência dos profissionais com as famílias. Também apresenta elementos que referenciam habilidades técnicas na sua construção (Figura 2).

Figura 2: Mapa Conceitual 2: Abordagem Familiar



Fonte: Elaborado por profissionais da ESF, durante o primeiro encontro da oficina em 2014.

Nós residentes, durante vivência de dois anos na ESF, percebemos que o usuário do serviço de saúde, muitas vezes, está habituado ao modelo de atenção focado no indivíduo e sua patologia, parecendo não compreender o novo modelo de ESF. Já Carneiro et al (2007), em pesquisa de campo com profissionais da ESF, pôde constatar o olhar fragmentado do profissional, influenciado por uma organização do serviço voltado para os indivíduos ou para patologias.

Vasconcelos (1999) faz uma crítica ao fato de que as intervenções familiares são orientadas muitas vezes por grupos comunitários, dificultando assim a AF, foco central da ESF. Segundo o autor, em alguns Municípios a mudança para ESF não significou uma maior aproximação com as famílias:

Passa a se denominar de saúde da família práticas tradicionais de abordagem individual ou de relação com os grupos comunitários. Qualquer tipo de intervenção da equipe é considerado como familiar. Ao não ter clara a distinção entre o que deve ser abordado no nível do indivíduo, da família ou dos diferentes grupos comunitários, o termo família perde sua especificidade. (VASCONCELOS, 1999: 18)

Relacionando o que Vasconcelos (1999) traz com a análise dos mapas conceituais, percebe-se que alguns participantes da oficina não conseguiram expressar com clareza o conceito de AF. Talvez estes profissionais não tenham muita vivência com práticas da AF, por isso utilizam poucos elementos na construção dos seus mapas conceituais.

A análise desses mapas nos faz refletir sobre a necessidade da capacitação dos profissionais a respeito do tema da abordagem familiar. Já que esta abordagem demanda que o profissional esteja apto para ingressar no núcleo da família, conhecer suas particularidades, suas necessidades (RESTA, MOTTA, 2005).

O afeto, a reflexão e a centralidade da família: psicodinâmica do trabalho

Outro aspecto da Abordagem Familiar está relacionado com a parte emocional e afetiva da atuação profissional. Dejours (1992) associa a organização do trabalho ao sofrimento do profissional, onde este sofrimento pode ser patogênico, levando a utilização de estratégias defensivas para suportar o contexto de trabalho. As estratégias de defesa são mecanismos que variam nas diferentes categorias profissionais, conforme a organização do trabalho, minimizando a percepção da realidade que faz sofrer.

No setor saúde, Merhy (2002) confirma que o sofrimento profissional está relacionado a um processo de trabalho mecanizado e parcelado. Para ele os trabalhadores estão tentando sobreviver à fragmentação, no entanto, sem a qualificação necessária para lidar com as dificuldades inerentes ao serviço de saúde, isso torna muitos profissionais imparciais ao sofrimento alheio, enquanto outros se misturam a esse sofrimento e expressam as mais diversas formas de envolvimento com as famílias.

Macedo (2012) apresenta três categorias abrangendo sofrimento e estratégias de defesa: o sofrimento criativo, onde o indivíduo transforma o sofrer

em algo benéfico; o sofrimento patogênico, que está relacionado à ausência da flexibilidade na organização do trabalho, onde o profissional se utiliza de estratégias defensivas como válvula de escape; e as estratégias defensivas que tem como objetivo amenizar o sofrimento, adaptando o profissional às pressões do processo de trabalho.

Diante da teoria *Dejouriana* e tendo em vista a complexidade que envolve uma família e o processo de trabalho, é possível que muitos profissionais desenvolvam como estratégia de defesa a de não se deixar afetar.

O afeto incorporado pelo profissional não é, necessariamente, um carinho pelas famílias, mas sim um comprometimento do profissional com as demandas e o cuidado familiar. Esse afeto pode gerar um sofrimento criativo, quando o profissional é impulsionado a se dedicar à AF ou a um sofrimento patogênico, que o afasta de suas responsabilidades e o torna imparcial, acabando por dificultar o seu vínculo com essas famílias.

A reflexão sobre o processo de trabalho possibilita o exercício do protagonismo e a autonomia dos profissionais envolvidos diretamente na execução de políticas públicas e na promoção de saúde (HENNINGTON, 2008). Ainda possibilita uma mudança no olhar do profissional, que se volta tanto para a promoção da saúde coletiva como para melhor perceber a real necessidade das pessoas, permitindo um novo modo de se pensar e fazer saúde (SOUZA, ABRAHÃO, 2010).

Esse processo dinâmico em que a reflexão e discussão coletiva sobre o trabalho constroem novos olhares e novos modos de fazer é o que entendemos como práxis. Por exemplo, alguns dos mapas conceituais apresentaram “indivíduo” ou “intersectorialidade” como palavras principais, denotando uma dificuldade no entendimento da centralidade da família na ESF. No entanto, quando se expõe este resultado para discussão entre os participantes, o potencial pedagógico para uma mudança no olhar é muito grande.

Muitos mapas conceituais apresentavam ainda palavras secundárias como: “renda, educação, lazer, espiritualidade, trabalho, estilo de vida, consultórios, grupos, associação, igrejas, comunidade, reunião e visita domiciliar”. Há aqui, uma compreensão ampliada do fazer saúde, mas ainda um distanciamento das habilidades preconizadas como necessárias ao processo de trabalho na ESF, ainda mais quando envolve a abordagem familiar.

O Mapa Conceitual 2 apresenta um esquema muito organizado, denotando um comprometimento com a proposta da Oficina, um esforço intelectual na sua construção. Utiliza palavras conectoras como: “diálogo, comunicação, sensibilidade, intuições, observar, tempo, paciência”, demonstrando conhecimento da Política Nacional de Humanização. Também denota afeto na utilização de palavras secundárias como: “cuidado, respeito, crenças, construção” (Figura 2). Ainda, assim, não evidencia a família na centralidade das ações para a efetivação da AF.

Voltando ao Mapa Conceitual 1, onde a palavra “família” ocupa lugar central, todo o sequenciamento de palavras e ideias sugere envolvimento pleno pelo processo de trabalho e razoável entendimento da complexidade inerentes ao contexto familiar. Além disso, apresentam palavras secundárias como: “comprometimento, conversa, carência, qualidade de vida, felicidade, tristezas e alegrias, confiança, segurança e humanizado”, que denotam real afeto (Figura 1).

Portanto, o panorama geral da apropriação do tema AF pelos profissionais é variado. Por um lado, o baixo investimento na qualificação profissional, a desarticulação da equipe multiprofissional, a ausência de reflexão sobre as atitudes profissionais e a falta de participação dos profissionais na organização do processo de trabalho dificultam a compreensão da AF no âmbito ESF. Ao mesmo tempo em que a exposição dos profissionais que atuam na ESF diante das complexidades sociais e as exigências do seu processo de trabalho, provocam o desenvolvimento de múltiplas habilidades e estratégias que buscam superar os desafios que se apresentam no cotidiano profissional (BARBOSA, 2012).

A Abordagem Familiar na perspectiva de uma Equipe de Saúde da Família

Dissemos antes que, após a construção dos mapas conceituais, cada participante foi convidado a redigir um relato de alguma experiência da sua rotina em que entendesse ter realizado uma abordagem familiar. O objetivo era ‘mapear’ o conhecimento prévio dos sujeitos sobre o tema AF. Do mesmo modo como procedemos com os mapas conceituais, os relatos de experiência destacaram os temas para análise e discussão: visita domiciliar, vínculo, e atitude profissional, conforme a seguir.

a) A visita domiciliar:

Vejam os trechos em destaque abaixo:

Ao longo do tempo, percebemos que se trata de um casal de idosos, portadores de diabetes e hipertensão, residentes em um domicílio cujo lhes proporciona dificuldades de locomoção e que ao longo do último ano tem apresentado déficit com o autocuidado (fala de participante da Oficina).

Na VD, a exposição do profissional às reais condições em que vivem as pessoas, possibilita a identificação de fatores de risco para o cuidado, de ordem física, relacional familiar, e social, além de desafiar-lo a articular os diversos fatores envolvidos. Permite, ainda, conhecer e conversar com todos os membros da família. Tais informações, quando devidamente coletadas e corretamente interpretadas, são imprescindíveis para um cuidado qualificado.

A maioria dos participantes da Oficina, quando questionados sobre como realizam a AF em seu processo de trabalho, referiram a VD como tal, ou como o espaço para tal abordagem. Aqui os dois conceitos operacionais claramente se confundem, embora a AF possa ser praticada em outros espaços que não somente no domicílio, é possível realizar uma VD sem abordagem familiar, como fora a antiga prática da visita sanitária.

Numa contextualização histórica, como aponta Bourget e Cruz (2010), a VD sempre fez parte do cenário de práticas da atenção primária em saúde, no Brasil. A VD tem sofrido mudanças no seu enfoque de acordo com os cenários sociais, políticos e ideológicos. Atualmente a VD possui finalidades complexas, conforme tem sido exposto neste trabalho, em muito ultrapassando a mera visita ou inspeção sanitária dos anos 1950-80.

De acordo com Merhy (2002), ao menos três tecnologias leves podem ser aprendidas e desenvolvidas durante uma VD. A observação, que requer uma atenção aos detalhes; a entrevista, que implica no diálogo com finalidade definida; e o relato oral ou história familiar, quando as pessoas revelam o sentido que dão às suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes são concedidos.

Dentre outros, o domicílio é considerado um ponto de atenção em saúde. “Pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam

determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular” (BRASIL, 2014b: 66). Nesta perspectiva, a diferenciação desses pontos de atenção ocorre na distinção da densidade tecnológica que os caracterizam. A AF no cenário da VD apresenta diferentes definições que variam de acordo com os objetivos específicos de trabalho de cada profissional.

Durante as discussões, as reuniões de equipe foram apontadas como espaço potente para realização da AF. Essa percepção demonstra a não compreensão desse conceito visto que nos espaços de reuniões, exceto quando há a participação dos usuários envolvidos nos processos de cuidado, ocorre apenas o compartilhar de informações e angústias sobre determinada família, portanto, não se configura como um espaço de Abordagem familiar; e, sim, como um espaço para discussão das AF que foram realizadas.

b) Atitude profissional

Evidenciam-se, nos relatos apresentados durante a oficina, que ferramentas amplamente difundidas em manuais técnicos do Ministério da Saúde, como o famiograma e ecomapa, não são conhecidos por muitos dos profissionais da ESF.

O uso adequado das ferramentas AF permitiria à equipe de saúde da família melhor compreensão sobre os contextos em que os indivíduos vivem, fornecendo capacidade de articulação entre as respectivas realidades e os planos de cuidado possíveis e mais efetivos, além de maior interação nas questões políticas e sociais que cercam as famílias (MOIMAZ, 2011).

No entanto, algumas atitudes profissionais, como o empenho pessoal e o interesse por todos os membros da família, são potentes para o fortalecimento do vínculo e tecnologias relacionais. Segundo Merhy (2002), essas tecnologias leves se produzem nas relações entre os sujeitos envolvidos nos processos de cuidado, e mesmo que não necessitem de instrumentação técnica para o seu desenvolvimento, a sua motivação é a busca de maior resolutividade da equipe. Por outro lado, estas ações podem gerar sofrimento aos profissionais que as desempenham. Tais danos podem ser evidenciados principalmente no envolvimento para além do campo profissional.

Portanto, no cotidiano destes profissionais, se não há uma formação técnica, a exposição às condições reais das famílias leva ao desenvolvimento de atitudes profissionais que, até um certo ponto, compensa a não instrumentalização, sendo possível encontrar semelhanças no que tange aos objetivos da AF. Ainda assim, a maioria dos relatos concorda em que as ferramentas tecnológicas favoreceriam o cenário da VD, fortalecendo o vínculo com as famílias, uma vez que as ações seriam mais efetivas e coerentes com as necessidades destas famílias.

Na busca pela compreensão de fatores que contribuem para a não aplicação dos instrumentos da AF, ressaltou-se a demanda reprimida, o excesso de atribuições profissionais e a organização do fluxo de atendimentos nas unidades de saúde. Estes seriam os principais responsáveis pelo distanciamento do território. A não exposição ao território, por sua vez, promove a desmotivação por novos conhecimentos e por exercer e vivenciar uma prática diferenciada em saúde.

c) O vínculo

Identificamos que as atitudes profissionais, enquanto tecnologias leves, direcionam-se principalmente para a construção e fortalecimento do vínculo com os usuários. O vínculo, segundo Schmidt et al (2004), é tido como um ampliador da efetividade das ações de saúde, favorecendo o envolvimento do usuário na realização do cuidado. Esse autor considera, ainda, que tanto profissionais quanto usuários participam na formação de sujeitos autônomos, mediante a consideração do usuário enquanto “sujeito, que fala e deseja”.

E a partir de suas queixas fomos saneando e “refazendo” o vínculo com a mesma [usuária] (fala de participante da Oficina).

Esta fala sugere um diálogo, tecnologia relacional e a sua intencionalidade com o vínculo. Por outro lado, remete, a partir do gerúndio *saneando* talvez a camadas de histórias anteriores, permanência no tempo longo de valores e atitudes pertinentes a outros modelos de atenção à saúde.

A publicação do Ministério da Saúde do documento “Principais Marcos Teóricos da Gestão Interfederativa do SUS” (BRASIL, 2014a), aponta o vínculo como o foco do trabalho vivo e é compreendido nas relações que se estabelecem

no ato de cuidar, valorizando a escuta ativa e a corresponsabilização para o cuidado. Neste mesmo documento, o vínculo está relacionado à longitudinalidade da atenção em saúde, pois tem como pressuposto o acompanhamento por determinado período das transformações coletivas. Logo o vínculo, ao aproximar profissional e usuário, permite um acompanhamento sensível às mudanças ocorridas ao longo da história das famílias.

Monteiro pesquisou sobre a construção do vínculo durante o processo de implantação da ESF em uma unidade básica e o definiu como “*a relação do profissional com o usuário, a comunidade e o serviço, sustentado em cumplicidade, confiança e afinidade, o qual favorece um atendimento humanizado e resolutivo*” (MONTEIRO, 2009: 360).

No presente estudo, ficou clara a diversidade de compreensões relativas ao *vínculo*, compreensões diretamente relacionadas às atribuições profissionais de cada sujeito participante. No entanto, mesmo com esta heterogeneidade, o objetivo comum extraído sempre se relaciona à valorização dos espaços e momentos de diálogo com os sujeitos do cuidado.

Por outro lado, para alguns profissionais, como é o caso dos agentes comunitários de saúde, morar no território de atuação pode representar um paradoxo, pois a proximidade com os usuários pode reforçar a construção do vínculo ou desfavorecê-lo. O usuário pode ter dificuldade em distinguir os papéis do profissional, que ora é seu vizinho e em outro momento representa o serviço de saúde. Verifica-se ainda, que a reciprocidade na relação profissional-sujeito é fundamental para um processo dialógico que favoreça abordagens integrais às famílias.

Considerações finais

Este trabalho nasceu do desejo da construção coletiva do conhecimento em torno do tema abordagem familiar e da valorização das reflexões sobre a prática profissional, acreditando que tal prática é ainda um grande desafio para o SUS e ESF. Assumimos aqui uma postura crítica positiva, pois acreditamos na ESF e nos princípios do SUS, por isso não se buscou somente apontar as fragilidades existentes nos serviços de saúde, mas sim propor junto à equipe de saúde da família um momento de reflexão sobre a prática da AF.

Identificamos que a abordagem familiar requer do profissional um desprendimento da sua formação anterior, quase sempre voltada apenas para o cuidado individual. Necessita uma ampliação do seu olhar, de entender a família como uma instância de cuidados que deve ser construída, diariamente, na práxis cotidiana sobre o seu trabalho.

A partir das oficinas foi possível deduzir que os profissionais não têm uma visão conceitual ampla sobre a abordagem familiar, mas se aproximam dela por meio da sua prática de cuidado junto às famílias. Se houve menor envolvimento com o tema AF no campo teórico conceitual, os participantes da oficina sentiram-se à vontade e desenvolveram bem o planejamento das visitas domiciliares, que é de cunho prático e está mais diretamente relacionado com o cotidiano do seu trabalho. Isto reforça a ideia de uma formação profissional ainda muito incipiente, relacionada à ESF e a abordagem familiar.

Ao aprender fazendo, o processo de trabalho na ESF proporciona ao profissional algum grau de exposição aos cenários reais onde vivem os seus usuários, o que implica já em uma certa ambientação pedagógica. No entanto, esse potencial pedagógico da práxis, na ausência de uma educação permanente ou até mesmo educação continuada, fica muitas vezes sem reforço pedagógico. Ressaltamos a necessidade do reforço dos espaços de Educação Permanente, cuja potência pode ser demonstrada pelos resultados deste trabalho.

Os mapas conceituais apontam a questão do sofrimento profissional inerente aos processos de trabalho. Além dos já nomeados transtornos que afetam a rotina da ESF, desviando-a do seu escopo principal, acreditamos que a ausência de uma formação sólida, necessária diante da complexidade a ser enfrentada na ESF, também promova este sofrimento. A reflexão da ESF sobre o processo de trabalho e a centralidade do cuidado na família podem ajudar os profissionais a terem um olhar mais humanizado, ao mesmo tempo pode minimizar seu sofrimento.

Aqui uma consideração sobre uma observação secundária, no decorrer do trabalho: observamos que muitas vezes os usuários não compreendem a ESF, demandando procedimentos afetos a um modelo de atenção focado no indivíduo e sua patologia, ao qual estavam habituados. Esse destaque vem ao propósito de anunciar o maior erro estratégico do SUS e da ESF: a ausência de uma Política de

Comunicação Social que explicasse à população uma compreensão ampliada da saúde, bem como as decorrências disto na atenção.

Após esse trabalho já não era mais possível, para nós residentes, olharmos somente para o indivíduo ou usuário descolado da sua família, seja ela qual for sua categorização. Exercitamos profundamente a abordagem familiar no nosso cotidiano do trabalho em equipe multiprofissional. Percebemos que abordar a família não é uma tarefa fácil, pois demanda tempo e disponibilidade do profissional inserido numa equipe multiprofissional. Além disso, foi necessário desprender-se de pré-conceitos sobre o que é uma família em nossa sociedade, para que pudéssemos de fato ter um olhar mais ampliado e singular para as necessidades de cada família inserida em diferentes territórios, a maioria deles em grande vulnerabilidade social.

A reflexão a partir dos encontros realizados neste trabalho nos permitiu uma melhor compreensão do processo de trabalho da equipe de saúde da família e a relevância da abordagem familiar como elemento central no âmbito da ESF. Notamos que toda reflexão pode gerar mudanças, tanto para a equipe quanto para nós os residentes.

À memória de Felipe Pinheiro Pergentino, Residente da turma de 2013.

Referências

- BARBOSA, G.B. et al. Trabalho e saúde mental, dos Profissionais da Estratégia Saúde da Família em um Município do Estado da Bahia, Brasil. **Rev. bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 37, n. 126, p. 306-315, dez. 2012.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. (Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro). São Paulo: Edições 70, 229 p, 2011.
- BOWEN, M. **Family theory in clinical practice**. New York: Aronson, 1978.
- BOURGET, M.M.M.; CRUZ, M.M.A. Visita Domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, n.3, p.605-613, 2010.
- BATISTA, K.B.C. GONÇALVES, O.S.J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.884-899, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde – Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Domiciliar. Brasília, 2012b.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Principais marcos normativos da gestão interfederativa do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Articulação Interfederativa. 1. Edição 2. Brasília, 2014a.
- _____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica – Núcleos de Apoio a Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília, 2014b.
- CARNEIRO, T.S; VASCONCELOS, C.K.E.L; SILVEIRA, S.A.S. Família e Políticas Sociais: o Saúde da Família posto em questão. **III jornada internacional de políticas públicas**. São Luís, 2007.
- CHAPADEIRO, C.A; ANDRADE, H.Y.S.O; ARAÚJO, M.R.N. **A família como foco da Atenção Primária à saúde**. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 100 p, 2011.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELLI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho – Contribuições da escola Dejouriana à análise de prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- FREITAS, R.C.S. Em nome dos filhos, a formação de redes de solidariedade – algumas reflexões a partir do caso de Acari. **Revista Serviço Social e Sociedade**, n. 71; São Paulo: Cortez, 2002.
- HENNINGTON, E.A. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. **Rev. Saúde Pública**. v.42; n.3; p.555-561, 2008.
- MACÊDO, K.B; FLEURY, A.R.D. O mal estar docente para além da modernidade: uma análise psicodinâmica. **Revista Amazônica**, Amazonas, ano 5; v.9, n.2, p.217-238, 2012.
- MARCON, S.S. et al. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às Famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2005.
- MARX, K. Trabalho alienado. In: MARX, K., **Manuscritos econômicos-filosóficos**. (Tradutor: Martins,). São Paulo: Martin Claret. (Original publicado em 1844), p. 110-122, 2004.
- MERHY, E.E. **Saúde: a Cartografia do trabalho vivo**. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.
- MERHY, E.E., FRANCO, T.B. **Trabalho em Saúde**. 2002. Disponível em <https://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/index.html>.
- MINAYO, M.C.S. (org.). DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 31.ed. 2012. p.108.
- MOIMAZ, S.A.S.; FADEL, C.B.; YARID, S.D.; DINIZ, D.G. Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. **Ciência Saúde coletiva** [online]. v.16, s.1, p. 965-972, 2011.
- MONTEIRO, M.M; FIGUEIREDO, V.P; MACHADO, M.E.A.S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, Jun. 2009.
- NASCIMENTO, L.C; ROCHA, S.M.M; HAYES, V.E. Contribuições do genograma e do ecomapa para o estudo de famílias em enfermagem pediátrica. **Texto contexto - enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2. 2005.
- OLIVERIA, F. G. V. C; CARVALHO, M. A. P; GARCIA, M. R. G; OLIVEIRA, S. S. A Experiência dos diários reflexivos no processo formativo de uma Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Interface, comunicação saúde educação**. 2012.
- RESTA, D.G; MOTTA, M.G.C. Família em situação de risco e sua inserção no programa de saúde da família: uma reflexão necessária à prática profissional. **Texto e Contexto – Enfermagem**. Florianópolis, 2005.
- RIBEIRO, E.M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Revista Latino-am. Enfermagem**; São Paulo. p. 658-64, 2004.
- SCHIMIDT, M.D; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n.6. p. 1487-94, 2004.
- SIMONATO, M.A.W; OLIVEIRA, R.G. Funções e Transformações da Família ao Longo da História. **I Encontro Paranaense de Psicopedagogia**; Paraná, 2003.
- SILVA, A.C.M; et al. **Abordagem familiar**: a construção de uma práxis com uma equipe de saúde da família no território de Manguinhos, Rio de Janeiro. Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de residência multiprofissional em saúde da família. Monografia da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz). (Trabalho de Conclusão da Residência). Mimeo. Março, 2015. Ensp/Fiocruz.
- SOUZA, N.A; BORUCHOVITCH, E. Mapas conceituais: Estratégia de ensino/ aprendizagem e Ferramenta avaliativa. **Educ. rev.** Belo Horizonte, v. 26, n. 3, p. 195-217, dez. 2010.
- SOUZA, R.F. ABRAHÃO, A.L. Reflexão sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família (ESF). **Revista Labor**, v.3, n.1., 2010.
- TAVARES, R. Construindo mapas conceituais. **Ciências e Cognição**, v.12, p. 72-75, 2007.
- VASCONCELOS, E.M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 53. p. 6- 19, 1999.

Posfácio

Acreditamos que fazer parte de um processo formativo de trabalhadores para o SUS, como é o caso do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Ensp/Fiocruz é um desafio e, ao mesmo tempo, uma grande responsabilidade.

Essa formação só é possível pois contamos com a dedicação e compromisso de muit@s.

Egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP- FIOCRUZ

Os grandes protagonistas dessa formação.

Quadro 1: Relação nominal de todos os egressos e alunos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP- FIOCRUZ de 2005 a 2022.

Nome do Egresso
Turma 2005/2007
Alan Teixeira Lima
Ana Paula de Araujo Gonçalves
Carolina Silva Pinto
Claudia Regina dos Santos Cerqueira
Daniella Fernanda Oliveira Soares
Eloísa Solyszko Gomes
Érica Rodrigues Silva
Fernanda Nunes Marques Dos Santos
Francine Ramos de Oliveira Moura Autonomo
Gert Ferreira Wimmer
Gilmara de Freitas Carvalho
Hugo Braz Marques
Ingrid Vieira Guimarães
João Geraldo de Oliveira Junior
Jubemar de Medeiros Lima
Jurema de Freitas Wardine

Luciana Ribeiro Barbosa
Ludmila Roberto Moraes
Tatiane Soares Costa
Viviane Soares Bakita
Turma 2006/2008
Alessandra Ribeiro Macedo Vermaak
Alexandre Fernandes da Silva
Ana Flávia Azevedo Moura
Andréa da Conceição Marques
Camilla Maia Franco
Carina Loureiro Targueta
Cláudia Roberta Bocca Santos
Cristina Moreira Mendes
Flávio Augusto Guimarães De Souza
Juliana Isabel Cardoso Santino
Juliana Rodrigues Cardoso
Karlla Assad da Silva
Mauro Cezar Silva Xavier
Neyla Duraes Fernandes
Paola Valadares Console
Patricia Couto Araujo
Rosilda das Dores Mateus
Tatiana Rocha Alves Ramos
Téo Cordeiro da Cunha
Úrsula Lopes Neves
Turma 2007/2009
Alessandra Camargo Da Silveira
Ana Carolina dos Santos Rangel
Analaura Ribeiro Pereira
Bianca Fogagnoli Justen
Camila Alves Varela Galvão
Cristiane Barbosa Batista
Cristina Guedes Veneu

Edilma Lúcia Colodete de Oliveira
Fernanda Christine Dutra Bastos
Helena Fialho de Carvalho
José Roberto da Silva
Juliana Vale Ferreira
Lilian Carissa da Silva Santos
Luciana Santos Krull
Maíra de Mello Cabral e Matos
Mariana Lopes Rodrigues
Mônica Ferreira Nunes Vitorino
Priscilla Lopes Ferreira Da Silva
Renata Cristine Arthou Pereira
Sabrina Vargas Figueiredo
Turma 2008/2010
Ana Carolina Souza
Cinthia Leitão Costa
Clara Camara Soveral
Cristiano da Costa Rebeque
Daniele de Oliveira Rodrigues
Dayanne Silva de Lucena
Fabiana Dias do Nascimento
Fernanda Santos de Oliveira
Julia Honorato Carvalho
Karen Cordovil Marques de Souza
Lilian Laura Borges Silva
Lívia Cardoso Gomes
Maria Cândida Aldarina Moreira
Marta Beatriz Alves da Silva
Raphael Silva de Azevedo
Tatianna Rosa Pereira
Thiago Monteiro Pithon
Vanessa dos Santos Gigliozzi

Turma 2009/2011
Amanda Aparecida Cano
Ana Schiffler Fragnelli
Angela Silva Lopes
Cyntia Amorim Guerra
Daniele Barroso Lima
Danielle Magalhães de Lima
Elaine Rangel da Silva
Flavia Vargas Soares
Giselle Marinho dos Reis
Kelly Assad da Silva
Kelly Cristine Oliveira Gonzaga
Laila Oliveira Louzada
Leticia de Castro Rajo Cerdeira
Luara Fernandes França Lima
Luciana Monteiro Mota
Marianna da Rocha Cruz
Paola Oliveira Dias
Patricia Dias Martins
Sirlene de Oliveira Francisco
Vivian Laytynher Vasconcelos
Turma 2010/2012
Aline Britto de Almeida
Aline Cavalcanti de Abreu
Antonio Barbosa de Araújo Junior
Antônio Carlos de Lima
Bianca Garcia Cappelli
Brena Gabriella Tostes de Cerqueira
Carolina Steinhauser Motta
Caroline Martins José dos Santos
Caroline Niquini de Assis
Danielle Carla Silva Coelho
Danielle Moreira de Castro Lima

José Nascimento Pereira Junior
Juliana Gagno Lima
Luciana Chamarelli Teixeira
Mariangela Carmo Valente
Monique Alves Padilha
Rafaella Peixoto da Silva Oliveira
Raquel Maciel da Costa
Renata Pella Teixeira
Stefânia Santos Soares
Swheelen de Paula Vieira
Turma 2011/2013
Aline Laura Guedes da Silva
Ana Carolina Souza Torres
Ana Paula Antunes de Souza
Areta Peixoto Vellasques
Camille Melo Barreto e Sousa
Cintia Oliveira de Moura
Daniel Pereira Coelho da Silva Eiras
Isis Zeferino Botelho
Ivo Aurelio Lima Junior
Josiane Ribeiro Silva Medrado
Juliana de Oliveira Gabriel
Lidia da Silva Firmino Pereira
Lorena Viana Vieira
Luisa Chiquetto Fraga
Marcela Matvijc de Araújo
Marcela Sfalsin das Chagas
Marina Fernandes do Prado
Michelle Ribeiro de Sequeira
Rebeca Nascimento Marinho da Silva
Sady D'assumpção Torres Marchesin
Walery Leite Estevinho
Sueli Zeferino Ferreira Almeida

Turma 2012/2014
Adriana Lima Barbosa
Aline da Silva Barbosa Ferreira
Ana Gabriela Sueth Santiago
Andrea Corrêa de Oliveira
Andressa Ambrosino Pinto
Camila Coelho Marques
Carina de Lima Ferreira
Eduardo Salgado Fonseca
Elaine Kotani Shimizu
Emanuely Santos de Carvalho
Gabriella Carrilho Lins de Andrade
Giselle dos Santos Barbosa
Leda Souza do Nascimento
Luana Nunes da Silva
Mariana Rodrigues Martins
Melissa Vargas Figueiredo Silva
Paula Ávila de Oliveira
Rebeca Andrade Barbosa
Renata Gomes Zuma
Stephany Walk de Araujo Martins
Tarso Menezes de Medeiros
Turma 2013/2015
Aline do Nascimento Pereira
Amanda Firme Carleto
Ana Carolina Menezes da Silva
Felipe Pinheiro Pergentino (in memorian)
Janaína Camargo Martins de Oliveira
Janaína Nogueira Guimarães
Lívia de Paula Nascimento
Luiz Felipe da Silva Pinheiro
Luiza Ferreira Brito Beraldo
Noelle Castilho Caldeira Brant

Priscilla de Oliveira Luz
Rosana Mira Nunes Limeira
Thaís Tancini
Vinicius Mendes da Fonseca Lima
Viviane dos Anjos Maresi
Turma 2014/2016
Anna Francine Gonçalves Rigato
Camilla Santos Baptista
Carolina Manhães Moura Reis
Claudia Cristina da Silva Faustino
Crislene Faustino Alambert
Cristielle Rosa de Souza
Éden Felipe Brito Sena
Ellen Cristina Francisco
Emanuelle Ohanna da Silva Brabo
Helen Matos Faustino Camara
Ingrid Martins Freitas Carvalho
Isabel Domingos Martinez dos Santos
Jessica Renata dos S. Silva
Mariana Nogueira Marconsin
Mariana Rocha Bertola
Rafael Freitas Aleixo de Bartolo
Suellen Marques Cerri
Tatiane Tavares Menezes
Turma 2015/2017
Ana Elisa Medeiros Barbar
Camila da Silva de Oliveira
Cesar Luiz Silva Junior
Danielle Rodrigues Siqueira
Eliane Gomes dos Santos
Gizelle Chagas Inacio
Jamille Neves Rangel Gomes Coimbra
Luanda Café Santana dos Santos

Luane Tássia Paz Dominguez dos Santos Alves
Maria Eunice Waughan da Silva
Mariane Tassiane de Vasconcelos Caetano
Marina Helena Marques do Rosário
Rodrigo Neves Amaral de Souza
Ruan Rocha da Silva
Rui Teixeira Lima Junior
Sofia Sayuri Yoneta
Tamara Maria Pinheiro
Tamyris Paiva de Carvalho (in memorian)
Tarcila Freitas de Sousa
Tereza Andrea Barros Costa
Thaís de Almeida Brasil
Thaís dos Santos Sena
Ulysses Alves Costa
Turma 2016/2018
Agatha Eleone Borges
Alana Borges de Oliveira
Aline da Costa Nascimento
Ana Clara Tupam Newlands
Ana Giselle dos Santos Gadelha
Annie Thayná Avelino Cerqueira
Beatriz Zocal da Silva
Carolina Marques da Silva
Cristalane Carvalho de Lima
Elizabete Pacheco Gandra
Elizabeth Cristina Ávila Pereira de Oliveira
Felipe Cardia Alves
Gabriel Nogueira Garcia
Giselle Souza Moreira
Harielle dos Santos Rocha
Helyn Thami da Silva

Ingrid Lilly Martins Pereira
Jaci Pinto de Souza
Juliana Gij Levra de Jesus
Juliana Machado Pinho Noite
Karoline Aparecida Torquato Soares da Silva
Maira Andrade Scavazza
Matheus Luis Gouveia da Veiga
Rainer Lopes
Raphael Rodrigues Guimarães
Rebeca Silva dos Santos
Samara Milene da Silva
Saville Maria Coutinho Borges de Almeida
Talitha Demenjour Silva
Thamires Monteiro de Medeiros
Thayene de Oliveira Belo
Vanessa Del Castilho Silva Couto
Turma 2017/2019
Alessandra Lima Borges
Amanda Scarpelli Caroni
Beatriz Farias do Nascimento
Bruna de Melo Souza
Carlos Henrique Alves de Souza
Carolina Bernardo
Caroline Gradim Moraes
Clara da Silva Camatta
Cristiane Almeida Menezes
Daniela Alvine Silva
Denis Fernandes da Silva Ribeiro
Desirée Hernandes Barros Lopes
Felix Augusto Jacobson Berzins
Fernanda Paludo Demore
Guilherme Gushiken de Campos

Gustavo Graça Gomes
Hannah Carolina Tavares Domingos
Jessica Silva Andrade dos Santos
Luiza Iandra Augusta da Rocha
Marcelo Pereira Gonçalves
Mariane Ferreira dos Santos Araújo
Micaela Marques Santana Alves
Nathalia de Moura Zille Cardoso
Nilson Marlon da Silva dos Santos
Nivia Rodrigues Stuckenburck
Raquel Nigre Leal Costa
Silvana Amaral dos Reis
Sofia Nader de Araújo
Stephanie Moura Barbosa
Suellen Gloria de Araújo Silva
Tatiana Schlobach Rocha
Valéria Alves Rocha
Turma 2018/2020
Adriana Oliveira do Nascimento
Adriele Campos Moreira
Alexandra da Silva Gomes
Alison Malheiros de Castro
Ana Clara Ferreira de Belo
Ariana David Wenceslau
Bárbara Cristina Boscher Seixas Pinto
Bianca Lopes Saggese
Cristiane de Oliveira Machado
Eliane Lopes
Fernanda Gomes Faria
Fernanda Raquel Assis de Oliveira
Gabrielle Regine Passos de Almeida
Gilmara Valadão da Silva
Giselle Cristine Ferreira Sampaio

Indrid Maia Gomes Boaventura
Joyce Alves Nahoum
Karen Silva Lima do Carmo
Karina Reis da Silva
Luanda de Moura Mendes
Maria Damaris Cavazza Vianna
Marina Ribeiro dos Santos
Mikaela Raphael Guerreiro
Rhanna da Silva Henrique
Sinara Martins de Oliveira
Sofia Camargo Collet
Sophia Rosa Benedito
Tamires da Silva Albuquerque
Tathiana Barbara Silva De Souza
Thalita Magdalena dos Santos
Viviane Liria Costa de Souza
Yuri Cavalcante

Residentes em curso das turmas 2019-2021 e turma 2020-2022

Turma 2019/2021
Alan de Aquino Nogueira
Alexia Pires de Figueiredo
Ana Luísa Rocha Carvalho
Andresa Barbosa Candido
Andreza da Silva Lopes
Antonio José Franco Rodrigues
Beatriz Marinho Silva Romão
Bruna de Lima Ferreira
Bruno Bernacchi
Camila Prott Pessanha
Camila Santos Robles
Camila Siqueira de Castro Ferreira
Carolina Feitoza da Silva Ramos

Débora Duarte Batista
Debora Silva do Nascimento Lima
Esther Beatrice da Silva Joaquim Pereira
Fabiano de Araujo Neves
Filipe da Silva Velozo
Flavia Avelino Galvão de Moura
Gabriella Rocha Santos
Geisa Moreira de Jesus
Isabel Danielle de Moraes Silva Travaglini
Júlia Batista Afonso
Lais Soares Faria de Souza
Larissa Borlin Ladeira Ontiveros
Luana de Castro
Marcos Paulo de Oliveira Matos
Marcus André Carneiro de Carvalho da Silva
Maria Carolina Rezende Simonsen
Mariana Espindola Robin
Natasha de Jesus de Carvalho
Paulo Rogério Nunes Barbosa
Rafael Fernandes Tritany
Tássia da Silva Costa
Turma 2020/2022
Aline Fontes Oliveira
Amanda Marinho Pinheiro
Amanda Vaz dos Reis
Ana Luísa Kuehn de Souza
Antonia Roseanne do Nascimento Soares
Carla Soares Abreu
Celly Paranhos Santos
Charlene de Abreu Silva
Clarice Miranda de Carvalho
Gabriel Rodrigues Mardegan
Ieda Margarete da Silva De Siqueira

Igor Silva Lima
Julia Da Silva Gonçalves dos Santos
Júlia De Almeida Roffé Borges
Juliana Cristina Lima Dias
Letícia Parente Gonçalves
Lorena Lopes da Costa
Mariana Dantas de Oliveira
Matheus Branco Leal
Quésia Ferreira da Silva Liporaci
Samara Cristina Santos Castro
Thayna dos Santos Miranda

Cenários de Práticas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP- FIOCRUZ

As Unidades de saúde que permitiram a formação dos residentes em Saúde da Família. Espaços de aprendizado tão potentes para o desenvolvimento das diversas categorias durante os dois anos de formação. Local onde os(as) residentes puderam construir o cuidado interdisciplinar baseado no vínculo e na humanização, de forma integral e longitudinal, com o apoio dos profissionais de saúde presentes.

Quadro 2. Relação nominal de todos os cenários de práticas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP- FIOCRUZ de 2005 a 2020.

2005	
Nome das Equipes /Clínicas e Centros de Saúde	Área Programática
Centro Municipal de Saúde Esperança	AP 3.1
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias -Mandela de Pedra	AP 3.1
Centro Municipal de Saúde Márcilio Dias	AP 3.1
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias -Parque João Goulart	AP 3.1
Centro Municipal de Saúde Sereno	AP 3.1

2006	
Clínica da Família Zilda Arns	AP 3.1
Clínica da Família Ana Gonzaga	AP 5.2
ESF de Antares	AP 5.3
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias -CHP2	AP 3.1
Clínica da Família Drº Felipe Cardoso	AP 3.1
2007	
ESF de Antares	AP 1.0
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias	AP 3.1
PSF Curicica	AP 4.0
Centro Municipal de Saúde Santa Maria	AP 4.0
Centro Municipal de Saúde Sereno	AP 3.1
2008	
ESF de Antares	AP 1.0
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias	AP 3.1
Centro Municipal de Saúde COHAB	AP 5.1
Centro Municipal de Saúde Esperança	AP 3.1
Unidade de Saúde da Família Novo Palmares	AP 4.0
2009	
PSF Curicica	AP 4.0
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias	AP 3.1
Centro Municipal de Saúde Santa Maria	AP 4.0
Centro Municipal de Saúde Santa Marta	AP 2.1
Centro Municipal de Saúde Sereno	AP 3.1
2010	
Clínica da Família Zilda Arns	AP 3.1
Centro Municipal de Saúde Esperança	AP 3.1
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias	AP 3.1
Clínica da Família Rodrigo Roig	AP 3.1
Clínica da Família Victor Valla	AP 3.1
2011	
Clínica da Família Drº Felipe Cardoso	AP 3.1
Centro Municipal de Saúde Madre Teresa de Calcutá	AP 3.1
Olímpia Esteves saída para Felipe Cardoso	AP 3.1
Centro Municipal de Saúde Santa Marta	AP 3.1

Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias	AP 3.1
2012	
Clínica da Família Augusto Boal	AP 3.1
Clínica da Família Heitor dos Prazeres	AP 3.1
Clínica da Família Maria Sebastiana	AP 3.1
Clínica da Família Rodrigo Roig	AP 3.1
Clínica da Família Victor Valla	AP 3.1
2013	
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias	AP 3.1
Clínica da Família Drº Felipe Cardoso	AP 3.1
Clínica da Família Heitor dos Prazeres	AP 3.1
Centro de Saúde Madre Teresa de Calcutá	AP 3.1
Clínica da Família Victor Valla	AP 3.1
2014	
Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira	AP 3.2
Clínica da Família Eptácio Soares Reis	AP 3.3
Clínica da Família Rodrigo Roig	AP 3.1
Clínica da Família Sergio Vieira de Mello	AP 1.0
Clínica da Família Victor Valla	AP 3.1
2015	
Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira	AP 3.2
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias	AP 3.1
Clínica da Família Eptácio Soares Reis	AP 3.3
Centro de Saúde Madre Teresa de Calcutá	AP 3.1
Clínica da Família Victor Valla	AP 3.1
2016	
Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira	AP 3.2
Centro de Saúde Madre Teresa de Calcutá	AP 3.1
Clínica da Família Eptácio Soares Reis	AP 3.3
Clínica da Família Joãozinho Trinta	AP 3.1
Clínica da Família Victor Valla	AP 3.1
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias	AP 3.1
2017	
Clínica da Família Victor Valla	AP 3.1
Clínica da Família Eptácio Soares Reis	AP 3.3

Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira	AP 3.2
Clínica da Família Joãozinho Trinta	AP 3.1
Clínica da Família Josuete de Oliveira Sant'anna	AP 3.3
2018	
Clínica da Família Eptácio Soares Reis	AP 3.3
Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira	AP 3.2
Clínica da Família Josuete de Oliveira Sant'anna	AP 3.3
Clínica da Família Heitor dos Prazeres	AP 3.1
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias	AP 3.1
Clínica da Família Sergio Vieira de Melo	AP 1.0
2019	
Clínica da Família Eptácio Soares Reis	AP 3.3
Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira	AP 3.2
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias	AP 3.1
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira	AP 3.2
Clínica da Família Jacutinga (Município de Mesquita)	NEPS
2020	
Clínica da Família Anthidio Dias da Silveira	AP 3.2
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Farias	AP 3.1
Clínica da Família Amélia dos Santos Ferreira	AP 3.2
Clínica da Família Wilma Costa	AP 3.1

Orientadores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP- FIOCRUZ

Os orientadores que realizam o apoio institucional aos residentes para sua atuação nos cenários de prática, desempenhando um papel de mediador entre os conteúdos teóricos abordados em sala de aula e os desafios apresentados nas localidades em que os residentes atuam. Apoiando as relações interpessoais do grupo de residentes, tanto entre eles quanto com a equipe de saúde/preceptor/gestor de Unidade Básica de Saúde; na interprofissionalidade e multiprofissionalidade, promovendo a reflexão do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde.

Quadro 3: Relação nominal dos orientadores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP- FIOCRUZ de 2005 a 2020.

Nomes dos Orientadores
Ana Laura Brandão
Arlinda Barbosa
Carlos Eduardo Aguilera Campos
Carlos Henrique Klein
Carlos Marins
Cecília Maria Fiorotti (in memorian)
Célia Regina Andrade
Delaine Martins Costa
Denise Cavalcante de Barros
Elaine Sandra Amorim Savi
Eliane Chaves Vianna
Eliane Hollanda
Fátima Maria Gomes da Rocha
Fernando Manuel Bessa Fernandes
Gilney Costa
Gisele Oliveira
Gustavo de Oliveira Figueiredo
Helena Maria Seidl Fonseca
Inês Nascimento de Carvalho Reis
Isabel Cristina Lamarca
José Wellington Gomes Araújo
Lilian Miranda
Luiz Albérico Araújo Montenegro
Márcia Agostini
Márcia Cristina Rodrigues Fausto
Marcos Bessermam
Margareth Rose Gomes Garcia
Maria Alice Pessanha de Carvalho
Maria Lúcia de Macedo Cardoso
Maria Lúcia Freitas dos Santos
Mirna Barros Teixeira
Nina Lúcia Nielebock

Patrícia da Silva Pássaro Toledo
Rafael Arouca Höfke Costa
Regina Ferro do Lago
Renata Ruiz Calicchio
Rondineli Mendes da Silva
Rosa Maria da Rocha
Sandra Aparecida Venâncio De Siqueira
Silvino Antunes Ramos
Swheelen Vieira
Tatiana Wargas de Faria Baptista
Teresa Cristina de Carvalho Lima Neves
Vanessa Costa e Silva
Vera Cecília Frossard
Vera Lúcia Luiza
Willer Baumgarten Marcondes

Preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP- FIOCRUZ

Os preceptores, que além de todas as atribuições da sua atuação como trabalhador de saúde da Atenção Primária à Saúde, acompanham e supervisionam os residentes nos cenários de prática.

Quadro 4: Relação nominal dos preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP- FIOCRUZ de 2005 a 2020.

Nomes dos Preceptores
Alex Simões de Mello
Aline Moreira da Costa de Lima
Allan Guedes Ferreira de Carvalho
Amanda Araújo dos Santos Assis
Ana Lúcia Aguiar
Ana Lúcia Reis
Anna Claudia Zefiro
Bruna Veiga

Camilla Alves de Souza
Camille Melo Barreto e Sousa de Assis
Carla L. C. Abreu
Carlos Letácio
Claudia da Hora Silva Benholiel
Cristina Alves Ferreira
Dyanna Joia dos Santos
Edson Menezes
Elaine Medeiros do Nascimento
Elziana Costa
Érica Encarnação Arent
Fatima Virginia Siqueira de Menezes Silva
Felipe Zebulum
Fernanda Nunes Marques Alves
Francine Ramos de Oliveira Moura Autonomo
Isabela Tavares
Isabella koster
Jaqueline Coutinho Silverio Ribeiro
Juliana de Paula e Silva
Julio Cesar Pegado Bordignon
Karen Patrícia Fucks Paim
Kátia Brandão Teixeira
Lais Pimenta Ribeiro dos Santos
Lilia Lucena
Luana Lara R. Caetano
Luciana Tavares
Margarete dos Santos Pontes
Mariana Ferreira e Silva Lamoglia Da Rocha
Mariana Nogueira Marconsin
Mariza Villarinho
Marta Trabbold
Maurício Ramos Pereira
Monica Motta de Mattos Costa
Naima Assunção
Pedro Medeiros Hakme

Pedro Hakme
Rebeca Andrade Barbosa
Renan Santos Lima
Rita de Cássia Costa
Roberta Malafaia Carneiro da Cunha Monteiro
Rodrigo Pires Figueira
Rosangela Maiolino
Sabrina Vargas Figueiredo
Sue Ellen Magalhães
Ulysses Alves Costa
Viviane dos Santos Jacob Monteiro
Waleska Menengat Correa Floresta

Quadro 5: Relação nominal dos coordenadores das Unidades de Aprendizagem do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP- FIOCRUZ de 2005 a 2020.

Ana Laura Brandão
André Reynaldo Santos Périssé
Angela Oliveira Casanova
Arlinda Moreno Cruz
Edson Alves de Menezes
Gisela Cordeiro Pereira Cardoso
Helena Maria Seidl Fonseca
José Wellington Gomes de Araújo
Marcia Cristina Rodrigues Fausto
Margareth Rose Gomes Garcia
Maria Alice Pessanha de Carvalho
Marly Cruz
Mirna Barros Teixeira
Patrícia Pássaro
Rafaela Barros
Regina Ferro do Lago
Renata Ruiz Calichio
Roberta Gondim de Oliveira
Sonia Duarte de Azevedo Bittencourt
Tatiana Vargas de Farias Baptista



Vanessa Costa e Silva
Willer Baumgarten Marcondes

Quadro 6: Relação nominal dos coordenadores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ENSP- FIOCRUZ de 2005 a 2020.

Ana Laura Brandão	2019 até os dias atuais
Helena Maria Seidl Fonseca	2005 até 2017
José Wellington Gomes de Araújo	2005 até 2018
Marcia Cristina Rodrigues Fausto	2005 até 2016
Margareth Rose Gomes Garcia	2005 até 2017
Maria Alice Pessanha de Carvalho	2005 até os dias atuais
Mirna Barros Teixeira	2018 até os dias atuais
Vanessa da Costa e Silva	2018 até 2019

Sobre os Autores e Autoras

Alessandra Pimentel Barbosa Pinto de Mattos: Gestora de Recursos Humanos, especialista em Gestão em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); assessora de projeto e docente da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Ensp/Fiocruz.

Ana Carolina Menezes da Silva Braga: Assistente Social, mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense; especialista em Gestão da Atenção Básica pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); consultora técnica ligada a Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde.

Ana Laura Brandão: Nutricionista, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); Pesquisadora em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz e coordenadora adjunta, docente e coordenadora de Unidade do Programa da Residência Multiprofissional da Saúde da Família da Ensp/Fiocruz e Docente e orientadora do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) .

Angela Oliveira Casanova: Psicóloga, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); pesquisadora do Laboratório de Avaliação de Situações Endêmicas Regionais (LASER/ Ensp/Fiocruz); docente na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Ensp/Fiocruz.

Beatriz Farias do Nascimento: Odontóloga, residente Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Camille Melo Barreto e Sousa: Enfermeira, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Escola

Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz); mestre em Saúde Pública da Ensp/Fiocruz; enfermeira no Hospital Federal de Bonsucesso.

Caroline Gradim Moraes: Enfermeira, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Clara Camatta da Silva: Psicóloga, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz), mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (IMS/UERJ); pesquisadora associada da UNI periferias (Instituto Maria e João Aleixo) e psicóloga clínica.

Delaine Martins Costa: Cientista Social, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); Pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais (DCS) da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); docente colaborador na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Ensp/Fiocruz.

Denis Fernandes da Silva Ribeiro: Enfermeiro, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz); especialista em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz); Enfermeiro no Complexo Hospitalar de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC/UFPR).

Denise Cavalcante de Barros: Nutricionista, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); Tecnologista em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); Coordenadora do Laboratório de Ensino em Pesquisa em Alimentação e Nutrição/ENSP/Fiocruz; docente colaborador na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Ensp/Fiocruz.

Desirée Hernandes Barros Lopes: Farmacêutica, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Gizelle Chagas Inacio: Nutricionista, Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz).

Gustavo Graça Gomes: Psicólogo. Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz).

Hannah Carolina Tavares Domingos: Farmacêutica, Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz); especialista em Gestão da Atenção Básica pela Ensp/Fiocruz.

Ivo Aurélio Lima Júnior: Odontólogo, Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); mestre em Saúde Pública pela (Ensp/Fiocruz); pesquisador dos grupos de pesquisa “Estado, Proteção Social e Políticas de Saúde” e “Contexto, Trajetória e Características das Políticas e Sistemas de Saúde na América Latina: o Brasil em perspectiva comparada”.

José Wellington Araújo: Médico, Doutor em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); pesquisador assistente da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz); docente colaborador e coordenador de Unidade na Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Ensp/Fiocruz.

Luane Tássia Paz Dominguez dos Santos Alves: Enfermeira, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); pesquisadora do Núcleo de Estudo e Pesquisa em Gestão e Trabalho em Saúde/Ensp/Fiocruz.

Luiz Albérico Araújo Montenegro: Odontólogo, doutor em Epidemiologia em Saúde Pública na Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz), pesquisador/docente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz).

Marcelo Pereira Gonçalves: Educador Físico, Especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), mestrando no Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde e membro do Grupo de Estudo e Pesquisa Sociocultural em Educação Física (GEPSEF).

Maria Alice Pessanha de Carvalho: Enfermeira, mestre em Educação em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); pesquisadora adjunta aposentada da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); coordenadora adjunta do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Ensp/Fiocruz, docente e coordenadora de Unidade do Programa da Residência Multiprofissional da Saúde da Família da Ensp/Fiocruz. Coordenadora pedagógica do Programa da Residência Multiprofissional da Saúde da Família SESAUFiocruz Mato Grosso do Sul.

Marina Fernandes do Prado: Psicóloga, especialista em Psicologia Hospitalar em Hospital Geral no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Mirna Barros Teixeira: Psicóloga, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp) da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais na Ensp/Fiocruz. Docente e orientadora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da ENSP e do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, ENSP; Coordenadora Geral, docente e coordenadora de Unidade do Programa da Residência Multiprofissional da Saúde da Família da Ensp/Fiocruz.

Nathália de Moura Zille Cardoso: Assistente Social, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); especialista em Gestão da Atenção Primária à Saúde da Ensp/Fiocruz.

Nilson Marlon da Silva dos Santos: Nutricionista, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); mestrando do Programa de Pós-Graduação em Agricultura Orgânica (PPGAO) do Instituto de Agronomia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ); nutricionista da Coordenação de Educação em Saúde da Coordenadoria Técnica de Promoção da Saúde da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Rebeca Nascimento Marinho da Silva: Nutricionista, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); mestre em Saúde Pública pela Ensp/Fiocruz; doutoranda em Epidemiologia no Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ).

Regina Ferro do Lago: Psicóloga, doutora em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); pesquisadora do Departamento de Ciências Sociais na Ensp/Fiocruz. Docente e orientadora do Mestrado Profissional em Atenção Primária à Saúde, ENSP/Fiocruz; docente, orientadora e coordenadora de unidade de aprendizagem do Programa de Residência Multiprofissional da Saúde da Família da Ensp/Fiocruz.

Renata Ruiz Calicchio: Psicóloga, mestre em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); analista de gestão em saúde do Departamento de Ciências Sociais da Ensp/Fiocruz; docente-orientadora e colaboradora da coordenação executiva do Programa de Residência Multiprofissional da Saúde da Família da Ensp/Fiocruz.

Ricardo Burg Ceccim: Enfermeiro, doutor em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), com pós-doutorado em Antropologia Médica pela Universitat Rovira i Virgili (URV, Universidade Pública de Tarragona/Espanha) e estágio pós-doutoral sênior em Participação Social e Políticas Públicas em Saúde pela Università degli Studi di Parma (UniPR, Universidade Pública de Parma/Itália); professor Titular na área de Educação em Saúde/Saúde Coletiva; docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); membro titular da Comissão Nacional de Residência Multi/Uniprofissional em Saúde – CNRMS/Ministério da Educação.

Silvana Amaral dos Reis: Assistente Social, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Especialista em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz).

Stephanie Moura Barbosa: Cirurgiã Dentista, Mestranda em Saúde Coletiva na UFRJ, na linha de pesquisa em planejamento e políticas públicas. Possui Residência em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz) e pós-graduação em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (Ensp/Fiocruz) e em Micropolítica em Saúde pela Universidade Federal Fluminense (UFF).

Tatiana Vargas de Faria Baptista: Psicóloga, doutora em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da UERJ. Pesquisadora do Departamento de Administração e Planejamento em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz. Docente colaboradora do Programa de Residência Multiprofissional da Saúde da Família da Ensp/Fiocruz.

Tereza Andréa Barros Costa: Assistente Social, graduada pela UFRJ com Pós-Graduação Lato Sensu de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz).

Tiago Lopes Bezerra: Assistente Social, Mestrando em Políticas Públicas pela Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz). Atualmente trabalha em um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) lotado em duas unidades de

Atenção Primária da Zona Norte do Rio de Janeiro. É preceptor de campo da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UFRJ.

Ulysses Alves Costa: Odontólogo, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz); odontólogo na Saúde da Família em uma UBS em São Paulo. Atualmente está cursando uma especialização em Saúde Pública pela Faculdade Única.

Valéria Alves Rocha: Educadora Física, especialista em Saúde da Família pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

Vanessa Costa e Silva: Odontóloga, doutorado em Saúde Pública pela ENSP/Fundação Oswaldo Cruz. Atualmente é coordenadora do Curso de Especialização Gestão em Saúde e docente do mestrado profissional em APS. Pesquisadora no grupo de pesquisa Modelos avaliativos e organizacionais em atenção primária a saúde (APS) em contextos territoriais.

Vinícius Mendes da Fonseca Lima: Enfermeiro, Discente no Programa de mestrado em Saúde Coletiva com área de concentração em Epidemiologia no Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Especialista em Saúde da Família pelo programa de Residência Multiprofissional e Gestão de Redes de Atenção em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (Ensp/Fiocruz). Atua no segmento gestor como Diretor de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família da Fundação Municipal de Saúde de Niterói.

Viviane dos Anjos Maresi: Nutricionista, mestre em Nutrição Humana pela UFRJ. Especialista em Saúde da família pela Residência Multiprofissional em saúde da família Ensp/Fiocruz.

Índice Remissivo

A

abordagem familiar
 abordagem integral
 acessibilidade, acesso, acesso (dimensões do)
 acesso seguro, “Acesso Mais Seguro” (AMS)
 acolhimento
 acompanhamento longitudinal
 ações preventivas vs ações curativas
 ações individuais vs ações coletivas,
 ações terapêuticas, de cuidado
 Agente(s) Comunitários de Saúde (ACS)
 agravos de saúde
 ambientação pedagógica
 ambiente de aprendizagem
 análise de conteúdo
 apoiadores institucionais
 aprendizagem significativa
 área profissional da saúde
 Atenção Básica (AB)
 atenção integral
 Atenção Primária à Saúde (APS)
 atividades de campo, atividades práticas
 atributos cognitivos, psicomotores e atitudinais
 autonomia, autonomia dos profissionais
 avaliação, avaliação formativa, avaliação (sistema de)

B

banco de dados
 biomédico (modelo), percepção biomédica

Bourdieu, Pierre
 busca ativa

C

“campo e núcleo”
 campo de aprendizado, campo de práticas
 Campos, Gastão Wagner
 carta para o residente do futuro
 Carvalho, Maria Alice Pessanha de
 Ceccim, Ricardo Burg
 cenário da pesquisa
 cenário(s) de aprendizagem, cenário(s) de prática
 centralidade (do cuidado)
 centralidade na família
 Centro Municipal de Saúde (CMS)
 clínica ampliada
 Clínica(s) da Família (CF)
 cobertura (em saúde)
 co-gestão
 colaboração interprofissional
 Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, Comissão Nacional de Residências Multi/Uniprofissionais em Saúde
 Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde (COREMU)
 competência cognitiva, psicomotora e afetiva
 competência(s) profissional(is)
 complexidade, contextos sociais complexos
 composição familiar
 conceito ampliado de saúde, concepção ampliada de saúde
 Conselho Nacional de Saúde
 condições de vida
 condutas terapêuticas articuladas
 condutivista (concepção)

conflitos armados
 complexidade em saúde, casos complexos, complexidade, complexas
 comunicação, comunicativo
 conselho de classe
 construção compartilhada (de conhecimentos, saberes e práticas), construção
 compartilhada (metodologia de)
 construtivista (concepção, perspectiva), construção do conhecimento, construção
 social
 conteúdos pedagógicos
 conteúdo significativo, conteúdo sistematizado
 conteúdo temático
 continuidade do cuidado
 contratualidade (espaço de)
 controle social
 coordenação, coordenadores
 criticidade, criticismo
 cuidado à saúde (individual, coletivo e familiar)
 cuidado vs cura
 cuidado integral - ver integral (cuidado)
 “cuidar do cuidador”
 curricular, currículo(s)
 currículo baseado em competências profissionais

D

dados primários, dados secundários
 Décima primeira Conferência Nacional de Saúde
 Deleuze, Gilles
 democratização das informações
 densidade tecnológica
 desigualdades
 desvalorização profissional
 diagnóstico de necessidades e potencialidades da oferta /utilização dos serviços e
 das equipes

diagnóstico territorial
 Diagnóstico Situacional Participativo (DSP)
 dialógica (formação), dialógico, diálogo
 Diário reflexivo (DR)
 dimensões da aprendizagem
 dimensão econômica
 dimensão geográfica
 dimensão organizacional
 dimensão sociocultural
 direito à saúde
 dispositivos sociais
 docente, docente (prática), docente-orientador, docência-orientação
 Donabedian, Avedis

E

ecomapa
 educação e saúde, educação em saúde
 educação interprofissional
 educação-trabalho-cidadania
 Educação Permanente em Saúde (EPS)
 educação popular
 efetividade
 Elbaz-Luwisch, Frema
 Ellery, Ana Ecilda Lima
 empatia
 Ensp em movimento
 Epidemiologia, Epidemiologia paisagística
 equidade
 equipes de referência
 equipe de residentes
 equipe multidisciplinar
 equipe(s) multiprofissional(is) (ver também multiprofissional)
 equipe(s) de Saúde da Família

equipe preceptora
 escuta qualificada
 espaços coletivos
 espaço vivo
 estágio optativo
 Estratégia Saúde da Família (ESF), Saúde da Família (SF)
 estudo ecológico
 estudos de caso
 escassez de oferta de serviços públicos
 ética (postura), éticos (princípios)
 experiência profissional

F

família
 familiograma
 Fekete, M.C.
 Ferla, Alcindo Antônio
 ferramenta(s) pedagógica(s)
 fluxos, fluxos administrativos
 Freire, Paulo
 formação especializada em área profissional da saúde
 formação em saúde
 formação em serviço
 formação sócio-política
 formação multiprofissional (ver também multiprofissional)
 formação profissional
 Foucault, Michel
 Furtado, Juarez Pereira

G

Gestão Autônoma da Medicação (GAM)
 gestão colegiada
 gestão compartilhada

gestão do cuidado
 gestão gerencialista
 gestores
 governança
 guerra às drogas
 grupalidade

H

habitus
 hierarquia, hierárquicas
 histórias de vida
 humanização

I

identidade profissional
 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
 integração ensino – serviço
 integração formação – trabalho
 integral (cuidado, olhar), integralidade, integralidade do cuidado
 interdisciplinar, interdisciplinares (saberes), interdisciplinaridade
 interprofissional, interprofissionalidade, interprofissionais (práticas),
 interprofissionalização
 intersetorial, intersetorialidade
 intervenção (plano de projeto de)

K

Krug, Etienne G.

L

lato sensu
 lógica produtivista
 longitudinal (acompanhamento), longitudinalidade do cuidado
 lugares inseguros, lugares pobres

M

manejo de casos
 mapa(s) conceitual(is)
 matriciado(a), matricial, matriciamento
 mediação
 medicina curativa
 Mendes, Eugenio Vilaça
 Merhy, Emerson Elias
 métodos ativos de ensino-aprendizagem
 método da roda
 Método Paideia
 Ministério da saúde (MS)
 modelo ambulatorial
 modelo biomédico, percepção biomédica
 modelo político pedagógico
 monitoramento e avaliação (plano de)
 Morin, Edgar
 multidimensionalidade
 multidisciplinar, multidisciplinar (abordagem)
 multiprofissional, multiprofissionalidade
 Minayo, Cecilia

N

Necessidades (sociais), necessidades (em saúde)
 Necessidades de aprendizagem
 Negociações entre os atores
 Nível de atenção
 Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS)
 Novak, Joseph
 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)
 núcleo profissional, núcleo de saberes profissionais

O

oficina, oficina de avaliação, oficina de preceptoria, oficina de reflexão permanente
 Organizações Sociais de Saúde (OSS)
 orientação, orientador(a), orientador(es)

P

participação, participação popular, participação social
 pedagogia, pedagogia da implicação, princípios pedagógicos
 Peduzzi, Marina
 Penchansky, R.D.B.A & Thomas, W
 pesquisa empírica
 pesquisa qualitativa
 planejamento curricular
 planejamento estratégico
 planilhas eletrônicas
 Plano de Segurança
 Plano Local
 Política Nacional da Atenção Básica (PNAB)
 Política Nacional de Humanização (PNH)
 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS)
 políticas de gestão do trabalho
 políticas de proteção social
 políticas públicas
 porta de entrada
 portfólio reflexivo
 prática(s) colaborativa(s)
 práticas de saúde humanizadas
 práticas hegemônicas de saúde
 práticas violentas
 práxis
 prevenção de exposição ao risco (estratégias de)
 problematização, problematização da realidade
 processo(s) de ensino-aprendizagem

processo saúde-doença
 processo de síntese
 processo de trabalho (organização do)
 processo formativo
 produção do cuidado
 produtividade
 profissional reflexivo (ver também reflexão crítica)
 profissional(is) (núcleos, áreas)
 profissional da saúde, profissionais de saúde
 profissional(is) do campo de prática
 Programa de Estágio Internacional
 Programa de Saúde da Família (PSF)
 Projeto Pedagógico, Projeto Político-Pedagógico (PPP)
 Projeto Terapêutico Singular (PTS)
 projetos terapêuticos
 psicodinâmica do trabalho
 psicossocial

Q

qualificação de processos educacionais

R

Ramona, Fernanda CeriottiToassi
 rede social
 rede intersetorial
 rede intrasetorial
 Redes de Atenção à Saúde
 redes de apoio
 Rede UNIDA
 Reeves, Steve
 reflexão crítica, reflexão na ação, pensamento crítico reflexivo
 Reforma Sanitária Brasileira
 regras do programa de residência

relações trabalhistas
 risco(s), risco a saúde, risco social
 Residência em saúde, residência multiprofissional, Residência em Área Profissional da Saúde
 resolutividade
 Rio de Janeiro (município do)
 roda de conversa

S

saúde mental
 saúde global, saúde universal
 saúde dos trabalhadores
 Schon, Donald
 Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SEGTS/MS)
 seminário de categoria, seminário de síntese
 singularidade do indivíduo, do usuário
 Sistema Único de Saúde, SUS
 situação de saúde
 situação(ões)-problema
 sobrecarga de trabalho
 sofrimento biopsicossocial
 sofrimento profissional
 Spinosa, Baruch
stakeholders
 subjetividade
 supervisão de categoria, supervisão de residentes

T

tecnologias, tecnologias leves, tecnologias leve-duras, tecnologias duras, tecnologias relacionais
 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
 território, territorialização
 trabalhadores da saúde, trabalhadores do SUS

Trabalho de Conclusão de Residência (TCR)

trabalho em equipe

trabalho vivo em ato

trabalhos de finalização

trabalhos longitudinais

trabalhos teórico-práticos

trabalho territorializado

tráfico de drogas, uso de drogas

transdisciplinar

treinamento em serviço

tutor, tutoria

U

Unidade Básica Saúde (UBS)

unidade(s) de aprendizagem

uniprofissional, uniprofissionalidade

universalização

V

Vecina Neto, Gonzalo

visitas domiciliares

vínculo, vínculo com usuário, vínculo com o serviço

violência, violência de gênero, violência institucional, violência intrafamiliar,

violência no território, violência urbana, exposição a violência

visita domiciliar

visitas técnicas

vivência acadêmica

vulnerabilidade social, vulnerabilidades

Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries:

Atenção Básica e Educação na Saúde

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Vivências em Educação na Saúde

Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Clássicos da Saúde Coletiva

Saúde & Amazônia

Arte Popular, Cultura e Poesia

Branco Vivo

Saúde em imagens

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde, Ambiente e Interdisciplinaridade

Pensamento Negro Descolonial

Educação Popular & Saúde

Outros

Periódicos:

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br



ISBN 978-65-87180-16-8



9 786587 180168