

Residência Multiprofissional em Saúde: Costurando redes de cuidado e formação no Norte Gaúcho

Organizadores: Vanderleia Laodete Pulga • Shana Ginar da Silva • Fabiana Schneider • Ricardo Burg Ceccim





A **Editores Rede UNIDA** oferece um acervo digital para **acesso aberto** com mais de 200 obras. São publicações relevantes para a educação e o trabalho na saúde. Tem autores clássicos e novos, com acesso **gratuito** às publicações. Os custos de manutenção são cobertos solidariamente por parceiros e doações.

Para a sustentabilidade da **Editores Rede UNIDA**, precisamos de doações. Ajude a manter a Editora! Participe da campanha «e-livro, e-livre», de financiamento colaborativo.

Acesse a página
<https://editora.redeunida.org.br/quero-apoiar/>
e faça sua doação

Com sua colaboração, seguiremos compartilhando conhecimento e lançando novos autores e autoras, para o fortalecimento da educação e do trabalho no SUS, e para a defesa das vidas de todos e todas.

Acesse a Biblioteca Digital da Editora Rede UNIDA
<https://editora.redeunida.org.br/>

E lembre-se: compartilhe os links das publicações, não os arquivos. Atualizamos o acervo com versões corrigidas e atualizadas e nosso contador de acessos é o marcador da avaliação do impacto da Editora. Ajude a divulgar essa ideia.

editora.redeunida.org.br



Vanderléia Laodete Pulga
Shana Ginar da Silva
Fabiana Schneider
Ricardo Burg Ceccim

ORGANIZADORES

Série Vivências em Educação na Saúde

Residência Multiprofissional em Saúde: Costurando redes de cuidado e formação no Norte Gaúcho

1ª Edição

Porto Alegre

2022



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, Denise Bueno, Maria das Graças, Frederico Viana Machado, Márcio Mariath Belloc, Karol Veiga Cabral, Daniela Dallegrave.**

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston (Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil).
Alcindo Antônio Ferla (Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil).
Ángel Martínez-Hernández (Universitat Rovira i Virgili, Espanha).
Angelo Stefanini (Università di Bologna, Itália).
Ardigó Martino (Università di Bologna, Itália).
Berta Paz Lorido (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).
Hêider 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 Staevie Baduy (Universidade Estadual de Londrina, Brasil).
Sara Donetto (King's College London, Inglaterra).
Sueli Terezinha Goi Barrrios (Associação Rede Unida, Brasil).
Túlio Batista Franco (Universidade Federal Fluminense, Brasil).
Vanderléia Laodete Pulga (Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil).
Vera Lúcia Kodjaoglanian (Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde/LAIS/UFRN, Brasil).
Vera Maria da Rocha (Associação Rede Unida, Brasil).
Vincenza Pellegrini (Università di Parma, Itália).

Comissão Executiva Editorial

Jaqueline Miotto Guarnieri
Alana Santos de Souza
Márcia Regina Cardoso Torres
Renata Riffel Bitencourt

Diagramação

Lucia Pouchain

Ilustrações

Claudete Adriana Moretti

Designer gráfica

Julie Rossatto Fagundes

Revisão Textual

Karina Maria Machado Matos

Colaboradora - Índice Remissivo

Vanessa Pecinato

Comissão Editorial deste Volume

Adriana Remião Luzardo
Alessandra Regina Müller Germani
Carla Garcia Bottega
Fabiana Schneider
Fernanda Beheregaray Cabral

Gisele Dhein

Gustavo Zambenedetti

Liliana Santos

Marcelo Soares Fernandes

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Michele Neves Meneses

Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha

Priscila Pavan Detoni

Renata Maraschin

Ricardo Burg Ceccim

Shana Ginar da Silva

Sttela Maris Nicolau

Vanderléia Laodete Pulga

Vera Lúcia de Azevedo Dantas

Vera Lúcia Pasini

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

P981r Pulga, Vanderléia Laodete (org.) et al.

Residência multiprofissional em saúde: costurando redes de cuidado e formação no norte gaúcho / Organizadores: Vanderléia Laodete Pulga, Shana Ginar da Silva, Fabiana Schneider e Ricardo Burg Ceccim. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, 2022.

312 p. (Série Vivências em Educação na Saúde, v. 24)
E-book: 7,4 Mb; PDF

Inclui bibliografia

ISBN: 978-85-54329-61-7

DOI: 10.18310/9788554329617

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Atenção à Saúde. 3. Internato e Residência. 4. Universidade Federal da Fronteira Sul. I. Título. II. Assunto. III. Organizadores.

22-30180112

CDD 610.6:918.65

CDU 61:371.133(816.5)

ÍNDICE PARA CATÁLOGO SISTEMÁTICO

1. Medicina: Ensino, organizações, profissões; Rio Grande do Sul.

2. Medicina: Prática de ensino, profissão (Rio Grande do Sul).

Catálogo elaborada 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





UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA NO NORTE GAÚCHO: A UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

Júlio César Stobbe
Leandro Tuzzin

Com um arranjo interestadual, a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS¹) é uma instituição *multicampi* e corresponde aos três estados da região sul do Brasil, mais precisamente está no sudoeste do Paraná, oeste de Santa Catarina e norte-noroeste do Rio Grande do Sul, ocupando uma localização estratégica em relação à mesorregião do Mercosul e à porção brasileira do cone sul da América Latina. A sede está no *campus* da cidade de Chapecó, enquanto o estado do Paraná possui dois *campi*: cidades de Realeza e Laranjeiras do Sul, e o estado do Rio Grande do Sul possui três *campi*: cidades de Cerro Largo, Erechim e Passo Fundo. A UFFS foi criada pela Lei Federal n.º 12.029, de 15 de setembro de 2009, no bojo da política nacional de expansão e interiorização da educação superior pública no Brasil.

Sua inserção regional se faz em um contexto caracterizado pela agropecuária e agroindústria, uma ambiência junto às bacias hidrográficas dos rios Iguaçu, Uruguai, Alto Jacuí e Taquari-Antas, e uma história cultural marcada, de um lado, pela presença de populações indígenas e caboclas; de outro, pela imigração europeia. Contudo, deve-se destacar a presença e atuação de diversos movimentos sociais rurais e urbanos, emergentes a partir dos anos 1970, e que repercutiram nas lutas políticas e comunitárias e no desenvolvimento do associativismo regional.

O *campus* de Passo Fundo foi sua última inclusão, o qual nasce com a criação do curso de medicina por ocasião da Política de Expansão das Escolas

¹ A sigla da Universidade Federal da Fronteira Sul deve ser lida pela nomeação de cada letra, como soletração (U.F.F.S.), não formando um acrônimo que pudesse ser lido como se fosse uma palavra presente na língua, uma vez que assim se chegaria a acrônimos sujeitos à confusão (quando não idênticos) com outras universidades da rede de Instituições Federais de Ensino Superior (IFES).

Médicas no esteio da criação do Programa Mais Médicos para o Brasil, que, em seu componente de estímulo à formação médica brasileira, incentivou a abertura de novos cursos de medicina e procurou redirecionar os processos formativos a partir da formulação de novas diretrizes curriculares nacionais. Dentre outros aspectos, deveria contemplar um processo de formação vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS) e seus cenários de atuação. Essa proposta trouxe a articulação entre ensino, pesquisa e extensão como importante à integração entre ensino-serviço-comunidade, o que situou o cotidiano dos serviços de saúde do norte gaúcho e a vida local como parte dos processos formativos, integrando conhecimento científico, inovação tecnológica e intervenção social.

O ingresso de estudantes por meio do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem) garantiu o acesso universal e possibilitou uma mudança no perfil dos estudantes de medicina. O Projeto Pedagógico traz a articulação entre aquilo que se chamava de ciclo básico com o profissionalizante, integrando formação e presença no território em busca de uma formação generalista e humanista. Esse processo de formação de médicos, inserido na Rede de Atenção Integral à Saúde, foi construído em rede colaborativa com outras universidades brasileiras e internacionais, envolvendo hospitais de ensino e a perspectiva de uma Rede SUS-Escola. Um perfil docente multiprofissional e interdisciplinar costurou parcerias orgânicas com os municípios do norte gaúcho.

A UFFS assumiu a tutoria do Programa Mais Médicos na região norte do Rio Grande do Sul e oeste de Santa Catarina, respondendo por sua atuação regional com liderança intelectual. Com a presença da UFFS em Passo Fundo foi possível agregar as Residências em Saúde, antes vinculadas às Instituições Hospitalares, passando a ser Programas da Universidade Federal da Fronteira Sul. A Residência Multiprofissional em Saúde do *campus* Passo Fundo foi outra resposta regional. De campo descentralizado do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), mais especificamente seu notório Serviço de Saúde Comunitária, localizado na capital do Estado, passa à primeira formação de oferta regular anual distinta da graduação em medicina no *campus* de Passo Fundo. A residência transcorria e transcorre no município de Marau-RS.

Foi fundamental a caminhada lado a lado com o GHC, no início de 2015, para que o recém-iniciado *campus* desenvolvesse capacidade técnica,

institucional e temática para a condução do Programa e, conseqüentemente, as bases para ações futuras. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde contou com a colaboração de um docente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e de um docente italiano em período visitante no Brasil. Em meio a essas particularidades, o município de Marau, no norte gaúcho, tem sido um exemplo de parceria e apoio, seja em estrutura física e administrativa, seja na alocação de preceptores para que o projeto se desenvolva sem percalços. As costuras de formação e cuidado em saúde na região “vingaram”.

As costuras, no entanto, para a manutenção de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, requerem uma particular gestão para que a chama do projeto político e institucional se mantenha crepitante. A coordenação, professores, tutores e preceptores se revestem de uma solar importância para o êxito dos desafios. Esse grupo oferece no norte do Rio Grande do Sul um coletivo de trabalho e um ambiente de formação para acolher profissionais de saúde recém-formados em qualquer região do país. O cotidiano local, costurado a cada dia com os desafios trazidos pela população e pelos estudantes da universidade, oferece os subsídios para garantir o sucesso da oferta de formação e do aprendizado de todos os envolvidos. Os projetos individuais de formação, pesquisa e ensino acabam sempre sobrepujados pelo projeto coletivo e este sempre se torna mais forte, pois tem a visão ética e política dos coletivos em luta por saúde, educação e direitos.

Como direção da UFFS, poderíamos ter a visão embaçada, tal qual a do jovem apaixonado, em relação ao nosso Projeto, mas o resultado do trabalho, em relação aos mais variados campos de prática de nossos egressos, reafirma o êxito de nossas ações. Assim, cabe-nos embeber-nos do espírito de emoção e sorrir de alegria pelo desfecho. A presente obra corrobora, de forma escrita, o trabalho desse grupo e, sem dúvida, ampliará o diálogo e os coletivos que costuram formação e cuidado em saúde no norte gaúcho e no Brasil.

Boa leitura!

MARAU-RS: UM MUNICÍPIO DO NORTE GAÚCHO ACOLHE O ENSINO EM SERVIÇO

Iura Kurtz
Douglas Kurtz

Marau é uma cidade que acolhe os que aqui buscam um futuro melhor! Um lugar em que o poder público investe no cuidado com o urbano e o rural de modo que todas as pessoas possam viver melhor e com mais saúde, fortalecendo as diversidades étnico-culturais, acolhendo imigrantes e aos que escolhem esse território para morar.

Marau, que carrega em seu nome a resistência indígena, foi uma terra fértil aos imigrantes italianos que cultivaram e participaram da construção desse município, que hoje se destaca como a “Capital Nacional do Salame”. Sua força está na produção agrícola, na indústria de alimentos e metalmecânica, no comércio e na prestação de serviços. Também se destaca por suas belezas naturais, percorrida através da Rota das Salamarias e Rota das Águas e Sabores!

Comemoramos esta obra em que o município de Marau comparece como agente e cenário de ensino e aprendizagem, acolhendo uma das modalidades mais potentes de formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS) e especialistas na área da saúde. A Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica que acontece em nosso município desde 2013 é resultado de um processo colaborativo e interinstitucional da Secretaria Municipal de Saúde, inicialmente com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), polo formador em Medicina de Família e Comunidade e da equipe multiprofissional de saúde em Atenção Básica no sul do Brasil, e, posteriormente, com a Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Passo Fundo (UFFS/PF), cumprindo seu papel de implantação em nossa região.

Essa construção foi possível, porque o município se destaca na estrutura de uma Rede de Atenção à Saúde e empenho com a defesa do SUS com 100% de cobertura da Estratégia Saúde da Família, além de serviços especializados,

hospitalares e de saúde mental, permeados pelos princípios da universalidade do acesso, da integralidade da atenção e da equidade no acolhimento. Tem um conjunto de profissionais da saúde, em sua maioria concursados, comprometidos com o cuidado à saúde das pessoas no SUS.

Como lugar que se organiza para o cuidado, também apostou no desafio de se organizar para o ensino, acolhendo a descentralização da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade, vinculada ao GHC e depois sustentada com a UFFS. Assim, as Estratégias Saúde da Família Santa Rita e São José Operário vêm sendo espaço formativo em que os profissionais em especialização aprendem a cuidar cuidando das pessoas nos seus territórios e comunidades.

As equipes de saúde dessas Estratégias vêm se constituindo como Sistema de Saúde-Escola e, nesse movimento, todos aprendem. A população é a grande beneficiária: ampliação do acesso, maior oferta de serviços e melhor qualidade no atendimento. Vale destacar a relevância da preceptoria, nossos trabalhadores municipais, como elo entre a equipe, os serviços, a gestão e a universidade; assim como destacar o papel da tutoria, da docência e do controle social do SUS na organização de um cotidiano vivo e criativo.

Esse processo de implantação do SUS-Escola em nosso município, com a Residência Multiprofissional em Saúde e a presença do curso de graduação em medicina da UFFS/PF, fortalece o sistema local e a gestão municipal como potência para dar conta dos desafios da formação no campo da saúde. Como nos apontam os órgãos nacionais e internacionais de saúde, os resultados mais eficientes são construídos com o ensino presente nos territórios e com as famílias e comunidades, em especial em momentos de emergência sanitária, como assistimos no período recente com a pandemia que estamos vivendo.

Celebramos a iniciativa de registrar essa experiência de formação em serviço, escrita por quem vem fazendo acontecer no cotidiano, enaltecendo o município como protagonista na produção de cuidados e de conhecimentos na saúde. A qualidade da obra será reconhecida por nossos servidores, população, docentes e seus leitores.

Sumário

APRESENTAÇÃO | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: COSTURAS DO CUIDADO E FORMAÇÃO NO NORTE GAÚCHO..... 15
Vanderléia Laodete Pulga, Shana Ginar da Silva, Fabiana Schneider, Ricardo Burg Ceccim

SEÇÃO I | RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: COSTURA DE DESAFIOS.....27

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: O CAMINHO DA REGULAÇÃO29
Ricardo Burg Ceccim

PERCURSOS COLABORATIVOS NA IMPLANTAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA EM MARAU-RS.....67
Vanderléia Laodete Pulga, Fabiana Schneider, Fernanda Carlise Mattioni, Camila Samara Funk, Edinadia Maria Dalberto, Elisângela Zanelatto

ENSINO E SERVIÇO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE EM MARAU-RS E O PAPEL DA PRECEPTORIA.....85
Fabiana Schneider, Eliana Paula Brentano, Leila Juliana Antunes Riggo, Sandra Mara Setti, Thais Scalco, Edinadia Maria Dalberto

SEÇÃO II | DINÂMICA POLÍTICA DE UMA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: CAMPO E NÚCLEO COMO PEDAGOGIA DA SAÚDE 101

ENSINAR E APRENDER NA ATENÇÃO BÁSICA: A EXPERIÊNCIA DOS SEMINÁRIOS DE CAMPO 103
Renata dos Santos Rabello, Maríndia Biffi, Francine Feltrin de Oliveira, Vanderléia Laodete Pulga, Priscila Pavan Detoni, Antônio Marcos de Almeida, Ardigò Martino

PRÁTICAS DE FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR COMPARTILHADAS: A EXPERIÊNCIA DOS SEMINÁRIOS INTEGRADOS 121
Vanderléia Laodete Pulga, Kelly Dandara da Silva Macedo, Marina Caravaggio, Vânia Maria Figuera Olivo, Samantha Pimentel de Oliveira Stieven

TRABALHOS DE CONCLUSÃO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: INTERLOCUÇÃO CIENTÍFICA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA..... 137
Shana Ginar da Silva, Fabiana Schneider, Renata dos Santos Rabello, Alessandra Suptitz Carneiro, Vanderléia Laodete Pulga

ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: A ÊNFASE NA ATENÇÃO BÁSICA..... 153
Alessandra Regina Müller Germani, Edinadia Maria Dalberto, Eliana Paula Brentano, Leila Juliana Antunes Riggo

FARMÁCIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA: UMA VISÃO ALÉM DO MEDICAMENTO..... 167

Marcelo Soares Fernandes, Thaís Scalco

PSICOLOGIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: PRECEPTORIA E TUTORIA NA ATENÇÃO BÁSICA 183

Sandra Mara Setti, Fabiana Schneider, Elisângela Mara Zanelatto, Fernanda Bertan, Priscila Pavan Detoni

SEÇÃO III | SABERES QUE EMERGEM NO CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: A DELICADEZA DAS COSTURAS LOCAIS 195

INTERSETORIALIDADE NA PRODUÇÃO DE CUIDADO AO LUTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: MEMÓRIA VIVA MARAU..... 197

Fabiana Schneider, Bruna Fátima Gallina, Samantha Pimentel de Oliveira Stieven, Lisiane Elisabete Dall'Agnese

ARTICULAÇÃO EM REDE ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: O ESTÁGIO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL..... 211

Bárbara Kawana Haupt Santos, Sandra Mara Setti, Priscila Pavan Detoni

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: RETRATO DE UM CENÁRIO DE PRÁTICA PROFISSIONAL 225

Leila Juliana Antunes Riggo, Bruna Fátima Gallina, Gabriela Dal Forno Casarin, Maríndia Biffi, Samantha Pimentel de Oliveira Stieven, Tainara Bolsoni Pellegrini

SOFRIMENTO HUMANO E ESPAÇOS DE CUIDADO: ESTUDO SOBRE SUICÍDIO EM UM MUNICÍPIO DO NORTE GAÚCHO239

Roberta Brizolla Rosa, Izabella Barison Matos

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: NATURALIZAÇÃO, CULPABILIZAÇÃO E POSSIBILIDADES DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA 255

Gabrieli Escobar Ferron, Vanderléia Laodete Pulga, Fabiana Schneider

CARTOGRAFANDO HISTÓRIAS DE VIDA: NARRATIVAS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA COMO PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE..... 271

Marina Pitagoras Lazaretto, Vanderléia Laodete Pulga, Sandra Mara Setti

SOBRE OS AUTORES..... 289

ÍNDICE REMISSIVO 297

APRESENTAÇÃO

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: COSTURAS DO CUIDADO E FORMAÇÃO NO NORTE GAÚCHO

Vanderléia Laodete Pulga
Shana Ginar da Silva
Fabiana Schneider
Ricardo Burg Ceccim

Apresentamos esta obra como uma peça costurada a muitas mãos, com diferentes cores e tecidos que foram se alinhavando na arte de costurar experiências vivenciadas no cotidiano do ensino-serviço-comunidade. A costura como arte que se dá no cotidiano, aparentemente simples e manual, carrega em si a sutileza e os saberes ancestrais das capacidades e habilidades de criação, de unir peças separadas e diferentes, dando-lhes sentido. Costurar diferentes pontos das redes intersetoriais de atenção à saúde, as relações entre as equipes, as formas de gestão e participação, integrar as instituições nas ações entre o ensino-serviço-comunidade, são desafios que os processos cotidianos de produção do cuidado e da formação na saúde enfrentam todos os dias.

Costurar pressupõe criatividade e escolhas sobre o que fazer, para quem, como fazer, com quem fazer, com que tecidos, cores, tamanhos, estilos, nos tempos possíveis e com as condições existentes. Também requer habilidades para aproveitar o que existe e qualificar, remendar e melhorar. Essa peça coletiva constitui a presente obra, um livro que traz a experiência pedagógica e política da Residência Multiprofissional em Saúde realizada pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), gestada com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e a Prefeitura Municipal de Marau-RS. Por meio de manuscritos no formato de narrativas, ensaios teóricos e empíricos, pesquisas e experiências no âmbito do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, produzidos por residentes, tutores, coordenadores, docentes, preceptores, membros das equipes de saúde, gestores e egressos do Programa, costuramos a presente obra.

Com o objetivo de divulgar, difundir e disseminar informação técnica e científica sobre as produções do Programa, destacando o caráter e a potência da articulação da formação profissional com a territorialidade e a complexidade local da produção de saúde e cuidados, assim como os processos produzidos com base na Educação Permanente em Saúde e na Educação Popular em Saúde e, buscou-se tornar visível o cotidiano do Programa, metodologias e tecnologias desenvolvidas. A ideia, agora, é colocar essa experiência em diálogo com outras experiências desenvolvidas e constituir materialidade educativa ao debate geral sobre Residências em Saúde, formação interprofissional e conexões entre educação e saúde no cotidiano dos sistemas de saúde, sobretudo em municípios que diferem da metropolização das cidades e das políticas públicas.

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul é realizado em parceria com a Prefeitura Municipal de Marau e tem como área de concentração a Atenção Básica. Atua na formação de profissionais de saúde das categorias de Enfermagem, Farmácia e Psicologia. Esse processo de Formação em Serviço na Saúde nasceu da estratégia de descentralização da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), que, em 2012, abriu Edital específico e estabeleceu parceria para a realização desse Programa descentralizado de sua sede em Porto Alegre, valorizando a ênfase em Saúde da Família e Comunidade, na qual possui expertise no Estado do Rio Grande do Sul.

A iniciativa com a Universidade Federal da Fronteira Sul se deu quando o GHC prestou apoio técnico à implantação do curso de Medicina do *campus* de Passo Fundo-RS. A construção desse Programa de Residência Multiprofissional em Saúde compunha lastro acadêmico ampliado com a área da saúde, reduzindo o eventual isolamento do curso de Medicina na formação de perfis profissionais interdisciplinares de composição de equipes multiprofissionais, reconhecendo os parâmetros de campo e núcleo do trabalho em equipe na saúde. O Programa envolve ensino, formação e aprendizagem, com 20% de carga horária teórica e 80% de carga horária implicada com a presença nos serviços, órgãos de gestão e instâncias de participação popular e controle social do Sistema Único de Saúde.

Ao longo dessa trajetória, já são inúmeros os residentes formados e atuando nos diversos espaços do Sistema Único de Saúde e também na formação na saúde.

Os dois anos de vivência na residência são de muita produção – produção de encontros, de relatos e de textos, além da produção de saúde, cuidados e vida. Trata-se de uma rica produção científica e acadêmica, oriunda das pesquisas realizadas para os Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR), para os Planos de Ensino e para os Planos de Preceptoria, Supervisão e Tutoria de Campo e Núcleo. Alguns desses resultados já foram publicados em revistas, em livros e outros encontram-se nos repositórios digital e físico da biblioteca da UFFS e/ou do GHC.

Este é o primeiro livro organizado e publicado segundo a experiência formativa e científica do Programa, uma parceria com a Editora Rede Unida, tendo como base o Edital de Chamada de Manuscritos n.º 04/2021. Os manuscritos recebidos foram avaliados por meio do sistema de avaliação duplo cego e, ainda, por terceiro avaliador em situações nas quais pontuação díspar ocorreu. O escopo do livro abrange temas relacionados à Educação Permanente em Saúde, Educação Popular em Saúde, processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da UFFS/*campus* Passo Fundo e do Programa de Residência Integrada em Saúde do GHC no município de Marau, oriundos de processos de pesquisa, da confecção de estudos teóricos, técnicos, científicos, metodológicos, estudos de egressos e impactos da residência na vida profissional e na formação e desenvolvimento dos sistemas locorregionais de saúde, inclusive de recuperação e memória histórica do Programa, dos processos de formação de preceptoria e tutoria, reflexões, produções e sistematizações a partir das vivências no Programa.

As costuras trazem análises de caráter intersetorial, interprofissional e interdisciplinar, com transversalidade às grandes áreas de conhecimentos da saúde, ciências humanas e sociais, em particular ao campo da Saúde Coletiva. Tecem diálogos com o propósito de produzir visibilidade às experiências vividas no processo formativo e no contato com os territórios, de tal forma que possibilitem ampliar as reflexões sobre as Residências em Área Profissional da Saúde em geral e com ênfase na Atenção Básica, em particular. Contribuem também com os estudos sobre a Educação Permanente em Saúde e a aprendizagem ativa na formação profissional e sobre o desenvolvimento do trabalho nos sistemas locais de saúde.

O livro está organizado em três seções. A **Seção I**, “Residência Multiprofissional em Saúde: costura de desafios”, traz três capítulos: Residência

em saúde: o caminho da regulação; Percursos colaborativos na implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica em Marau-RS; e Ensino e serviço no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica em Marau-RS e o papel da Preceptoria.

Na **Seção II**, “Dinâmica política de uma residência multiprofissional: campo e núcleo como pedagogia da saúde”, são seis capítulos: Ensinar e aprender na Atenção Básica: a experiência dos seminários de campo; Práticas de formação interdisciplinar compartilhadas: a experiência dos seminários integrados; Trabalhos de conclusão no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: interlocução científica no contexto da Atenção Básica; Enfermagem no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: a ênfase na Atenção Básica; Farmácia na residência multiprofissional em Atenção Básica: uma visão além do medicamento; e Psicologia na residência multiprofissional em saúde: preceptoria e tutoria na Atenção Básica.

A **Seção III**, “Saberes que emergem no cuidado em saúde na Atenção Básica: a delicadeza das costuras locais”, traz outros seis capítulos: Intersetorialidade na produção de cuidado ao luto durante a pandemia de covid-19: Memória Viva Marau; Articulação em rede entre saúde mental e Atenção Básica: o estágio na atenção psicossocial; Programa de Residência em Saúde na Atenção Básica: retrato de um cenário de prática profissional; Sofrimento humano e espaços de cuidado: estudo sobre suicídio em um município do norte gaúcho; Violência contra a mulher: naturalização, culpabilização e possibilidades de cuidado na Atenção Básica; e Cartografando histórias de vida: narrativas de mulheres em situação de violência como produção de cuidado em saúde.

“**Residência em saúde: o caminho da regulação**” é como uma chave de leitura e compreensão sobre as Residências em Saúde. O autor, Ricardo Burg Ceccim, docente convidado do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da UFFS/PF, tem trajetória nos espaços de gestão do trabalho e da educação na saúde tanto no Ministério da Saúde como em Escolas de Saúde Pública, na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, e é pesquisador da Educação e Ensino da Saúde, traz a costura da regulação nacional dessa modalidade de ensino. O texto apresenta a introdução das modalidades residência médica e residência em área profissional da saúde na educação e ensino

das profissões de saúde no Brasil. Faz um percurso histórico e crítico, buscando enunciar a construção do processo de regulação dessas formações, que diferem de qualquer outra modalidade de ensino e certificação da aprendizagem, uma vez que não possuem recomendações desde o Conselho Nacional de Educação, mas de instâncias próprias originais, as Comissões Nacionais de Residência Médica e de Residência Multiprofissional em Saúde. A primeira, com uma bagagem histórica sugestiva à segunda, mas bastante anterior à criação do Sistema Único de Saúde, e a segunda, em que pesem vários antecedentes, registra presença legal apenas na história recente e já posterior à criação do Sistema Único de Saúde. É explicitada a confusão/identificação de nomenclatura entre residência em área profissional da saúde e residência multiprofissional em saúde, são trazidas as correlações com a regulação nacional do ensino de pós-graduação e as inovações ou suporte às inovações trazidas pelo modelo das residências, no caso da saúde, apontando-se desafios e concluindo-se com a admissão poética/poiética de uma “educação pela pedra” para sugerir, não a clássica narrativa de um “padrão ouro” às residências, mas um “padrão pedra”, especialmente no caso de a modalidade se referir à formação para a Atenção Básica ou para a Atenção Psicossocial, defesa de uma artesanaria da formação, com plena atenção e embasamento no território vivo das relações sociais e interações profissionais.

“**Percursos colaborativos na implantação da Residência Multiprofissional em Atenção Básica em Marau-RS**”, escrito por Vanderléia Laodete Pulga, Fabiana Schneider, Fernanda Carlise Mattioni, Camila Samara Funk, Edinádia Maria Dalberto e Elisângela Zanelatto, traz a memória viva desse processo. Esse capítulo tem como objetivo compartilhar a trajetória da construção da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul em parceria com o Grupo Hospitalar Conceição e o município de Marau-RS. Evidencia a importância da formação em saúde inserida no Sistema Único de Saúde, considerando as singularidades de municípios do interior. A sistematização da experiência vivenciada foi a metodologia de escolha para a elaboração do texto, o qual aponta os seguintes fatores como determinantes na implementação da Residência: a constituição interinstitucional do Programa; as características participativas e democráticas dos atores integrantes e dos cenários em que estavam inseridos; bases pedagógicas e gestão do processo sustentadas na Educação

Permanente e Popular em Saúde, que facilitaram a integração ensino-serviço-comunidade; a rede estruturada de Atenção Básica do município; e o vínculo estável das preceptoras. A construção coletiva da residência e a articulação entre serviços e instituições de ensino foram estratégicas à qualificação da formação em serviço e no Sistema Único de Saúde.

“Ensino e serviço no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde em Marau-RS e o papel da Preceptoría” foi escrito por Fabiana Schneider, Eliana Paula Brentano, Leila Juliana Antunes Riggo, Sandra Mara Setti, Thais Scalco e Edinádia Maria Dalberto, preceptoras. Esse capítulo apresenta o processo de construção da função de preceptoría no Programa. Trata-se de um relato de experiência elaborado a partir da vivência de preceptoras que atuam na Atenção Básica e acompanharam historicamente a implantação do programa, desde o processo de descentralização da Residência Integrada do Grupo Hospitalar Conceição até sua configuração atual. Nesse texto, abordaram-se o papel da preceptoría e a relação preceptoría-residentes. São destacadas as potencialidades e os desafios vivenciados no itinerário pedagógico de residentes das áreas da Enfermagem, de Farmácia e de Psicologia, bem como a importância da Educação Permanente em Saúde para o fortalecimento dos laços entre a instituição formadora e os serviços de saúde. Conforme as autoras, a preceptoría desempenhou um papel importante na estruturação do Programa, considerando a complexidade, os encantos e os desencantos que fizeram parte dessa construção.

“Ensinar e aprender na Atenção Básica: a experiência dos seminários de campo” foi escrito por Renata dos Santos Rabello, Maríndia Biffi, Francine Feltrin, Vanderléia Laodete Pulga, Priscila Pavan Detoni, Antônio Marcos de Almeida e Ardigò Martino. O último autor, consultor italiano que durante a permanência como professor visitante no Brasil acompanhou a UFFS/PF. O capítulo traz um panorama de abordagem teórico-prática da formação multiprofissional em seminários de “campo da saúde”. Apresenta o relato de experiência elaborado no contexto dos componentes curriculares de seminários de campo desenvolvidos no escopo da formação multiprofissional e interdisciplinar em Atenção Básica. Esse componente teórico ocorre nos quatro semestres da residência como processo de aprofundamento da Atenção Básica, da Saúde Coletiva e da Saúde da Família e Comunidade, conectado com a prática profissional e o ensino em serviço.

“Práticas de formação interdisciplinar compartilhadas: a experiência dos seminários integrados”, de Vanderléia Laodete Pulga, Kelly Dandara da Silva Macedo, Marina Caravaggio, Vânia Maria Fighera Olivo e Samantha Pimentel de Oliveira Stieven, traz elementos sobre as abordagens da formação “ampliada e integrada”, de base interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, o que hoje é uma questão muito significativa e que prima pelo destaque paradigmático no âmbito da educação, da gestão e da atenção em saúde, pois desafia os tradicionais modelos uniprofissionais e setorializados, ainda vigentes e hegemônicos nos currículos disciplinares. Nesse sentido, as autoras discutem o significado de desenvolver vivências como a de formação em Residência Multiprofissional no interior do Rio Grande do Sul. Para isso, colocam em análise a realização de Seminários Integrados intra e interinstitucionais, configurando nova modalidade de vivências pautadas pelas metodologias ativas de formação e que integram saberes e práticas afirmando a força e a potência das ações interdisciplinares-interprofissionais-intersetoriais na qualificação do Sistema Único de Saúde.

“Trabalhos de Conclusão no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: interlocução científica no contexto da Atenção Básica”, escrito por Shana Ginar da Silva, Fabiana Schneider, Renata dos Santos Rabello, Alessandra Suptitz Carneiro e Vanderléia Laodete Pulga, teve como objetivo apresentar a proposta pedagógica implicada na produção dos Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, compondo um relato de experiência escrito pelos diferentes atores envolvidos no processo. Na perspectiva de aproximação do método científico com o cotidiano dos serviços de saúde, são abordadas as metodologias utilizadas na elaboração do TCR, destacando-se a proposta baseada no diálogo com as necessidades de saúde da população e na compreensão do território para além da dimensão geográfica. Foram apresentadas as temáticas originadas nesse percurso e a narrativa da experiência sob o olhar do profissional residente. Evidencia-se a potência do desenvolvimento do TCR, visto que a proposta pedagógica que vem sendo construída instaura-se em um percurso que compõe a dinâmica da realidade, partindo das condições de vida humana e das formas conjunturais que a constroem.

Após, iniciam-se as reflexões da dinâmica de cada núcleo profissional na produção de conhecimentos relativos à prática profissional na Atenção Básica.

O capítulo **“Enfermagem no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: a Ênfase na Atenção Básica”**, escrito por Alessandra Regina Müller Germani, Edinádia Maria Dalberto, Eliana Paula Brentano e Leila Juliana Antunes Riggo, teve a finalidade de apresentar o relato de experiência acerca da trajetória da Enfermagem na estruturação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Desde 2013, foram vários os desafios enfrentados; dentre eles, as autoras destacaram o período da pandemia de covid-19, em que trabalhadores da Enfermagem e demais membros de equipes da saúde tiveram que se adaptar e recriar o contexto de atenção à saúde. Nesse intenso percurso, 12 profissionais do núcleo de enfermagem concluíram a sua formação na Residência Multiprofissional e três estão em formação, evidenciando-se, assim, a certeza de empreenderem esforços no sentido de contribuir para o aprimoramento e qualificação da formação em serviço do núcleo de enfermagem.

Outro capítulo é **“Farmácia na Residência Multiprofissional em Atenção Básica: uma visão além do medicamento”**, escrito por Marcelo Soares Fernandes e Thaís Scalco, em que abordam o núcleo profissional de Farmácia na Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica e apresentam um histórico da formação do profissional farmacêutico no contexto da Atenção Básica. Além disso, descrevem o núcleo que abrange a prática profissional, o seminário de núcleo e a supervisão. As políticas públicas, a problematização e as reflexões do processo de trabalho servem de suporte pedagógico para o seminário de núcleo que, por sua vez, dá suporte à prática profissional. Já a supervisão permite o acompanhamento do processo ensino-serviço de forma dinâmica para que haja (re)adequações ao longo da residência.

O capítulo **“Psicologia na Residência Multiprofissional em Saúde: preceptoria e tutoria na Atenção Básica”**, de Sandra Mara Setti, Fabiana Schneider, Elisângela Mara Zanelatto, Fernanda Bertan e Priscila Pavan Detoni, aborda o processo pedagógico desenvolvido no núcleo de Psicologia do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, que tem como cenário de prática o município de Marau-RS. Descreve as vivências de preceptoras e tutoras que acompanharam residentes no período entre 2013 a 2021. A formação na modalidade do ensino em serviço na Estratégia Saúde da Família foi traçada através de linhas cartográficas de afetos que dão sentido ao trabalho no território e à produção subjetiva, matérias-

primas do saber-fazer em Psicologia, a partir da singularidade e da diversidade dos sujeitos. Apresenta-se a organização dos seminários de núcleo da Psicologia e a construção dos espaços de supervisão no decorrer desse período, bem como através de encontros on-line e híbridos que precisaram ocorrer durante a pandemia de covid-19. Vislumbra-se a possibilidade do fortalecimento do núcleo profissional inserido no campo, investindo em práticas interprofissionais colaborativas e nas ações coletivas com a comunidade, para potencializar as estratégias de cuidado existentes e vinculação com os territórios.

No capítulo **“Intersetorialidade na produção de cuidado ao luto durante a pandemia de covid-19: Memória Viva Marau”**, de Fabiana Schneider, Bruna Fátima Gallina, Samantha Pimentel de Oliveira Stieven e Lisiane Elisabete Dall’Agnese, evidencia-se uma prática realizada no contexto pandêmico. Com o avanço da pandemia de covid-19 foi identificada a necessidade de produzir estratégias de cuidado voltadas à elaboração do luto. Essa ação de caráter intersetorial vem sendo desenvolvida no município de Marau-RS, em articulação com a rede de saúde e o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. De tal forma, esse trabalho teve como objetivo propor uma prática de cuidado voltada para a escuta, acolhimento e acompanhamento dos familiares que tiveram perdas em decorrência da covid-19 e a elaboração de um memorial virtual, denominado Memória Viva Marau, que consiste em páginas nas redes sociais – Facebook e Instagram – que publicam relatos poéticos das histórias de vida daqueles que partiram. O relato pontuou o caminho percorrido do planejamento à execução da atividade, descrevendo o contexto da ação, as trilhas percorridas e uma discussão acerca do processo de luto na pandemia. Destaca a relevância dessa ação intersetorial e da implicação ética na construção de ferramentas de cuidado integral à saúde.

“Articulação em rede entre saúde mental e Atenção Básica: o estágio na Atenção Psicossocial”, escrito por Bárbara Kawana Haupt Santos, Sandra Mara Setti e Priscila Pavan Detoni, apresenta a experiência do estágio obrigatório de uma residente de Psicologia. O estágio teve por objetivo ampliar a compreensão sobre o fluxo e a articulação entre a Atenção Básica e a Atenção Psicossocial. Identificou-se que os serviços apresentam o desejo de oferecer cuidado em saúde mental, porém, em contrapartida, observa-se fragilidade no fluxo de

encaminhamentos (referência e contrarreferência). Por outro lado, percebeu-se, no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), a postura de responsabilização pelos(as) usuários(as) e a dificuldade em exercer o apoio matricial, além da lógica médico-centrada. Concluiu-se, então, que a articulação entre os serviços se faz necessária para garantir o cuidado integral e ressalta-se a importância da gestão em saúde mental, da formação continuada e da Educação Permanente para o fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

“Programa de Residência em Atenção Básica: retrato de um cenário de prática profissional”, escrito por Leila Juliana Antunes Riggo, Bruna Fátima Gallina, Gabriela Dal Forno Casarin, Maríndia Biffi, Samantha Pimentel de Oliveira Stieven e Tainara Bolsoni Pellegrini, apresenta um dos campos de prática profissional do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica: a Estratégia Saúde da Família Santa Rita, localizada no município de Marau. O relato discorre sobre as diferentes inserções de residentes e equipe de saúde em estratégias de cuidado à população do território adscrito, tendo como ferramenta potencializadora a educação em serviço orientada pelos princípios e diretrizes do SUS. A implementação da Residência, em parceria com o Município de Marau, evidencia a importância da construção de novas formas de produzir cuidado, o que também potencializa a formação e qualificação de profissionais orientados pela interdisciplinaridade em consonância com as demandas da população, gestão e serviços da Rede de Atenção à Saúde.

Encerram o livro três capítulos oriundos de pesquisas-intervenção realizadas nos territórios. Os capítulos dizem respeito às fragilidades da vida e o compromisso da rede básica articular-se em território. Foram abordados os temas do suicídio, violência de gênero e a discriminação do feminino como vulnerabilidade à saúde e à qualidade de vida.

O capítulo **“Sofrimento humano e espaços de cuidado: estudo sobre suicídio em um município do norte gaúcho”**, de Roberta Brizolla Rosa e Izabella Barison Matos, teve como objetivo analisar falas sobre o suicídio entre profissionais de saúde, professores do ensino fundamental e usuária, em oficinas de uma Estratégia Saúde da Família. É parte de uma pesquisa qualitativa, descritiva e que utilizou oficinas com técnicas de Educação Popular em Saúde, pesquisa documental, bibliográfica e diário de campo. Elementos cartográficos

acompanharam o processo investigativo. Boa parte dos 46 participantes usou a palavra “assustador” para reportar-se ao suicídio. Majoritariamente sentem-se despreparados diante do tema e indicam não haver muitos espaços de fala e escuta. Sugerem ações de prevenção com lideranças religiosas e familiares de pessoas em sofrimento, a fim de ampliar a rede protetora. Por meio da criação de espaços de escuta e fala pode-se identificar e acolher possíveis comportamentos suicidas. Considerando a importância da dimensão relacional – como tecnologia de cuidado –, a Educação Permanente em Saúde pode ser estratégica para sua efetivação, qualificando profissionais no cotidiano do trabalho. As ações de prevenção e promoção da vida devem ser mais valorizadas. Concluem que oficinas são espaços para compartilhar fala e escuta no enfrentamento do fenômeno.

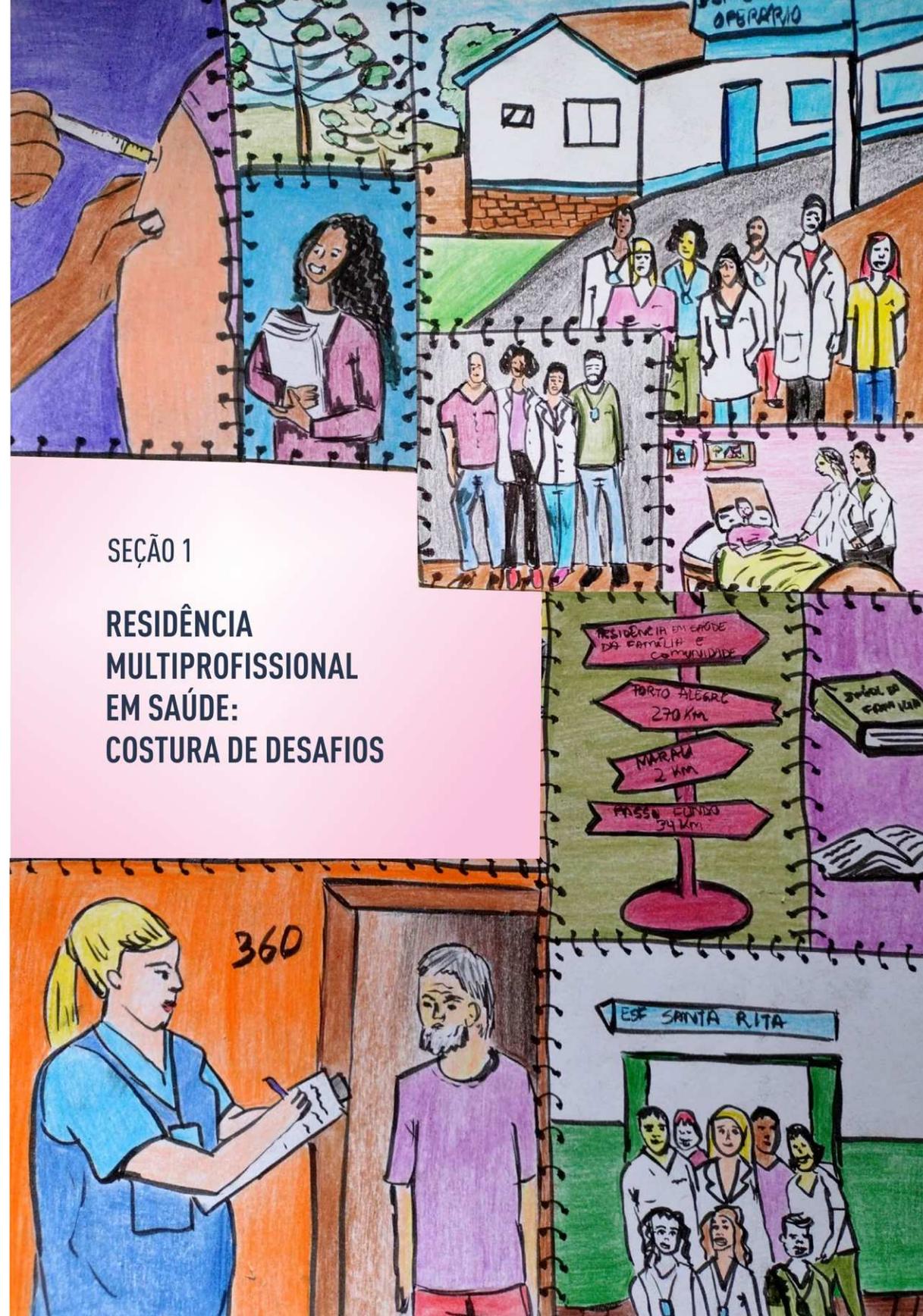
“Violência contra a mulher: naturalização, culpabilização e possibilidades de cuidado na Atenção Básica”, de Gabrieli Escobar Ferron, Vanderléia Laodete Pulga e Fabiana Schneider, é resultado de uma pesquisa-intervenção que objetivou, como parte do Trabalho de Conclusão da Residência, analisar o processo de naturalização da violência contra a mulher e culpabilização da vítima. Realizou-se uma pesquisa qualitativa do tipo pesquisa-ação, em que as mulheres que frequentavam o grupo de artesanato de uma Estratégia Saúde da Família do município de Marau-RS constituíram-se como sujeitos centrais do estudo. A metodologia previu duas oficinas terapêuticas com o grupo em questão, realizadas entre julho e novembro de 2017. Participaram das oficinas 12 mulheres, e suas falas foram compreendidas com base na Análise de Conteúdo. Observou-se que as mulheres vivenciaram diferentes situações de violência, apesar de muitas vezes não se darem conta devido à grande naturalização desse fenômeno pela sociedade. O trabalho com o grupo de artesanato, por meio das oficinas terapêuticas, mostrou-se como importante dispositivo de escuta e promoção da saúde.

O capítulo **“Cartografando histórias de vida: narrativas de mulheres em situação de violência como produção de cuidado em saúde”**, escrito por Marina Pitagoras Lazzaretto, Vanderléia Laodete Pulga e Sandra Mara Setti, trouxe reflexões sobre a questão da violência de gênero que tem aparecido sistematicamente nas agendas nacionais e internacionais de órgãos vinculados à área de saúde e políticas públicas, apontando que a violência contra as mulheres tornou-se um problema de Saúde Coletiva significativamente expressivo. Considerada como produto das

desigualdades de gênero, a violência contra a mulher atinge de 20% a 50% das mulheres ao redor do mundo. Por ter em sua essência a perspectiva de cuidado em saúde que visa ao acolhimento, acesso universal e integralidade, a Atenção Básica tem papel fundamental no enfrentamento desse complexo fenômeno. Trata-se de uma pesquisa cartográfica que teve como objetivo central analisar a produção de narrativas de histórias de vida de mulheres que sofreram violência, como estratégia de cuidado na Atenção Básica, evidenciando as práticas populares e coletivas de saúde entre profissionais e mulheres usuárias de uma Estratégia Saúde da Família como dispositivo potente para enfrentamento do problema no município de Marau.

Foram 15 capítulos, 35 autores entre docentes, pesquisadores, preceptores, tutores, residentes e egressos, além de dois prefácios – um com a voz da Universidade, outro com a voz do município, cada um com dois autores. Dentre os autores, estão especialistas, mestres e doutores, muitos egressos de residência multiprofissional em Atenção Básica ou de residência médica em Medicina de Família e Comunidade. Os autores pertencem às categorias de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Filosofia, Fonoaudiologia, Medicina, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Veterinária, atuam em universidades do Rio Grande do Sul ou em prefeituras da região norte do Rio Grande do Sul.

Esperamos que esta obra contribua para o aprofundamento sobre os processos de formação de profissionais da saúde inseridos no SUS, o aprimoramento das práticas de ensino e atuação em Atenção Básica, o fortalecimento dos sistemas públicos de saúde e de educação, a democracia e a defesa de todas as vidas!



SEÇÃO 1

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: COSTURA DE DESAFIOS

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: O CAMINHO DA REGULAÇÃO

Ricardo Burg Ceccim

Introdução

São marcos na história das residências em saúde no país a proposição da Residência em Medicina (BRASIL, 1977) e a proposição da Residência em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2005), assim como a organização de duas instâncias de regulação. Respectivamente, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), esta última devendo ser entendida no plural e com a contração das modalidades multi e uniprofissional sob uma única palavra, isto é, o real de tal colegiado é “Comissão Nacional de Residências Multi/Uniprofissionais em Saúde”. A Lei n.º 6.932/1981 altera a denominação “Residência em Medicina” para “Residência Médica”, identificando o nome da modalidade de formação com o nome da comissão reguladora desse ensino. A perspectiva de uma sinonímia nas nomenclaturas da residência em medicina e residência em área profissional da saúde, única para todas as categorias profissionais, exceto a médica, funcionou de modo apressado, levando a um paralelo também apressado: Residência Médica *versus* Residência Multiprofissional em Saúde. A possibilidade “multiprofissional” das residências em área profissional da saúde foi usada como contraparte à modalidade “médica” desse tipo de formação, ou é Residência Médica, uma profissão; ou é Residência Multiprofissional, multiprofissões (abertura à multiplicidade de profissões), o que se vê no senso comum, assim como em documentos ministeriais ou dos Conselhos Nacionais de Educação ou de Saúde. Contudo, exceto a Residência Médica, qualquer profissão pode inserir-se em uma residência multiprofissional em saúde ou integrar uma residência por profissão (uniprofissional), desde que sob regulação e regulamentação da CNRMS: residência multiprofissional ou residência por profissão, sempre *em saúde*.

Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, refazendo e retocando o sonho pelo qual se pôs a caminhar.

Paulo Freire

A nomenclatura “área profissional da saúde”, em lugar de simplesmente “área da saúde”, e a consequente confusão no uso da designação *multiprofissional*, quando não Residência Médica, gerou, também, oposição à designação área profissional, colocando *multiprofissional versus* área profissional, como se essa última designação fosse a nomenclatura para as residências uniprofissionais. Todavia, no caso da medicina, enquanto a Comissão Nacional sempre se chamou de “Residência Médica”, a modalidade de formação se alterou de “Residência em Medicina” para “Residência Médica”. Já no caso das demais categorias profissionais da saúde, enquanto a Comissão Nacional se chamou de “Residência Multiprofissional em Saúde”, as modalidades de formação passaram a se chamar uni ou multiprofissional *em saúde*, sempre, oficialmente, “Residências em Área Profissional da Saúde”¹.

A legislação da *Residência Médica* (ou *Residência em Medicina*, quando da primeira legislação) a define como modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de curso de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional. A legislação da residência em área profissional da saúde a define 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 (exceto medicina), realizada sob supervisão docente-assistencial.

Em 1977, a residência em medicina era regulamentada como regime de dedicação exclusiva, funcionando em instituições de saúde, universitárias ou não. Em 1981, a regulamentação não apontava mais a dedicação exclusiva, mas mantinha o funcionamento sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não. Não obstante, a Residência Médica, conforme a lei, constitui modalidade de certificação das especialidades médicas, estando as certificações de especialidades médicas submetidas às necessidades do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2013). Já a residência em área profissional da saúde foi regulamentada como regime de dedicação exclusiva, sem que isso fosse

¹ A diferença entre “tocar de ouvido” e “dominar o tema” faz com que se veja em documentos de todo tipo (oficiais, acadêmicos ou de debate) a “identificação” ou a “definição de termos” apontando “área profissional” como categoria profissional e “multiprofissional” como mais de uma categoria profissional (normativamente, uma residência só pode se chamar multiprofissional com o mínimo de 3 categorias profissionais). Poderíamos dizer que não há problema, uma vez que cada documento se reporta ao seu contexto, mas não é assim que acontece quando temos de comparar ou somar informações, regular normativamente procedimentos ou aceitar lógicas de Edital.

modificado posteriormente, e não representa certificação de especialidade às categorias profissionais, mas a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, funcionando como um programa de cooperação intersetorial de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.

Existem semelhanças e diferenças. A intenção da presente abordagem é contextualizar o “caminho da regulação” dessa particular modalidade de formação, que gera título de especialista e/ou de especialização, atende apenas à área da saúde e compõe singular itinerário entre formação e trabalho. Posta essa base inicial, a abordagem caminha por marcos regulatórios e movimentos de sustentação da modalidade.

Caminhos precursores

Para a criação da Residência Médica, foi importante a configuração prévia da Associação Nacional de Médicos Residentes (ANMR), em 1967, e que em meados dos anos 1970 esteve em aliança com o Movimento Renovação Médica (do meio médico sindical), atuando de forma organizada na luta contra a ditadura, em defesa dos direitos sociais, civis e políticos e sob a pauta da construção do direito universal à saúde (ESCOREL, 1999). Para a criação da Residência em Área Profissional da Saúde foi importante a formulação de uma política nacional da juventude, assim como a introdução do conceito e da necessidade de práticas públicas pela primeira vez relacionados à juventude (AMARAL; CECCIM, 2018).

A instauração legal da Residência Médica, em 1977, e sua recomposição, em 1981, evidenciou o *treinamento em serviço sob supervisão* como educação formal de especialistas médicos, gerando uma instância de regulação junto ao setor educacional. A regulação educacional era um ganho parcial, pois era importante a luta pelos ganhos trabalhistas; acontece que não existia o Sistema Único de Saúde (SUS), tampouco prerrogativas de educação no setor da saúde, e as redes formadora e assistencial no país se expandiam pelo setor privado. A instauração legal da Residência em Área Profissional da Saúde veio no bojo dos anos 2003 e 2005, onde se demarcam a geração de uma política nacional à juventude e a criação de uma secretaria no Ministério da Saúde destinada às políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde.

Os anos de 2003 a 2005 foram intensos junto ao Congresso Nacional na discussão dos direitos da juventude, era a emergência de uma percepção à necessidade de construir políticas públicas específicas para o segmento da juventude: Projeto Juventude, Projeto de Emenda Constitucional sobre a proteção dos direitos econômicos, sociais e culturais da juventude, Comissão Especial de Juventude, Projeto de Lei do Plano Nacional de Juventude, Projeto de Lei sobre o Estatuto da Juventude, Grupo Interministerial constituído pela representação de 19 Ministérios encarregado de realizar um estudo sobre os programas e projetos federais existentes e de identificar as necessidades sociais, econômicas e culturais dos jovens brasileiros, com o propósito de subsidiar os debates para a construção da Política e do Plano Nacional de Juventude. Em 2005, foi criada a Secretaria Nacional de Juventude, Conselho Nacional de Juventude e Programa Nacional de Inclusão de Jovens (Projovem), por meio da Lei Federal n.º 11.129, de 30 de junho de 2005, incluída a criação da Residência em Área Profissional da Saúde, destinada prioritariamente à população até os 29 anos de idade, considerando-se que a faixa etária esperada dos recém-egressos do ensino superior oscila entre os 21 e os 29 anos de idade. A Resolução n.º 2, de 13 de abril de 2012, elucida que a Residência deve ser oferecida “preferencialmente para recém-formados” (CNRMS, 2012), portanto, em caso de análise de currículo, deve-se priorizar o formado há menos tempo; em caso de desempate, deve-se priorizar aqueles com menos tempo de formados; e, na definição dos Projetos Pedagógicos de Residência (PPR) e nos Editais de Seleção, deve-se focar como público-alvo o recém-formado.

A criação da Residência em Área Profissional da Saúde, em 2005 (BRASIL, 2005), e sua modificação, em 2011 (BRASIL, 2011a), quando foi substituída a destinação de suas bolsas de “profissionais diplomados em curso superior na área da saúde” para bolsas aos “trabalhadores da área da saúde”, evidenciou o treinamento em serviço sob supervisão como educação formal de trabalhadores da saúde, gerando uma instância de regulação intersetorial entre o setor educacional e o setor sanitário, já existente o Sistema Único de Saúde e suas prerrogativas de educação, como a “organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal” (BRASIL, 1990, art. 27, inciso I). Quanto à alteração da Lei Federal n.º 11.129/2005 pela Lei Federal n.º

12.513/2011, relativamente à destinação de bolsas de “profissionais diplomados em curso superior na área da saúde” para bolsas aos “trabalhadores da área da saúde”, cabe destacar, para evitar dúvida de interpretação, a Portaria Interministerial MEC/MS n.º 506/2008 (BRASIL, 2008), em que a CNRMS trocou “categorias profissionais que integram a área da saúde” para “profissões que se relacionam com a saúde”.

A lei maior da saúde, a Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, dispôs um artigo específico às residências em saúde:

Art. 30. As especializações na forma de **treinamento em serviço sob supervisão** serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes (BRASIL, 1990, grifo nosso).

Diz o citado art. 12, da Lei Orgânica da Saúde:

Art. 12. Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, **integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil** (BRASIL, 1990, grifo nosso).

A Resolução n.º 11, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 31 de outubro de 1991 (CNS, 1991), em atenção ao citado art. 12, “instalou” a Comissão Intersectorial de Recursos Humanos (CIRH), hoje Comissão Intersectorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho (CIRHRT), pouco se ocupando das Residências, uma vez que a única modalidade existente era a Residência Médica e essa atendia à legislação anterior ao SUS, em nada revogada. Já a Resolução CNS n.º 225, em 08 de maio de 1997 (CNS, 1997), deliberou por sua “reinstalação”, devido ao estado de desativação do funcionamento da Comissão”:

Considerando o estado atual de desativação do funcionamento desta Comissão, resolve:

[...]

2. Propor para esta Comissão Intersectorial a missão inicial de definir nos aspectos conceitual e de articulações intersectoriais, as obrigações

legais de ordenação da formação de recursos humanos da saúde (Lei 8.080/90, Art. 6º), de criação de comissões permanentes de integração serviço-ensino (Lei 8.080/90, Art. 14), participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde (Lei 8.080/90, Art. 15), e aplicação dos objetivos da formalização e execução da política de recursos humanos, incluindo critérios de preenchimento dos cargos objetivos da formalização e execução da política de regulamentação das especializações na forma de treinamento em serviço (Lei 8.080/90, Art. 30), assim como elaborar proposta de plano de trabalho [...] (CNS, 1997).

Deveria, portanto, o CNS, a partir de 1997, ter estipulado os critérios de composição de cargos que formalizassem a execução da política de regulamentação das Residências. Contudo, era vigente – e assim permanece – o Decreto n.º 80.281, de 5 de setembro de 1977 (BRASIL, 1977), que criou a Comissão Nacional de Residência Médica. Esse Decreto, em 15 de setembro de 2011, por meio do Decreto n.º 7.562 (BRASIL, 2011b), teve todas as suas prerrogativas revogadas, exceto a criação da Comissão, e nenhuma lei de regulamentação apontou como relacionar o Decreto de 1977 com a Lei de 1990. A Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM) teve designação de assessoria permanente à CIRH, o que permite constatar a excepcionalidade da medicina se expressando tanto no debate uniprofissional como multiprofissional. Uma nova legislação relativa às residências em saúde, a citada Lei n.º 11.129/2005 (BRASIL, 2005), que excetuou a categoria médica, destinava-as aos profissionais diplomados em curso superior na área da saúde, alterada pela Lei n.º 12.513, de 26 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011a), quanto à destinação de suas bolsas, igualmente, não foi alvo de nenhuma lei de regulamentação.

Enquanto isso, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução n.º 593, de 09 de agosto de 2018 (CNS, 2018), designando à Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho estipular:

[...] a garantia da participação das entidades profissionais da área da saúde, o acompanhamento permanente do controle/participação social na formalização e execução da política pública de Residências em Saúde e o encaminhamento dos estudos necessários à elaboração de proposta de regulamentação do Art. 30 da Lei nº 8.080/1990 (CNS, 2018).

Uma reunião da CIRHRT/CNS, realizada em 25 de outubro de 2018, formalizou uma Comissão para a elaboração do Plano de Trabalho da CIRHRT/CNS com a Pauta das Residências em Saúde. O Plano de Trabalho apontava perspectivas estratégicas ao CNS, como, por exemplo, dentre outras:

Dar materialidade política aos Fóruns Nacionais de Coordenadores, de Residentes e de Preceptores e de Tutores de Residências em Saúde, recebendo-os à conversa e construção de agenda;

Promover articulação interministerial com o controle social com vistas à realização do V Seminário Nacional de Residências em Saúde, conforme Recomendação CNS nº 24, de 07 de junho de 2018;

Construir modos de apoio aos Encontros Nacionais de Residência e de interlocução com sua Comissão Organizadora, estreitando laços de controle/participação social junto ao *Movimento Nacional de Residências em Saúde*;

Promover a elaboração de eixos norteadores para abertura e avaliação de Programas de Residências em Saúde na perspectiva do controle social (construção dos indicadores das políticas de saúde, indicadores da demografia de profissionais de saúde, indicadores da distribuição de capacidade educacional instalada, indicadores dos planos estaduais e municipais de educação permanente em saúde, indicadores dos planos nacional, estaduais e municipais de saúde);

Promover a elaboração de eixos qualitativos aos Projetos Pedagógicos de Residência (PPR) para a autorização de abertura de programas, sua avaliação e supervisão, assim como credenciamento de instituições de saúde universitárias ou não, para a oferta de programas de residência em saúde (CNS; CIRHRT, 2018).

Multiprofissionalidade: área profissional e área de intervenção

Deve-se lembrar que, nas residências, “Área Profissional” é área de intervenção, o conceito foi apresentado com o sentido de especialização em área profissional, potência ao trabalho em equipe, conceito ampliado de saúde, educação multiprofissional e interdisciplinar, coerente com as áreas técnicas das políticas nacionais de saúde. Por exemplo, área de saúde da mulher (não ginecologia), área de saúde da criança (não pediatria ou puericultura), área de saúde do idoso (não geriatria ou gerontologia), área de saúde do homem (não andrologia ou urologia) e assim por diante. Uma residência em saúde bucal não é uma residência em odontologia, uma residência em saúde alimentar e nutricional não é uma residência em nutrição, uma residência em saúde mental não é uma residência em psicologia, uma residência em cuidado hospitalar não é uma residência em enfermagem.

Não obstante, nas residências em área profissional da saúde, quando falamos em área técnica, reportamo-nos às Câmaras Técnicas da inscrição de cada Programa. A Resolução CNRMS n.º 2, de 13 de abril de 2012 (CNRMS, 2012), dispôs sobre as diretrizes gerais para os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde, citando Área de Concentração e Área Temática, nominando o projeto pedagógico de residência como “Projeto Pedagógico – PP”, em que a área profissional (residência *em*), área temática (Câmara Técnica a que se remetem para responder às respectivas diretrizes de formação) e área de concentração (delimitação de campos de intervenção e cenários de prática) deveriam constar, orientando o candidato sobre o Programa a que se reporta em caso de inscrição de candidatura e/ou matrícula de selecionado.

Além da área profissional (o guarda-chuva), existem as áreas de concentração (por exemplo, saúde da criança: concentração em puericultura na Atenção Básica; saúde da criança: concentração em doenças prevalentes na infância; saúde da criança: violência e vulnerabilidades), as áreas de ênfase (por exemplo, saúde pública com ênfase em vigilância epidemiológica, saúde coletiva com ênfase em saúde pública etc.) e, finalmente, também as áreas de especialidade (por exemplo, enfermagem obstétrica, cirurgia bucomaxilofacial, assistência farmacêutica etc.).

Há necessidade de residências uniprofissionais e por especialidade, como é o caso da cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais aos cirurgiões-dentistas, obstetrícia e neonatologia aos enfermeiros, farmácia industrial e farmácia magistral aos farmacêuticos, nutrição hospitalar aos nutricionistas etc., mas essas residências precisariam ser “integradas”, isto é, compor com equipes multiprofissionais, compor com as políticas do SUS, conhecer e conviver com conselhos de saúde e gestão do setor, entender de regionalização, conhecer a Política Nacional de Humanização, o trabalho em equipes de referência e apoio matricial especializado etc. De outro lado, tenha-se claro que inúmeras especialidades não requerem e não justificam formação por meio de residências, assim como muitas políticas públicas de saúde requerem enfática e objetivamente essa formação multiprofissional integrada, como é o caso da Atenção Básica e da Atenção Psicossocial.

Pós-Graduação: o lugar *sui generis* das residências em saúde

É importante atentar que muitas proibições às residências vieram do paralelo com a regulamentação dos cursos de pós-graduação *lato sensu* e muitas permissões às residências ainda soam como “anormais” pelo mesmo paralelo. Entretanto, a pós-graduação *lato sensu*, hoje, pode ser especialização, como pode ser aperfeiçoamento e ainda pode ser “outros”, preservado o seu fim de “aprimoramento na atuação profissional no mundo do trabalho”, aliado à formação para a pesquisa e para a docência (três possibilidades). A pós-graduação *lato sensu* deve alcançar as instituições relacionadas ao mundo do trabalho, cujo desempenho formativo seja de reconhecida qualidade e de grande relevância na formação de profissionais dentro de sua determinada área de conhecimento ou campo do saber, não apenas instituições de ensino. Privilegia as Escolas de Governo federais, estaduais e municipais, faz distinção entre especialidade (um problema de regulamentação do campo do exercício profissional) e especialização (um nível de escolarização), assegura a oportunidade para credenciamento de múltiplas instituições para sua oferta (para além de instituições credenciadas para a oferta do ensino de graduação e institutos de pesquisa), como as instituições ligadas ao mundo do trabalho, ao sistema de saúde e à educação militar.

A atual regulamentação da pós-graduação *lato sensu* (CNE, 2018a) diz que o índice relativo à titulação dos professores para a definição do perfil do docente nessa modalidade de cursos de especialização é uma questão extremamente complexa, que passa por discussões sobre o perfil do professor de cursos ligados ao mundo do trabalho e que passa pelo fato de esses cursos exigirem docentes com experiência profissional acima da titulação, por isso reduziu os 50% de titulados no *stricto sensu* para 30%.

Cabe lembrar que, na Residência Médica, o conceito de preceptoria, à época da lei de sua criação (1977), era de “profissional de elevada competência profissional e ética”, não quaisquer títulos ou níveis de ensino. Quando isso mudou, foi 26 anos depois da criação da residência, por meio da Resolução CNRM n.º 5, de 8 de junho de 2004 (CNRM, 2004), isso em uma profissão em que a residência é o requisito para a grande maioria dos seus postos de trabalho; ainda assim, o requisito foi título de especialista, não título de *stricto sensu*. Todavia, a função dessa Resolução foi pagar bolsas de preceptoria, por isso, deveria haver titulação e rodízio de preceptores. Para muitas categorias profissionais a oferta de pós-graduação *stricto sensu* é rarefeita no território nacional e o número de vagas de acesso absolutamente restrito.

Na Residência em Área Profissional da Saúde, a exigência de titulação de mestre é exclusiva para coordenadores, tutores e orientadores de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). Não é exigência para preceptores em geral. Não há necessidade de tutor para cada categoria profissional e não há proporção de número de tutores para número de residentes. Coordenador também pode ser tutor. Preceptor somente precisará ter mestrado no caso de orientar TCR. Para preceptor, há orientação de um preceptor (entre campo e núcleo) para cada cinco residentes. Há necessidade de pelo menos um preceptor de mesma categoria profissional para cada profissão incluída no Programa. Diz o “Instrumento de avaliação de programas de residência em área profissional da saúde para fins de regulação”, quanto à organização didático-pedagógica (CNRMS, 2016, p. 6)²:

² A única versão do “Instrumento de avaliação de programas de residência em área profissional da saúde para fins de regulação” que se encontra em sistema de busca no site do Ministério da Educação é a versão final da minuta para discussão, inclusive com “resquícios” de revisão, como vírgulas e palavras nas cores vermelha e verde e comentários indicativos à revisão crítica (perguntas). O arquivo consta como “cnrms_instrucao deavaliacao final_09 (Microsoft Word - CNRMS - INSTRUMENTO DE AVALIA\307\303O - final_09.11.2010_ vers\343o avaliadores). O instrumento é de 2010, mas foi amplamente estudado pelo colegiado seguinte, tendo sido concluído em 2016 (plenária de 13 de abril de 2016) e atualizado para seu primeiro uso em 2018 (plenária

Dimensão 01:

Organização didático-pedagógica

Categoria de análise:

Projeto pedagógico e funcionamento do programa (fontes de consulta: projeto pedagógico de residência, verificação documental, entrevistas)

[...]

3. Sobre a relação entre número de residentes e preceptoria

3.1 Existência do mínimo de 1 preceptor para 5 residentes para cada categoria profissional com vaga?*

Produção de Indicadores

Conceito	Critério de Análise
Adequado	Quando a proporção de preceptores por residente for maior de 1 preceptor para cada 5 residentes.
Parcialmente Adequado	Quando a proporção de preceptores por residente for de 1 preceptor para cada 5 residentes.
Inadequado	Quando a proporção de preceptores por residente for menor de 1 preceptor para cada 5 residentes.

[...]

* Se a área de concentração for voltada às atividades que podem ser desempenhadas por quaisquer profissionais da saúde habilitados (gestão, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, em saúde ambiental ou sanitária, entre outras) pode não haver preceptor específico por categoria profissional.

de 05 de maio de 2018). O arquivo consta como “Instrumento de avaliação após plenária 13.04.2016” (Título: Guia do Avaliador da CNRMS. Assunto: Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde. Tipo: Documento do Microsoft Word 97-2003).

A preceptoria obrigatória e regulamentada constitui diferença absoluta dos programas de residência em relação a qualquer outro programa de pós-graduação. O tema da proporção preceptores-residentes é objeto de vários instrumentos e, em alguns casos, essa proporção é assim genérica ou mais precisa. Em 2005, essa proporção não aparecia à Residência em Área Profissional da Saúde, mas aparecia à Residência Médica, na Resolução CNRM n.º 2, de 07 de julho de 2005:

Art. 23. Para que possa ser credenciado, o Programa de Residência Médica deverá reger-se por regulamento próprio, onde estejam previstos:

a) Comissão de Residência integrada por profissionais de elevada competência ética e profissional, portadores de títulos de especialização devidamente registrados no Conselho Federal de Medicina ou habilitado ao exercício da docência em Medicina, de acordo com as normas legais vigentes, com a atribuição de planejar, coordenar, supervisionar as atividades, selecionar candidatos e avaliar o rendimento dos alunos dos vários Programas da Instituição;

[...]

b) A supervisão permanente do treinamento do Residente por médicos portadores de Certificado de Residência Médica da área ou especialidade em causa ou título superior, ou possuidores de qualificação equivalente, a critério da Comissão Nacional de Residência Médica, observada a proporção mínima de um médico do corpo clínico, em regime de tempo integral, para 06 (seis) residentes, ou de 02 (dois) médicos do corpo clínico, em regime de tempo parcial, para 03 (três) médicos residentes;

[...] (CNRM, 2005).

A Portaria Interministerial n.º 285, de 24 de março de 2015, que redefiniu a certificação dos hospitais de ensino, abrangeu residências médicas e residências em área profissional da saúde, assim definiu a proporção:

Art. 8º Para ser certificado como Hospital de Ensino, os hospitais deverão:

[...]

IV - garantir acompanhamento diário por docente ou preceptor para os estudantes de graduação e para os programas de residência, respeitando-se o mínimo de:

a) 1 (um) preceptor com carga horária de 20 (vinte) horas semanais para cada 3 (três) residentes ou 1 (um) preceptor com carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para cada 6 (seis) residentes; (BRASIL, 2015a).

Já a Portaria Interministerial n.º 1.618, de 30 de setembro de 2015, em seu art. 7º, remeteu-se especificamente à preceptoria nos programas de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade:

“§ 2º A oferta de vagas para o aperfeiçoamento de que trata o ‘caput’ respeitará a proporção de 1 (um) profissional médico preceptor para cada 3 (três) profissionais médicos-residentes” (BRASIL, 2015b).

A Resolução da Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Educação, com base na Câmara de Educação Superior, estabelece diretrizes e normas para a oferta dos cursos de pós-graduação *lato sensu* denominados cursos de especialização, no âmbito do Sistema Federal de Educação Superior, em conformidade com aquilo que prevê o art. 39, § 3º, da Lei Federal n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996), e assim se pronuncia:

Art. 11. Os cursos de pós-graduação *lato sensu* ministrados nas instituições militares de ensino e na Escola Superior de Guerra **serão considerados equivalentes** a curso de especialização, desde que atendam, no que couber, aos requisitos previstos nos dispositivos desta Resolução (Redação dada pela Resolução CNE/CES n.º 4, de 16 de julho de 2021) (CNE, 2021, grifo nosso).

[...]

Art. 15. Excluem-se desta Resolução:

- I - os **programas de residência médica ou congêneres**, em qualquer área profissional da saúde;
- II - os cursos de pós-graduação denominados **cursos de aperfeiçoamento, extensão e outros** (CNE, 2021, grifos nossos).

O item 8.4, do Anexo à Portaria MEC/GM n.º 21, de 21 de dezembro de 2017, que dispõe sobre o sistema e-MEC, sistema relativo ao gerenciamento de informações no âmbito da regulação, avaliação e supervisão da educação superior no sistema federal de educação superior, é explícito:

8.4. [...] As especializações ofertadas a partir de 2012 devem constar do Cadastro e-MEC, **exceto as residências**, que devem ser registradas em sistemas próprios.

8.4.1. **Residência médica:** programa de pós-graduação *lato sensu*, especialização na área médica, caracterizado como treinamento em serviço. É mantido e registrado em sistemas próprios.

8.4.2. **Residência multiprofissional em saúde:** programa de pós-graduação *lato sensu*, especialização nas áreas de saúde distintas da medicina, caracterizados como treinamento em serviço. É mantido e registrado em sistemas próprios (CNE, 2017, grifos nossos).

Diante dessas manifestações, asseveram-se duas prerrogativas incontestes: a validade do artigo 27, da Lei n.º 8.080/90, de organizar um sistema de formação, inclusive de pós-graduação, tendo em vista programas de permanente aperfeiçoamento do pessoal da saúde, e a criação das Comissões Nacionais de Residência Médica e Residência Multiprofissional como lugares de regulação, supervisão e avaliação, além da gestão institucional do sistema nacional de gerenciamento da informação educacional. É fato incontestado que a área da saúde é precursora nos cursos de aperfeiçoamento e especialização e a regulação da pós-graduação *lato sensu* endossou a maior parte das inovações presentes nas residências (contudo, superando aquilo que o parecer chama tecnoburocracia).

O Parecer CNE/CES n.º 146/2018, de 08 de março de 2018 (CNE, 2018b), apresenta o reexame do Parecer CNE/CES n.º 245/2016 (CNE, 2016), que tratava das diretrizes nacionais dos cursos de pós-graduação *lato sensu*. Algumas coisas merecem destaque: o parecer de reexame faz uma história do *lato sensu* no Brasil. Chama a atenção que o primeiro curso de pós-graduação *lato sensu* no Brasil foi na área da saúde (de 1925) e não foi de uma instituição universitária (foi da Fundação Oswaldo Cruz), o “Curso Especial de Higiene e Saúde Pública”, do Instituto Oswaldo Cruz. O documento chama bastante atenção para os termos “cursos de aperfeiçoamento” e “cursos de especialização”. Cita as instituições não universitárias e as bolsas de aperfeiçoamento. Refere a admissibilidade de 1/3 (um terço) dos docentes não possuírem titulação de mestre ou doutor. Lembra da frequência mínima **de 85% da carga horária, que foi reduzida para 75%**. Nas residências, é por resquício que se vê a exigência de 85% nas cargas horárias teórica e teórico-prática, além dos 100% de presença na carga horária prático-aplicativa (CNRMS, 2014a), que vem da imposição do conceito inaugural de “internato médico” no ensino em medicina, introduzido ainda nos primórdios do Relatório Flexner, de 1910; ou mesmo antes, aos já formados, pela proposição da Residência Médica pelo Johns Hopkins Hospital, em 1889, a ênfase no domínio de habilidades pelo contato continuado e prolongado com os cenários assistenciais. Lima (2008, p. 120-121) descreve a substituição do modelo francês pelo estado-unidense nos anos 1940, na reforma do ensino médico e na introdução da residência aos recém-formados, substituindo os serviços de estágios:

[...] A imprecisão na data de início dos primeiros programas [de residência médica] se deve à existência de parca documentação e pouca definição do que seria um programa para pós-graduandos. Esses programas tiveram essencialmente um caráter experimental, de ensaio, de tentativa de transporte de uma forma de especialização e um treinamento ainda não conhecidos no país. Muitos chegavam a confundir residência e internato, por exemplo, outros não sabiam que estatuto dar a colegas já graduados, mas que, não obstante, continuavam em treinamento. Além disso, os programas careciam de um perfil mais definido: não tinham a duração ou carga horária delimitados, não estipulavam conteúdo pedagógico, não eram regulamentados e tampouco constituíam objeto de interesse dos formandos [...].

O Conselho Nacional de Educação deixou clara a margem para o aperfeiçoamento como formação avançada pós-especialização, inclusive com bolsa, o que convencionamos, nas residências, chamar por R3 (terceiro ano adicional às residências em saúde). O Parecer CNE/CES n.º 146/2018 (CNE, 2018b) afirma que é a área de conhecimento que define a natureza mais teórica ou profissionalizante dos cursos. Mostra que o aperfeiçoamento às vezes era etapa para a obtenção da especialização, como poderia ser articulação “para cima”, isto é, vir depois da especialização. Alerta que a supervisão dos cursos de especialização ficou vinculada ao processo de credenciamento e credenciamento de instituições ofertantes, exigidos 50% de titulados em mestrado e doutorado, 75% de frequência dos estudantes nos cursos e nas atividades presenciais, havendo o credenciamento especial para instituições não educacionais para a oferta de cursos de especialização (presenciais), visando ao aprimoramento na atuação profissional no mundo do trabalho. Então, cita que a Residência Médica obteve por Lei a equivalência ao título de especialista, mas nunca atendeu às exigências de regulamentação da pós-graduação *lato sensu* pelo CNE.

Assim, a construção da residência em área profissional da saúde nos deixa um legado à educação multiprofissional e interdisciplinar, como à educação e prática interprofissional (CECCIM, 2020a; CECCIM, 2020b; TEIXEIRA; CARVALHO; CECCIM, 2020), além de um legado à elevada qualificação de recém-formados para a incorporação ao trabalho e à elevada qualificação em especialidades da intervenção em saúde. A própria regulamentação da “residência multiprofissional” afirma que a formação deve ocorrer “segundo a lógica de redes de atenção à saúde e gestão do SUS”; 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 ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (CNRMS, 2012).

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 do SUS”, afirma a necessidade de formação docente em

residências e cita que os programas de residência devem “promover a elaboração de projetos de mestrado profissional associados aos programas de residência” (CNRMS, 2012).

Esforço de inovação em meio a permanentes solavancos

Referindo-se às residências na área da saúde mental (saúde mental coletiva/ Atenção Psicossocial), o texto “Residência em saúde mental: interface da luta antimanicomial”, integrante da coletânea “25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul”, convoca às residências “saca-rolhas”, clamando para que as residências se posicionem sempre em defesa da ação em território e da integração saúde-arte-cultura, mas sobretudo em defesa da vida e da liberdade, assim como de projetos pedagógicos singulares, esforçando-se por sacar as rolhas atocadas sistematicamente em todos os **furos** abertos no duro tecido das forças conservadoras e das formas hegemônicas (CECCIM, 2018). Se as residências multiprofissionais são em si mesmas inovação, não são poucas, nem frágeis, nem eventuais as fraturas, as retrações, as oposições, as inimizades à criação e liberdade. Tomar as residências como “encontros de aprendizagem” (DALLEGRAVE; CECCIM, 2018) ainda é uma costura difícil, a regulamentação não só é convocada sistematicamente ao reacionarismo, como à descostura. Os furos são tamponados por argumentos “da Educação”, exclusivamente os restritivos e muitos na contramão das ciências da Educação, negando-se o Conselho Nacional de Educação, como também a face intersetorial do Conselho Nacional de Saúde para com a área da Educação e o ordenamento da formação dos profissionais de saúde.

O conhecimento da realidade aponta-nos que a CNRMS é pleiteada por representantes das forças reacionárias das universidades e das entidades de ensino, cujos representantes se apresentam sobretudo para amarras, não costuras, defesa de regras, sempre mais restritivas que expansivas das inovações. Sustentar inovações é ainda mais duro que conquistá-las. Algumas inovações sequer são lidas pelos atores sociais das residências, desde sua inovação, são lidas como atualização de regra (uma maneira de levar a inovação ao mínimo de poder); muitas são lidas ao arrepio de seu contexto de conquistas, verificando-se a repetição ventríloqua de regras superadas ou daquilo que o próprio CNE chamou de tecnoburocracia.

Uma inovação foi a distribuição da carga horária em teórica, prática e teórico-prática, três modalidades de ensino no interior das residências, as três obrigatórias. A divisão clássica entre 20% teórica e 80% prática, ainda presente na Residência Médica (10% a 20% carga horária teórica e 80% a 90% carga horária prática, o que se costuma chamar “padrão ouro”, uma formação segundo a especialidade e as habilidades/aptidões práticas), ficou alterada, na Residência em Área Profissional da Saúde, para 20% teórica e 80% entre teórico-prática e prática (prático-aplicativa). Todavia, há exigência de frequência de 100% na carga horária prático-aplicativa e 85% na carga horária teórica, também na teórico-prática.

Há que se entender que a invenção/inovação da carga horária teórico-prática só veio para evidenciar que não existe carga horária prática que não demande uma teoria da prática ou uma teoria aplicada à prática, mas o mundo da prática, todavia, não se resume ao exercício da clínica, do cuidado e das habilidades de intervenção aplicada. Também pertencem ao mundo da prática/do trabalho acompanhar reuniões de gestão, reuniões de coordenação de linhas do cuidado, participação nas instâncias de controle social, acompanhamento de ações intersetoriais, visita/estadia nos ambientes da vida e cultura, peregrinar pelos territórios de vida e movimentos sociais para apreender sentidos e significados, entre outras vivências e aprendizados.

Os 15% de faltas na carga horária teórica e 15% na carga horária teórico-prática não requerem reposição, pois são admissíveis. Então, cabe a pergunta sobre por que a reposição se imporia às faltas na carga horária prático-aplicativa. Alcançar “carga horária” ou alcançar “aprendizados”? Há verificação da aquisição de competências ou de cumprimento da carga horária? Para a atual legislação educacional brasileira, sucedânea da Constituição Federal de 1988, estão em causa a condução por diretrizes, por perfil de egresso e por descrição de competências a serem desenvolvidas, exatamente o que está escrito nas orientações às residências em saúde. É exatamente por isso que se demandou às residências em área profissional da saúde (não aconteceu com as residências médicas) a constituição, em cada Programa, de um respectivo Núcleo Docente-Assistencial Estruturante.

Um despacho orientador da CNRMS, de 2014 (CNRMS, 2014b), assume que existe “excepcionalidade” nas reposições de carga horária, definindo como deve ser sua gestão: feriados, redução de jornadas, cumprimento e compensação

de carga horária devem atender às orientações das instâncias consultiva, do Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE), e deliberativa, da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU). Essa resolução nasceu por causa da Copa de 2014 (liberação oficial em dias de jogo do Brasil), dos períodos eleitorais e dos decretos de luto nas instituições. Não há necessidade de reposição das ausências involuntárias e não previstas nas licenças e afastamentos regulamentados, a deliberação de reposição ou dispensa não é da CNRMS, mas das COREMU, ouvidos os NDAE (CNRMS, 2014c). O NDAE configura inovação e sustentação à gestão com base em cotidianos vivos.

O documento legal de regulação das residências em área profissional da saúde diz textualmente “duração mínima de dois anos, **equivalente** a uma carga horária mínima total de 5.760 horas” (CNRMS, 2012, grifo nosso), ou seja, trata-se de duração, não cumprimento. Os dois anos são equivalentes a 5.760 horas, ou seja, no calendário de oferta letiva deve caber o mínimo 5.760 horas-atividade. Tanto é assim que existem as faltas admissíveis e as faltas impostas pelo regime de funcionamento dos serviços ou circunstâncias fora da autonomia dos programas ante às quais não cabe reposição. Por outro lado, pergunta-se: e se um programa quiser exigir maior carga horária? É da autonomia dos programas indicar a carga horária adicional para a aquisição de habilidades específicas ou excepcionais, por força de adequar-se às peculiaridades locais, inclusive epidemiológicas, demográficas, culturais, sazonais e de parâmetros quanti ou qualitativos das experiências de aprendizagem. Um exemplo é a residência em cirurgia e traumatologia bucomaxilofaciais, que terminou por consolidar-se em uma residência com duração mínima de três anos em todo o território nacional (note-se que essa residência encontra cenários de urgência e emergência que funcionam 24h por dia, 7 dias da semana, sem fechamento em dias de feriado ou comemorativos). Uma residência em “Apoio Matricial em Saúde Família” (uma residência em área de ênfase na Atenção Básica, na Saúde da Família e na Saúde Coletiva, perfeitamente legítima), caso exista, teria de durar menos que 5.760 horas, caso transcorra em dois anos, pois não há cenário que se justifique nessa residência onde se possa distribuir carga horária prática com duração de 9,6 horas/dia, todos os dias letivos, durante dois anos (note-se que práticas distintas daquelas exercidas por um Núcleo de Apoio Matricial em Saúde da Família/Atenção Básica já artificializariam o real do trabalho para o qual se oferece a formação).

Como se conta a carga horária quando os programas exigem deslocamentos regionais? E quando há possibilidade de participação em conferências e congressos de saúde fora da sede dos programas (conferências estadual e nacional de saúde mental, no caso de programas de saúde mental; congresso brasileiro de saúde coletiva, no caso de programas de saúde coletiva; mostras estadual e nacional de saúde da família, no caso de programas de saúde da família, como alguns exemplos)? Nesses casos, a jornada de implicação pode ser bem superior a 8 horas diárias e mesmo alcançar 24 horas diárias, pois se está fora da sede por força de um cenário, mesmo que eletivo.

Na relação com o trabalho, uma jornada de tempo integral equivale a 44 horas/semanais, a luta dos trabalhadores de todas as categorias de saúde é pelo teto de 30 horas/semanais, a dedicação exclusiva não diz respeito à carga horária nem ao acúmulo da residência com outros programas de estudo e experiência profissional, apenas diz respeito ao vínculo regular e/ou coberto por prestação de carga horária sujeita à convocação. A Coordenação-Geral de Legislação e Normas da Educação Superior, da Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação, assim se pronunciou, por meio da Nota Técnica n.º 108, de 10 de julho de 2013:

Embora não se possa falar em vínculo empregatício, a residência multiprofissional toma emprestado do direito administrativo o conceito de dedicação exclusiva para estabelecer restrições ao leque de atividades complementares a que podem se consagrar estudantes. A transposição exige, por óbvio, que se considere a realidade do residente na consideração destas limitações. Nesse sentido, cabe sublinhar que o residente percebe bolsa de estudos, de caráter indenizatório, durante toda a especialização. *Mutatis mutandi*, a dedicação exclusiva do residente restringe a possibilidade de este trabalhar, concomitantemente, na atividade profissional de sua formação. Ademais, não poderá cumular a bolsa recebida com outra verba de caráter indenizatório. Estabelecidas estas hipóteses de vedação, entende-se que o estudante é livre para realizar cursos e/ou praticar atividades não remuneradas ou indenizadas, a seu critério, desde que estas sejam compatíveis com o cumprimento da carga horária e das atividades ligadas ao programa de residência, conforme definidas pela instituição ofertante e pela legislação pertinente (CGLNES, 2013).

A CNRMS publicou o Despacho Orientador n.º 01/2015 (CNRMS, 2015), sobre a simultaneidade de cursar Programa de Residência em Área Profissional da Saúde – uni ou multiprofissional – e Programa de Pós-Graduação, seja de *lato sensu*, modalidade especialização, seja de *stricto sensu*, modalidades mestrado acadêmico ou profissional e doutorado. O Despacho Orientador reitera a Nota Técnica, retomando os aspectos não acumular remuneração, não ter assegurada qualquer dispensa para qualquer tipo de trabalho ou estudo dentro da jornada de 60 horas semanais e que a oferta simultânea de programa de residência com programa de mestrado profissional deverá ser apresentada ao Edital de Seleção e estar organizada de modo a assegurar um programa curricular de residência com base nas 60 horas semanais. Aquilo que não constar em Edital de Seleção não poderá ser exigido. Esclarece:

A incompatibilidade de frequência de profissionais residentes em concomitância com Programas de Pós-Graduação *lato sensu* modalidade especialização e *stricto sensu* modalidades mestrado acadêmico ou profissional e doutorado deve ser assinalada nos Editais de Seleção, Projetos Pedagógicos e Regimentos Internos dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – uni ou multiprofissionais, devendo, em qualquer caso, os processos seletivos e de regulação dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde – uni ou multiprofissionais – atenderem ao presente Despacho Orientador (CNRMS, 2015).

Na legislação educacional, o cumprimento das exigências curriculares pode advir do reconhecimento de competências, fazendo avançar no sistema formativo o aluno com notória aptidão (mediante diferentes formas de comprovação), independentemente de carga horária por conteúdo ou cenário. A formação deverá organizar-se em períodos de estudos e por rodízio ou permanência em cenários de prática, com base nas competências e outros critérios, como por formas diversas de organização, sempre que o interesse do processo de aprendizagem assim o recomendar. Não fosse assim, o período de restrição ao contato físico ou permanência em serviço aos grupos vulneráveis ao contágio durante a pandemia de covid-19 (dezembro 2019 – dezembro 2021, por exemplo) teria impedido a continuidade e manutenção dos programas de residência, sobretudo a certificação de inúmeros egressos.

Alguns temas curriculares são obrigatórios nas residências em área profissional da saúde, independentemente de concentração, temática ou ênfase. A Resolução CNRMS n.º 5, de 7 de novembro de 2014 (CNRMS, 2014a), define a necessidade de temas obrigatórios na Residência, além de formação específica voltada às áreas de concentração e categorias profissionais, tais como bioética, ética profissional, metodologia científica, epidemiologia, estatística, segurança do paciente, políticas públicas de saúde e Sistema Único de Saúde, uma maneira de furar a hegemonia da prática especialista. Da clínica excludente para uma “clínica da vida”, da “clínica do organismo” (clínica que se organiza segundo o risco iminente de perder a vida orgânica ou perder função de órgão/sistema do corpo humano) a uma clínica dos corpos (não um corpo organismo, mas um corpo das corporeidades).

A multiprofissionalidade e interdisciplinaridade se tornam estruturantes. Residências uniprofissionais devem se ater às especialidades regulamentadas em que a modalidade residência se justifique. O **furo** daria passagens à colaboração interprofissional e suporte às inovações no trabalho em equipe, o sistema **veda-furos** pergunta prioritariamente pela relação tutor e residente de mesma profissão, preceptor e residente de mesma profissão, tutor e preceptor de mesma profissão, pergunta pelos lugares fixos a cada profissão, coloca sob percepção incômoda a experimentação das profissões em cenários e relações sociais criadoras. A própria oferta de residência em especialidade deve se ater à colaboração no desenvolvimento dos sistemas locais de saúde.

É muito importante compreender as principais críticas feitas às residências médicas e sua regulação pela CNRM que justificaram criar uma Comissão Multiprofissional e não por profissão: as especialidades atendiam ao interesse da corporação e não do SUS, atendiam à profissão e não à interprofissionalidade, atendiam às instituições proponentes e não ao SUS, atendiam aos Conselhos Profissionais e não às demandas dos serviços prioritários na Atenção Básica e Atenção Psicossocial, modelos em transformação nacional, entre outros desafios. A regulamentação, com alguma inovação, fala em docentes, tutores e preceptores (CNRMS, 2012) para enunciar a necessidade de titulação e experiência, distribuição em “campo da saúde” e “núcleo das profissões”, tarefas de ensino, orientação e treinamento.

Docentes participam das atividades teóricas e teórico-práticas, estas últimas pertencem ao bloco de carga horária prática/teórico-prática, portanto participam do

ensino e parcialmente do treinamento. Docentes devem “articular [...] mecanismos de estímulo para [...] atividades de pesquisa e [...] projetos de intervenção”; devem “apoiar [...] a elaboração e execução de projetos de educação permanente em saúde para a equipe de preceptores [...]”; devem “promover a elaboração de projetos de mestrado profissional associados aos programas de residência” e devem “orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa” (CNRMS, 2012), conforme as regras regimentais que abarcam os Programas. Com todas essas prerrogativas, não há qualquer exigência de titulação nem tempo de experiência profissional nem correlações de categoria profissional para com os residentes. O instrumento “Guia do Avaliador” (CNRMS, 2016) oferece orientação à avaliação:

Dimensão 02:

Corpo docente-assistencial

Categoria de análise:

Docentes (fonte de consulta: projeto pedagógico de residência, verificação documental e entrevistas)

19. Titulação dos Docentes do Programa

Produção de Indicadores

Conceito	Critério de Análise
Adequado	100% dos docentes com curso de especialização <i>ou</i> residência <i>ou</i> título de especialista por sociedade <i>ou</i> título de pós-graduação <i>stricto sensu</i> (mestrado ou doutorado).
Parcialmente Adequado (Justificar)	Quando parte dos docentes não tiverem curso de especialização <i>ou</i> residência <i>ou</i> título de especialista por sociedade <i>ou</i> título de pós-graduação <i>stricto sensu</i> (mestrado ou doutorado)

[Obs.: Não existe o conceito “inadequado” nesta categoria de análise].

Tutores são referidos como tutores de campo e tutores de núcleo. A Resolução é muito clara quanto à não obrigatoriedade de um tutor de campo e um tutor de núcleo, fala em “**preferencialmente**”. Afirma que a tutoria deve ser “estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo” (grifo nosso), não afirma a necessidade de oferta dos dois tipos de tutoria. A tutoria “de campo” deve exercer-se “integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa” (CNMRS, 2012). A tutoria pertence aos blocos de carga horária teórica e prática. Tutores têm uma função de coordenação da integração ensino-serviço, de proporcionar a articulação entre programas (inclusive de Residência Médica) e entre cenários de prática, de orientar os TCR e de participar do planejamento e execução do ensino e avaliação, atuam, portanto, no ensino, orientação e treinamento, mas também na gestão institucional, pedagógica e de desenvolvimento da qualidade do programa e da formação. Desse profissional, exige-se formação mínima de mestre, mas, também, experiência profissional de no mínimo três anos. Já o instrumento Guia do Avaliador (CNMRS, 2016) orienta, quanto à dimensão Corpo Docente-Assistencial, categoria “Tutores”, os indicadores “Tutores por Núcleo” e “Tutores de Campo”:

Dimensão 02:

Corpo docente-assistencial

Categoria de análise:

Tutores (fonte de consulta: projeto pedagógico de residência, verificação documental e entrevistas)

17. Titulação dos Tutores por Núcleo Profissional da Área de Concentração

Produção de Indicadores

Conceito	Critério de Análise
Adequado	100% dos tutores de núcleo com curso de graduação na mesma categoria profissional e título de pós-graduação <i>stricto sensu</i> (mestrado ou doutorado) e experiência de três anos.
Parcialmente Adequado (Justificar)	Quando parte dos tutores de núcleo <i>não tiverem</i> curso de graduação na mesma categoria profissional e título de pós-graduação <i>stricto sensu</i> (mestrado ou doutorado) e experiência de três anos.

[Obs.: Não existe o conceito “inadequado” nesta categoria de análise].

Dimensão 02:

Corpo docente-assistencial

Categoria de análise:

Tutores (fonte de consulta: projeto pedagógico de residência, verificação documental e entrevistas)

18. Formação dos Tutores de Campo Área de Concentração

Produção de Indicadores

Conceito	Critério de Análise
Adequado	100% dos tutores de campo com curso de pós-graduação <i>stricto sensu</i> (mestrado ou doutorado) e experiência de três anos.
Parcialmente Adequado (Justificar)	Quando parte dos tutores de campo possui título de pós-graduação <i>stricto sensu</i> (mestrado ou doutorado) e experiência de três anos.

[Obs.: Não existe o conceito “inadequado” nesta categoria de análise].

Preceptores são os orientadores de referência “para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde”, caracterizando-se por “supervisão direta das atividades práticas [...], com formação mínima de especialista”. O preceptor deverá ser da mesma categoria profissional do residente sob sua supervisão e deve estar no cenário de prática. Porém, a supervisão de 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 [...] habilitados” (CNMRS, 2012), segundo prerrogativas de sua formação básica, como por exemplo: gestão de sistemas e serviços de saúde, saúde do trabalhador, vigilância epidemiológica, vigilância em saúde ambiental e vigilância sanitária, entre outras. Mesmo o preceptor de núcleo, então, pode não ser por profissão em diversas circunstâncias.

Preceptores, dentre outras coisas, devem “orientar e acompanhar [...] o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente [...]”; “elaborar [...] as escalas de plantões e de férias”; “facilitar a integração [...] com a equipe de saúde, usuários [...] [e] residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no [cenário de práticas]”; “participar [...] das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção [...]”; “proceder [...] à formalização do processo avaliativo do residente [...]”; “participar da avaliação [...] do programa [...]” e “orientar e avaliar TCR” (CNRMS, 2012), neste último caso, conforme as regras regimentais que abarcam os Programas, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre. O Guia do Avaliador (CNMRS, 2016) orienta:

Dimensão 02:

Corpo docente-assistencial

Categoria de análise:

Preceptores (fonte de consulta: projeto pedagógico de residência, verificação documental e entrevistas)

16. Perfil dos preceptores da categoria profissional da Área de Concentração

Produção de Indicadores

Conceito	Critério de Análise
Adequado	100% dos preceptores com curso de especialização ou residência ou título de especialista por sociedade ou título de pós-graduação <i>stricto sensu</i> (mestrado ou doutorado).
Parcialmente Adequado (Justificar)	Quando parte dos preceptores não tiverem curso de especialização ou residência ou título de especialista por sociedade ou título de pós-graduação <i>stricto sensu</i> (mestrado ou doutorado)

[Obs.: Não existe o conceito “inadequado” nesta categoria de análise].

A figura da coordenação precisa ser citada e compreendida nas Residências em Área Profissional da Saúde. Enquanto a Residência Médica se organiza por “supervisor” e “preceptor”, a Residência em Área Profissional da Saúde se organiza por corpo docente-assistencial, cada Programa conduzido por um coordenador, membro desse corpo docente-assistencial. Para ser coordenador em qualquer programa não importa a categoria profissional, apenas a identificação com a educação em serviço sob supervisão, pois a função da coordenação dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde “deverá ser exercida por profissional com titulação mínima de mestre e com experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos nas áreas de formação, atenção ou gestão em saúde” (CNRMS, 2012), nenhuma outra especificação. A experiência do coordenador poderá ser, então, alternativamente no campo da formação em saúde, no campo da atenção à saúde ou no campo da gestão em saúde. Não está presa em categoria profissional nem na experiência clínica, podendo ser experiência em formação ou em gestão. O Guia do Avaliador (CNMRS, 2016) pode ser citado:

Dimensão 02:

Corpo docente-assistencial

Categoria de análise:

Gestão acadêmica – coordenador do programa (fonte de consulta: projeto pedagógico de residência, requisitos legais, verificação documental e entrevistas)

15. Titulação, formação acadêmica e experiência do coordenador do programa

15.1. Experiência mínima de 3 anos nas áreas de formação, atenção ou gestão em saúde e pós-graduação *stricto sensu* (mestrado ou doutorado)

Produção de Indicadores

Conceito	Critério de Análise
Adequado	Quando o coordenador possuir experiência mínima de 3 anos nas áreas de formação, atenção ou gestão em saúde e pós-graduação <i>stricto sensu</i> (mestrado ou doutorado).
Inadequado	Quando o coordenador não possuir experiência mínima de 3 anos nas áreas de formação, atenção ou gestão em saúde ou pós-graduação <i>stricto sensu</i> (mestrado ou doutorado), ou ambos.

[Obs.: Não existe o conceito “adequado parcialmente” nesta categoria de análise].

Ainda, um aspecto digno de pontuação é aquele relativo aos diferentes formatos de elaboração do Trabalho de Conclusão de Residência a ser adotado pelos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Do art. 3º, §2º, da Resolução CNRMS n.º 3, de 4 de maio de 2010 (CNRMS, 2010), constava a obrigatoriedade de monografia ou artigo científico. Essa Resolução foi revogada em 2014 e o TCR, em particular, foi um tema de acalorada discussão. A representação

das instituições de ensino não abria mão de um projeto científico, a representação da coordenação dos programas não abria mão de que fossem projetos científicos ou projetos artísticos, ou projetos tecnológicos, ou projetos de inovação. Antes de 2010, não havia recomendação legal sobre TCR. De 2010 até 2014, a exigência era de que, ao final da residência, o residente deveria apresentar monografia ou artigo científico, realizado individualmente, com comprovação de protocolo de submissão (CNRMS, 2010). Com a Resolução n.º 5, de 7 de novembro de 2014 (CNRMS, 2014a), respondendo às iniciativas dos programas, dos residentes e do corpo docente-assistencial, o que vingou foi “apresentar TCR”, podendo ser, portanto, uma gama diversa de possibilidades. Pode-se exemplificar com portfólios, exposições fotográficas, literatura de cordel, poemas, músicas, peça teatral, documentário, performances documentadas e artigos ou monografias, dentre outros. A orientação para a elaboração de TCR, nessa Resolução, diz “corpo docente-assistencial”, portanto, coordenadores, docentes, tutores ou preceptores. Conforme a Resolução:

Art. 3º A avaliação do desempenho do residente deverá ter caráter formativo e somativo, com utilização de instrumentos que contemplem os atributos cognitivos, atitudinais e psicomotores estabelecidos pela Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da instituição.

[...]

§ 2º Ao final do programa, o Profissional de Saúde Residente deverá apresentar, individualmente, trabalho de conclusão de residência, **consonante com a realidade do serviço em que se oferta o programa**, sob orientação do corpo docente assistencial, coerente com o perfil de competências estabelecido pela COREMU (CNRMS, 2014a, grifo nosso).

Para a Residência Médica, a Resolução CNRM n.º 02, de 17 de maio de 2006 (CNRM, 2006), que dispôs sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica, estabelece que, “a critério da instituição”, a apresentação de uma monografia, a apresentação de um artigo ou a publicação de um artigo “poderá” vir a ser uma exigência. Em seu art. 13, assevera que:

Art. 13. Na avaliação periódica do Médico Residente serão utilizadas as modalidades de prova escrita, oral, prática ou de desempenho por escala de atitudes, que incluam atributos tais como: comportamento ético, relacionamento com a equipe de saúde e com o paciente, interesse pelas atividades e outros a critério da COREME [Comissão de Residência Médica] da Instituição.

[...]

“§ 2º. A critério da instituição poderá ser exigida monografia e/ou apresentação ou publicação de artigo científico ao final do treinamento” (CNRM, 2006).

Na Resolução de 2006, ao citar as especialidades médicas, algumas arrolavam o trabalho de conclusão, especialmente a apresentação, no 2º ano, de um trabalho em congresso médico. A partir de 2019, essa Resolução foi revogada para todos os programas que tiveram matriz de competências aprovada com a colaboração das respectivas sociedades de especialidade. Assim, há especialidades que não se pronunciam sobre o assunto, outras que falam em trabalho a ser apresentado em congressos médicos e algumas que falam em elaborar monografia ou artigo para submissão. Desaparece o “a critério da instituição”. Uma vez que não conste na matriz de competência, não é critério de formação ou avaliação, não sendo uma exigência para aprovação e emissão da certificação. Nas diferentes especialidades, a matriz de competências passa à duração mínima de três anos e tal trabalho pode aparecer no segundo ou apenas no terceiro ano. Trabalho a ser apresentado em congresso, é bom que se diga, se faz por submissão de resumo, não de artigo. É preciso apontar as diferentes durações dos Programas de Residência Médica, porque há aqueles com duração de quatro ou mais anos, e aqueles cujo pré-requisito é uma residência de acesso direto, portanto escrever artigos ou documentos acadêmicos acompanha a profundidade da formação, em todos os casos prepondera é o domínio de habilidades práticas e não de comunicação/divulgação/difusão do conhecimento, por isso mesmo prepondera a escolha por congressos e eventos, não revistas.

Se na Residência Médica a exigência varia entre as especialidades, a maior parte sob a forma de apresentação de trabalho em congressos médicos,

evidenciando-se o espírito de corpo monoprofissional, na Residência em Área Profissional da Saúde é obrigatório o TCR para qualquer área técnica, mas ele pode acolher diversas mídias e linguagens, como diversos públicos e finalidades. Se para alguns o TCR é treinamento em pesquisa e redação científica, para outros é habilidade de comunicação/divulgação/difusão do conhecimento. Para a Residência Médica, comunicação científica; e, para a Residência em Área Profissional da Saúde, comunicação científica, artística, tecnológica e de inovação.

São inúmeros os “furos” nos tecidos corporativo, especialista-centrado e clínico-centrado, entre outros, quando se fala da Residência em Área Profissional da Saúde. Com os “furos no tecido”, passagem de feixes de luz, não a necessidade de veda-furos. Ganhos: fica introduzida a noção de corpo docente-assistencial, sob processo de Educação Permanente em Saúde, não basta dizer profissionais de elevada qualificação ética e profissional, não basta dizer supervisores e preceptores; corpo docente-assistencial envolve coordenadores, docentes, tutores e preceptores, Educação Permanente em Saúde envolve desenvolvimento contínuo da integração ensino-trabalho-sociedade. São obrigatórias as presenças do coordenador, do tutor e do preceptor, reconhecendo-se (ao infinito e sem forma) a presença de docentes. Coordenador pode ser tutor, coordenador e tutor precisam ter mestrado, admitindo-se a tutoria “parcialmente adequada” (quando essa titulação não se evidenciar, mas se justificar). Tutor pode ser de campo ou de núcleo e não há proporção de tutores por residente. Há necessidade de pelo menos um preceptor de mesma categoria profissional em cada profissão com vaga na residência, mas há aquelas residências em que a preceptoria se faz por campo, sem necessidade de nenhuma evidência por categoria profissional.

Se a interprofissionalidade é uma questão forte e relevante às residências, anote-se que a coordenação pode ser de quem tem experiência em gestão, em atenção ou em formação, sem referência à profissão; que a tutoria é obrigatória, mas pode ser de campo ou de núcleo, sem necessidade de relação entre profissão do tutor e profissão do residente, mas domínio na área em que a residência se propõe a profissionalizar profissionais para o sistema de saúde; que a preceptoria é obrigatória e deve evidenciar o suporte por profissão, exceto quando se tratar da profissionalização em área de atuação da equipe, não de profissões, ou seja, atuação com formação interdisciplinar. O fato é que todo esse desenho explica a

multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade, não a interprofissionalidade que, contudo, será favorecida por esse desenho.

Há proporção de preceptores por residente, mas por soma total de preceptores por total de residentes, um preceptor para cada cinco residentes ou um preceptor para cada três residentes, quando se tratar de hospital de ensino. O preceptor deve ser “especialista”, a especialidade aparece traduzida apenas no Guia de Avaliação: certificação em curso de especialização ou conclusão de programa de residência ou título de especialista expedido por sociedade de especialidade ou título de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado ou doutorado).

São inúmeros “furos no tecido” do chamado padrão-ouro. Tantos, que esse novo padrão fez popularizar ainda hoje a designação residência multiprofissional às residências em área profissional da saúde, multi ou uniprofissionais; o que não se espera é que sejam monoprofissionais, quando todos no ensino e na aprendizagem, na oferta e no recebimento de orientação, na supervisão e no treinamento, por exemplo, são de mesma categoria profissional, colocando em risco a formação em segurança do paciente, trabalho em equipe e resolutividade das redes de atenção e gestão em saúde, domínio do Sistema Único de Saúde e competências ao matriciamento multiprofissional e interdisciplinar.

É critério de avaliação em programas de residência: valorização do caráter multiprofissional e interdisciplinar do trabalho em saúde; a organização de currículos integrados, a desfragmentação dos núcleos profissionais e a colaboração no desenvolvimento dos sistemas locais de saúde (CNRMS, 2014c). Deveríamos incluir: costuras de criação, inovação, ousadia e coragem, costuras do direito à vida alegre e do cuidado integral em saúde, costuras de educação, arte e saúde, costuras de Educação Popular em Saúde e território.

Considerações finais

Os caminhos da regulação das residências em saúde trazem histórias vivas e fortes, como o movimento dos residentes médicos na base da regulamentação educacional da residência médica, e o movimento dos “fóruns da base” (residentes, preceptores/tutores, coordenadores e, mais recentemente, também de apoiadores), no caso da residência em área profissional da saúde/residência multiprofissional em

saúde. No caso da residência médica, a “costura” que se assistiu foi a das entidades médicas, aclamando sistematicamente a residência como o seu padrão-ouro, um padrão-ouro de entrelace das entidades e interesses corporativo-profissionais, idealização e hegemonização da especialidade, do corporativismo, da segregação em meio à equipe de saúde. No caso da residência multiprofissional em saúde, a costura é a da equipe multiprofissional com o conhecimento interdisciplinar, uma luta constante, cheia de ameaças pelo “padrão-ouro inspirador”. Junto com o poeta João Cabral de Melo Neto (MELO NETO, 2008), nesse lugar do padrão-ouro, sugere-se o padrão-pedra (aquele de uma “educação pela pedra”, poema de 1966): unir o mundo do trabalho ao mundo da poesia, aceitar a qualidade e rigor, mas aceitar que podem provir do contato poético, atento, capaz de ouvir, captar, interagir, aprender, compor-se por aprendizado, dedicado e interessado, mas sempre composição.

Em “Uma educação pela pedra”, João Cabral de Melo Neto enuncia lições da pedra. É preciso aprender da pedra, frequentá-la, portanto, há necessidade do encontro e da exposição; é preciso captar sua voz inenfática, impessoal, portanto, tal encontro não é casual, espontâneo, é dedicação, empenho, compromisso; justamente é pela lição de dicção que as aulas começam, compreender e saber expressar, cuidar da comunicação, saber exprimir as ideias, deter o vocabulário justo. Então, quanto à lição de moral, a resistência fria ao que flui e que está a fluir, aprender a maleabilidade; a lição de poética trata daquilo que é a carnadura concreta; a de economia mostra do adensar-se compacta, são as lições sobre o de fora para dentro, mesmo com cartilha muda, pois é ao soletrá-la, que se sabe dela, como devém e como traçar o comum (o aprendizado de dois).

Gusmão, Ventre e Papini (2018) problematizaram a palavra “lapidar”, junto com outro poeta, Manoel de Barros, e dizem dos cenários das residências: como a lapidação, resultado dos mais variados encontros entre os atores envolvidos em uma residência, de um lado, tutor-aluno-preceptor-usuário; de outro, serviços-ensino-gestão-usuários. “Um lapidar constante, uma arte-vida inacabada, de polimento permanente, de autoria individual e coletiva, de compartilhamento entre seus múltiplos atores e autores” (GUSMÃO; VENTRE; PAPINI, 2018, p. 168).

Já na educação pela pedra, na residência padrão-pedra, a formação/aprendizagem viria por duas perspectivas não excludentes: o mundo concreto do

trabalho, da ação profissional, do exercício ocupacional; e o mundo da educação, o questionamento do mundo e elemento de problematização que sempre questiona os limites do trabalho, profissionais e ocupacionais. A *poiesis* da formação/aprendizagem objetiva não a “representação”, mas a “presentificação da experiência” por meio de uma didática em causa, empenhada com o ensinar e o aprender.

Referências

AMARAL, B. P.; CECCIM, R. B. Historicidade. In: CECCIM, R. B.; DALLEGRAVE, D.; AMORIM, A. S. L.; PORTES, V. M.; AMARAL, B. P. (org.). **EnSiQlopedia das residências em saúde** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 114-139. (Série Vivências em Educação na Saúde). Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/ensiqlopedia-das-residencias-em-saude-pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto n.º 80.281, de 5 de setembro de 1977**. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, DF, 05 set. 1977. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1970-1979/d80281.htm. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Casa Civil. **Lei Federal n.º 6.932, 7 de julho de 1981**. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, DF, 07 jul. 1981. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. Casa Civil. **Lei Federal n.º 8.080/90, 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. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Casa Civil. **Lei Federal n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília, DF, 20 dez. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Casa Civil. **Lei Federal n.º 11.129/2005, 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 n.ºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF, 30 jun. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111129.htm. Acesso em: 28 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS n.º 506/2008**. Altera o art. 1.º da Portaria Interministerial n.º 45/ME/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Brasília, DF, 24 abr. 2008. Disponível em: <https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=209075>. Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. Casa Civil. **Lei Federal n.º 12.513/2011, de 26 de outubro de 2011**. Institui o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec); altera as Leis n.ºs 7.998, de 11 de janeiro de 1990, que regula o Programa do Seguro-Desemprego, o Abono Salarial e institui o Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT), n.º 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social e institui Plano de Custeio, n.º 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e n.º 11.129, de

30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem); e dá outras providências. Brasília, DF, 26 out. 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12513.htm. Acesso em: 28 nov. 2021.

BRASIL. Casa Civil. **Decreto n.º 7.562, de 15 de setembro de 2011**. Dispõe sobre a Comissão Nacional de Residência Médica e o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições que ofertam residência médica e de programas de residência médica. Brasília, DF, 15 set. 2011b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7562.htm. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Casa Civil. **Lei Federal n.º 12.871, 22 de outubro de 2013**. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n.ºs 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n.º 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF, 22 out. 2013. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/l12871.htm. Acesso em: 28 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS n.º 285, de 24 de março de 2015**. Redefine o Programa de Certificação de Hospitais de Ensino (HE). Brasília, DF, 24 mar. 2015a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2015/prt0285_24_03_2015.html. Acesso em: 13 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS n.º 1.618, de 30 de setembro de 2015**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), como um dos eixos do Programa Mais Médicos - Residência, o Plano Nacional de Formação de Preceptores para os Programas de Residência na modalidade Medicina Geral de Família e Comunidade, com o fim de subsidiar e assegurar instrumentos para o processo de expansão de vagas de residência em Medicina Geral de Família e Comunidade, nos termos da Lei n.º 12.871, de 22 de outubro de 2013. Brasília, DF, 30 set. 2015b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvms/saudelegis/gm/2015/prt1618_30_09_2015.html. Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria n.º 21, de 21 de dezembro de 2017**. Dispõe sobre o sistema e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação, avaliação e supervisão da educação superior no sistema federal de educação, e o Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior Cadastro e-MEC. Brasília, DF, 21 dez. 2017. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/1284644/do1-2017-12-22-portaria-n-21-de-21-de-dezembro-de-2017-1284640-1284640. Acesso em: 11 maio 2020.

CECCIM, R. B. Residência em saúde mental: interface da luta antimanicomial. In: PAULON, S. M.; OLIVEIRA, C. S.; FAGUNDES, S. M. S. (org.). **25 Anos da Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, 2018. p. 117-134. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/179261/001068911.pdf?sequence=1>. Acesso em: 12 abr 2021.

CECCIM, R. B. Residências em saúde na perspectiva da colaboração interprofissional: aspectos teórico-práticos das residências em saúde. In: GOMES, D. F.; DIAS, M. S. A.; GADELHA, A. K. S.; CAVALCANTE, V. O. M.; MARTINS, A. F. (org.). **Transformações das residências multiprofissionais em saúde**. Sobral: Edições UVA, 2020a. p. 43-60. Disponível em: http://www.uvanet.br/edicoes_uva/gera_xml.php?arquivo=transf_residencias. Acesso em: 12 abr 2021.

CECCIM, R. B. Residências em área profissional da saúde: uma experiência brasileira de educação interprofissional e de desenvolvimento das práticas colaborativas no campo da saúde. In: CARVALHO, M. A. P.; TEIXEIRA, M. B.; LAGO, R. F.; BARROS, D. C.; BRANDÃO, A. L. (org.). **De casulo a borboleta: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da**

família. Porto Alegre: Rede Unida, 2020b. p. 25-43. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/10/De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM). **Resolução CNRM n.º 5, de 8 de junho de 2004**. Dispõe sobre os serviços de preceptor/tutor dos programas de Residência Médica. Brasília, DF, 11 jun. 2004. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/cnrm_052004.pdf. Acesso em: 12 maio 2020.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM). **Resolução CNRM n.º 02, de 07 de julho de 2005**. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília, DF, 14 set. 2005. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/resolcnrm002_2005.pdf. Acesso em: 12 maio 2020.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM). **Resolução CNRM n.º 02, de 17 de maio de 2006**. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, DF, 7 maio 2006. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=512-resolucao-cnrm-02-17052006&Itemid=30192. Acesso em: 28 nov. 2020.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (CNRMS). **Resolução CNRMS n.º 3, de 4 de maio de 2010**. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde e de Residência em Área Profissional da Saúde e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília, DF, 5 maio 2010. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15449-resol-cnrm-n3-04maio-2010&Itemid=30192. Acesso em: 12 maio 2020.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (CNRMS). **Resolução CNRMS n.º 2, de 13 de abril de 2012**. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde. Brasília, DF, 16 abr. 2012. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acesso em: 11 maio 2020.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (CNRMS). **Resolução CNRMS n.º 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. Brasília, DF, 10 nov. 2014a. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/2018/03/Resolu%C3%A7%C3%A3o-CNRMS-n%C2%BA-5-de-07-11-2014.pdf>. Acesso em: 12 maio 2020.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (CNRMS). **Despacho Orientador**. Cumprimento de Carga Horária, excepcionabilidades. Porto Alegre, 12 nov. 2014b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=17389&Itemid=. Acesso em: 27 set. 2021.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (CNRMS). **Resolução CNRMS n.º 7, de 13 de novembro de 2014**. Regulamenta os processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Brasília, DF, 17 nov. 2014c. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Res-CNRMS-07-2014-11-13.pdf>. Acesso em: 12 maio 2020.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (CNRMS). **Despacho Orientador n.º 1/2015**. Sobre a simultaneidade de cursar Programa de Residência em Área Profissional da Saúde – uni ou multiprofissional – e Programa de Pós-Graduação *lato sensu*

modalidade especialização e *stricto sensu* – Mestrado Acadêmico ou Profissional e Doutorado. Brasília, DF, 2015. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/junho-2016-pdf/45511-despacho-orientador-concomitancia-cursar-residencia-e-outra-pos-graduacao-pdf/file>. Acesso em: 11 set. 2021.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (CNRMS). **Instrumento de avaliação de programas de residência em área profissional da saúde para fins de regulação**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/550382202/Instrumento-de-Avaliacao-das-Residencias-em-Area-Profissional-da-Saude>. Acesso em: 11 set. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n.º 1, de 06 de abril de 2018**. Estabelece diretrizes e normas para a oferta dos cursos de pós-graduação lato sensu denominados cursos de especialização, no âmbito do Sistema Federal de Educação Superior, conforme prevê o Art. 39, § 3º, da Lei n.º 9.394/1996, e dá outras providências. Brasília, DF, 6 abr. 2018a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/abril-2018-pdf/85591-rces001-18/file>. Acesso em: 12 maio 2020.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Câmara de Educação Superior. **Parecer CNE/CES n.º 146/2018, de 08 de março de 2018**. Reexame do Parecer CNE/CES n.º 245/2016, que trata das Diretrizes Nacionais dos Cursos de Pós-Graduação *Lato Sensu*. Brasília, DF, 8 mar. 2018b. Disponível em: <https://abmes.org.br/arquivos/legislacoes/Parecer-cne-ces-146-2018-03-08.pdf>. Acesso em: 28 maio 2020.

CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO (CNE). Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n.º 4, de 16 de julho de 2021**. Altera o artigo 11 da Resolução CNE/CES n.º 1, de 6 de abril de 2018, que estabelece diretrizes e normas para a oferta dos cursos de pós-graduação lato sensu denominados cursos de especialização, no âmbito do Sistema Federal de Educação Superior, conforme prevê o Art. 39, § 3º, da Lei n.º 9394/1996, e dá outras providências. Brasília, DF, p. 127, 19 jul. 2021. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=197911-rces004-21&category_slug=julho-2021-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 12 maio 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução n.º 11, de 31 de outubro de 1991**. Brasília, DF, 31 out. 1991. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_91.htm. Acesso em: 15 maio 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução CNS n.º 225, em 08 de maio de 1997**. Brasília, DF, 8 maio 1997. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0225_08_05_1997.html. Acesso em: 12 maio 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resolução n.º 593, de 09 de agosto de 2018**. Brasília, DF, 9 ago. 2018. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2018/Reso593-Publicada.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE; COMISSÃO INTERSETORIAL DE RECURSOS HUMANOS E RELAÇÕES DE TRABALHO (CNS; CIRHRT). **Pauta das Residências em Saúde da CIRHRT/CNS: Plano de Trabalho**. Brasília, DF, 25 out. 2018.

COORDENAÇÃO-GERAL DE LEGISLAÇÃO E NORMAS DA EDUCAÇÃO SUPERIOR (CGLNES). **Nota Técnica CGLNES n.º 108/2013**. Dedicção Exclusiva/Cumulação de Programa de Residência com outras atividades. Brasília, DF, 10 jun. 2013. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/550857235/Nota-Tecnica-CGLNES-Dedicacao-Exclusiva-Cumulacao-de-Programa-de-Residencia-com-outras-atividades>. Acesso em: 22 set. 2021.



DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. Encontros de aprendizagem e projetos pedagógicos singulares nas residências em Saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 22, p. 877-887, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/Rv7y5VqVp3YTNtyWdpSVx7Q/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 11 set. 2021.

SCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/qxhc3>. Acesso em: 29 maio 2020.

GUSMÃO, R. C.; VENTRE, A. L.; PAPINI, P. A. Lapidar. In: CECCIM, R. B.; DALLEGRAVE, D.; AMORIM, A. S. L.; PORTES, V. M.; AMARAL, B. P. (org.). **EnSiQlopedia das residências em saúde** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 166-169. (Série Vivências em Educação na Saúde). Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/ensiqlopedia-das-residencias-em-saude-pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

LIMA, J. C. S. **A residência médica**: articulações entre a prática e o ensino. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <https://www.bdt.uerj.br:8443/bitstream/1/4641/1/Jose%20Carlos%20de%20Souza%20Lima-tese.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2020.

MELO NETO, J. C. A educação pela pedra. In: MELO NETO, J. C. **A educação pela pedra e outros poemas**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008. p. 207. Disponível em: https://www.academia.edu/30121452/A_Educa%C3%A7%C3%A3o_Pela_Pedra_Joao_Cabral_de_Melo_Neto. Acesso em: 28 nov. 2020.

TEIXEIRA, M. B.; CARVALHO, M. A. P.; CECCIM, R. B. O seu olhar melhora o meu: a interface entre o trabalho em equipe e os desafios da multiprofissionalidade, da interdisciplinaridade e da interprofissionalidade. In: CARVALHO, M. A. P.; TEIXEIRA, M. B.; LAGO, R. F.; BARROS, D. C.; BRANDÃO, A. L. (org.). **De casulo à borboleta**: a qualificação para o SUS na residência multiprofissional em saúde da família. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 174-198. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2020/10/De-casulo-a-borboleta-a-qualificacao-para-o-SUS-na-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.

PERCURSOS COLABORATIVOS NA IMPLANTAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA EM MARAU-RS

Vanderléia Laodete Pulga
Fabiana Schneider
Fernanda Carlise Mattioni
Camila Samara Funk
Edinadia Maria Dalberto
Elisângela Zanelatto

Introdução

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) caracterizam-se como uma forma de ensino ofertada aos profissionais da área da saúde já graduados, na modalidade de pós-graduação (BRASIL, 2005). Tais projetos mostram-se como importantes dispositivos para a formação qualificada dos profissionais, especialmente por possibilitarem um encontro com o espaço a ser vivenciado na prática e com os demais atores envolvidos no processo do cuidado.

Em vista da potência desse programa de formação, estratégias de interiorização das Residências em Saúde têm se mostrado como uma relevante ação para disseminar e ampliar os espaços formativos em saúde para territórios distantes dos grandes centros, nos quais tal modalidade de ensino é mais comum. Nesse sentido, busca-se, com esta escrita, resgatar as experimentações que permitiram a construção de um programa descentralizado de Residência Multiprofissional em Saúde vinculado ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e sua transição para a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), mantendo como campo de formação o município de Marau, no interior do Rio Grande do Sul-RS.

Essa trajetória é relatada por quem viveu essa experiência numa perspectiva de sistematização do que foi vivenciado. Ao considerar as concepções que orientaram esse percurso e a necessidade de materializar o processo de

produção de conhecimento, a sistematização de experiências proposta por Oscar Jara Holliday foi a referência metodológica utilizada, pois o autor propõe uma abordagem problematizadora, reflexiva e participativa que propicia o envolvimento das pessoas diretamente vinculadas ao processo vivido.

A sistematização coletiva vai além da organização de informações ou do simples relato de experiência, significa construir reflexões em um processo dialético, em que o real é histórico, dinâmico e inesgotável, devendo ser analisado a partir de uma perspectiva crítica, colocando-se como instrumento metodológico potente para a efetivação de uma prática transformadora. Esse processo estrutura-se em cinco tempos: o ponto de partida; as perguntas iniciais; a recuperação do processo vivido; as reflexões de fundo; e os pontos de chegada. As perguntas iniciais que aqui trazemos servem de base para a definição do objetivo e do eixo de sistematização (HOLLIDAY, 2012).

Com base nessa experiência, as perguntas orientadoras do processo de reflexão são: por que descentralizar e interiorizar o Programa de Residência Integrada em Saúde? Como se deu o processo de descentralização da Residência Integrada em Saúde (RIS/GHC) e RMS/UFFS em Marau? Quais as bases pedagógicas e os resultados/impactos dessa formação inserida no SUS?

Para dar conta dessas questões, foram definidos os objetivos e eixos temáticos; passou-se para a recuperação do processo vivido, que objetivou reconstruir a história da experiência e, então, ordenar e classificar as informações. A partir dessa memória viva, elementos foram elencados visando problematizar, refletir, analisar, sintetizar e interpretar criticamente. Por fim, foram apresentados os pontos de chegada, que buscaram formular conclusões e comunicar os aprendizados.

A singularidade vivenciada nesse percurso evidencia os diálogos com as abordagens metodológicas da Educação Permanente em Saúde (CECCIM, 2005) e da Educação Popular (BONETI; PEDROSA; SIQUEIRA, 2011).

A presente trajetória foi descrita por um grupo implicado que vivenciou e ainda vivencia essa experiência, tendo a sensibilidade de diferentes olhares de trabalhadoras do Sistema Único de Saúde (SUS) comprometidas com a proposta de qualificação do cuidado em saúde, por meio dessa formação em serviço. As reflexões produzidas por meio da sistematização estão organizadas em cinco partes, a saber: A Residência Multiprofissional em Saúde do GHC: contexto

institucional e o processo de descentralização de vagas do Programa de Saúde da Família e Comunidade; A construção da Residência Multiprofissional em Saúde: uma parceria entre o GHC e a UFFS em Marau; A Organização Pedagógica da Residência Multiprofissional em Saúde; Aprendizados desse movimento de Formação na Saúde; e Considerações finais.

A Residência Multiprofissional em Saúde do GHC: contexto institucional e o processo da descentralização de vagas do Programa de Saúde da Família e Comunidade

A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) é uma modalidade de pós-graduação em serviço – *lato sensu* – que objetiva especializar profissionais das diferentes áreas que se relacionam com a saúde, visando à atuação em equipe, de forma multi e interdisciplinar, na atenção e gestão do SUS, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas, aprimorando a capacidade de análise, de enfrentamento e na proposição de ações para a concretização e fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS (GHC, 2021).

A RIS/GHC foi constituída em 2004, com disponibilização de 30 vagas, inicialmente em três diferentes áreas de ênfase: Saúde da Família e Comunidade (SFC), Saúde Mental e Terapia Intensiva (reconfigurada em 2009 na ênfase de Atenção ao Paciente Crítico). Nesse mesmo ano foi criada a ênfase de Oncologia e Hematologia. Em 2013, ampliou-se significativamente o quadro de vagas por meio da oferta de 103 vagas, sendo implementadas três novas ênfases: Saúde Materno-Infantil e Obstetrícia, Gestão em Saúde e Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial. Atrelada a essa ampliação, a área de ênfase em SFC experimentou a descentralização de seu processo formativo com a disponibilização de sete vagas a dois municípios do interior do estado do Rio Grande do Sul (FUNK *et al.*, 2014).

A proposta de descentralização do Programa da RIS/GHC aproxima-se das políticas de desconcentração da formação e da fixação de profissionais em municípios do interior do estado do RS ou com necessidade evidente de recursos humanos na Atenção Primária no município e/ou região, visando potencializar a Política Nacional de Atenção Básica e a qualificação das Redes de Atenção à Saúde. Sabendo-se da tendência de concentração de profissionais nos grandes centros urbanos, nas regiões onde concluíram graduação e/ou residência (DEMARCO,

2011), o processo de descentralização da RIS/GHC na ênfase SFC propõe alternativas para minimizar a carência de profissionais nas regiões distantes dos grandes centros. Além disso, levar a formação de profissionais da saúde para lugares distantes da capital torna-se uma oportunidade de qualificar o cuidado que é realizado nesses lugares. Nessa ação, vislumbrava-se a construção do SUS verdadeiramente como uma rede-escola, com toda a potência para intervir na produção do cuidado à saúde (FUNK *et al.*, 2014).

Como estratégia para viabilizar esse processo de descentralização, o GHC desenvolveu um Curso de Especialização em Saúde da Família, realizado pelo Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (Escola GHC) e pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS) *campus* Porto Alegre, com o apoio da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. A oferta disponibilizada aos municípios provenientes do RS e aos profissionais contratados da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) visava promover a qualificação nas áreas de gestão, atenção e processos educacionais em serviço, de forma crítica, científica e eticamente embasada.

O curso de Especialização foi orientado pelas políticas de Educação Permanente em Saúde, buscando o fortalecimento do SUS-Escola como campo de formação de recursos humanos na área da saúde. Também, tinha como finalidade qualificar profissionais para o exercício da supervisão e da preceptoria e foi o disparador do processo de descentralização da RIS/GHC, por meio da oferta e da seleção, mediante Edital público, de dez municípios e profissionais a eles vinculados, para a participação no curso de Especialização. O processo de seleção dos municípios para a descentralização de vagas da RIS/GHC no Programa de SFC iniciou-se em outubro de 2012, com a proposta de cooperação, inicialmente com a manifestação formalizada de interesse dos municípios em compartilhar o processo formativo de residentes na modalidade descentralizada. Dentre os dez municípios vinculados ao curso de Especialização, sete formalizaram interesse e passaram por avaliação técnica que considerou critérios como vínculo profissional, inserção dos possíveis preceptores nas ESF, infraestrutura adequada, rede de serviços organizada e processo de trabalho municipal e local, visando atender aos aspectos preconizados para cumprimento do Plano de Ensino da RIS/GHC no Programa de SFC.

Assim, o município de Marau entrou neste processo:

O município de Marau-RS foi selecionado por contar com uma rede de saúde organizada em doze equipes de ESF que oferecem 100% de cobertura para a população; por ser referência regional na área da saúde e, também, por apresentar profissionais em condição de exercer a preceptoria. Nesse processo, duas equipes de ESF acolheram residentes dos núcleos profissionais: enfermagem, farmácia e psicologia, vinculados à RIS/GHC (PULGA; SCHNEIDER; MATTIONI, 2020, p. 139).

Após a definição dos municípios de Marau e São Domingos do Sul, localizados na 6ª Coordenadoria Regional de Saúde – Passo Fundo, macrorregião norte do RS, sob a perspectiva de formação regional, formalizou-se a parceria em Termo de Cooperação Técnica entre esses municípios e o GHC, por intermédio da Escola GHC. Esse termo definia os papéis e as responsabilidades de cada uma das instituições, a partir da pactuação e corresponsabilização entre GHC e municípios em relação ao desenvolvimento dos processos formativos em saúde.

A construção da Residência Multiprofissional em Saúde: uma parceria entre o GHC e a UFFS em Marau

Na perspectiva do município de Marau, essa história iniciou-se a partir de ideias, desejos e debates sobre a formação dos profissionais de saúde do município em reuniões semanais do Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC). Compreendida inicialmente como uma proposta ousada e desafiadora, foi assumida pelo grupo de profissionais do NUMESC e pela gestão municipal, em que o primeiro passo foi realizado no ato da inscrição de um edital, lançado em 2012, para concorrer às vagas para o Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade e Gestão de Processos Educacionais.

Motivados para novos aprendizados, bem como para ampliar a perspectiva da EPS, as pessoas engajadas no NUMESC viam na Residência uma possibilidade potente para essa proposta. Assim, o processo de implementação da Residência Multiprofissional no município de Marau contou com o apoio pedagógico do Curso de Especialização, de um Curso Introdutório de Formação de Preceptores e de um apoiador institucional designado pelo GHC como uma das referências

na facilitação e desenvolvimento do programa localmente. A cooperação interinstitucional na formação de residentes do Programa de SFC no município de Marau estruturou-se na perspectiva e na dinâmica descentralizada e partilhada de gestão, com a definição de papéis e o compartilhamento de responsabilidades a cada uma das instituições e sujeitos, de forma contextualizada e processual, visando à autonomia do município na constituição de um programa próprio de residência, com a vinculação ou não a uma Instituição de Ensino Superior (IES).

A efetivação do Programa desenvolveu-se em três momentos:

Primeiro momento: iniciou-se pelo mapeamento da rede municipal de Marau, com a definição dos campos de prática – designados como “unidade de ensino” – na ESF ou Nasf. A seguir, foram mapeados as equipes e os profissionais de referência vinculados para a função de preceptoria de campo, que desenvolvam um processo de trabalho permeável e potente à proposta da formação em serviço na modalidade residência. Nesse sentido, avaliaram-se: experiência dos profissionais na área e o desejo expresso de compartilhamento prático e pedagógico da formação; processo de trabalho da equipe compatível com a formação em SFC e Atenção Primária à Saúde (APS); estrutura física da unidade campo e de recursos humanos, especialmente referente a vínculo estável dos profissionais de referência; apoio da gestão para o desenvolvimento do plano e da atribuição de ensino designada aos profissionais e equipes GHC/Marau.

Definidos os atores, estruturou-se uma agenda inicial de implementação que contemplava o devido aprofundamento das questões legais e organizativas das Residências em Saúde, além da tessitura das ações teóricas e práticas da residência descentralizada no município de Marau, aproximando as diretrizes gerais e matriz curricular do programa, de acordo com a realidade do município e das equipes de ESF e Nasf. Com a chegada das residentes dos cursos de Enfermagem, Farmácia e Psicologia, inaugurou-se um novo espaço de aprendizagem. Entre o ensino e o serviço, entrelaçaram-se trocas de vivências, de experiências e diversos novos momentos, oportunizando encontros de aprendizagem e de ensino estimulados pelas buscas e dúvidas cotidianas que permitiram, por vezes, a troca e a construção em conjunto.

Segundo momento: foi marcado pela qualificação do mapeamento da rede de serviços municipais e regionais na perspectiva de definição, pactuação e convênio de locais para o desenvolvimento dos estágios curriculares

complementares à formação. O contato inicial com os locais indicados aos estágios foi feito pelos preceptores e pelo apoiador do GHC, para a definição dos objetivos e dos papéis de cada uma das instituições. Destaca-se a importância da rede de serviços municipal de Passo Fundo, que possibilitou aos residentes vivenciarem experiências em serviços que não constituem a rede de saúde de Marau, como o Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas e Infantil, Serviço de Atendimento Especializado e Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

Terceiro momento: através do apoio institucional do GHC, aconteceu a elaboração e estruturação de um programa próprio de Residência Multiprofissional em Saúde no município de Marau, conforme indicação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

Partindo da prerrogativa da constituição de um programa próprio de Residência no município, pactuado desde o início da descentralização como um dos objetivos finais desse processo, realizou-se o mapeamento das IES presentes na região que se apresentavam como potenciais parceiras na construção de uma formação adequada às políticas públicas de formação de profissionais de saúde para o SUS. Além de contar com a instituição formadora, foi ponto de partida a experiência adquirida ao longo do processo de descentralização pelo município e pelas parcerias mobilizadas com participação de diferentes sujeitos, serviços e instituições durante o percurso, na construção de espaços coletivos, de trocas e de aprendizagens contínuas.

Nesse processo, a UFFS – *campus* Passo Fundo foi a IES procurada como parceira, pois sua metodologia pedagógica alinhava-se com a proposta de desenvolvimento localregional e com o fortalecimento das relações de ensino e serviço, assim como já havia um Termo de Cooperação Técnica entre GHC e UFFS desde 2011, por conta do apoio institucional do GHC para a criação do curso de Medicina, no processo de expansão das Escolas Médicas pelo Programa Mais Médicos, do Ministério da Saúde. Nesse contexto, também já estava sendo realizado convênio com os municípios e as instituições hospitalares da região para o suporte à formação de profissionais de saúde pela UFFS.

Dessa forma, foi criado um grupo de trabalho com a representação de residentes, preceptores e docentes, da Secretaria Municipal de Saúde de Marau (SMS), da GHC e da UFFS para a construção do projeto do Programa de RMS. Essa

equipe teve a importante função de planejar a estruturação do programa, iniciando pela definição das responsabilidades de cada instituição, pela atualização do Plano Político-Pedagógico da Residência do GHC, pelo mapeamento e definição dos campos de prática e dos estágios, pela carga horária teórica e pelo financiamento.

Conforme exigência legal, constituiu-se a Comissão de Residência Multiprofissional – UFFS (Coremu/UFFS), viabilizando que o projeto pudesse ser encaminhado ao Ministério da Educação (MEC). O grupo responsável pela coordenação seguiu trabalhando para estruturar a implementação do Programa, fortalecendo o município de Marau como potente campo de prática para a formação em serviço. Após a aprovação pelo MEC, mantendo-se os mesmos campos de prática (ESF Santa Rita e São José Operário) e as mesmas áreas de formação, ingressou uma nova turma de residentes após processo seletivo realizado em janeiro de 2016. Essa seleção foi coordenada pela Coremu/UFFS e contou com a parceria do GHC por meio de seus apoiadores pedagógicos, que auxiliaram na condução do primeiro ano do programa, acontecendo de forma simultânea à formação de turmas de residentes do GHC e UFFS.

Assim, esse Programa de Residência em Saúde, que vem sendo implementado desde 2013, em Marau, tanto na parceria com o GHC como com a UFFS, tem como bases político-metodológicas a formação em serviço, além da integração ensino-serviço-comunidade no cotidiano do SUS, especialmente na Atenção Básica e suas interações nos demais pontos das Redes de Atenção à Saúde. Busca-se formar profissionais de saúde capazes de desenvolver processos de trabalho em saúde de forma multi e interprofissional, colaborativa, trabalhando em equipe, realizando ações de promoção, proteção e atenção integral à saúde das pessoas em todos os ciclos de vida, assim como ações de educação e de ativação da participação social para o fortalecimento do SUS e de Políticas Públicas Intersetoriais para a melhoria das condições de saúde e de vida da população.

A Organização Pedagógica da Residência Multiprofissional em Saúde

O Projeto Político-Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde foi elaborado a partir dos elementos que fundamentavam a formação no Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade do GHC, sendo

adequado às necessidades da UFFS e da rede de saúde de Marau. Esse processo foi construído pelo Núcleo Docente Assistencial Estruturante, composto por docentes, tutores e preceptores do Programa.

Para tanto, o Programa de Residência Multiprofissional da UFFS desenvolveu-se num período de dois anos, perfazendo uma carga horária de 5.760 horas, articulando a formação em serviço na Prática Profissional, atividades teórico-práticas e atividades teóricas no Campo da Atenção Básica, Saúde da Família, Comunidade e Saúde Coletiva, efetivando as ações nos Núcleos Profissionais da Enfermagem, Farmácia e Psicologia.

Assim, o Projeto Político-Pedagógico (UFFS, 2015) preconiza a organização dos componentes curriculares que dão conta das exigências da formação em serviço que tem seu pilar na aprendizagem significativa que se dá pelo trabalho e suas reflexões. As ações educativas do Eixo Transversal do Programa preveem a realização dos seguintes Componentes Curriculares (CCR):

Seminários Integrados I, II, III e IV, que se articulam com outros Programas de Residência da UFFS e de outras instituições formadoras, em que se constroem processos de aprofundamento de temas gerais sobre o SUS e políticas públicas, processos de trabalho na saúde, metodologias para qualificação das análises de situações de saúde, de casos clínicos e de cuidado em saúde, de serviços de saúde, de sistemas de saúde e a produção de ferramentas para a qualificação da ação de profissionais residentes e suas equipes, com base em situações reais do cotidiano dos serviços. Esses seminários acontecem com dinâmica específica do Programa e com momentos conjuntos com os Programas de Residência em Psiquiatria e em Medicina de Família e Comunidade da UFFS, assim como com outros Programas de Residência Multiprofissional em Saúde.

Pesquisa em Saúde, Projeto de Intervenção e Trabalho de Conclusão da Residência I, II, III e IV, que apresentam matriz teórica, mas acontecem de forma participativa, buscando integrar teoria e prática na perspectiva de produção de conhecimentos, de pesquisas e de ações nos territórios. Esses componentes integram a perspectiva da produção do conhecimento a partir do cotidiano dos serviços de saúde e têm, no primeiro semestre, a construção do diagnóstico territorial; no segundo, a elaboração do Projeto de Pesquisa e Intervenção, a banca de qualificação e envio ao Comitê de Ética em Pesquisa; no terceiro, a sua

implementação; e, no quarto semestre, a análise dos dados, a elaboração de artigo e a defesa do Trabalho de Conclusão da Residência e seus desdobramentos nos serviços de saúde.

No Eixo Transversal da Área de Concentração, temos os seguintes componentes teórico-práticos que buscam o aprofundamento sobre a Atenção Básica em Saúde, Saúde Coletiva e Saúde da Família:

Seminários de Campo I, II, III e IV, que, no primeiro semestre, contribuem para a construção dos processos e ferramentas de compreensão desse campo de saberes e práticas, além da territorialização; no segundo, as ferramentas para o cuidado em saúde das famílias com genograma, ecomapa, visita domiciliar e outras ferramentas de abordagem individual e coletiva em famílias e comunidades; no terceiro semestre, dá-se o aprofundamento das estratégias para a construção de gestão de Unidades Básicas de Saúde, trabalho em equipe multi e interdisciplinar; e, no quarto semestre, o aprendizado sobre a gestão municipal de sistemas de saúde, por intermédio da metodologia baseada em projetos.

A Educação Permanente com as Equipe I, II, III e IV, que se organizam a partir de estudos de caso, elaboração de Projetos Terapêuticos, estudo de temas demandados pela realidade do serviço de saúde, ocorrendo com frequência mensal com cada uma das equipes de saúde às quais os residentes do Programa encontram-se vinculados.

No Eixo Específico de Área Profissional organizam-se os seguintes CCR:

Prática Profissional I, II, III e IV, que acontecem de forma cotidiana com a ESF vinculada, por meio de um processo específico chamado de “Semana Típica” de cada Núcleo Profissional, com ações individuais, coletivas, de núcleo e multiprofissionais, que têm a base prática em sua essência cotidiana na atuação de cada residente com sua preceptoria de núcleo profissional e de campo no serviço.

Supervisão I, II, III e IV, que acompanham e refletem acerca das práticas, sendo realizadas pela preceptoria, pela tutoria de núcleo e campo e pelo CCR.

Seminários de Núcleo Profissional I, II, III e IV da Enfermagem, Farmácia e Psicologia, que têm encontros semanais de aprofundamento teórico de cada núcleo, acontecendo uma vez ao mês com tema que integra todos os núcleos.

Avaliação na RMS-UFFS, processo fundamental para a tomada de decisões e para a qualificação do processo de formação em serviço. Envolve a

análise do desenvolvimento de competência de cada residente, de conhecimentos, técnicas, habilidades, atitudes e valores, baseando-se em um processo sistemático, continuado e somativo, que envolve situações de diversidade e de complexidade crescente. A consideração de que o processo de ensino-aprendizagem na modalidade formativa de residência em saúde caracteriza-se como educação pelo trabalho, fazendo com que a interface da instituição de ensino e dos serviços de saúde seja indissociável nas ações e no processo avaliativo.

A capacidade de analisar as realidades, tanto no âmbito da educação quanto do cuidado às pessoas, requer diálogo e pactuações entre todos os envolvidos com o Programa de Residência, sejam eles residentes, preceptores, tutores, docentes e equipes de saúde.

Os processos de avaliação incluem a autoavaliação e a avaliação em cada componente curricular, por meio de diversos instrumentos pactuados coletivamente. Além disso, há ferramentas específicas para a avaliação de cada ator engajado no programa. É importante destacar que, visando abarcar diversos olhares em diferentes contextos, a avaliação conta necessariamente com componentes diversificados, tais como relatórios, diários de campo, estudos de casos, seminários, minidebates, trabalhos em grupo e resenhas, os quais têm como finalidade o acompanhamento do desempenho progressivo do residente. A avaliação é processual, semestral, de forma individualizada e, caso as competências necessárias não tenham sido desenvolvidas, é elaborado um plano de ação a ser executado no semestre seguinte.

Os critérios de avaliação consistem no acompanhamento de todo o processo de aprendizagem do residente durante o semestre, levando em consideração a relação dele com o território das práticas. A participação do residente, o diálogo e a interação com as temáticas estudadas, além da produção de conhecimento a partir dos conteúdos propostos, também se colocam como pontos a serem avaliados.

A avaliação de campo ocorre de forma longitudinal, durante a formação do residente, com a análise do processo de ensino-aprendizagem no cotidiano dos cenários de práticas e com metodologias diversificadas para se avaliar. A avaliação da preceptoria, tutoria, docentes, gestão e coordenação ocorre anualmente, por meio de instrumento específico, considerando aspectos relacionais, técnicos,

pedagógicos e contemplando o processo horizontal preconizado pela formação em serviço. As avaliações de campo da preceptoria, tutoria, docentes, gestão e coordenação são desenvolvidas respeitando-se os princípios da participação democrática e da dialogicidade.

Organização do processo de gestão, um dos pontos importantes de sustentação do Programa, que conta com momentos de assembleia das residentes, e fórum de preceptores e tutores, que são realizados mensalmente e culminam no Colegiado, em que todos participam e é tomada a maioria das decisões. Da mesma forma, a Coremu constitui-se por representação de residentes, preceptorias, tutorias, gestão municipal e estadual, controle social e, com a coordenação do Programa, as decisões são tomadas buscando-se um consenso. Assim, para a conclusão do Programa, cada residente precisa, ao término dos 24 meses, ter integralizado a matriz curricular com a carga horária total de 5.760 horas na dinâmica pedagógica do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

Cabe destacar que esse percurso de formação de profissionais de saúde entre o GHC e a UFFS, tendo como cenário de prática o município de Marau, já formou, até o presente momento, sete turmas de residentes. Assim, vem se consolidando nessa modalidade de formação inserida no SUS com seus serviços e equipes, que estão inseridas no SUS de diferentes locais ou em instituições de ensino engajadas na formação profissional para o SUS, atuando no cuidado à saúde da população nos territórios de um município do interior gaúcho.

O fortalecimento da formação vivenciada no Programa de RMS-UFFS/Marau é fruto da construção coletiva fomentada pela parceria entre as duas instituições federais envolvidas, as quais são permeadas pelo diálogo em busca da qualificação do SUS. A linha do tempo da Residência Multiprofissional em Saúde no município de Marau, apresentada abaixo, faz este resgate histórico:

Figura 1. Linha do tempo da Residência Multiprofissional em Saúde do município de Marau.



Fonte: Elaboração das autoras (2021).

Aprendizados desse movimento de Formação na Saúde

Identificamos como um processo potente a constituição de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde a partir da experiência relatada. Cabe registrar que o referido Programa e seu processo de constituição se diferenciam na medida em que suas origens e bases estão em um processo coletivo, protagonizado por atores de diferentes cenários, em que foram respeitados os saberes que os integrantes (trabalhadores e instituições) carregam em suas trajetórias. Assim, essa construção tornou-se possível a partir da experiência acumulada de outro Programa (RIS/GHC), da prática de Educação Permanente estruturada e fortalecida em um município (Marau), e da sustentação institucional de uma universidade federal (UFFS). Acreditamos que o êxito dessa experiência está na potência do trabalho coletivo, compartilhado entre os atores envolvidos e sustentado pelo objetivo comum de fortalecimento da formação em serviço para a qualificação do SUS.

A formação inicial, no formato de Especialização e ancorada nos princípios da Educação Permanente em Saúde, realizada com as trabalhadoras do município, que posteriormente assumiram a função de preceptoras, foi fundamental para construir e conferir a qualidade ao processo de formação, bem como garantir bases capazes de sustentá-lo, mesmo quando as trocas de gestão municipal apresentavam alguma instabilidade à manutenção da residência, tanto quando vinculada ao GHC quanto, posteriormente, à UFFS.

Além disso, a rede de Atenção Básica, bem sedimentada no município, e o vínculo trabalhista estável das preceptoras, foram determinantes para a constituição da continuidade da proposta, pois a permanência das trabalhadoras garantiu o acompanhamento longitudinal das atividades. Foi esse elemento que possibilitou a continuidade das características da Educação Permanente e das bases pedagógicas iniciais, mesmo após a chegada de novas preceptoras e da vinculação do Programa de Residência à UFFS. Destacamos a permeabilidade e a manutenção das características ao processo participativo e democrático no processo de gestão do Programa de Residência pela IES, responsável pela gestão do Programa, o que significou uma experiência diferenciada na condução de processos pedagógicos que envolvem o ensino em serviço.

Como principais efeitos da construção desse processo, podemos apontar a influência da Residência na qualificação do trabalho das equipes de saúde que se constituem como campo de formação. Os processos pedagógicos propostos pela Residência, ancorados na Educação Permanente, fazem com que as equipes se mantenham em constante processo de reflexão acerca de suas práticas em saúde. Por meio das atividades propostas pela Residência, previstas em uma matriz curricular construída de acordo com o processo de trabalho assegurado nos documentos técnico-legais da Atenção Básica no país, foi possível identificar o aumento da oferta de serviços para a comunidade e a formação de Conselhos Locais de Saúde, ampliando a participação popular.

No entanto, ao longo do percurso também existiram dificuldades. Entre elas, destacamos que as trabalhadoras (preceptoras, tutoras, apoiadoras pedagógicas e docentes) das três instituições envolvidas precisaram, em um processo permanente e perseverante, ir construindo os espaços para viabilizar a Residência, defendendo sua importância perante os gestores. A devida valorização e garantia dos espaços pedagógicos, materializados em carga horária protegida, foi construída ao longo dos anos, com muito esforço do coletivo envolvido. Em muitos momentos, foi necessário superar a falta de trabalhadoras em número adequado e com carga horária disponível para atuar na Residência. No entanto, diante das dificuldades, o coletivo se fortalecia para dar conta das atividades, muito por acreditar na proposta e na importância de sua manutenção. Tais dificuldades estão alinhadas à necessidade de propostas consistentes para a estruturação e sustentação dos Programas de Residências Multiprofissionais no país.

Considerações finais

O processo de descentralização que originou o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica é um exemplo da cooperação que se firmou entre o GHC, a SMS-Marau e a UFFS, confirmando que as parcerias institucionais têm potencial para o sucesso quando baseadas no compartilhamento de ideais, na busca de um mesmo objetivo discutido de forma horizontal. Essa experiência demonstra a potência existente na descentralização da formação em serviço e na possibilidade de integração entre instituições de ensino e serviços do SUS.

A realização do curso de Especialização para preceptores permitiu construir conhecimentos acerca dos princípios que orientam o cuidado desenvolvido no território da Saúde da Família e Comunidade, assim como foi extremamente importante para pensar nas práticas pedagógicas a serem organizadas pela preceptoria no espaço de ensino que emerge no cenário do serviço. Além da formação inicial, o acompanhamento especializado por meio do apoio pedagógico na formação descentralizada foi essencial para a consolidação do Programa de Residência em Marau. Essa assessoria, implicada com o apoio à equipe de gestão da Residência, fez toda a diferença para que o processo ocorresse de forma a atender aos objetivos propostos.

Os resultados desse trabalho encontram-se na consolidação do Programa de Residência Multiprofissional da UFFS, que obteve reconhecimento do MEC e aprovação para ampliação, devido às condições apresentadas. Formaram-se nesse percurso de sete anos, 29 residentes, que, em sua maioria, encontram-se trabalhando no SUS e multiplicando as experiências que vivenciaram na realidade da saúde em Marau.

Ressaltamos que a formação em serviço tem capacidade para induzir a qualificação dos espaços formativos que acolhem residentes; a descentralização aproximou a formação de trabalhadores com a realidade das redes de saúde instituídas no interior; estimulou a fixação dos trabalhadores nesses cenários e constituiu-se como potencializadora e ativadora da qualificação dos serviços com base na universalidade, integralidade, equidade e participação social. Assim, este resgate da história registra o sucesso da descentralização do Programa de Residência, que foi possível pelas características do processo democrático e participativo, no qual todos os saberes compuseram a construção e implementação desse processo de formação integrada ao SUS.

Referências

BONETTI, O. P.; PEDROSA, J. I. S.; SIQUEIRA, T. C. A. Educação popular em saúde como política do Sistema Único de Saúde. *Revista Atenção Primária em Saúde*, v. 14, n. 4, p. 397-407, out./dez. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufff.br/index.php/aps/article/view/15021>. Acesso em: 21 jul. 2021.

BRASIL. Casa Civil. **Lein.º 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 n.ºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF, 30 jun. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20042006/2005/lei/l11129.htm. Acesso em: 15 set. 2021.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

DEMARCO, E. A. **Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um programa de residência**. 2011. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FUNK, C. S.; MARIA, C. R. M.; DE CARVALHO, C. R. H.; CARVALHO, D. S.; DORNFELD, D.; HACKNER, I. T.; NEVES, J. G.; DA SILVA, L. V.; SILVEIRA, L. R. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. *In: FAJARDO, A. P.; DALLEGRAVE, D. RIS/GHC: 10 anos fazendo e pensando em atenção integral à saúde*. Porto Alegre: HNSC, 2014.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Projeto Político Pedagógico. **GHC**, 2021. Disponível em: <https://www.ghc.com.br/default.asp?idMenu=institucional&idSubMenu=1>. Acesso em: 4 out. 2021.

HOLLIDAY, O. J. **La Sistematización de Experiencias, práctica y teoría para otros mundos posibles**. San José: CEP Alforja/CEAAL/Oxfam Intermon, 2012.

PULGA, V.; SCHNEIDER, F.; MATTIONI, F. Interação ensino-serviço-comunidade na formação profissional no SUS: Trilhas, descobertas e desafios da descentralização de um Programa de Residência Multiprofissional. *In: PULGA, V. L.; DANTAS, V. L. A.; BONETTI, O. P.; MATIELO, E.; FERLA, A. A. (org.). Educação Popular, Equidade e Saúde - Dispositivos pedagógicos e práticas lúdicas de aprendizagem na saúde: a caixa de ferramentas nas relações de ensino e aprendizagem*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020.

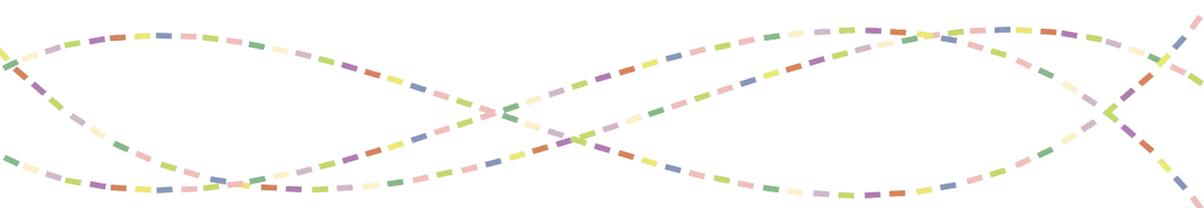
UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. **Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde**. Passo Fundo: UFFS, 2015.



ENSINO E SERVIÇO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE EM MARAU-RS E O PAPEL DA PRECEPTORIA

Fabiana Schneider
Eliana Paula Brentano
Leila Juliana Antunes Riggo
Sandra Mara Setti
Thais Scalco
Edinadia Maria Dalberto

Introdução



A construção e a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) constituíram-se em marcos históricos das políticas de saúde pública do país, sendo a saúde regulada a partir da Lei n.º 8.080/1990 (BRASIL, 1990). O SUS preconiza o cuidado aos usuários em diferentes níveis de atenção, garantindo o direito e o acesso universal aos serviços, além de ações de atenção integral e equânime à saúde da população. De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, o SUS tem como principal porta de entrada a Atenção Básica, que prevê ações integradas voltadas às pessoas, às famílias e à comunidade, visando à proteção e à promoção da saúde (BRASIL, 2017).

Nesse sentido, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde são norteados pelos princípios e diretrizes do SUS, e contemplam demandas e realidades locais e regionais. Nesses programas, são ofertadas vagas de residência para diversas áreas e cenários da Saúde, incluindo a Atenção Básica como campo de prática para os residentes (BRASIL, 2009).

A Residência Multiprofissional em Saúde foi instituída em 2005, por meio da Portaria Interministerial n.º 2.117, de 3 de novembro de 2005 (BRASIL, 2005), e é uma modalidade de formação em serviço que objetiva qualificar profissionais para a atuação no SUS, abrangendo a assistência, o ensino e a pesquisa. Essa forma de ensino visa promover a humanização, o acolhimento, a responsabilização para com o usuário, a resolutividade nos serviços, a ação multiprofissional e integral e,

ainda, possibilita o desenvolvimento de projetos que promovem a autonomia no cuidado (FERLA; CECCIM, 2003).

A legislação brasileira, especificamente a Resolução n.º 2, da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, de 13 de abril de 2012, destaca que a função de preceptor se caracteriza pela supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde em que se desenvolve o Programa, exercida por profissionais vinculados à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. Os preceptores de Programas de residências devem ser profissionais com especialização na área de saúde, e que tenham, na preceptoria, uma de suas principais tarefas profissionais (BRASIL, 2012).

Nesse contexto, o(a) preceptor(a) exerce a função de promover a inserção do residente no cenário de prática profissional, ao mesmo tempo que favorece as conexões com as atividades teóricas vinculadas à instituição formadora a que está ligado(a). Além disso, o(a) preceptor(a) exerce o importante papel de ligação nessa relação que viabiliza o ensino de um serviço na modalidade proposta na Residência Multiprofissional. Essa função é respaldada pelo Regimento da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (Coremu) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), que define que a preceptoria deverá ser exercida por profissionais com formação mínima de pós-graduação, da área de saúde, inseridos nas equipes do campo em que acontece a prática, com vínculo empregatício de, no mínimo, um ano na instituição conveniada, e com experiência profissional igual ou superior a dois anos (UFFS, 2019).

Diante da complexidade da formação em serviço na área da saúde, exercer a preceptoria é um constante desafio. Assim, objetiva-se, a partir das percepções e experiências vivenciadas pelas preceptoras no campo profissional, abordar aspectos da preceptoria no serviço de saúde e no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul (PRMAB-UFFS) neste texto.

Construindo a função de Preceptoria

A construção da preceptoria no município de Marau-RS teve início com o processo de descentralização da Residência Integrada em Saúde do Grupo

Hospitalar Conceição (GHC). Tal ação ocorreu no ano de 2013, vinculada à oferta pública – pela Escola GHC – do curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade – Gestão, Atenção e Processos Educacionais. O objetivo dessa oferta foi subsidiar o desenvolvimento de funções de preceptoria, tutoria, supervisão e orientação da formação em serviço na Atenção Básica à Saúde (PULGA; SCHNEIDER; MATTIONI, 2020).

Essa formação teve duração de dois anos, em encontros mensais, com carga horária de 446 horas, tendo como característica metodológica atividades de concentração e dispersão. O perfil dos professores se destacava pela atuação no GHC, com experiência no serviço de saúde e no acompanhamento de residentes. Durante o curso, os preceptores foram instrumentalizados para atuar de forma crítica e científica na atenção e nos processos educacionais em serviço. À medida que o curso avançava, as reflexões e atualizações conceituais e metodológicas foram implementadas pelas preceptoras, na prática, com a chegada dos residentes. Assim, para um ambiente institucional que mantenha e assegure práticas de boa qualidade e responsáveis, garantindo o cuidado integral em saúde, são necessárias a construção e a mediação pedagógica de forma permanente (CERQUEIRA, 2011).

Nesse contexto, profissionais da Estratégia Saúde Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família das áreas da Enfermagem, Farmácia e Psicologia, desejosos de compartilhar suas vivências no SUS, desafiaram-se a participar do curso supracitado. A finalidade era implantar o programa no município de Marau e acompanhar o desenvolvimento de residentes em suas equipes de saúde.

Passados seis meses, chegou o momento de receber os primeiros residentes, ficando a critério dos preceptores em formação sensibilizar as equipes e a gestão para esse processo que se iniciava. O acolhimento dos residentes foi planejado com o objetivo de apresentar um panorama geral sobre o município com ênfase na rede de saúde, além de atividades de integração, valorizando a cultura local. Na chegada da nova turma de residentes, diversas eram as expectativas de preceptores e demais profissionais, no intuito de conhecer aqueles que fariam parte da equipe por dois anos. Questionamentos relacionados à história de vida, ao(s) lugar(es) onde cursaram sua graduação, que experiências possuíam, o desejo de ser residente e a intencionalidade em fazer parte da Atenção Básica e do SUS faziam e ainda fazem parte dessa recepção inicial. Geralmente, o primeiro encontro ocorria de

forma calorosa, com um café tipicamente italiano, elaborado por todos os atores envolvidos na residência.

Figura 1. Momento de encerramento da Primeira Turma da Residência do Programa da UFFS com o município de Marau.



Fonte: Acervo das autoras.

Figura 2. Momento de acolhimento dos residentes com atividade cultural e o típico café colonial.



Fonte: Acervo das autoras.

Com a continuidade do programa, emergiu a necessidade de ampliar a capacidade de preceptoria no município. Devido a isso, outros núcleos e campos de formação foram capacitados pela equipe do GHC por meio de cursos que ocorreram de forma continuada, com temas específicos da gestão dos processos educacionais em serviço e duração de 40 horas. Destaca-se que o processo de formação de preceptoria foi um dos pontos fundamentais para garantir a transição do Programa – de um modelo baseado na experiência do serviço de saúde GHC para uma Instituição de Ensino/UFFS-Passo Fundo, voltada à graduação na área da Medicina. Compreendendo que essa transição deveria ser gradual e com a finalidade de manter o uso das metodologias ativas de aprendizagem no Programa, as preceptoras desempenhavam inicialmente a tarefa de coordenação dos seminários teóricos de campo e de núcleo, sendo que os professores e tutores da universidade foram inserindo-se aos poucos nos componentes teóricos. Portanto, pode-se afirmar que as preceptoras foram o elo entre a universidade e o serviço, sustentando as atividades baseadas na experiência anterior e no embasamento teórico proporcionado pela formação continuada que se estabeleceu na parceria com o GHC.

Outro papel importante desempenhado pelas preceptoras foi referente às atividades de organização administrativa, pois, inicialmente, a Universidade não contava com uma equipe responsável (nem com experiências) nessa modalidade de formação. O apoio da preceptoria também aconteceu na elaboração dos editais e no acompanhamento dos processos seletivos, fortalecendo, assim, o vínculo com a coordenação do Programa mencionado no início deste capítulo e o acompanhamento do perfil das novas turmas de residentes.

Pode-se observar, nesse movimento, que as preceptoras demonstraram o desejo de sustentar a qualidade da formação desde o início e não se restringiram ao seu papel, indo além das suas atribuições. O desempenho da função de preceptoria envolve, por um lado, assumir novas tarefas e, por outro, fazer entender que novas potências de si são reveladas à medida que compromissos com a comunidade vão se estabelecendo e se fortalecendo na construção do SUS (FAJARDO; CECCIM, 2010).

Para que a continuidade do Programa fosse garantida, o grupo de preceptoras organizou e buscou o pagamento de uma bolsa como forma de incentivo pelos serviços prestados à gestão municipal. Para legitimar o pagamento dessa gratificação, o município criou a Lei Orgânica n.º 5.236, de 23 de dezembro

de 2015 (MARAU, 2015), sendo esse um marco importante de valorização e de reconhecimento da função de preceptoria, que exige dedicação e comprometimento da equipe de trabalhadoras. Dessa forma, destaca-se também o reconhecimento e o compromisso por parte da gestão municipal com a manutenção do Programa de Residência Multiprofissional e com a formação para o SUS.

Papel da preceptoria na Atenção Básica

A residência em Atenção Básica da UFFS tem como cenário de prática a ESF, campo de atuação das preceptoras, que já desempenhavam suas atribuições como enfermeiras, farmacêuticas e psicólogas concursadas da Rede Municipal de Saúde. A experiência dessas profissionais como trabalhadoras do SUS, associada ao desejo de qualificar as ações em saúde promovidas pelas equipes de saúde, oportunizou a inserção dos residentes no processo de trabalho, ampliando as possibilidades de cuidado ofertado à população.

Segundo o regimento interno da Coremu da UFFS são atribuições do preceptor:

- I - realizar supervisão docente assistencial no campo de aprendizagens profissionais da área da saúde;
- II - exercer papel de referência para os residentes;
- III - supervisionar as atividades práticas dos residentes relativas ao campo de inserção;
- IV - preparar e desenvolver seminários a partir das diretrizes pedagógicas do Programa de Residência multiprofissional e uniprofissional em Saúde e organização curricular definida pelo programa;
- V - acompanhar o desenvolvimento do trabalho de conclusão dos residentes durante a supervisão, independentemente de sua definição como coorientador de trabalho de conclusão;
- VI - desenvolver o processo de avaliação dos residentes sob sua responsabilidade;
- VII - participar das reuniões e das atividades afetas ao exercício da preceptoria no campo de prática;

VIII - programar e aprovar as férias dos residentes, assim como as liberações para participação em eventos científicos;

IX - acompanhar e disciplinar a entrada e saída dos residentes no campo de prática;

X - registrar a frequência dos residentes no exercício das atividades de residência;

XI - realizar, em conjunto com a Coordenação, as avaliações regulares de desempenho dos residentes;

XII - cumprir e fazer cumprir o que estabelece a legislação pertinente CNRMS e as normas da UFFS e das instituições conveniadas (UFFS, 2019).

Para além do que se encontra descrito no documento citado, vivenciar a preceptoria na Atenção Básica demanda o desenvolvimento de competências que perpassam a capacidade técnica e exigem características como flexibilidade, habilidade de mediar conflitos, disposição para o trabalho em equipe, motivação, interesse pela área da Saúde Coletiva, entre outras (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Destaca-se também que, para o desenvolvimento dessas competências, a equipe de preceptoras necessita de espaços de Educação Permanente a fim de manter-se em constante reflexão sobre sua prática cotidiana.

Compreende-se o conceito de Educação Permanente como a produção de conhecimento que se dá na realidade vivenciada pelos atores no cotidiano do seu trabalho em saúde. As experiências provocam questionamentos que potencializam ações e geram novos aprendizados. Os residentes não são meros “escutadores”, mas, em conjunto com preceptoras e com as equipes, eles vão se construindo como profissionais de saúde ativos e implicados com a realidade. Além disso, a Educação Permanente tem o papel de política de educação na saúde, abrangendo a contribuição do ensino para a consolidação e o aperfeiçoamento do SUS. Essa modalidade de educação também tem como prerrogativas a articulação entre ensino, trabalho e cidadania; a vinculação entre formação, gestão setorial, atenção à saúde e participação social; o SUS como espaço de formação profissional e a formulação de estratégias para o ensino, bem como para a qualificação do serviço por meio do reconhecimento de bases locais regionais como unidades

político-territoriais que se encontram de forma articulada. Ainda, a integralidade e a implicação dos usuários são eixos determinantes para a implementação e a avaliação da Educação Permanente (CECCIM; FERLA, 2009).

Sendo assim, no processo de aprendizagem, a preceptoria assume a função de promover a análise crítica do contexto e a tomada de decisões, possibilitando que o residente se torne sujeito ativo no processo de aprendizagem. Ainda, baseado em seus conhecimentos teórico-práticos, esse(a) preceptor(a) atua como moderador(a) na discussão de casos e demonstra ao(à) residente a realização de procedimentos técnicos, permitindo a reflexão clínica. Ao longo de todo o processo, fundamentado(a) em sua experiência, o(a) preceptor(a) orienta e acompanha o crescimento profissional e pessoal do residente (MACÊDO, 2017).

Cabe ao(à) preceptor(a), na Atenção Básica, acompanhar a prática profissional do residente, sendo que essa atribuição preenche 80% das 5.760 horas que compõem a formação. Essa carga horária evidencia a importância desse componente pautado na lógica de que se aprende e ensina em serviços. No plano de ensino do PRMAB/UFFS, destaca-se a importância de oportunizar o desenvolvimento de habilidades de trabalho que permitam ampliar a compreensão da realidade e aprofundar os conhecimentos na área da Saúde Coletiva.

O residente deve se integrar ao processo de trabalho da equipe da ESF, inserindo-se a partir do seu núcleo para desenvolver atividades práticas multiprofissionais alinhadas aos princípios da Atenção Básica. A semana típica de trabalho, organizada em conjunto com a preceptoria, prevê a realização das seguintes atividades (UFFS, 2016):

- **I - Acolhimento:** Participação nas ações ofertadas pela unidade de saúde, visando à recepção de usuários(as) e/ou famílias; identificação de necessidades através da escuta qualificada e da realização de encaminhamentos, buscando ser resolutivo diante das demandas apresentadas – não se restringindo às exclusivamente clínicas. Indica-se que essa atividade seja realizada preferencialmente por, pelo menos, dois profissionais de núcleos profissionais distintos;
- **II - Vigilância:** Participação em ações de vigilância em saúde que podem estar vinculadas a ações programáticas ou à atuação em área de vigilância, que contemplem o planejamento estratégico,

o monitoramento e a avaliação, bem como o reconhecimento do território e as necessidades de saúde da população;

- **III - Educação em Saúde:** Conjunto de atividades (de planejamento, de execução e de avaliação) existentes nas unidades de saúde ou propostas durante a residência, visando à troca de saberes entre profissionais de saúde, indivíduos e famílias, e produção de autonomia e autocuidado. Deve ser exercida nos diferentes espaços de atuação da unidade de saúde de forma multiprofissional e com metodologia participativa;
- **IV - Controle Social:** Constituição de espaços de controle social (especialmente Conselho Local de Saúde). A equipe colabora para o fortalecimento das ações de participação popular;
- **V - Clínica Ampliada:** Elaboração de ações que levam em conta a singularidade dos sujeitos, ampliando as possibilidades de intervenção. Prevê a realização de atividades de assistência de acordo com as atribuições do núcleo profissional, a partir da perspectiva da clínica ampliada – individual, familiar e coletiva –, incluindo-se interconsultas, consultas sequenciais, consultas coletivas, prática de gestão de caso, projeto terapêutico singular (PTS), grupos e discussão de casos com a rede intersetorial;
- **VI - Atenção Domiciliar:** Desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas a domicílio na perspectiva de continuidade de cuidados e integradas às redes de atenção à saúde. Contempla ações sistematizadas, articuladas e regulares, desenvolvidas por meio do trabalho interdisciplinar;
- **VII - Reuniões de Equipe:** Espaço semanal em que todos os membros da equipe se encontram para refletir sobre o processo de trabalho na ESF, envolvendo a organização de agendas, planejamento, monitoramento e avaliação das atividades e discussões de caso.

Todas as atividades contempladas na semana típica são supervisionadas e acompanhadas pela preceptoria. Assim, pode-se afirmar que o exercício da preceptoria se dá em uma construção coletiva baseada nos encontros entre usuários/residentes, residentes/preceptores, residentes/equipe de ESF e na busca pela compreensão de

processos de saúde e adoecimento. Nesse contexto, cabe à preceptoria a missão de ativar e fomentar processos de conhecimento e reflexões (CERQUEIRA, 2011).

Relação preceptoria-residentes

A relação preceptoria-residentes é permeada por diferentes sentimentos, saberes e experiências. O residente deve assumir o protagonismo ao longo do processo da residência, enquanto a preceptoria tem a função de ser o suporte e garantir a inserção no campo de prática. Diversos fatores podem favorecer ou limitar essa relação, como o desejo real de cada residente e preceptora de ocupar o espaço dentro do Programa, a personalidade de cada ator envolvido, as histórias de vida, as expectativas e os objetivos.

Faz parte das atribuições da preceptoria realizar o processo avaliativo dos residentes em conjunto com a tutoria, o que se constitui como um processo de construção compartilhada, sendo a avaliação uma ferramenta que permite o acompanhamento e o desenvolvimento dos residentes e que possibilita pontuar os aspectos positivos e os que necessitam de melhoria, oportunizando a qualificação profissional. Em contrapartida, ela pode gerar sentimentos conflitantes pelo fato de a preceptora estar avaliando um profissional inserido na equipe. Além disso, os regimes de trabalho (estatutário/preceptoras e regime próprio/residentes) podem gerar dúvidas e desconfortos acerca da atuação de cada núcleo envolvido. Um exemplo disso é a garantia às licenças-saúde e compensação de horas dos servidores concursados.

Portanto, o exercício da preceptoria envolve muito mais do que a supervisão dos residentes, visto que implica em acompanhar as rotinas de prática, circular por diferentes espaços de ensino e favorecer o processo de aprendizado (MEIRA; MARTINS; MARTINS, 2010). Nesse contexto, a preceptoria ocupa a função de mediação. Por estar inserida no ambiente de trabalho e apresentar familiaridade com as demandas cotidianas, há a necessidade de articular o processo de aprendizagem, levando em conta as experiências pessoais e profissionais de cada residente. Também, esse processo exige desprendimento das preceptoras, que devem estar abertas a novas possibilidades de atuação. Assim, há, portanto, a necessidade de qualificação da preceptoria por meio de estudos e

a desacomodação para pensar e repensar novas estratégias e intervenções, tanto com usuários como com equipe.

Potencialidades e desafios para a preceptoria

No exercício da preceptoria, evidenciam-se diversas potencialidades, sendo que uma delas consiste na identificação e no comprometimento com o Programa de Residência. A formação das preceptoras, voltada para a atuação no SUS, é um diferencial, sendo que todas são concursadas no serviço público e possuem especialização e/ou mestrado na área da saúde.

Enquanto instituição formadora e de ensino, a UFFS proporcionou espaços que favoreceram a qualificação das preceptoras. Os encontros de Educação Permanente (fórum de preceptoras e tutores, reuniões, consultorias, seminários integrados com outros núcleos) com professores da instituição e convidados permitiram novas experiências e ofereceram desafios ao núcleo da preceptoria. Os processos seletivos, a organização das agendas típicas, a recepção dos residentes e a elaboração deste livro são exemplos de construções coletivas, realizadas a partir das provocações e reflexões vivenciadas ao longo do processo.

Figura 3. Formação de preceptores e tutores do Programa.



Fonte: Acervo das autoras.

Figura 4. Encontro com as equipes da ESF, Gestão e Conselho Local de Saúde.



Fonte: Acervo das autoras.

Para além da preceptoría, destaca-se o engajamento das equipes de saúde, que apresentam postura acolhedora com os residentes, mostrando-se disponíveis para o desenvolvimento das atividades, bem como para repensar novas práticas profissionais. Ressalta-se que o processo é uma via de mão dupla, pois o PRMAB/UFFS constitui-se como uma importante ferramenta para o desenvolvimento das equipes e da qualidade dos serviços dirigidos aos usuários e à comunidade.

A formação em serviço é um constante desafio para os diferentes atores envolvidos, uma vez que o ingresso de novos profissionais exige uma reorganização das equipes de saúde, bem como a adaptação aos espaços físicos das unidades. Além disso, a preceptoría não possui carga horária protegida, o que gera, por vezes, sobrecarga de trabalho e conflitos de horários. As preceptoras dos núcleos da Farmácia e Psicologia não possuem carga horária integral nas equipes, o que pode ser um fator limitador para o acompanhamento de todas as atividades propostas. Apesar da conquista da bolsa-preceptoría, ainda há muitos caminhos a serem percorridos para o reconhecimento e a valorização do papel/função da preceptoría no SUS.

Outro desafio a ser problematizado é a articulação entre a instituição formadora e o serviço de saúde, pois, apesar de muitos avanços já terem acontecido nesse campo, ainda se evidencia certa valorização do lugar dos conhecimentos estruturados na agenda da aprendizagem, reforçando a dicotomia entre o ensino e o serviço. Por trás dessa valoração diferenciada está a ideia de que os saberes estruturados e os procedimentos requerem sistematização para serem aprendidos, ao passo que as tecnologias leves podem ser aprendidas automaticamente a partir da vivência (FEUERWERKER, 2011). Ainda, as preceptoras têm como objetivo maior a inserção dos residentes na realidade do trabalho, ou seja, a preceptoría é um agente formativo, mas necessita ser reconhecida como tal. Nesse contexto, é fundamental o equilíbrio entre teoria e a prática, visto que o PRMAB/UFFS tem como prerrogativa a formação no e para o SUS.

Considerações finais

A Atenção Básica constitui-se como cenário importante de formação para profissionais que desejam desenvolver sua atuação voltada à Saúde Coletiva. Objetivou-se, por meio deste relato de experiência, descrever a história da preceptoría no PRMAB/UFFS, evidenciando-se que muitos são os desafios para exercer a função de preceptor(a). Esta narrativa é fruto de uma trajetória em que as preceptoras apresentam um papel ativo, sustentando o desejo de manter o processo formativo e acreditando em uma política pública eficiente e de qualidade.

Destaca-se a importância da Educação Permanente das preceptoras e das equipes envolvidas na condução do Programa, pois ela faz parte do processo de aprendizagem e qualifica as ações e o planejamento em saúde, ampliando o escopo da oferta de serviços. Além disso, pontua-se a necessidade de fortalecer as ações da instituição formadora no campo de prática, pois o estreitamento dos laços permite o alinhamento de demandas reais e favorece a apropriação da universidade com as experiências do campo. A inserção da preceptoría nos espaços teóricos também é de grande relevância para acompanhar o residente dentro do itinerário de construção da aprendizagem.

Por meio desta narrativa, não se pretende esgotar a discussão da temática, já que, a partir da perspectiva de preceptoras inseridas na Atenção Básica, pretendeu-

se demonstrar a complexidade, os encantos e os desencantos que fazem parte da construção de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, sustentado pelo desejo e pelo comprometimento dos diferentes protagonistas envolvidos.

Referências

BRASIL. Casa Civil. **Lei Federal n.º 8.080/90, 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. Brasília, DF, 19 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 18 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n.º 2.117, de 3 de novembro de 2005.** Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 3 nov. 2005. Disponível em: <http://www.fonosp.org.br/publicar/publicacoes/multiprofissional.pdf>. Acesso em: 18 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n.º 1.077, de 12 de novembro de 2009.** Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, DF, 12 nov. 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15462-por-1077-12nov-2009&Itemid=30192. Acesso em: 18 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Resolução CNRMS n.º 2, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. **Diário Oficial da União:** seção I, Brasília, DF, p. 24-25, 16 abr. 2012. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192.

Acesso em: 5 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 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, 21 set. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 18 ago. 2021.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento para a montagem do projeto de integralidade da atenção em saúde. *In:* PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Construção da Integralidade:** cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. **Educação Permanente em Saúde:** Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>. Acesso em: 26 set. 2021.

CERQUEIRA, P. A formação pedagógica de preceptores dos estudantes da área da saúde: uma conversa em três tempos. *In:* BRANT, V. (org.). **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde.** Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2011.

FAJARDO, A. P.; CECCIM, R. O trabalho da preceptoría nos tempos da residência em área profissional da saúde. *In:* BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde:** fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: HNSC, 2010.

FEUERWERKER, L. As identidades do preceptor: assistência, ensino, orientação. *In:* BRANT, V. (org.). **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde.** Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2011.

MACÊDO, R. C. **O papel do preceptor na Residência Multiprofissional em Saúde:** reflexões sobre o tema. Belém: UEPA, 2017. Disponível em: <https://paginas.uepa.br/ppgesa/wp-content/uploads/2017/12/Cartilha-O-papel-do-preceptor-RAFAELA-MACEDO.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

MEIRA, A. C. S.; MARTINS, A. R.; MARTINS, M. C. A relação entre preceptores e residentes: percursos e percalços. *In:* FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (org.). **Residências em saúde:** fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: HNSC, 2010. p. 211-224.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-27, out./dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400009&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 jul. 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Lei Ordinária n.º 5.236 de 23 de dezembro de 2015.** Dispõe sobre a gratificação de preceptoría aos servidores designados a atuar em Programa de Residência Multiprofissional em Saúde aderido pelo município. Marau, 23 dez. 2015. Disponível em: www.encurtador.com.br/uL259. Acesso em: 29 set. 2021.

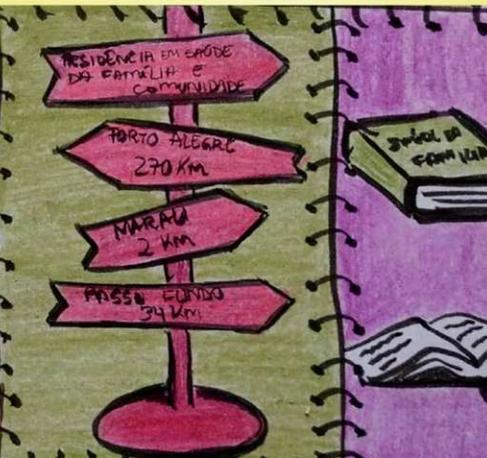
PULGA, V.; SCHNEIDER, F.; MATTIONI, F. Interação ensino-serviço-comunidade na formação profissional no SUS: Trilhas, descobertas e desafios da descentralização de um Programa de Residência Multiprofissional. *In:* PULGA, V. L.; DANTAS, V. L. A.; BONETTI, O. P.; MATIELO, E.; FERLA, A. A. (org.). **Educação Popular, Equidade e Saúde -** Dispositivos pedagógicos e práticas lúdicas de aprendizagem na saúde: a caixa de ferramentas nas relações de ensino e aprendizagem. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. **Projeto pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde –** Área de Concentração Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade. Passo Fundo: UFFS, 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. **Resolução n.º 10/CONSUNI CPPGEC/UFFS/2019.** Aprova o Regimento da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó: UFFS, 2019. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/atosnormativos/resolucao/consun-icppgec/2019-0010>. Acesso em: 12 set. 2021.

SEÇÃO 2

DINÂMICA POLÍTICA
DE UMA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL:
CAMPO E NÚCLEO COMO
PEDAGOGIA DA SAÚDE



ENSINAR E APRENDER NA ATENÇÃO BÁSICA: A EXPERIÊNCIA DOS SEMINÁRIOS DE CAMPO

Renata dos Santos Rabello
Maríndia Biffi
Francine Feltrin de Oliveira
Vanderléia Laodete Pulga
Priscila Pavan Detoni
Antônio Marcos de Almeida
Ardigò Martino

Introdução

O presente capítulo apresenta a experiência do Componente Curricular (CCR) dos Seminários de Campo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica (AB) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) em parceria com o município de Marau-RS. Esse Componente teórico acontece nos quatro semestres da Residência como processo de aprofundamento do Campo da AB, da Saúde Coletiva, da Família e Comunidade conectados com a prática profissional de ensino em serviço. Assim, será organizado a partir do relato de como vem sendo construído e desenvolvido o processo pedagógico em cada semestre, seus referenciais e as formas de avaliação e interação dos residentes do Programa com os territórios, serviços de saúde, equipes e comunidades nas quais o Programa vem sendo desenvolvido.

Metodologia

Trata-se de um Relato de Experiência elaborado no contexto dos Componentes Curriculares de Seminários de Campo I, II, III e IV desenvolvidos no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, em parceria com o município de Marau-RS. Esse Componente teórico do Eixo Transversal de Área de Concentração – da

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.

Paulo Freire

Atenção Básica – acontece nos quatro semestres da Residência como processo de aprofundamento do Campo da Atenção Básica, da Saúde Coletiva, da Família e Comunidade, conectados à Educação Permanente com a equipe e com a prática profissional de ensino em serviço.

Esses CCRs buscam a realização de um processo educativo-reflexivo capaz de articular campo e núcleo no contexto da Atenção Básica em Saúde na perspectiva de que os residentes do referido Programa se apropriem de conceitos e referenciais orientadores da Atenção Primária à Saúde (APS), assim como de ferramentas e/ou dispositivos para qualificação do trabalho multiprofissional em saúde ao longo de seu percurso pedagógico.

Os CCRs têm 36 horas semestrais e perpassam os dois anos de formação de cada residente no Programa, conforme a Matriz Curricular, totalizando 144 horas de formação, somadas às práticas de aplicação das propostas desenvolvidas ao longo da proposta de ação de cada semestre, com base em metodologias ativas e participativas de integração ensino-serviço-comunidade.

A modalidade de relato de experiência foi escolhida por ser uma metodologia que permite a sistematização de experiências, sendo um caminho intermediário entre sua descrição e a reflexão teórica, partindo de uma reconstrução do vivido com a análise, síntese e interpretação crítica dos momentos vivenciados, os contextos e os aprendizados (HOLLIDAY, 2006).

As estratégias metodológicas utilizadas foram na perspectiva das metodologias ativas, participativas e de interação com o conjunto de residentes, educadores, preceptorias, tutorias, equipes, grupos, gestores e profissionais de saúde, que, ao mesmo tempo que desafiam residentes a realizar as atividades com finalidade pedagógica, também desenvolvem ações para a melhoria das condições de saúde da população ou do Sistema Único de Saúde (SUS).

A produção de saberes e práticas nos Serviços de Saúde: proposta e dinâmica pedagógica

As residências multiprofissionais em saúde buscam formar profissionais capacitados para atuar no SUS e em defesa dele, a partir dos princípios da Reforma Sanitária. Sendo assim, a proposta da Residência Multiprofissional passa de maneira muito enfática pelo conceito da integralidade, e, a partir dessa concepção,

entende-se que é preciso pensar a saúde, seus determinantes, condicionantes, assim como as possibilidades de promoção da saúde, de prevenção aos riscos e agravos e de cuidado integral a partir das necessidades de saúde que os usuários apresentam; constitui-se desafio cotidiano que é muito além de tratar determinadas doenças. Assim, reforça o olhar de que existem inúmeros fatores que se interpõem no processo saúde-doença e, por isso, é necessário que haja uma multiplicidade de profissionais, dotados de diferentes saberes, para atender às necessidades dos usuários, assim como as ações intersetoriais, multi e interprofissionais.

O início da construção do Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) da UFFS se deu a partir do que já estava em desenvolvimento com a Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), o qual apresentava um campo de sua residência descentralizada no município de Marau-RS (RAUPP, 2008). Após o período de migração da residência para a UFFS, foram, então, sendo adaptados os CCRs à realidade do cotidiano do município de Marau e às necessidades que foram se evidenciando ao longo do tempo quanto à formação dos residentes, principalmente a articulação cada vez mais importante da teoria com a prática.

Os Seminários de Campo I, II, III e IV buscam integrar as atividades da prática diária com os conceitos teóricos que orientam a formação em saúde. Esses CCRs têm como base uma forma organizacional longitudinal, que se inicia com o conhecimento do território, passando pelo conhecimento da família e da comunidade, com a gestão do cuidado e dos processos de trabalho em equipe, seguindo com gestão municipal do sistema de saúde e dos serviços.

Os encontros são semanais, contando com períodos de 3 horas, totalizando, ao fim do semestre, em 36 horas/aula, com a participação de todos os residentes dos núcleos profissionais de enfermagem, farmácia e psicologia e os docentes responsáveis de cada semestre, apresentando como objetivo em comum discutirem, ampliarem e aprofundarem os conhecimentos teóricos, de forma multiprofissional e interdisciplinar, a partir de situações especiais surgidas na prática cotidiana nas Unidades de Saúde ou nas comunidades atendidas pelos residentes.

No período que se desenvolvia o Programa de Residência Integrada em Saúde, esses Componentes eram chamados de Currículo Integrado e eram conduzidos pedagogicamente por preceptoras de campo e núcleo, com o apoio

pedagógico da equipe técnica da RIS/GHC. Ao serem construídos com a UFFS/PF, esses CCRs passaram a ser denominados “Seminários de Campo” e se articularam ao Eixo Transversal de Área de Concentração, que é a Atenção Básica (AB), onde também há os CCRs de Educação Permanente em Saúde com as equipes. Apresentaremos, na sequência, como se dá esse processo formativo por semestre.

Seminário de Campo I: conhecendo e interagindo no território com os atores sociais das comunidades e a equipe de saúde

A construção desses momentos de formação conta, ao longo do Programa, com a responsabilidade da docente e tutora de campo da UFFS na condução pedagógica. Com a chegada de novos residentes, inicia-se um processo em que cada residente tem que adaptar-se a uma nova realidade, com suas rotinas, campo de prática e cada um desses com suas particularidades. A divisão dos grupos em duas unidades de campo prático faz com que cada residente, ou grupo de residentes, tenha uma observação diferente de seu local de prática, com suas singularidades.

A proposta do Seminário de Campo I (SCI) é que o residente possa observar todo esse cotidiano que está à sua volta, com o objetivo de compreender e analisar os principais elementos teórico-conceituais dos níveis de atenção à saúde, integração dos núcleos profissionais com ênfase na Saúde da Família e Comunidade no campo teórico-conceitual, em que são abordadas as temáticas relacionadas à APS; Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em interface com as políticas contemporâneas brasileiras na Atenção Básica à Saúde e na Estratégia Saúde da Família (ESF), além de ferramentas de análise dos processos de trabalho, diagnóstico situacional e planejamento estratégico situacional em Saúde da Família e Comunidade na APS.

Tem seu início marcado pelo conhecimento da estrutura de cada unidade de saúde, em que a partir de conteúdos teóricos estimula-se a análise crítica desse local, com o que é preconizado pela PNAB, buscando-se avaliar desde a estrutura física, população adscrita e composição da equipe.

Após essa abordagem inicial e com o transcorrer dos dias, já na prática diária na ESF, também se pode avaliar de forma mais detalhada a maneira na qual essa estrutura organizacional acaba interferindo no processo de trabalho de toda

a equipe, como se organizam os processos de trabalho, divisões de tarefas, além de responsabilidades dentro de cada unidade de saúde.

Além da unidade de saúde, os residentes estão envolvidos com a comunidade, tornam-se parte da equipe, e, dessa forma, saber e conhecer como essa comunidade é composta, como ela se articula e como funciona o território onde eles estão inseridos é de extrema importância para conseguir um melhor atendimento à população adscrita, de forma mais humanizada e entendendo a sua realidade.

Assim, como forma de reconhecimento do território, este deve ser avaliado em seus aspectos socioeconômicos, demográficos, culturais e de saúde das populações.

E como se conhece um território? Qual a melhor forma de isso acontecer? Como se vivencia esse território? No SCI, é organizado, com a equipe da ESF, o reconhecimento do território adscrito por meio de uma caminhada por esse campo de prática, no qual os residentes são guiados pela equipe e têm em suas mãos um roteiro orientador formulado com base em reconhecimento de território. Aqui, cada residente consegue observar o ambiente, com o olhar crítico e analítico ao percorrer o caminho. Esse olhar é diferente de cada um que passa por ele, pois traz sua percepção, suas observações e impressões de cada ponto do território.

A partir dessa análise crítica, os residentes são estimulados a construir a representação do que foi observado e colhido de informações com a criação do “Mapa Falante”, que permite expressar seu conhecimento técnico-científico por meio da linguagem artística, com criatividade e sensibilidade, de forma simples e lúdica, demonstrando as potencialidades, fragilidades e problemas encontrados no território, o que também dialoga com os CCRs dos Seminários Integrados, que aprofundam as bases do SUS e as metodologias de abordagem nos territórios.

Na sequência, com o diagnóstico desse território, pode-se problematizar a prática profissional dos residentes em cada campo de atuação, a partir tanto do território quanto nas rotinas diárias da unidade de saúde, fazendo uma análise da situação atual, com identificação, seleção e priorização dos problemas por cada residente, conforme sua percepção de prioridade no momento. A partir dessa escolha de problemas, procede-se à escolha de prioridades, a árvore explicativa do problema, rede complexa de análise de problema com o desenho do que se quer intervir, os cenários prováveis e atores, assim como o desenho das possíveis soluções, que entra em direto contato com os CCRs de Pesquisa em Saúde, Projeto

de Intervenção e Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), em que, a partir desse problema selecionado, será produzida a intervenção que irá compor a produção do artigo final do TCR.

Dessa forma, propicia-se, em um ambiente multiprofissional, uma reflexão conjunta que incentiva um pensamento interdisciplinar e complexo e a construção de um olhar mais integral para a realidade de saúde, como cada residente pode contribuir com o outro na construção de seus conhecimentos e na formulação do projeto de intervenção.

A avaliação do processo de aprendizagem se faz ao longo do semestre, por meio da análise das atividades propostas a cada encontro, com a construção do Mapa Falante do território e da elaboração individual do planejamento estratégico situacional, apresentando a visão de cada residente, assim como o diálogo sobre o processo de aprendizagem durante os encontros, que culminam na escolha do tema proposto para o TCR.

Seminário de Campo II: construindo vínculos e aprendendo as metodologias de abordagem familiar e comunitária na Atenção Básica em Saúde

A construção desses momentos de formação contou, ao longo do Programa, com a responsabilidade da docente e tutora de campo da UFFS na condução pedagógica. Com o passar do semestre e da atuação de cada residente dentro da ESF, além de conhecer a rotina da unidade, ele(a) começa a fazer parte dessa equipe. Cada residente conhece, aos poucos, a população adscrita, suas vulnerabilidades, suas características, processos que vão acontecendo na simples conversa no corredor, ao atender a uma demanda espontânea, no acolhimento, ao entregar uma medicação, observando cada pessoa em sua singularidade, gerando, assim, o conhecimento das principais características dessa população – em que o cuidado agora também é de sua responsabilidade – e a implicação ético-política com os usuários, a população, com a equipe multiprofissional de saúde e com o SUS, em especial, na AB do município inserido.

No segundo semestre, o Seminário de Campo II (SCII) apresenta em sua estrutura o objetivo de compreender e analisar os principais elementos teórico-conceituais da APS e seus aspectos relacionados à abordagem comunitária

e familiar e à atuação multiprofissional em Saúde da Família, discutindo e debatendo sobre ferramentas de gestão do cuidado dos processos de trabalho na AB, qualificando os profissionais para atuarem interdisciplinarmente nesse campo, oportunizando o desenvolvimento de habilidades para identificar os determinantes sociais e ambientais da saúde dos indivíduos e da comunidade de seu território adscrito, considerando a diversidade e a complexidade do contexto sócio-histórico-cultural por intermédio de ferramentas de gestão do cuidado e de abordagem comunitária e familiar.

O processo de construção teórico-prático do conhecimento inicia-se a partir de um relato de caso fictício, por meio do qual se pode acompanhar os passos de uma paciente ao buscar o serviço de saúde, desde o preparo para a consulta até o chegar à ESF em busca de atendimento, passando pela consulta médica e procedimentos de enfermagem, dispensação do medicamento, os seus retornos e a abordagem da paciente pelos diversos profissionais e pontos da rede de atenção, fazendo assim uma reflexão sobre o caso, abordando desde os processos de cuidado centrado na pessoa, com uma abordagem longitudinal e integral dessa paciente, às ferramentas de análise familiar (APGAR familiar, Ecomapa, Genograma, FIRO e PRACTICE) e gestão do cuidado (Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular, Acolhimento e Classificação de Risco, Cuidado e Assistência Domiciliar, passando pela Saúde do Cuidador, Equipe de Referência e Apoio Matricial, Modelos de Atenção às Doenças Crônicas, com a Abordagem para o Autocuidado e Entrevista motivacional, o Trabalho em grupo e Grupo operativo em saúde).

Dentre as ferramentas de abordagem familiar, destaca-se o A.P.G.A.R, representado pela sigla APGAR (*Adaptation Partnership Growth Affection Resolve*), que significa: Adaptação, Participação, Crescimento, Afeição e Resolução. É um instrumento de avaliação destinado a refletir a satisfação de cada membro da família, a qual é classificada como funcional e moderadamente/gravemente disfuncional. O P.R.A.C.T.I.C.E (*Present Problem; Roles and Structure; Affect; Communication; Time in the family life cycle; Illness in family past and present; Coping with stress; Ecology*), ou, Problema, Papéis, Afeto, Comunicação, Tempo, Doença, Lida, Ecologia, é pautado como uma diretriz para a avaliação do funcionamento e organização das famílias diante dos problemas.

O F.I.R.O (*Fundamental Interpersonal Relations Orientations*), ou, em português, Orientações Fundamentais nas Relações Interpessoais, é categorizado como uma teoria de necessidades que vislumbra a família a partir de suas relações de poder, comunicação e afeto. O Genograma permite uma análise de dinâmica familiar e mostra graficamente a estrutura e o padrão de repetição das relações familiares, doenças, relacionamento e os conflitos resultantes do adoecer. O Ecomapa identifica todos os sistemas familiares envolvidos com a pessoa e com a família que está sendo abordada, e o ambiente em que estão inseridos (CHAPADEIRO; ANDRADE; ARAÚJO, 2011).

Como forma de praticar o conteúdo no seu cotidiano, os residentes fazem a aplicação dessas ferramentas em seus atendimentos, assim como também o fazem no processo de avaliação. Nessa etapa avaliativa, os residentes aplicam as ferramentas em uma família de seu campo de prática, sistematizando o caso e trazendo para a discussão em grupo, em que a aquisição de conhecimento é avaliada. Além disso, o processo de aprendizagem é avaliado conforme a participação e discussões nos encontros, trazendo o diálogo como ponto importante desse momento avaliativo.

A problematização a partir da discussão da realidade é fundamental nesse processo, visto que, além de retomar o caso apresentando em cada abordagem, busca-se associar as atividades teóricas a casos de usuários e rotinas vivenciadas no dia a dia na unidade, contando com a participação ativa do residente nesse processo de construção de conhecimento. Essas atividades propiciam ao residente pensar e repensar sua prática diária, de como poder compreender e aprender com a rotina da unidade de saúde, auxiliando para que se tornem profissionais melhores e mais preparados para atuar no sistema de saúde como um todo.

Seminário de Campo III: vivenciando e aprendendo processos de gestão e gerenciamento da Unidade Básica de Saúde

O Seminário de Campo III (SCIII) tem como objetivo propiciar aos residentes uma vivência e participação ativa no cotidiano gerencial da Unidade Básica de Saúde (UBS) em que estão inseridos, considerando o contexto e singularidade da rede de atenção à saúde. Pode ser considerado como um estágio de gerenciamento, pois tem um formato teórico articulado com o cotidiano e busca

compreender a aplicabilidade do planejamento como ferramenta de Gestão dos Processos de Trabalho da Equipe da AB e reconhecer o planejamento de estratégias relacionadas à realidade da prática profissional e operacionalizada no cotidiano da unidade de saúde. Portanto, o intuito desse seminário busca desacomodar o olhar dos residentes na Atenção Básica em Saúde, experimentando um formato para desenvolvimento de habilidades sociais e relacionais ao fazer a gestão do cuidado e dos processos de trabalho na equipe multiprofissional em saúde de uma ESF. Por isso, entende-se que a execução de uma boa gestão está para além dos conteúdos prescritos nos organogramas de gestão, mas faz parte do trabalho real, que se dá em cada território, onde os(as) usuários, a equipe e a intersetorialidade também fazem parte dessa concepção de gestão do SUS.

Os seminários de campo eram realizados em nove encontros teóricos sob coordenação dos facilitadores: preceptoras, docente e tutor de campo da UFFS, e atualmente conta com a docente e tutora da UFFS e docente visitante do Programa de Residência da UFFS. No primeiro encontro, era apresentada a proposta e uma situação-problema, e elencados os temas para estudo ao longo dos seminários. O objetivo desses temas era proporcionar ferramentas para que juntos planejassem propostas/alternativas para aquele problema que dizia respeito às questões de gerenciamento da unidade de saúde.

No decorrer do processo, os residentes eram instigados, com a preceptoria, para elencarem situações-problema existentes relacionadas às questões gerenciais da unidade, a fim de que ao longo dos meses de estágio e enquanto eram desenvolvidos os encontros teóricos, pudessem buscar intervenções/soluções; além de participarem ativamente do processo gerencial da unidade, dentre outras ações, coordenando reuniões de equipe e seu processo de trabalho e reuniões do conselho local de saúde. Assim, eles contavam com turnos e um plano de ação desenvolvido nos primeiros encontros com alternativas para serem desenvolvidas ao longo do semestre, ou seja, em um formato teórico-prático, com apresentação de relatório final.

Entre os temas trabalhados, destacam-se: coordenação de equipe, liderança, processo de trabalho, importância da comunicação, projeto terapêutico singular, intersetorialidade, interdisciplinaridade, planejamento, Educação Permanente, dentre outros.

Descrevendo-se de outra forma, nos primeiros encontros levantavam-se situações-problema do campo da Atenção Básica visualizadas pelos residentes, e os desafiamos a construir um guia com o histórico do serviço, contexto e estrutura diante dos problemas a serem resolvidos e quem seriam os atores envolvidos. Em seguida, a proposta foi a apresentação desse guia. Então, ofereceu-se suporte de leituras para pensar em uma proposta de projeto de gestão aplicável nas ESF, e quais teorias e ferramentas sustentariam tais propostas. Disponibilizaram-se no *moodle* os Cadernos do Humaniza SUS, com direção pragmática, formação e intervenção de políticas de indução e gestão (BRASIL, 2009).

Além disso, foram utilizados conceitos elencados como importantes: a relevância da cogestão, tendo em vista o papel das equipes e da comunidade atendida. Discutiram-se a gestão participativa e as dificuldades de manter os conselhos de saúde e reuniões comunitárias durante a pandemia, bem como, em alguns momentos, as reuniões de equipe; a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS, que aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade; e no que se respalda a proposta de gestão no SUS, que tem por objetivo provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nessas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação de poder. O Humaniza SUS lança mão de ferramentas e dispositivos para consolidar redes, vínculos e a corresponsabilização entre usuários(as), trabalhadores(as) e gestores(as), buscando a transversalidade (BRASIL, 2009).

Ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada. Por humanização, compreendemos: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde, em que a participação social, no entanto, não pode estar restrita a essas instâncias formalizadas para a participação cidadã em saúde. Esta deve ser valorizada e incentivada no cotidiano dos serviços do SUS, nos quais a

participação tem sido ampliada gradativamente. Por isso, a proposta de gestão participativa precisa estar alinhada à democracia, em que o usuário percorre pelas linhas de cuidado e faz gestão com os(as) trabalhadores(as) de saúde, que, por vezes, ainda participam pouco das decisões sobre os rumos das unidades em que trabalham (MERHY, 1997).

Percebeu-se que, para que essas propostas, através de projetos de intervenção construídos pelos residentes, possam ser aplicadas, precisa-se desenvolver uma boa comunicação e desejo da equipe e comunidade. Por isso, faz-se imprescindível encarar os conflitos em equipe nos espaços protegidos e éticos, como reuniões de equipe, e nisso apresentou-se muito em voga a importância de cuidado em saúde mental das equipes diante de todo o desgaste vivido na pandemia, além do afastamento dos momentos de trocas e socializações, inclusive da diminuição dos espaços coletivos de controle social, afetados pela crise sanitária desse contexto.

Ressalta-se a questão do planejamento comunicativo na AB, o que apareceu com falhas significativas no transcorrer dos encontros via modalidade on-line. Evidenciaram-se dificuldades de comunicação entre residentes e docentes nesse CCR, decorrentes das concepções teóricas e culturais, que também podem acontecer nos processos de trabalho. Afinal, quem produz o SCIII? Esse CCR mobilizou espaços fora dele para que se pudesse realizar e conduzir as atividades pela equipe de residentes em cada território, passando por discussões das doenças prevalentes na população, doenças crônicas, saúde do homem e saúde da mulher.

A partir das demandas do campo de cada ESF, o SCIII pretende movimentar reuniões com os gestores e preceptores das unidades, e trocas entre os residentes de diferentes núcleos profissionais. Emergiram os desafios teórico-práticos, as questões teóricas desconectadas da realidade e exercícios de comunicação entre residentes, tutorias e preceptorias, bem como com a gestão local, pois não existe gestão sem essa articulação coletiva para a construção de um projeto viável de ser aplicado no cotidiano.

Então, alguns questionamentos auxiliam o nosso pensar: por vezes, é fácil fugir do desafio da complexidade da gestão, evitar ou enfrentar os conflitos; por que a elaboração das propostas de clínica ampliada e Projetos Terapêuticos Singulares é tão difícil? Qual o nível dos conflitos? Será momento de se repensar e recuar, ou enfrentar as questões institucionais que atravessam o cotidiano do trabalho?

Ao longo do SCIII, os projetos construídos geralmente se modificam em relação aos projetos iniciais, porque talvez determinada equipe não esteja pronta para lidar com algumas demandas e pode expressar isso com a possibilidade de comunicação aberta, ou a proposta não possa ser longitudinal no território naquele momento, ou simplesmente não se conecte com os desejos da população envolvida. Por isso, o CCR desafia o fazer gestão na organização, na importância do reconhecimento dos processos grupais, no cuidado das pessoas envolvidas nesse exercício da atenção à saúde.

No SCIII, os residentes experimentam o gerenciamento de uma UBS, tendo que lidar com as diferentes concepções e resistências dentro e fora da equipe para implementar uma nova ação em saúde. Há uma rica reflexão e novas aprendizagens de processos de trabalho, gestão de pessoas, comunicação e gerenciamento. Por isso, o processo de avaliação não pode ser focado somente na construção de um projeto para ser aplicado na prática dos territórios, mas na implicação de cada residente na construção e no planejamento que ligam ações de Educação Permanente que realmente aprimorem as condições de saúde da comunidade, de inserção e estimulem as participações nos espaços de controle social no SUS.

Seminário de Campo IV: aprendendo a fazer a gestão de sistemas municipais de saúde a partir da metodologia baseada em Projetos

Os Seminários de Campo IV (SCIV) vêm sendo conduzidos ao longo desse processo por preceptoria e docentes do campo da Saúde Coletiva da UFFS e docente visitante do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, e oportunizam o aprofundamento sobre a gestão de sistema municipal de saúde, articulada com as experiências do SUS municipal. Nesse componente, procura-se aprofundar a gestão dos sistemas de saúde. A ênfase do SCIV é a elaboração de um projeto de implantação, expansão e/ou qualificação da AB, a partir da visita guiada em um município da região e coleta de informações no serviço de saúde como dispositivo de aprendizagem baseado na metodologia de elaboração de projetos.

Dentre as principais competências desenvolvidas estão a percepção das dificuldades no modelo de atenção à saúde e da constituição da rede de atenção; a construção de um projeto de intervenção comum em gestão municipal

por meio do diálogo e escuta; a problematização da prática como espaço para reflexão; protagonismo e construção do conhecimento; e o aprofundamento de metodologias de pesquisa em saúde, análise e sistematização de dados para a tomada de decisão na gestão do SUS.

Nesse cenário, espera-se que os residentes desenvolvam habilidades específicas como o desenvolvimento de atividades que contribuam para o enfrentamento de desafios do processo de gestão municipal do SUS, vivências no processo de construção da gestão em saúde de um município, o exercício do trabalho em equipe e a construção de saberes interdisciplinares. Além disso, algumas atitudes também devem ser observadas, dentre elas: a participação colaborativa, inclusiva e dialógica, auxiliando seus pares na realização das tarefas; desenvolver o exercício de liderança, coordenação, relatoria e sistematização de encontros, reuniões e discussões em grupos ou equipes; e aprimorar o compromisso ético-político da construção social do conhecimento no SUS e a relevância da devolutiva com os atores envolvidos na construção do projeto de gestão municipal.

O referencial pedagógico que sustenta o componente é a metodologia ativa de ensino, que promove uma aproximação crítica do residente com a realidade, a partir da Aprendizagem Baseada em Projetos (BENDER, W. N., 2014). Desse modo, os residentes são convidados a desenvolverem competências para a atuação na gestão de sistemas e serviços de saúde, a partir da problematização e avaliação do processo experienciado na prática.

Apoiado nesse referencial e na realidade identificada, o componente é tecido utilizando conteúdos de aprendizagem real que asseguram a elaboração do projeto. A equipe de docentes utiliza um instrumento orientador denominado de “trilha”, que vislumbra os principais elementos do sistema de saúde que devem ser elencados na visita ao município. Esse instrumento consolida alguns conceitos importantes, antes da visita, e permite a disposição dos elementos essenciais para a elaboração do projeto, e posterior análise dos indicadores pautados. Assim, permite melhor aproveitamento do tempo e das informações obtidas.

A trilha faz uma analogia ao caminho, a uma direção para a qual se quer chegar, e que para isso devemos construir caminhos. Nessa trajetória, é importante considerar o contexto do município, e o grupo de residentes deve articular quais serão os elementos necessários para abordar na visita, desejos e objetivos. Para essa

caminhada é necessário ir imbuído(a) de uma sensível escuta, observação, diálogo, protagonismo e autonomia do grupo, trabalho em equipe, negociação e a PNAB.

Para o melhor aproveitamento da visita é necessário levantar elementos fundamentais para potencializar o aprendizado acerca dos processos de gestão de AB, a saber: caracterização do município e histórico, informações sociais, demográficas e econômicas, ambientais e culturais. Diagnóstico sanitário e epidemiológico, Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), Estrutura e Organização dos Serviços de Saúde, população não coberta pela ESF, mapeamento do território, financiamento e avaliação dos serviços.

A seleção do município ocorre por meio da pactuação coletiva entre os residentes e os docentes responsáveis. O local deve ser conveniado com a UFFS e fazer parte da área de abrangência de atendimento da Instituição.

Utilizando a trilha e as informações colhidas na visita, os residentes iniciam a construção da proposta pedagógica, delineando uma narrativa crítica e propondo soluções para os problemas levantados. Para tanto, nesse momento que os residentes exercitam habilidades interdisciplinares, afinam a capacidade de diálogo por meio da articulação teórica e reflexiva para a resolução de problemas. Salienta-se que a elaboração desse projeto congrega todos os elementos teóricos estudados ao longo dos três componentes anteriores.

O processo pedagógico problematizador é estimulado pelos tutores/facilitadores nos encontros semanais, nos quais são discutidas as principais potencialidades e fragilidades para a construção do sistema local de saúde com base nas políticas públicas vigentes no SUS. Uma vasta bibliografia é disponibilizada e discutida com os residentes, para ampliar e fornecer subsídios teóricos que servirão de base para a análise do território visitado.

Para dar conta desse processo no qual os residentes constroem o conhecimento a partir do percurso proposto na trilha, é importante ressaltar o papel que os docentes cumprem de tutoria, acompanhamento como facilitadores do processo pedagógico e orientadores na busca de referenciais metodológicos, técnicos e de conteúdo para que os residentes se apropriem dos conhecimentos e indicadores já existentes e das ferramentas para a produção dos Projetos de Intervenção a serem ofertados aos municípios escolhidos para a realização dessa trilha. Nesse sentido, os residentes aprendem a construir as ferramentas para a

análise de situação de saúde, para a construção de critérios para prioridades de gestão e a elaboração de um projeto para a gestão municipal do SUS.

O processo avaliativo assentado na proposta pedagógica problematizadora volta-se para uma formação crítico-reflexiva dos residentes, tendo em vista o desenvolvimento de competência para a atuação em gestão, cuidado e gerência dos serviços de saúde, seguindo os pressupostos da APS, no contexto do SUS. Assim, dentro dos SCIV, são desenvolvidas diferentes atividades que se complementam: imersão/vivência na realidade de um município, construção do projeto e estudo de caso. A avaliação pode ocorrer de duas formas – individual e coletiva. No âmbito coletivo, os residentes levantam as percepções, diferenças e aproximações sobre os conteúdos, já a avaliação individual promove um espaço seguro para o residente manifestar as próprias dificuldades e ansiedades. Nesse contexto, a avaliação dos residentes ocorre ao longo de todo o processo da elaboração dessa proposta pedagógica.

A proposta de elaborar um projeto de intervenção para a gestão municipal permite uma avaliação do tutor sobre o residente, como também do próprio residente acerca dos conteúdos assimilados até o momento. O residente é instigado a questionar a realidade e o seu papel no âmbito da gestão municipal, produzindo ideias e propondo ações, com base nas experiências e conhecimentos adquiridos até o momento.

Após a elaboração do projeto, os residentes apresentam a proposta para a gestão municipal com os atores sociais do município. Normalmente, quem está à frente da gestão da Secretaria da Saúde do município são o prefeito e o Conselho de Saúde. Nessa devolutiva para o município, considera-se de extrema importância a participação da gestão para o debate construtivo das ações propostas, fomentando a análise crítica do conteúdo e a validade da execução do projeto.

Salienta-se que, ao final do ciclo da proposta pedagógica, os residentes são convocados a avaliar a metodologia da proposta pedagógica da Aprendizagem Baseada em Projetos, sugerindo adaptações para aprimorar ou validar a permanência dela. A construção coletiva de conhecimentos tem o intuito de fortalecer o desenvolvimento das habilidades, competência e atitudes apresentadas anteriormente.

A experiência de elaboração dos saberes relacionados à construção de ferramentas para os profissionais de saúde atuarem no SUS de forma qualificada e podendo ser ativadores de mudança nos processos de trabalho no cotidiano vem

se fortalecendo na Prática Profissional e nos CCRs de Seminários de Campo, ao longo dos dois anos da Residência Multiprofissional em Saúde. As vivências em processo gerencial da unidade de saúde em que o(a) residente está inserido(a), em parceria com o coordenador(a) de equipe e a equipe, no desenvolvimento de atividades que contribuam para enfrentar os desafios do processo gerencial de sua unidade de saúde, possibilitam aos residentes conhecerem as diretrizes do planejamento do município, as metas do planejamento da ESF, apropriarem-se de conceitos, dispositivos, ferramentas e tecnologias relevantes para o aprimoramento de processos gerenciais em Unidades de Atenção Primária do SUS, de gestão municipal de saúde e a capacidade reflexiva sobre o processo de trabalho e gestão da unidade de saúde em que o residente atua.

Nessa perspectiva, as orientações que referenciam esse tipo de abordagem estão relacionadas ao desenvolvimento de metodologias ativas de aprendizagem, às metodologias participativas de produção de conhecimentos, à gestão democrática e participativa dos processos, à capacidade protagonista e ativadora de mudanças na realidade e nas relações humanas, sociais e profissionais para a produção de mais cuidado à saúde e de vida das pessoas.

Considerações finais

O processo formativo baseado na identificação, análise e resolução de problemas a partir do cotidiano dos territórios, equipes, serviços e sistema de saúde, de forma coletiva, com a interação e a produção compartilhada de conhecimentos com a utilização de diversas ferramentas pedagógicas e de gestão, vem contribuindo na formação técnica, humana, política e relacional dos residentes. O aprofundamento de conhecimentos e a capacidade de análise crítica visando à atenção integral à saúde, à importância do trabalho em equipe e do núcleo nas relações de inter, multi e transdisciplinaridade na prática de trabalho da ESF são alguns dos aprendizados.

Destacam-se como desafios desse processo formativo a necessidade de desenvolvimento de ferramentas de trabalho didático-pedagógicas direcionadas para aprimorar a reflexão e problematização de questões internas observadas na prática profissional, melhorar as habilidades de comunicação e compreensão,

fortalecer o planejamento continuado, estimular um maior protagonismo dos residentes dentro dos serviços de saúde, interagindo de forma coletiva, colaborativa e respeitosa com os demais profissionais da equipe e atuando com domínio técnico e segurança no campo do planejamento e gestão em saúde.

Um olhar para as fragilidades pessoais é necessário, assim como para a produção da gestão além da assistência ou delegada na figura de um(a) gestor(a), evitando-se o deslocamento das responsabilidades do coletivo. Refletir sobre a gestão que tem sido praticada pela tutoria, preceptoria e residência permite reconhecer as dificuldades e as potências em produzir ações nos serviços de saúde e o quão complexo é esse trabalho.

Referências

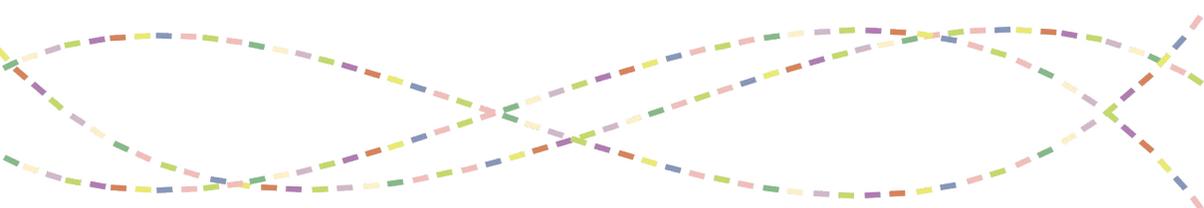
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão participativa e cogestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- BENDER, W. N. **Aprendizagem baseada em projetos**: educação diferenciada para o século XXI. Porto Alegre: Penso, 2014.
- CHAPADEIRO, C. A.; ANDRADE, H. Y. S. O.; ARAÚJO, M. R. N. **A família como foco da atenção primária à saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2011.
- HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências**. 2. ed. Brasília: MMA, 2006.
- MERHY, E. E. O SUS e um de seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde - um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo. In: FLEURY, S. **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 25-41.
- RAUPP, B. (org.). **Planejamento e gerência de unidades de atenção primária/básica do SUS**: referências conceituais, metodológicas e operacionais. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2008.



PRÁTICAS DE FORMAÇÃO INTERDISCIPLINAR COMPARTILHADAS: A EXPERIÊNCIA DOS SEMINÁRIOS INTEGRADOS

Vanderléia Laodete Pulga
Kelly Dandara da Silva Macedo
Marina Caravaggio
Vânia Maria Fighera Olivo
Samantha Pimentel de Oliveira Stieven

Introdução



A formação de profissionais de saúde comprometidos com a construção de sistemas públicos universais de atenção à saúde como o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos desafios atuais no cenário internacional marcado por embates entre as possibilidades de implantação de sistemas universais de atenção à saúde ou de ofertar a cobertura universal de serviços de saúde. No caso do Brasil, a luta pela Reforma Sanitária, protagonizada por movimentos sociais populares, profissionais da saúde e outros atores sociais e políticos, vem construindo o SUS permeado historicamente pelo paradoxo entre as necessidades de saúde da população – que aumentam a cada dia tanto em quantidade como em demandas das mais variadas e complexas – com os interesses mercantis e privatistas que atravessam os diversos caminhos nos serviços de saúde e no SUS.

A par desses processos, a transição demográfica, o aumento de casos de violência urbana, no trânsito, doméstica, de gênero e contra a mulher são fatores desafiadores do pensar a saúde da população. Também desafia os sistemas de saúde e os processos formativos a transição epidemiológica, que integra doenças crônicas com as infectocontagiosas (SOUZA *et al.*, 2019), o que foi agravado pela pandemia sindêmica de covid-19, a partir de 2020.

Uma sindemia não é apenas uma comorbidade. As sindemias são caracterizadas por interações biológicas e sociais entre condições e estados, interações que aumentam a suscetibilidade de uma pessoa a prejudicar ou piorar seus resultados de saúde (HORTON, 2020, p. 1).

Somados a esses desafios, as fragilidades históricas do subfinanciamento do SUS (FUNCIA, 2019), os impactos das medidas de redução de direitos trabalhistas, sociais e previdenciários sobre a saúde da população, assim como os impactos da covid-19 sobre as condições de vida e saúde apontam a necessidade de repensar os sistemas de saúde, as formas e modelagens tecnoassistenciais de cuidado à saúde, os espaços e mecanismos de participação popular e controle social e, necessariamente, os processos de trabalho, gestão, formação e de educação na saúde. Nesse panorama, o SUS é o sistema que cuida e prepara/forma/qualifica os profissionais da saúde. Nele, as Residências em Saúde são processos integrados nos serviços de saúde e vivem no cotidiano as potencialidades desse sistema, assim como suas contradições e desafios.

Entre os desafios, destaca-se a evidência de que não existe apenas uma precária interação profissional nas equipes de trabalho, mas também há uma ineficiente interação intersetorial e interinstitucional dos diferentes níveis de complexidade do sistema. Essa construção pela integralidade da atenção, nos vários níveis do sistema, pressupõe não fragmentar o caráter da formação, ou seja, não reproduzir modos de capacitação focados, segundo níveis de atenção vistos isoladamente. Com base nesses aspectos é que se encontram as justificas para a formação em Residência multiprofissional, pressupondo a articulação entre serviços e ações de saúde, e com outras políticas públicas, como forma de assegurar a construção de caminhos para a integralidade da assistência, com repercussão mais efetiva na saúde e qualidade de vida dos indivíduos.

No cotidiano dos serviços de saúde nos territórios em que estão inseridos há uma força motriz de construção de iniciativas criativas para dar conta dos desafios em tempos sindêmicos, e as Residências em Saúde vêm produzindo inovações interdisciplinares e interprofissionais, ativadoras de cuidado integral à saúde, de valorização do SUS enquanto política pública universal de atenção à saúde e de formação dos profissionais de todas as áreas da saúde.

Assim, este capítulo traz elementos que vêm sendo produzidos em encontros entre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) com outros Programas, em especial da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), a partir de Componentes Curriculares comuns denominados Seminários Integrados e outras iniciativas de interação.

Caminhos metodológicos trilhados na sistematização de experiências

Como percurso metodológico para esta reflexão sobre o vivido, optamos pela sistematização de experiências segundo a proposta desenhada por Jara (2012). De acordo com esse autor, a produção do conhecimento sobre o vivido deve se fazer com a participação ativa e direta dos sujeitos que o construíram, de modo a oportunizar o compartilhar de necessidades, anseios, valores e saberes (JARA, 2012).

Nessa perspectiva participativa e ancoradas em Oscar Jara (2012), que referencia essa proposta como uma abordagem crítico-reflexiva sobre o próprio fazer, em que os sujeitos envolvidos se constituem em protagonistas dos processos, e o fazer refletido e problematizado, colocado em diálogo com outros saberes, produz novos conhecimentos.

Neste estudo, seguimos os cinco passos estruturantes que nos propõe Jara (2012), ou seja, o ponto de partida, a formulação do plano de sistematização, a recuperação do processo vivido, as reflexões e os pontos de chegada.

Como ponto de partida, a necessidade de refletir sobre o vivido em espaços construídos nos Seminários Integrados do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da UFFS/PF e dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFSM. Para a formulação do processo de sistematização foram promovidos encontros virtuais nos quais se definiram os objetivos, a relevância e o percurso metodológico para a recuperação do vivido e produção das reflexões de fundo.

A recuperação do vivido, considerando a impossibilidade de encontros presenciais, fez-se de forma virtual com alguns residentes e docentes dos programas de residência, em que foram sendo compartilhados os caminhos trilhados e a recuperação dos momentos conjuntos, assim como registros desses percursos. Esses relatos de vivências de caráter qualitativo (MINAYO, 2001) foram sendo colocados em reflexão e análise em debate coletivo e se constituíram em três categorias de análise que passaram a compor este capítulo.

Assim, o primeiro momento, que contextualiza o Sistema Único de Saúde, as contradições, desafios e potencialidades e que perpassou encontros conjuntos entre os programas, assim como momentos específicos de cada um dos programas

de residência. Na sequência, os desafios da formação de profissionais da saúde, presentes no cotidiano das práticas de cuidado e no aprofundamento teórico. Após essas reflexões, segue o relato das vivências e produções dos Seminários Integrados como potência de formação interdisciplinar e interprofissional em saúde. Por fim, a reflexão sobre a construção de novas formas de presencialidade mediadas pela virtualidade, e as considerações finais.

Desafios à formação em Residência Multiprofissional

A reconfiguração do modelo de atenção em saúde que emerge com a criação do SUS traz a necessidade de promover mudanças nas estratégias pedagógicas e metodológicas de formação profissional, a fim de que essa venha aproximar-se de seus princípios estruturantes como a integralidade, a equidade e a universalidade, viabilizando estratégias pedagógicas orientadas por uma clínica ampliada e compartilhada. Nesse sentido, com a Constituição Federal de 1988, as instituições de ensino na área da saúde no Brasil são convocadas a romper suas bases teórico-metodológicas convencionais de formação, demarcadas pelo paradigma cartesiano e delineadas pelos pressupostos do trabalho industrial, assentados nas intenções tayloristas/fordistas. É essa diretriz, inculcada no trabalho e na formação em saúde, que histórica e rigidamente tem separado teoria e prática, ensino e serviço, gestão, planejamento e execução. Ou seja, prima pelo isolamento, pelo não compartilhamento do vivido, tão necessário quando se desafiam as novas formas de atenção à saúde ou de formação.

É próprio dessa tendência exaltar uma tipologia de atuação profissional submetida a desempenhos e comportamentos estereotipados, os quais exprimem compatibilidade com a visão unidisciplinar, uniprofissional, setorializada, entre outros elementos que sustentam a fragmentação dos modelos de atenção, gestão e formação, sendo inócuos no fomento da reconceitualização e redirecionamento de práticas de saúde fragmentadas, centradas na doença e na hospitalização.

Mesmo com os avanços nas grades curriculares, percebe-se que a formação na graduação ainda não consegue, em grande parte, acompanhar as transformações que ocorrem no sistema de saúde e, conseqüentemente, não contribuindo significativamente no sentido de agregar valor às mudanças necessárias que os

serviços demandam. Por outro lado, programas de residências em saúde têm conseguido avançar nesse sentido, visto que seu processo de formação ocorre essencialmente a partir da vivência em cenário de prática, a partir da problematização da realidade vivenciada. Tal processo tem agregado valor diferenciado, pois demanda a busca crescente de metodologias de aprendizagem participativas, ativas, mais compartilhadas e mais alinhadas à produção de significados vivenciados em situações cotidianas, fomentadas pela valorização de um processo contínuo e não pontual de aprender, capaz de integrar ações individuais e coletivas, considerando as diferenças e necessidades de cada educando e educanda.

Portanto, uma proposta de formação profissional, como a dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde em questão, busca a superação dessas premissas, pois abriga e operacionaliza estratégias pedagógicas que contribuem com a materialização dos princípios fundantes do SUS.

Dessa forma, reconhece-se que a base de sustentação da formação em residência, em especial a multiprofissional, que demanda ruptura aos padrões vigentes, está no aprender a conhecer, a fazer e a ser juntos, em parceria ensino-serviço-comunidade, propiciando espaços de aprendizagem que primam pela criação de alternativas estratégicas fomentadoras da interação entre o campo de gestão, de atenção, de controle social, de educação e de formação, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS. Partindo dessa desafiadora proposta de formação, a universidade é chamada a assumir um compromisso diferenciado com a sociedade, alinhando as necessidades do ensino às necessidades da comunidade, refletindo uma nova lógica de conexão com os serviços (BÜRON; SAUSEN, 2017).

Nesse processo de integração ensino-serviço-comunidade, as funções de preceptorias e tutorias, serviço e academia são desafiadas a complementarem-se, de modo a articular e interagir entre as vivências práticas com as orientações teóricas, de cunho crítico-reflexivo, fortalecendo estratégias como: práticas colaborativas interprofissionais; construção compartilhada de saberes; e difusão da informação e do conhecimento em saúde com trabalhadores(as), usuários(as) e comunidades. Tais movimentos contribuem para a integração de novos conhecimentos e tecnologias em direção à sustentação do SUS (CECCIM *et al.*, 2018).

Assim, identifica-se que a construção de um perfil diferenciado de formação dos profissionais residentes exige uma potente assessoria pedagógica

e política entre os atores envolvidos – residentes, tutores, preceptores, coordenadores de programas, gestores, usuários – capaz de transformar as práticas de atenção e de gestão, facilitando e promovendo, dessa forma, os processos de aprendizagem críticos e reflexivos mais integrados, como forma de intervenção e de transformação da realidade social que os permeiam (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Convém dizer ainda que, para viabilizar esse desafio na direção de uma formação ampliada e integrada – desde a criação dos Programas de Residência Multiprofissional na UFFS/PF e na UFSM –, tem se constituído quase um caráter utópico ao construir e desconstruir cotidianamente estratégias de intervenções orientadas pela necessidade de edificar produções em torno de significados vividos. Esses são demandados pelo teor de processos altamente interativos e compartilhados envolvendo ensino-serviço-comunidade, encontros de aprofundamento teórico transversais, tutorias e preceptorias de campo e núcleo, reuniões periódicas, seminários integrados, seminários de campo e discussões em diferentes fóruns públicos, ou processos individuais como construção de portfólios, diários e outras modalidades de organização da produção de conhecimento.

Cabe também destacar, a partir dessa trajetória vivida nessas instituições de ensino, que instituir Programas de Residência Multiprofissional orientados por essas propostas desafiadoras que envolvem e demandam o compartilhamento dos saberes e das práticas não poderia construir-se a partir de bases pedagógicas convencionais verticalizadas. Era e continua sendo necessário emergir num processo de corresponsabilização horizontalizado, com internalização de novas ideias, conceitos e valores, assim como de novas metodologias ativas de trabalho-formação.

Portanto, o desafio maior está em romper e superar as formas de ensino-aprendizagem marcadas por atuação isolada, setorializada, fragmentada, sem contemplar as reais necessidades do sistema como um todo. É relevante inferir, a partir das experiências vivenciadas, que é possível, desafiador e urgente instituir propostas pedagógicas que mobilizam a necessidade de produzir novos sentidos e significados e, com isso, novos conhecimentos e tecnologias alinhadas aos princípios do SUS. Por isso, a relevância do compartilhamento de vivências entre programas de diferentes instituições, pois mobiliza possibilidades políticas, acadêmicas e técnico-científicas, essenciais nesse processo de transformação contra-hegemônico.

Provocações, desafios, instabilidades e preocupações fazem parte do cotidiano quando se trabalha com mudança e quando se oportuniza crescimento, envolvimento, dinamismo e vida a todos os atores envolvidos nas inúmeras discussões e nos diferentes processos pedagógicos e metodológicos em transição. Mas o que verdadeiramente percebe-se nesta obra coletiva – com autores e autoras de diversas instituições e contextos de ensino e serviço – é que as reflexões aqui elencadas apresentam-se cheias de alegria, de esperança e capazes de provocar a identificação de limites e avanços de suas práticas metodológicas, tão necessárias às discussões em torno da corresponsabilidade das universidades sobre o modo de conduzir os processos de formação para a sustentação do SUS, considerando a luta histórica da Reforma Sanitária no Brasil.

Seminários integrados: uma metodologia ativa e potente à formação compartilhada

Conforme abordado anteriormente, a necessidade de fortalecer e/ou de construir práticas de cuidado permeadas pela integralidade, equidade, universalidade e participação das pessoas, respeitando suas necessidades, singularidades e promovendo sua autonomia requer novos processos pedagógicos de gestão, de organização do trabalho, de participação social, de formação e de Educação Permanente dos profissionais capazes de dar conta desses desafios.

Assim, dentre esses desafios está a necessidade de transformação da formação, incluindo, entre outros elementos constitutivos, as metodologias utilizadas no ensino-aprendizagem. As abordagens participativas, de produção compartilhada de saberes e práticas, de interação entre diferentes saberes e mais articuladas à produção de significados vivenciados em situações cotidianas, fomentadas pela valorização de um processo contínuo de aprender, de construir integrando a dimensão; as capacidades e responsabilidades individuais às modalidades coletivas, considerando que as diferenças e necessidades de cada educando e educanda são potências metodológicas fundamentais para a articulação entre campo e núcleo, próprias da pedagogia do aprender na saúde.

A vivência da utilização de metodologias ativas e participativas na Residência Multiprofissional em Saúde, seja em rodas de avaliação, de planejamento, de discussões teóricas ou de seminários ampliados, foco desta reflexão, permite

afirmar que o contar sobre as experiências cotidianas e o ouvir sobre elas permite refletir e ressignificar o vivido, e identificar novos significados individuais e coletivos, possibilitando a criação de práticas e tecnologias inovadoras, um outro saber, recriado a partir da coletividade e do encontro com o(a) outro(a).

Tendo em vista que tais experiências só se dão na prática, na vivência diária, fazem-se necessários na formação no/com/para o SUS espaços que privilegiem tais encontros. Assim, apresentam-se necessárias múltiplas metodologias que permitam aos residentes refletirem sobre suas ações profissionais de maneira crítico-reflexiva, podendo, assim, pensar em outras estratégias e uma nova prática, mais adequada à realidade e à promoção da equidade, de trabalho colaborativo e em equipe, de configurações interdisciplinar e interprofissional.

Ancoradas na perspectiva de Paulo Freire (1996), em que educar é tornar os sujeitos mais humanos, e humanizar seria situar os processos e práticas educativas no âmago, nos anseios e nas lutas dos setores populares, incorporando os princípios da dignidade, da emancipação e da justiça. Se a busca pela humanização pertence ao processo, a desumanização faz parte dele. Educação é o processo de resgate da humanidade roubada por fatores como a fome e o desemprego, as condições desumanas e injustas que os setores populares enfrentam.

É importante ressaltar que as residências têm em sua proposta não somente o fortalecimento da formação dos profissionais residentes, mas também dos profissionais que são do serviço. Ao privilegiar o serviço como um ambiente de aprendizagem, há uma valorização da dimensão educadora dos profissionais orgânicos, assim como um reconhecimento desse ambiente, seu território, serviços, equipes e seus atores sociais como um espaço de aprendizagem.

Uma aposta metodológica importante tem sido a de residentes pensarem e prepararem espaços teórico e teórico-práticos, possibilitando que esses atores, em conjunto com seus tutores, preceptores e docentes dos componentes curriculares, preparem encontros formativos de acordo com o que lhes é mais significativo, o que permite ao residente um maior comprometimento com a sua formação e com a dos demais colegas.

A Educação Popular em Saúde traz um repertório imenso de possibilidades metodológicas participativas para ativar esses processos. Assim:

A metodologia participativa é aquela que permite a atuação efetiva dos participantes no processo educativo, valorizando os conhecimentos e experiências dos participantes, envolvendo-os na discussão, identificação e busca de soluções para problemas que emergem de suas vidas. É uma forma de trabalho pedagógico baseado no prazer, na vivência e na participação ativa em situações reais ou imaginárias provoca a reflexão e faz os participantes construir sentidos às situações concretas da vida (PULGA, 2014, p. 129).

São muitas as possibilidades existentes e as inventadas à medida que as pessoas se colocam como protagonistas dos processos. Cabe destacar que o fundamental são as bases orientadoras desses processos, como a compreensão integral do ser humano, o diálogo, a problematização/reflexão, a construção compartilhada, o acolhimento, o vínculo, a construção da autonomia dos sujeitos envolvidos no processo de formação que se desenvolvem como ser atuante, ético, criativo, amável e protagonista de si e da sua ação na sociedade; a capacidade de interagir e transformar as relações e as realidades para a produção de mais vida, saúde, dignidade e democracia.

Nessa perspectiva, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com os programas de Residência Médica em Saúde da Família e Comunidade e em Psiquiatria da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Passo Fundo (UFFS/PF), vinham, até a pandemia de covid-19, experienciando momentos conjuntos entre esses três Programas uma vez ao mês, a partir do dispositivo de discussão de casos clínicos reais vinculados ao cotidiano das práticas do SUS.

Também essa interação vinha ocorrendo entre os seis Programas de Residência Multiprofissional da UFSM/RS, quando, por meio dos encontros periódicos, via Seminários Ampliados, eram socializadas e discutidas vivências longitudinais inovadoras em torno da Gestão de Clínica Ampliada e Compartilhada (GCAC), como desenvolvimento de Planos Terapêuticos Singulares (PTS), iniciativas de Apoio Matricial e Institucional (AMI) e construção de Linhas de Cuidado (LC).

Esses momentos, conduzidos por residentes com a participação de seus coordenadores(as), de preceptores(as) e de pessoas convidadas para o aprofundamento teórico, técnico e/ou metodológico, foram fundamentais para a construção do protagonismo, da autonomia e da lógica interprofissional,

interdisciplinar e intersetorial na formação. Para esses encontros havia um processo de decisão coletiva sobre as temáticas relacionadas aos casos clínicos, casos complexos de cuidado em saúde e/ou de situações de saúde. A depender da temática ou do tipo de caso a ser debatido e aprofundado, também tinha a escolha metodológica de abordagem reflexiva de estudos de casos clínicos, de casos complexos na Atenção Básica em Saúde, Atenção especializada e os diálogos com a Saúde Mental, dentre outros.

No caso da UFFS/PF, além dessas vivências conjuntas entre Residência Médica e Multiprofissional, também ocorriam momentos de reflexão temática com cursos de mestrado profissional ou com estudantes de graduação e/ou com convidados de outros Programas de Residência Multiprofissional e da Universidade de Bolonha, Itália, com intercâmbio voluntário de estudantes e médicos recém-formados italianos vivenciando a realidade aqui com residentes e graduandos de medicina.

Assim, é possível inferir que esses Seminários Integrados são potentes espaços de encontro, diálogo, interação e produção compartilhada de saberes, práticas e conhecimentos com vistas à integralidade, equidade e universalidade, como também à implementação dos atributos de construção de redes integradas de atenção e de gestão em saúde.

Outrossim, também permitem aos demais atores que compõem a construção desses espaços analisar e refletir sobre suas ações, sejam elas constitutivas de suas práticas e/ou de ensinar, através do que o residente traz de significativo em sua formação para esse momento de construção compartilhada; uma vez que nesses espaços os residentes propõem aquilo que mais teve significado, ou ainda, aquilo que mais percebem como uma fragilidade necessitando de fortalecimento.

Com a pandemia causada pelo novo coronavírus, em março de 2020, tivemos que recriar outros modos de nos integrarmos, e a possibilidade de encontros remotos facilitou que acontecessem de forma ampliada. Além desses espaços, nos Seminários Integrados também se viabilizou a interação com outros Programas de Residência Multiprofissional em Saúde: com os Grupos Hospitalar Conceição, de Mossoró/RN, da UFSM e nos Diálogos Interprofissionais promovidos pela Rede Unida, em especial, que durante o período da pandemia potencializou-se pela modalidade telepresencial. Dessa forma, esses, que antes eram, em sua maior

parte, encontros entre residentes da mesma instituição ou cidade, tornaram-se encontros de aprendizagem interinstitucional e intermunicipal, ampliando a participação e nossa potência de ser, estar, pensar, recriar e agir.

O compartilhamento tem sido um eixo transversal das metodologias utilizadas na residência; isso porque, como estratégia metodológica, possibilita uma série de contribuições para a formação, como o exercício da interdisciplinaridade a partir da socialização dos saberes que transversalizam o cuidado e a interprofissionalidade a partir do compartilhamento das práticas de cuidado.

Ressalta-se que tais estratégias, de sensibilizar residentes a pensarem e proporem esses espaços, bem como de compartilhar suas vivências, sinalizam que esse também é um espaço aberto para a dimensão afetiva da formação, do profissional e do ser residente, uma vez que esses, além de serem espaços de valorização da prática, também estão abertos para a partilha e para uma escuta que vai além do relato, que é do campo do fazer e do sentir.

Promover espaços ampliados de partilha é abrir-se ao novo, uma vez que, a partir desse espaço, deparamo-nos com novas ideias, experimentamos aproximações e articulações com novos dispositivos e até mesmo temos a oportunidade de conhecer outros pontos da rede de serviço; assim como conhecer as possibilidades e os limites dos nossos fazeres de núcleo e de campo.

Também é importante dizer que, ao compartilhar experiências, temos a oportunidade de revivê-las por meio da sua sistematização. O processo de sistematizar, bem como o de contar sobre as experiências e o de ouvir sobre elas nos permite refletir e ressignificar o vivido, e identificar novos significados individuais e coletivos, possibilitando a criação de práticas e tecnologias inovadoras, um outro saber, recriado a partir da coletividade e do encontro com outro.

A construção de novas formas de presencialidade mediadas pela virtualidade

A pandemia do novo coronavírus chegou ao Brasil em março de 2020 e instaurou a necessidade de reorganização nas mais distintas áreas em prol do distanciamento social e proteção coletiva. Essa reestruturação trouxe uma série de reajustes importantes sob a intenção de oferecer a mesma qualidade na execução de processos, tais quais no ensino e, no que diz respeito a este diálogo, no campo

teórico da formação da pós-graduação *lato sensu* do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

Mediante a impossibilidade de manter o formato convencional dos Seminários Integrados, isto é, encontros presenciais no *campus* universitário, é necessário que, para a manutenção dos espaços de encontro e troca, haja reinvenção. A ferramenta utilizada majoritariamente como mediadora de encontros em diferentes contextos durante a pandemia passou a ser a tecnologia digital, mais especificamente o uso de recursos de áudio e vídeo em tempo real para grupos de pessoas, no formato de reuniões on-line, disponibilizadas por diversas plataformas. Da mesma maneira, essa tecnologia adentra a dinâmica do espaço acadêmico, tornando-se a principal ferramenta de uso para a realização das aulas do Programa e, portanto, dos encontros provenientes dos Seminários Integrados.

A tecnologia digital há muito porta de característica ambígua quanto ao encontro entre sujeitos: ao mesmo tempo que dialoga com a aproximação de um mundo virtual e de afetos que envolvem telas de dispositivos digitais – avizinhandose de ideias que versam com o *isolamento*, propõe a possibilidade de contato instantâneo, apesar de absoluta distância e inviabilidade de tempo, ocasionando a troca entre contextos que possivelmente enfrentariam desafios para tanto quando sob outra lógica, gerando, assim, um paradoxo que convida à reflexão quanto à *presencialidade*.

A lógica de organização de um programa de residência em saúde implica na atuação dos profissionais residentes em seus respectivos cenários de campo na realização de cargas horárias práticas e teórico-práticas. Na atenção à saúde durante a covid-19, esses profissionais desempenharam papel fundamental no enfrentamento ao vírus e cuidado à população, permanecendo em atuação com as equipes. Dessa forma, o residente, embora afastado das salas de aula, permaneceu e permanece sob a dinâmica da aprendizagem no contato direto com a experiência de um território vivo, seja enquanto equipe inserida, seja ao lado da população adscrita.

Enquanto formação em saúde, há que se analisar as implicações de um ensino marcado pela ausência de contato físico. É imprescindível reconhecer a impossibilidade de substituir a experiência presencial: enquanto fazer pautado pelo cuidado, no qual se investe para cada vez mais a exploração no trato de tecnologias leves – versando com o afeto, o diálogo, o tato, *o encontro*, é de grande

labor propor que essas ferramentas permaneçam sob a mesma sensibilidade quando a própria metodologia didática se dá, efetivamente, por intermédio de um dispositivo não humano.

Kastrup (2012) propõe os verbetes Atualizar e Virtualizar a fim de discuti-los não enquanto ideias antagônicas, mas como movimentos inversos e complementares. Com esses conceitos – propostos anos antes de uma radical reorganização social advinda de uma pandemia com a consequente difusão de meios digitais enquanto tecnologia de ensino em espaços unicamente presenciais – não se propôs a discutir, necessariamente, a *virtualização* advinda de dispositivos eletrônicos, senão a existência que se produz enquanto um elemento do *real* que é passível de ser atualizado à medida que os processos ocorrem de determinada maneira, criando, assim, condições para que essa *atualização* aconteça.

Assim, embora não se refira efetivamente à virtualidade digital, essa ação ocorre em um equivalente paralelo: recursos digitais funcionando como potenciais atualizadores de outras presencialidades durante um contexto pandêmico, tornando-se uma construção possível diante da necessidade de se fazer distanciamento.

Alinhados a essa proposta de criação de presencialidade que encontros on-line entre diferentes atores e realidades sociais têm assumido um significado no processo de formação, como essa troca entre programas de residência, residentes atuantes e demais corpos docentes de diferentes instituições, conforme relatada na subseção anterior. Refletir sobre tal vivência permite inferir que o encontro on-line torna-se um dispositivo de uso viável, a fim de oferecer novas possibilidades de compartilhamento de vivências, potencializando a prática das residências por processos de reflexão a partir de espaços interinstitucionais. Ou seja, possibilita mediar trocas intensivas que guardam a riqueza de experiências construídas em um momento no qual coletivos diversos criam estratégias importantes na atenção à saúde diante da calamidade e não possuem formas outras de compartilhá-las.

Com isso, é possível inferir que o manejo de recursos digitais garante uma presencialidade singular que ocorre por outras vias, sob outros recursos: não substituindo a experiência real, mas construindo outras possibilidades. Fazendo, dessa forma, com que a construção de experiências no *real do virtual* seja possível, na medida em que potencializa encontros.

Figura 1. Momento de Seminário Integrado entre os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da UFFS e da UFSM.



Fonte: Acervo das autoras.

Considerações finais

A reflexão sobre o vivido em processos de formação, utilizando como ferramenta metodológica os Seminários Integrados on-line entre programas de Residência Multiprofissional de diferentes instituições de ensino, evidenciou a potência da utilização desses espaços compartilhados, não apenas em termos de método, mas, acima de tudo, pela importância da produção de sentidos no coletivo, na interação.

O compartilhamento dessas experiências desafiadoras ao processo de formação-atenção-gestão, vivenciadas pelos respectivos Programas, constitui-se como um importante espaço de aprendizagem, pois possibilita valorizar essas vivências, que se caracterizam como únicas, por serem vivenciadas por sujeitos singulares, em localidades singulares. Possibilita que os residentes possam compartilhar aquilo que mais teve significados, seja pela complexidade e pelos desafios encontrados, seja pelos resultados mediados pelos encontros entre profissionais-usuários-equipe – como por articulações, entrega ou integração de atores heterogêneos que têm como objetivo o cuidado integral à saúde e à vida.

Compartilhar essas vivências, tanto nessa perspectiva do intra quanto do interinstitucional, vem contribuindo para a diversidade de olhares para novos territórios que outrora ficava restrita aos encontros presenciais e com os residentes das mesmas instituições. Viabiliza a partilha das narrativas vividas pelos residentes considerando suas formas singulares de comunicar e de (re)construir significados

na trajetória da formação. A ampliação dessas experiências tem possibilitado apostas em outras formas de ver e fazer, de transformar a realidade a partir da construção de relações e de processos mediados pelo diálogo, pelos encontros, pela partilha e problematização da realidade.

Precisamos continuar criando e experimentando novas metodologias e tecnologias de integração ensino-serviço-comunidade que impactem, efetivamente, nos padrões de formação profissional e de oferta de serviços ao sistema público de saúde. Esses processos devem ser fomentados não apenas por uma significativa interação interdisciplinar, interprofissional, interinstitucional e intersetorial, mas, sobretudo, por um forte senso ético de comprometimento social com nossos usuários do SUS.

Por fim, trazemos Galeano, que nos desafia ao cuidado com a vida em tempos sombrios:

Que nossas almas sigam irmanadas na utopia de um mundo cuja maior loucura seja a dignidade de todos os homens. Cuja alegria de uns não esteja alicerçada na desgraça de inúmeros outros. Cuja esperança sobreviva ao caos. Onde o pão nosso de cada dia esteja à mesa recheado de sonhos e poesia (RIBEIRO, 2015).

Referências

- AFONSO, D. H.; SILVEIRA, L. M. C. Os desafios na formação de futuros preceptores no contexto de reorientação da educação médica. *Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto*, v. 11, supl. 1, p. 82-86, 2012. Disponível em: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=313. Acesso em: 01 out. 2021.
- BÜRON, R. M.; SAUSEN, J. O. O papel da universidade na formação profissional na área da saúde: the role of universities in professional training in health. *Revista Espacios*, v. 38, n. 30, p. 32, 2017. Disponível em: <http://www.revistaespacios.com/a17v38n30/17383032.html>. Acesso em: 02 out. 2021.
- CECCIM, R. C.; MENESES, L. B. A.; SOARES, V. L.; PEREIRA, A. J.; MENESES, J. R.; ROCHA, R. C. S.; ALVARENGA, J. P. O. (org.). **Formação de Formadores para Residências em Saúde: corpo docente-assistencial em experiência viva** [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede Unida, 2018. 212 p. (Vivências em Educação). Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/formacao-de-Formadores-para-Residencias-em-Saude>. Acesso em: 01 out. 2021.
- FREIRE, P. **Reflexão crítica sobre as virtudes da educadora ou do educador**. Buenos Aires: [s.n.], 1966.
- FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.



FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FUNCIA, F. R. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4405-4414, 2019. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/subfinanciamento-e-orcamento-federal-do-sus-referencias-preliminares-para-a-alocacao-adicional-de-recursos/17339?id=17339>. Acesso em: 02 out. 2021.

HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **Lancet**, v. 396, p. 874, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext). Acesso em: 02 out. 2021.

JARA, O. **A Sistematização de experiências**: prática e teoria para outros mundos possíveis. Tradução: Luciana Grafée e Sílvia Pinevro; Colaboração Elza Maria Fonseca Falkembach. Brasília: CONTAG, 2012.

KASTRUP, V. Virtualizar/Atualizar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (org.) **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

OLIVEIRA, M. S. **Preceptorial no SUS**: caderno do curso 2017. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2017. 70 p. (Projetos de Apoio ao SUS). Disponível em: <https://docplayer.com.br/61671537-Projetos-de-apoio-ao-sus-preceptorial-no-sus-caderno-do-curso-2017.html>. Acesso em: 02 out. 2021.

PULGA, V. L. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p. 129.

RIBEIRO, N. R. Morre Eduardo Galeano: eternize-se o direito ao delírio. **CONTIoutra**, 2015. Disponível em: <http://www.contioutra.com/morre-eduardo-galeano-eterniza-se-o-direito-ao-delirio/>. Acesso em: 1 jan. 2017.

SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F.; BAHIA, L.; GUIMARÃES, R.; ALMEIDA-FILHO, N.; MACHADO, C. V.; CAMPOS, G. W.; SILVA, G. A. Os desafios atuais da luta pelo direito universal à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 8, p. 2783-2792, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/HXCBkzpnQ7LbLKWqvXd3bGt/?lang=pt>. Acesso em: 02 out. 2021.

TRABALHOS DE CONCLUSÃO NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: INTERLOCUÇÃO CIENTÍFICA NO CONTEXTO DA ATENÇÃO BÁSICA

Shana Ginar da Silva
Fabiana Schneider
Renata dos Santos Rabello
Alessandra Suptitz Carneiro
Vanderléia Laodete Pulga

Apresentação

As Residências em Área Multiprofissional de Saúde (RMS), instituídas pela Portaria Interministerial n.º 2.117, do Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC) (BRASIL, 2005), constituem-se como uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada às profissões relacionadas ao trabalho no campo da saúde e caracterizada pela formação em serviço. A partir de cooperações intersetoriais, da formação de trabalhadores alinhados aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e de um método educativo desenvolvido no âmbito do trabalho, os Programas de RMS visam possibilitar mudanças nas relações, nos processos e nas respostas às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006; SILVA; NATAL, 2019).

Diversos são os desafios para a consolidação do SUS, dentre os quais está a distribuição geográfica de profissionais e serviços (MACIEL FILHO; BRANCO, 2008). Nesse contexto, a interiorização dos Programas de Residência, além das ações de reorientação da Atenção Básica, alinha-se aos objetivos que visam ao aprimoramento e à fixação de trabalhadores do SUS nos municípios do interior, especialmente naqueles que apresentam maior fragilidade para fortalecer a rede de ações e serviços de saúde pela ausência de trabalhadores com formação específica para tal fim e que estejam dispostos a permanecer nesses territórios (BRASIL, [20--]).

Desde 2013, inserido nesse processo, um Programa de Residência Integrada em Saúde na modalidade Multiprofissional com ênfase na Saúde da Família e Comunidade vinha sendo desenvolvido pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC), de forma descentralizada, no município de Marau, Rio Grande do Sul. A partir do ano de 2016, numa construção e transição coletiva, a Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Passo Fundo (UFFS/PF), assumiu a gestão do Programa, o qual tem como cenários de prática duas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF): São José Operário e Santa Rita.

Em dezembro de 2014, a Câmara de Pesquisa e Pós-Graduação (CPPG) do Conselho Universitário (CONSUNI) da UFFS aprovou a resolução que regulamenta a institucionalização da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da UFFS no *campus* de Passo Fundo. Diante das especificidades locorregionais e da necessidade de especializar profissionais das diferentes áreas relacionadas à saúde com a finalidade de atuar em equipe de forma interprofissional na Atenção Básica, na gestão e nas diversas esferas do SUS, foi criado o Programa de Residência Multiprofissional com ênfase na Atenção Básica da UFFS (PRMAB-UFFS). A criação do Programa se deu na perspectiva de fornecer elementos para o desenvolvimento de pesquisas, aprimorando a capacidade de análise e de proposição de ações que tenham o objetivo de concretizar os princípios e as diretrizes do SUS no município de Marau e na Região do Planalto Médio do Rio Grande do Sul (BRASIL, [20--]).

O itinerário formativo do Programa se distribui em atividades práticas, teórico-práticas, atividades teóricas e de orientação à pesquisa. No eixo transversal do Programa destacam-se os componentes curriculares (CCR) de Pesquisa em Saúde, Projeto de Pesquisa-Intervenção e Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), cursados ao longo dos dois anos do Programa e desenvolvidos a partir das necessidades de pesquisa em saúde identificadas no cotidiano do SUS.

Partindo-se dessa perspectiva, o objetivo deste capítulo é apresentar a proposta pedagógica de produção do TCR no PRMAB-UFFS, assim como compartilhar a perspectiva de aproximação do método científico no cotidiano dos serviços de saúde em uma proposta que esteja em diálogo com as necessidades de saúde da população, de modo a compreender o território para além da dimensão geográfica. Apresentam-se também as temáticas originadas nesse percurso e a narrativa da experiência sob o olhar do profissional residente.

A pesquisa em saúde como dispositivo de aprendizagem, intervenção e ativação de mudanças no cotidiano do SUS

Os processos de investigação, de pesquisa e produção de conhecimento a partir do cotidiano das práticas de saúde, dos territórios e da vida das pessoas vêm se constituindo como um desafio permanente. Novas abordagens precisam ser integradas na formação em serviço – diante das demandas colocadas pela complexidade presente nos contextos da vida e da saúde das populações – para realizar processos de cuidado na perspectiva da integralidade, da equidade, da universalidade e da participação social.

Os territórios, com suas complexidades, apontam a necessidade de produção de cuidado integral à saúde e à vida das pessoas em meio às desigualdades econômicas, sociais, culturais, de gênero e étnico-raciais, no sentido de construir possibilidades de enfrentamento dessas condições que incidem como parte da determinação social dos processos e fenômenos de saúde e adoecimento da população.

A partir disso, os paradigmas filosóficos e científicos que historicamente orientaram as pesquisas e a produção de conhecimento vêm demonstrando a necessidade de integrar abordagens capazes de dar conta da complexidade colocada, assim como apontado por Paulon e Romagnoli (2010) quando falam que é preciso tratar da complexidade da realidade para, de fato, tentar abarcar a vida, o cotidiano, contribuindo não só para estimular a produção acadêmica, mas, sobretudo, promover práticas reais que se amparem em uma ciência a fim de ampliar as possibilidades de vida.

Os territórios onde os serviços de saúde estão inseridos são “territórios vivos”, complexos, multifacetados, em que as potencialidades e as contradições globais da sociedade e dos modelos de desenvolvimento e suas implicações sobre a saúde da população se expressam na produção de saúde-adoecimento e mortes da população que ali vive. Entretanto, também se configuram como potentes espaços nos quais os atores sociais podem se constituir como protagonistas de produção do viver e das capacidades coletivas e/ou individuais de superação no que se refere à vida e à saúde, assim como a construção de alternativas de desenvolvimento solidário e sustentável e também de incidência política na implementação de políticas públicas universais e promotoras da firmação de direitos, de igualdade

com equidade e respeito às singularidades humanas de gênero, raça/etnia, geração, orientação sexual e suas especificidades sociais, culturais e ancestrais.

Nesse sentido, os atores sociais têm a potencialidade de produzir processos de cuidado à saúde e à vida das pessoas nesses territórios. Os serviços de saúde, em especial os das equipes da ESF, podem ativar e desenvolver um conjunto de estratégias específicas e intersetoriais para a produção do cuidado integral à saúde com a participação popular, a interação, o diálogo de saberes e a construção de conhecimentos que emergem nesses processos cotidianos de cuidar da saúde e da vida.

Nessa perspectiva crítico-reflexiva acerca da produção de conhecimento, da potência que emerge no cotidiano e implicada com a transformação da realidade e das relações humanas, sociais, culturais e ambientais, várias são as possibilidades que vêm sendo construídas e trazem abordagens e concepções que contribuem para refletir sobre a realidade e sua complexidade com vários autores e contribuições em diversas áreas do conhecimento científico. Esse Programa tem buscado possibilidades de produção do conhecimento com as equipes e os atores sociais nos territórios a partir das suas necessidades, construindo formas de intervenção e/ou interação como ativadores de mudança nos processos nos quais está inserido.

Aprender a cuidar das pessoas no cotidiano dos serviços e, ao mesmo tempo, colocar a prática do cuidado em reflexão é um meio de aprendizagem e produção de conhecimento. Os elementos dessa realidade caracterizam as RMS como ativadoras de mudanças, uma vez que as RMS deixam de trilhar o caminho de uma lógica reprodutora que visa apenas à assistência para trilhar o caminho de uma lógica integral do cuidado à saúde e à vida, por meio do diálogo e da interação com os diferentes sujeitos que fazem o cuidado e com os próprios usuários, de forma individual e coletiva.

Assim, as RMS são uma modalidade de processo de ensino-aprendizagem que implica relações de cuidado e tratamento, que requer: o desenvolvimento, conforme aponta Ceccim (2013), de capacidade de escuta, reconhecimento atento, deslocamento e transferência de afetos; exige trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares; atualização em permanente incorporação de tecnologias; capacidade de situar-se em uma política pública submetida normativamente à participação popular; e envolver muitos conhecimentos e práticas fortemente regulamentadas. Segundo Ceccim (2013):

A pesquisa poderia, então, instaurar um exercício de acoplamento das teorias (saberes formais) e memórias (saberes da experiência) locais e, ainda, um exercício de acoplamento das perguntas de pesquisa e questões de si, dos encontros e de mundo (um processo de formação: educativo, de subjetivação e de composição de saberes). É necessário inserir na razão científica em saúde uma visão ampliada dos campos de saber científico e tecnológico aplicados e o respeito à pluralidade metodológica, possibilitando a utilização de diferentes abordagens de pesquisa, incluindo as de natureza qualitativa e de ciências humanas, além de componentes participativos, onde pesquisador(es) e pesquisado(s) compõem estratégias participantes e parceiros que, leitores e estudiosos ou não, apropriam-se do conhecimento de maneira 'construtiva' (sociointeracionista) (CECCIM, 2013, p. 3).

Assim, busca-se, no Programa de Residência, contribuir para que os profissionais de saúde possam ser capazes de acolher, produzir processos de cuidado integral, de gestão participativa, de pesquisa como parte do cotidiano do trabalho em saúde e de ativação de mudanças na melhoria das condições de vida e saúde da população.

Nesse sentido, são estimulados a reconhecer os processos sociais, de subjetivação, de diálogo de saberes que colocam o compromisso ético-político com a vida, a implicação com os usuários, grupos, comunidades, equipes e territórios junto ao SUS. Assim, nesse Programa de Residência há uma importante convocação à Pesquisa vinculada ao cotidiano do SUS na Atenção Básica e as escolhas se dão a partir das demandas que se apresentam nos territórios de inserção dos residentes com a preceptoria e as equipes de saúde e o aprofundamento sobre a pesquisa em saúde, os referenciais metodológicos, os tipos de pesquisa e as orientações para a sua elaboração e implementação, mantendo o compromisso de possibilitar a interação ou intervenção em consonância com a realidade e os atores sociais que fazem o SUS acontecer.

Dinâmica de produção dos Trabalhos de Conclusão no Programa de Residência Multiprofissional da UFFS

A dinâmica de produção do TCR se dá em quatro estágios, iniciando-se no primeiro semestre da Residência, com a elaboração do diagnóstico situacional. O trabalho se desenvolve no eixo transversal do Programa durante o CCR de

Pesquisa em Saúde, Projeto de Pesquisa-Intervenção e Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) I, a partir do contexto da prática profissional e da integração com outros componentes curriculares, como os Seminários de Campo I e os Seminários Integrados I.

Com essa proposta pedagógica, busca-se facilitar aos residentes a apropriação de conceitos, abordagens, metodologias e ferramentas para a elaboração e construção do diagnóstico territorial, compreendendo o território como um campo vivo e dinâmico inserido na complexidade dos processos de saúde. Ainda nesse momento, busca-se possibilitar a identificação das principais fases do diagnóstico, as fontes de dados que geram informações e subsidiam o planejamento das ações no território e a reflexão sobre a rede de saúde e os processos de trabalho nas unidades. Tem-se como objetivo central a produção de um diagnóstico pautado nas prioridades da população adstrita, reconhecendo desafios e potencialidades de cada realidade e, por fim, utilizando a territorialização como instrumento para a análise situacional e para o planejamento das ações em saúde, de modo a ter elementos para a formulação do problema e do projeto pesquisa-intervenção.

O trabalho desenvolvido nesse espaço origina o primeiro capítulo da construção do TCR, com o território sendo, segundo Minayo (2007), um lugar de entendimento do processo de adoecimento em que as representações sociais do processo saúde-doença envolvem as relações sociais e as significações culturais para além de uma extensão geométrica. Na ótica de Santos e Rigotto (2010), baseada na obra de Gondim *et al.* (2008), o território pode ser compreendido como algo:

Para além da dimensão político-operativa do sistema de saúde, o território, na condição de cotidiano vivido no qual se dá a interação entre as pessoas e os serviços de saúde no nível local do SUS, caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral. Esse espaço apresenta, portanto, além de uma delimitação espacial, um perfil histórico, demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social e cultural, que o caracteriza como um território em permanente construção (SANTOS; RIGOTTO, 2010, p. 3).

A partir dessa perspectiva e utilizando a territorialização como uma potente ferramenta para o conhecimento das fragilidades e das potencialidades dos campos de prática na dimensão de um território vivo e em constante transformação, os residentes produzem propostas de pesquisa-intervenção. O segundo estágio de desenvolvimento dos TCRs constitui-se, ainda no primeiro ano da Residência, no CCR de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) II, em que o foco está no aprofundamento de metodologias e ferramentas para a elaboração de projetos de pesquisa em saúde com as possibilidades de investigação e intervenção alinhadas a todos os elementos identificados no diagnóstico territorial.

A partir dessa etapa, o residente conta com um professor(a) orientador(a) e com a preceptoria atuando na coorientação dos trabalhos. A proposta se dá com cunho exploratório, investigativo e de intervenção, seja com os usuários, com os profissionais da equipe ou com a gestão. Durante essa etapa, são trabalhados conteúdos acerca dos elementos de composição da escrita dos projetos de pesquisa, dos diferentes tipos de estudo e de abordagens metodológicas para o desenvolvimento das propostas, além de aspectos relacionados ao processo de submissão e apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS). O processo de escrita nesse componente integra o segundo capítulo do TCR, no qual as atividades são desenvolvidas com o propósito de estabelecer um espaço ao desenvolvimento da consciência investigativa por meio de estratégias didático-pedagógicas que possibilitem a concepção de pesquisa estratégica voltada ao desenvolvimento de práticas e saberes que respondam aos desafios presentes no cotidiano dos serviços de saúde. Ao final do TCR II, também ocorrem as bancas de qualificação, nas quais os projetos de pesquisa são avaliados por dois membros examinadores que têm como principal propósito verificar a relevância e a viabilidade das propostas apresentadas no contexto dos cenários de prática e das singularidades dos serviços de saúde.

Com o projeto qualificado e aprovado pelo CEP/UFFS, no começo do segundo ano da residência inicia-se o terceiro capítulo do TCR, com a etapa de desenvolvimento dos trabalhos no CCR de Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) III. Nesse estágio, põe-se em prática a implementação das propostas de

pesquisa-intervenção. Ao término do TCR III, instiga-se que o residente elabore um diário com o relato da experiência do trabalho de campo destacando os desafios, as potencialidades e todos os aprendizados do processo de intervenção enquanto profissional de saúde e pesquisador, estabelecendo um paralelo entre o planejado e o executado dentro da proposta.

Por fim, após a coleta de dados e a realização das intervenções nos cenários de prática, chega o momento da escrita do artigo científico desenvolvido no quarto e último CCR, denominado Pesquisa em Saúde, Projeto de Pesquisa-Intervenção e Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) IV. No âmbito desse CCR, objetiva-se aprofundar as bases norteadoras das metodologias de pesquisas em saúde, bem como da apropriação de ferramentas da escrita científica e de sistematização para a análise de dados nas diferentes abordagens.

Com os artigos produzidos, ocorre o evento das bancas de defesa dos TCRs, organizadas na mesma data e com a presença de todos os atores envolvidos. A partir dessa proposta pedagógica, o volume final do TCR é composto de quatro capítulos e desenvolvido do início ao fim do PRMAB-UFFS, incluindo todas as singularidades e particularidades vivenciadas em cada etapa desse processo de modo colaborativo, inclusivo e dialógico.

A dinâmica é desenvolvida de modo a oportunizar aos residentes a apropriação de ferramentas para estimular e incentivar um profissional pesquisador inserido no cotidiano dos serviços de saúde, com ética, coerência e rigor científico. A perspectiva é de produzir projetos que estejam em diálogo com os cenários de prática e sejam relevantes para os territórios, possibilitando assim um novo olhar ao cuidado em saúde dos usuários e comunidade.

Temáticas e produções originadas dos Trabalhos de Conclusão de Residência no PRMAB da UFFS-PF

Nesta seção, apresenta-se uma visão geral sobre a produção dos TCRs elaborados e desenvolvidos na trajetória do Programa de Residência Multiprofissional. Destaca-se que, de 2013 a 2015, período em que a Residência se encontrava vinculada ao GHC e as pesquisas eram coordenadas pelo orientador (profissional do quadro de trabalhadores que possuía mestrado

ou doutorado) que possuía afinidade com o tema escolhido pelo residente, havia a exigência da elaboração de um artigo a ser encaminhado para a publicação e os residentes apresentavam seus projetos para a equipe de saúde, que colaborava com a sua construção. Apesar de os temas serem vinculados à realidade do serviço, a pesquisa-intervenção não era preconizada e foi definida como escolha metodológica a partir de 2016, quando o Programa passou a ser coordenado pela UFFS.

Para a elaboração desta escrita, realizou-se uma análise detalhada dos 29 TCRs produzidos até o final de 2020. Foram compilados os títulos dos trabalhos, período de formação dos residentes, objetivos, métodos utilizados, linhas de pesquisa e publicações.

Analisando os trabalhos desenvolvidos, observou-se que os objetivos principais abordaram: analisar as percepções, conhecimentos e vivências de usuários e profissionais de saúde; avaliar aspectos da assistência farmacêutica e refletir sobre tópicos da gestão em saúde, territorialização, práticas profissionais e controle social.

A escolha metodológica da Pesquisa-Intervenção permite que o residente tenha implicação ético-científica com a realidade vivenciada nos territórios de saúde, nas experiências práticas e nas demandas apresentadas pela comunidade. Os temas são direcionados ao campo de prática profissional no qual o residente, a partir da construção do diagnóstico territorial, identifica e problematiza questões que serão abordadas e aprofundadas na elaboração e desenvolvimento do TCR. Pesquisas de abordagem quantitativa e qualitativa são aplicadas no intuito de alcançar os objetivos propostos, tais como estudos transversais e a cartografia, respectivamente.

Dentre as linhas de pesquisa desenvolvidas desde o início do Programa, destacam-se a educação e promoção da saúde, assistência farmacêutica, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde mental e gestão em saúde.

O Quadro 1 destaca os títulos dos trabalhos realizados por residentes da Residência integrada em Saúde descentralizada do GHC e do PRMAB-UFFS e aponta a diversidade de temas abordados pelos residentes durante o percurso, refletindo a importância da pesquisa vinculada ao serviço de saúde nessa modalidade de ensino.

Quadro 1. Trabalhos de Conclusão de Residência elaborados no período de 2013 a 2020.

1. GHC	Acesso e Saúde da Família: o planejamento estratégico como um dispositivo para reorganização do acesso em um serviço de Atenção Primária à Saúde
2. GHC	O conhecimento dos adolescentes sobre sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência: Uma experiência de territorialização da ESF Santa Rita – Marau/RS
3. GHC	O corpo que (RE) clama e a hospitalidade em xeque: a escuta do território em uma Estratégia Saúde da Família
4. GHC	Implementação da Consulta de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família: desafios e potencialidades
5. GHC	Manejo e conduta da equipe multidisciplinar da Estratégia Saúde da Família diante de usuários com comportamento suicida
6. GHC	Avaliação da farmácia caseira de pacientes acamados no território de uma Estratégia Saúde da Família em um município do RS
7. GHC	Percepção das Práticas Integrativas e Complementares para os Profissionais de saúde do município de Marau, RS
8. GHC	Atuação dos Enfermeiros das Unidades de Estratégia Saúde da Família na prevenção do Pé Diabético
9. GHC	Intersetorialidade: interlocuções possíveis, nas ações de promoção de saúde, entre a Estratégia de Saúde da Família e a Escola
10. GHC	A abordagem familiar segundo a percepção dos profissionais de uma Estratégia de Saúde da Família
11. GHC	Acolhimento: visão do usuário e dos trabalhadores de uma Estratégia Saúde da Família do município de Marau/RS
12. UFFS	Violência Contra a Mulher: Naturalização, Culpabilização e Possibilidades de Cuidado na Atenção Básica em Saúde
13. UFFS	Segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde
14. UFFS	Percepções dos Profissionais da saúde sobre o fluxo de atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS em um município do interior do Rio Grande do Sul
15. UFFS	Cartografando histórias de vida: narrativa de mulheres em situação de violência como produção de cuidado em saúde
16. UFFS	Resultados negativos associados à medicação (RNMs) em idosos portadores de doenças crônicas na ESF
17. UFFS	Cartografando as vivências em um grupo de idosos e os desafios da produção do cuidado
18. UFFS	Prescrição de Antibacterianos: perfil e adesão dos pacientes visando a intervenção na equipe
19. UFFS	Pessoas em sofrimento e espaços de fala e escuta sobre suicídio: estudo em município Gaúcho
20. UFFS	Prevalência de Sobrecarga em Cuidadores de Idosos Assistidos na Atenção Básica de Saúde
21. UFFS	Qualidade de vida em idosos de uma Estratégia de Saúde da Família em um município do norte gaúcho
22. UFFS	Avaliação da farmácia caseira de pacientes acamados nos territórios de uma ESF em um município do RS
23. UFFS	A Participação Popular na saúde: desafios e potencialidades no contexto municipal
24. UFFS	Residência multiprofissional em saúde da família e comunidade em município de pequeno porte: percepções dos diferentes segmentos
25. UFFS	O ato de amamentar para mulheres em sua primeira gestação
26. UFFS	Análise da política de saúde da criança na percepção dos profissionais de uma Estratégia Saúde da Família no norte do Rio Grande do Sul
27. UFFS	Construção de um protocolo para dispensação de medicamentos na rede de Atenção Primária à Saúde de um município do sul do Brasil
28. UFFS	Perfil sociodemográfico e avaliação da qualidade de vida de pessoas com deficiência em uma Estratégia Saúde da Família
29. UFFS	Características sociodemográficas, comportamentais e de saúde de usuários de benzodiazepínicos em uma Estratégia Saúde da Família no norte do Rio Grande do Sul

Fonte: Adaptado de Pulga, Schneider e Mattioni (2020).

A partir de uma análise dos currículos Lattes dos residentes egressos, quantificou-se o número de publicações e trabalhos apresentados em eventos científicos que estariam vinculados aos TCRs produzidos. Um total de 18 publicações foram elaboradas ao longo desse período, destacando-se um capítulo de livro, quatro artigos científicos divulgados em periódicos, sendo dois disponibilizados em revistas internacionais, e 13 resumos apresentados em eventos científicos. Destaca-se que os residentes produziram outras inúmeras publicações relacionadas ao campo de atuação na residência.

O resgate da produção científica evidencia uma riqueza de temas que se encontram conectados com a realidade do serviço de saúde. Pode-se afirmar que essas produções atendem aos objetivos dos Programas de Residência à medida que os resultados evidenciam a interlocução entre o ensino e o trabalho no campo da saúde.

A produção dos Trabalhos de Conclusão de Residência sob a ótica dos residentes: a pesquisa-intervenção como possibilidade de produção do cuidado

A produção do conhecimento trata-se de um processo multifacetário, sobretudo no campo da saúde, visto que, nesse caso, a produção dos dados diz respeito à vida das pessoas, aos problemas do cotidiano e às possibilidades de intervenção na dinamicidade que representa o processo saúde-doença. Por isso, produzir conhecimento que responda às demandas da vida real é uma necessidade emergente em qualquer contexto que considere importante o impacto das pesquisas em saúde.

Quando se trata da produção do conhecimento no âmbito das universidades públicas, é considerável que o compromisso social seja ainda maior, isso porque espera-se retorno dos investimentos públicos por meio de ações que sejam capazes de afetar e impactar positivamente a vida das comunidades onde essas universidades se inserem.

Logo, para atingir tais expectativas é importante que durante o planejamento e execução dessas ações sejam considerados delineamentos de pesquisa que deem conta de atingir tal compromisso, afinal, tão importante quanto desenvolver diagnósticos situacionais sobre os territórios e as mais diversas demandas entremeadas é também planejar e executar ações que sejam capazes de propor resoluções para os problemas por meio de estratégias efetivas e que explorem as potencialidades presentes no contexto pesquisado a fim de movimentar mudanças.

Sendo assim, a metodologia da pesquisa-intervenção proposta como pano de fundo dos TCRs do PRMS-UFFS vai ao encontro tanto da problemática da produção do conhecimento em saúde como do compromisso imbuído do “ser residente”. Para Rocha (2003), a pesquisa-intervenção constitui-se como um dispositivo de transformação que proporciona a criação de novas análises para a formação dos profissionais e para as instituições que os formam. Assim, possibilita a ruptura com os enfoques tradicionais de pesquisa por meio da ampliação das bases teórico-metodológicas das pesquisas participativas enquanto proposta de atuação transformadora da realidade sociopolítica, já que propõe uma intervenção de ordem micropolítica na experiência social (KAMKHAGI; SAIDON, 1987).

Enquanto metodologia coletiva, a pesquisa-intervenção favorece discussões e a produção cooperativa, além de fragilizar as hierarquias burocráticas e as divisões em especialidades que fragmentam o cotidiano e isolam os profissionais (ROCHA, 2003). A proposta dessa metodologia enquanto prática transformadora também vai ao encontro das necessidades dos serviços de saúde, pois incentiva a construção da integralidade da atenção em saúde e a participação dos trabalhadores já atuantes na criação de estratégias que afetem os condicionantes em saúde (CARNEIRO, 2018).

Segundo Mendes, Pezzato e Sacardo (2016), a ampliação do sentido da intervenção como um caminho da pesquisa em promoção da saúde perpassa pelo reconhecimento do empenho crescente desse campo em suscitar indagações e reflexões de cunho teórico-metodológico de suas práticas e pesquisas na perspectiva da inter-relação entre teoria e prática, pesquisador e o ato de pesquisar, reafirmando o ato político-ético-técnico-relacional que toda investigação possui.

Por isso, experienciar a vivência da pesquisa-intervenção durante o processo formativo da residência multiprofissional em saúde torna-se desafiador e instigante, mas, sobretudo, satisfatório, pois mesmo diante da intensidade que é ser residente no contexto da Saúde da Família e Comunidade é impossível não se afetar com a necessidade de movimentar mudanças nas equipes de saúde e nas vidas das pessoas que ali são cuidadas. Uma vez que é possível entrelaçar a necessidade de produzir conhecimento durante a formação com a possibilidade de intervir em problemas reais por meio da proposição de estratégias e ações simples e resolutivas, certamente o processo de pesquisa torna-se mais leve e carregado de sentido, não só para quem o faz, mas para quem é afetado por essa ação.

Pesquisar em serviço, com o serviço e para o serviço é um ato que exige responsabilidade e engajamento, pois lidar com as vidas das pessoas dentro de um território vivo e em ato é, sobretudo, um compromisso social. Contudo, não há dificuldade que supere a satisfação de saber que mais do que produção de conhecimento, ali faz-se produção de cuidado, autonomia e transformação.

Para reafirmar as contribuições aqui apresentadas, seguem alguns depoimentos de ex-residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (Área de Concentração Atenção Básica), da Universidade Federal da Fronteira Sul, sobre o processo vivenciado durante a construção do TCR. Cabe destacar que eles foram tratados à luz da análise de conteúdo proposta por Minayo (2007):

Com a avaliação das necessidades do território de prática e da assistência como um todo é que se deu início à construção do Trabalho de Conclusão de Residência. Experiência muito positiva que fez com que o alinhamento da prática com a teoria pudesse ser visto de forma ainda mais concreta, permitindo um processo de formação do presente voltado para a transformação da realidade (M. S., 2021)¹.

Quando iniciamos o processo do TCR, eu almejava algo que cruzasse todas as áreas envolvidas na residência, mas sem fugir da minha área que é a farmácia, foi então que optei pelo tema do HIV, na perspectiva de criar uma linha de cuidado, ou um percurso para esses pacientes na unidade de saúde que eu estava locada, ou até mesmo no município. Foi um tema bem desafiador, pois era uma área que eu conhecia muito pouco [...] (G. M., 2021).

[...] fomos desafiadas a fazer uma pesquisa conectada com as demandas reais da comunidade na qual estávamos inseridas no trabalho. As leituras de realidade constantes foram fundamentais para tornar esse percurso uma travessia pautada na ética do cuidado e na busca por estratégias inovadoras dos modos de cuidar (M. P. L., 2021).

A construção do TCR foi um processo intenso e de crescimento. O fato de se tratar de uma pesquisa-intervenção trouxe grande responsabilidade para a escolha do tema e permitiu que nos dedicássemos a pesquisar, refletir e intervir em situações que vivenciávamos com a nossa população no dia a dia de trabalho [...] (G. F., 2021).

¹ Informações verbais obtidas por meio de aplicativo de mensagem instantânea entre agosto e outubro de 2021. Utilizaram-se siglas para preservar as identidades dos participantes da pesquisa.

Nota-se que a escolha da intervenção é vista pelos residentes como algo que exige alinhamento com as demandas apresentadas pelo território, reafirmando, portanto, o compromisso social da formação em serviço, fato que pode levar o profissional em formação a se desacomodar e buscar conhecimento em áreas até então pouco exploradas, levando-o a acionar outros atores e ferramentas para contribuir com a construção e desenvolvimento da proposta, tratando-se também de um processo que contribui para a evolução de competências e habilidades profissionais do residente.

Por conseguinte, é possível destacar nos depoimentos que esse processo formativo desencadeia, muitas vezes, afetuosidade pelo fenômeno pesquisado, visto que exige imersão teórica e prática, sobretudo conectada com a realidade, como é possível perceber em: “O TCR foi para mim um processo lindo e de muito desejo, pois ele não foi meramente um trabalho acadêmico, ele foi experiência viva em ato. Foi um processo especial [...]” (M. P. L., 2021); “[...] a construção foi carregada de afeto. Os resultados das pesquisas influenciaram diretamente e positivamente a vida das pessoas atendidas, além de possibilitarem a reflexão sobre novas formas de cuidado” (G. F., 2021); e em:

[...] foi nesse desafio que eu descobri o quanto gosto de trabalhar e me envolver com esse tema, a afinidade e carinho que criei pelos pacientes foi muito gratificante. Espero muito poder trabalhar diariamente nessa área e com certeza lembrarei do meu TCR, da equipe de saúde, da equipe de residência, dos pacientes que estavam sempre disponíveis e dando todo o apoio, que foi fundamental nesse processo (G. M., 2021).

Portanto, a consolidação da pesquisa-intervenção como proposta para a execução do TCR tem se mostrado uma ferramenta profícua para a obtenção de resultados positivos dos problemas em saúde, transformação do território e crescimento profissional, sobretudo de trabalhadores atuantes no SUS.

Considerações finais

A análise crítico-reflexiva acerca do processo de constituição do TCR no PRMS-UFS mostra que esse é um processo dinâmico que está em constante desenvolvimento por parte de todos os atores envolvidos. Um dos grandes

desafios relaciona-se com a continuidade dos trabalhos realizados no âmbito do TCR a fim de que os processos de discussão e reorganização da rede de serviços em saúde nos campos de prática da RMS e da participação popular nesse campo sejam ampliados e tenham a possibilidade de se consolidar.

Os TCRs produzidos ao longo da trajetória do Programa traduzem a realidade dos serviços de saúde e tiveram implicação na prática profissional. Acredita-se que a produção construída foi relevante para a inserção desses profissionais na rede de serviços de saúde e provocou reflexões diretas e indiretas nas equipes de saúde, impactando na realidade da comunidade. Assim sendo, a construção das pesquisas elaboradas ao longo desses sete anos traz um caminho percorrido que leva em consideração as necessidades do campo e os anseios do pesquisador/residente imerso nesses cenários.

Apesar das dificuldades ainda presentes, destaca-se a potência do desenvolvimento do TCR, visto que a proposta pedagógica que vem sendo construída instaura-se em um percurso que compõe a dinâmica da realidade partindo das condições de vida humana e das formas conjunturais que a constroem. Destaca-se ainda que a proposta de construção do conhecimento pautada na perspectiva da pesquisa-intervenção tem se mostrado um diferencial no processo formativo dos residentes da UFFS-PF, uma vez que tal abordagem ainda é pouco explorada pelos programas de pós-graduação no Brasil.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 2.117, de 3 de novembro de 2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, n. 212, p. 112, 4 nov. 2005. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/docman/marco-2014-pdf/15432-port-inter-n2117-03nov-2005>. Acesso em: 15 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf. Acesso em: 30 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. **Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde**: Área de Concentração Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidade. Brasília: Ministério da Educação, [20--].

CARNEIRO, A. S. **Segurança do paciente sob a ótica dos profissionais da Atenção Primária à Saúde**. Trabalho de Conclusão de Residência (Especialização em Saúde da Família e Comunidade) – Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, 2018. Disponível em: <https://rd.uffs.edu.br/>



handle/prefix/3675. Acesso em: 10 jul. 2021.

CECCIM, R. B.; MÜLLER, G. S.; MAIA, L. P. M.; CATALUNÁ, R. V. A proposta de pesquisa-formação em saúde: construção do método de Círculos em Redes. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, dez. 2013. Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/receis/article/view/489>. Acesso em: 05 ago. 2021.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M.; IÑIGUEZ ROJAS, L.; BARCELLOS, C.; PEITER, P.; NAVARRO, M. B. M. A.; GRACIE, R. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. *In*: MIRANDA, A. C.; BARCELLOS, C.; MOREIRA, J. C.; MONKEN, M. (org.). **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 237-255.

KAMKHAGI, V. R.; SAIDON, O. (org.). **Análise Institucional no Brasil**: favela, hospício, escola e funabem. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

MACIEL FILHO, R.; BRANCO, M, A. F. **Rumo ao interior**: médicos, saúde da família e mercado de trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

MENDES, R.; PEZZATO, L. M.; SACARDO, D. P. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 6, p. 1737-1745, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gh6S94VJjgcL75Ms7GNkV7t/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 ago. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. C. Pesquisa intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 85-102, 2010. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/9019>. Acesso em: 07 jul. 2021.

PULGA, V. L.; SCHNEIDER, F.; MATTIONI, F. Interação ensino-serviço-comunidade na formação profissional no SUS: Trilhas, descobertas e desafios da descentralização de um Programa de Residência Multiprofissional. *In*: PULGA, V. L.; DANTAS, V. L. A.; BONETTI, O. P.; MATIELO, E.; FERLA, A. A. (org.). **Educação Popular, Equidade e Saúde**: Dispositivos pedagógicos e práticas lúdicas de aprendizagem na saúde: a caixa de ferramentas nas relações de ensino e aprendizagem. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020. p. 134-158. Disponível em: <http://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Livro-Educação-Popular-Equidade-e-Saude.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

ROCHA, M. L. Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcpv/v23n4/v23n4a10.pdf>. Acesso em: 22 set. 2021.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/H5BtBJTGvQZgSXXvNrTKph/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2021.

SILVA, L. S.; NATAL, S. Residência Multiprofissional em saúde: Análise da implantação de dois Programas pela Universidade Federal de Santa Catarina. **Trabalho Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/s5N35mz7j9wphWnHp8bW6wJ/?lang=pt>. Acesso em: 01 set. 2021.

ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: A ÊNFASE NA ATENÇÃO BÁSICA

Alessandra Regina Müller Germani
Edinadia Maria Dalberto
Eliana Paula Brentano
Leila Juliana Antunes Riggo

Introdução

A Enfermagem é uma profissão que surgiu em decorrência das demandas assistenciais da população e dos movimentos políticos e sociais por saúde. Por conta disso, a construção da profissão – assim como a formação profissional – perpassa as mudanças que foram sendo identificadas/apresentadas no decorrer dos diferentes tempos históricos (MAGNAGO; PIERANTONI, 2020).

A partir da década de 1980, e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), vários debates foram sendo desencadeados tendo em vista a necessidade de se repensar o perfil do profissional enfermeiro formado até então, que era focado no modelo biomédico. Esses debates resultaram na aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem (DCENF), em 2001. Nas Diretrizes está descrito que a formação do enfermeiro deve ser generalista, humanista, crítica e reflexiva, tendo conteúdos curriculares relacionados às Ciências Biológicas e Sociais da Saúde, às Ciências Humanas e às Ciências de Enfermagem, que compreendem os fundamentos, a administração, o ensino e a assistência de Enfermagem (MAGNAGO; PIERANTONI, 2020).

Para além da formação na graduação, em âmbito de pós-graduação, as residências na área da saúde têm se revelado como fortes aliadas no processo de redefinição do perfil dos profissionais da área. Essa percepção se dá pelo fato de muitos dos profissionais passarem a buscar cursos dessa natureza, visando ao aperfeiçoamento do exercício profissional.

Dessa forma, Fajardo e Ceccim (2010) referem que o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) apresenta uma diversidade de cenários de aprendizagem que possibilita aos envolvidos nos processos formativos transitar por diferentes realidades da área da saúde. Esse campo fértil ao aprendizado faz do GHC, com as Residências Médicas e em Área Profissional da Saúde, a instituição que tem a maior concentração de residentes por instituição de saúde da região sul do Brasil.

A implantação da Residência na Área Profissional da Saúde na instituição ocorreu em 2004, a partir de um projeto pedagógico de Residência Integrada em Saúde (RIS), que representou a realização de uma necessidade de formação apontada pelos enfermeiros do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) que viviam, na prática, o desenvolvimento das Residências Médicas em Medicina de Família e Comunidade (FAJARDO; CECCIM, 2010).

Nesse sentido, o presente capítulo tem como objetivo apresentar um relato de experiência acerca da trajetória da Enfermagem no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde no município de Marau-RS, implantado em 2013. Inicialmente, o programa era vinculado ao Grupo Hospitalar Conceição e, posteriormente, em 2016, à Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – *campus* Passo Fundo, Rio Grande do Sul.

Estruturação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde no município de Marau-RS

A trajetória da Enfermagem na Residência Multiprofissional em Saúde em Marau-RS teve seu início em 2013, a partir do ingresso da primeira turma de Residência Integrada em Saúde descentralizada do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), tendo, além dos residentes dos núcleos de Enfermagem, residentes de Farmácia e de Psicologia.

Segundo os estudos de Magnago e Pierantoni (2020), as necessidades da população em relação à saúde, com o passar do tempo, tornaram-se mais dinâmicas. Além do envelhecimento populacional, que tem aumentado a prevalência de doenças crônicas, o surgimento e reemergência de doenças antes controladas são problemas que têm demandado mais resolutividade da Atenção Básica. Transpondo para a Enfermagem, esse processo exige um perfil de enfermeiro crítico, reflexivo, generalista e com competência para atuar em equipe interdisciplinar.

Partindo desse pressuposto, os campos de prática dessa primeira turma de residentes foram as Estratégias Saúde da Família (ESF) Central 3 e Santa Rita, vinculado ao fato de as profissionais que estavam cursando a Especialização em Gestão, Atenção e Processos Educacionais (formação pedagógica para preceptoria promovida pela Escola GHC, iniciada em setembro de 2012) estarem inseridas nessas equipes.

Em março de 2013, a chegada das residentes gerou um misto de expectativas e insegurança com o novo, e até então desconhecido, caminho que seria aos poucos desenhado pelos seus atores; sentimentos esses que foram vivenciados tanto pelas residentes, que estavam em um processo de mudança de vida pessoal e profissional, quanto pelas preceptoras e equipes, que necessitariam de adaptações em seus processos de trabalho. A partir daquele momento, esses agentes foram corresponsáveis pela formação em saúde desses novos profissionais do SUS, motivados a buscar novos conhecimentos e a repensar o processo de trabalho, instigando a qualificação da atenção à saúde prestada à comunidade.

Nos primeiros dias de atuação em suas respectivas equipes, as residentes da Enfermagem, em conjunto com os demais residentes e profissionais da equipe, realizaram caminhada pelo território, onde foram apresentados os limites geográficos, locais de vulnerabilidade, organizações da comunidade e outros serviços da rede, como escolas de Educação Infantil e de Ensino Fundamental, além de comércio e indústrias que existem na área de abrangência do território.

Segundo Gondim e Monken (2017), o conhecimento do conceito de território permite compreender os modos de vida e como as pessoas e a comunidade se relacionam e se organizam. O reconhecimento desse lugar onde acontece a produção social da saúde, além da identificação de riscos, vulnerabilidades e potencialidades, faz-se necessário para a construção da identidade e de um vínculo entre usuários e profissionais de saúde, com a perspectiva de articulação e de diálogo entre eles, possibilitando intervenções sobre problemas e necessidades da comunidade, para, então, partilhar decisões e ações em saúde no território.

Devido à importância do reconhecimento inicial do território onde irão atuar nos dois anos de formação do ensino em serviço, a cada ano, com a entrada de nova turma, essa atividade é realizada com o intuito de reconhecimento aos novos colegas e de ressignificação e olhar ampliado dos profissionais que já fazem parte do serviço, tanto efetivos da equipe quanto dos residentes do segundo ano.

A inserção das residentes de Enfermagem no cotidiano ocorreu por meio do acompanhamento da enfermeira preceptora em todas as atividades, orientando desde o primeiro contato, demonstrando às residentes todas as atribuições desempenhadas pela enfermeira em uma equipe de Atenção Primária à Saúde (APS), tanto assistenciais quanto gerenciais. Originava-se, então, um exercício contínuo de aprendizados, permeado por muitas trocas e socializações, pois a enfermeira preceptora, enquanto mostrava e demonstrava suas atividades diárias, via-se repensando seu próprio fazer. Já o enfermeiro residente, ao acompanhar seu preceptor, era motivado a trazer contribuições teóricas e sugestões práticas ao serviço.

A construção da agenda de trabalho dos residentes constituiu-se como um desafio inicial, visto que era uma tarefa nova para todos e necessitava articular as atividades realizadas pela equipe de saúde e atender à proposta pedagógica da RIS/GHC. Nesse sentido, as atividades típicas da semana foram programadas para atender aos componentes curriculares envolvendo atividades em ambulatório, acolhimento, vigilância, visita domiciliar, educação em saúde, controle social e reunião de equipe.

As atividades do núcleo de Enfermagem são interligadas entre si, o momento reservado para atendimento das atividades no ambulatório inclui desde a verificação de pressão arterial, controle de glicemia capilar, avaliação antropométrica, aplicação de medicação, vacinas, curativos, retirada de pontos, processo de esterilização de materiais, entre outras atividades. Nesse mesmo momento do atendimento, muitas vezes também acontecem a escuta e o acolhimento do paciente.

As ESF trabalham com o acolhimento da demanda espontânea, por intermédio da escuta qualificada e buscando a resolutividade diante das necessidades apresentadas, realizando os encaminhamentos necessários e a discussão de casos com outros núcleos. A equipe de Enfermagem configura-se como a principal acolhedora, pois a maioria dos acolhimentos envolve queixas clínicas dos usuários, indo ao encontro do que está descrito no Caderno de Atenção Básica de Acolhimento à demanda espontânea, sendo o volume II relacionado às queixas mais comuns na Atenção Básica (BRASIL, 2013).

O processo de acolhimento e reconhecimento das necessidades da população adstrita, juntamente com o reconhecimento do território, possibilita

ao residente participar das ações de vigilância em saúde, como o planejamento estratégico, o monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas. A busca ativa de usuários, as visitas domiciliares e a educação em saúde acontecem em diversos espaços de atuação da unidade de saúde de forma multiprofissional, auxiliando no desempenho das atividades já propostas e incentivando o autocuidado e a autonomia da comunidade, fortalecendo as ações de participação popular, em que o espaço de Conselho Local de Saúde é um componente fundamental para o controle social.

A reunião semanal de equipe fortalece essas ações, pois esse espaço da equipe proporciona momentos de reflexão, planejamento, avaliação, definições de implementação de atividades, discussões de casos clínicos, vulnerabilidades sociais, momentos de Educação Permanente, além do fortalecimento do vínculo da própria equipe.

As principais atividades assistenciais desempenhadas pelo enfermeiro nas ESF no princípio do programa de Residência eram a consulta de Enfermagem na saúde da mulher com coleta de exame citopatológico (CP), exame clínico de mamas e solicitação de mamografia, além da interpretação de seus resultados, atendimento à demanda espontânea (geralmente excedente aos números de atendimentos médicos disponíveis nos turnos), aplicação de vacinas, realização de testes rápidos, visitas domiciliares, procedimentos de nível superior (como sondagem vesical de alívio e demora, passagem de sonda nasoenteral, punção venosa com intracath), atividades de educação em saúde e supervisão das agentes comunitárias de saúde (ACS). Ainda, devido ao fato de cada equipe ser composta por um enfermeiro e apenas um técnico de enfermagem, cabe ao enfermeiro a realização de todos os procedimentos de nível técnico, como a verificação de pressão arterial, hemoglicoteste, avaliação antropométrica, curativos, limpeza, preparo e esterilização de materiais, quando na ausência do técnico de enfermagem.

Cabe destacar que os monitoramentos de Ações Programáticas se constituem em diferenciais realizados pelas equipes em que os residentes atuam, qualificando a atenção ofertada aos usuários e indo ao encontro do que é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS). Ressalta-se a criação de tabelas para organizar os rastreamentos de câncer de colo de útero e mama, a fim de realizar busca ativa de mulheres com exames fora do intervalo recomendado

pelos protocolos. Conforme o MS, o rastreamento de câncer de mama é realizado por meio de exame de mamografia em mulheres sem histórico familiar de câncer de mama, entre 50 e 69 anos, em intervalos bianuais. Já o rastreamento do câncer de colo de útero é indicado em todas as mulheres com vida sexual ativa, entre 25 e 64 anos, por meio de exame CP a cada três anos, após dois exames anuais com resultado normal (BRASIL, 2016).

Ainda em relação à prevenção do câncer cérvico-uterino, realiza-se o seguimento de usuárias com alteração nos resultados de exame CP, com o intuito de monitorar se a usuária segue a conduta recomendada para o caso, evitando, assim, o agravamento da situação com a progressão para o carcinoma *in situ*.

Nesse contexto, enfatiza-se a importância da prevenção primária, em que, por intermédio de orientações adequadas e que sensibilizem as usuárias, os profissionais das equipes podem incentivar a mudança de fatores de risco modificáveis, tais como a manutenção do peso ideal, a prática de atividades físicas e a redução do consumo de álcool e cessação do tabagismo. A adoção de estilo de vida saudável, além de diminuir a incidência de câncer de mama e de colo de útero, está relacionada à prevenção de outros agravos e doenças crônicas não transmissíveis.

Enfatiza-se que, no município de Marau-RS, os profissionais enfermeiros são os coordenadores informais das equipes de ESF, pois são reconhecidos pela gestão, demais colegas e usuários, mas não há nenhuma regulamentação para tal e, conseqüentemente, carga horária semanal destinada para atividades gerenciais, nem gratificação financeira para desempenhar determinada função. Na prática, a gestão municipal se reporta ao enfermeiro para resolver situações envolvendo usuários e/ou colegas, além daquelas que envolvam tomada de decisões. Entretanto, devido a essa atribuição não ser formalizada, a autonomia e a governabilidade do enfermeiro, em muitas circunstâncias, tornam-se restritas, gerando frustrações.

Para além das funções supracitadas e da preceptoria do núcleo da Enfermagem, o enfermeiro também desempenha o papel de preceptor de campo para os demais residentes multiprofissionais, por possuir em seu currículo formação com olhar ampliado para a APS. Ainda, ressalta-se que as preceptoras dos núcleos de Psicologia e de Farmácia atuam com carga horária de 20 horas semanais na equipe vinculada à residência, cumprindo o restante do período em outros serviços da rede municipal de saúde.

Segundo Ceccim, Meneses, Meneses e Alvarenga (2018), as principais competências do preceptor devem incluir: reconhecer os conceitos e diagnóstico do território; orientar o residente quanto às práticas específicas do núcleo e do campo; auxiliar no planejamento, desenvolvimento e sistematização das ações a serem desenvolvidas; e compartilhar com o tutor a realização da avaliação do processo formativo de cada residente. Ao articular o conhecimento teórico com a realidade do território, o preceptor instiga a reflexão e a problematização por meio do diálogo entre os pares sob a sua responsabilidade, articulando o saber da categoria com a realidade do território.

Pode-se observar no processo avaliativo das turmas iniciais, realizado no ano de 2014, que um dos campos de prática não correspondia aos objetivos da formação, pois a população desse território pouco acessava os serviços. Dessa forma, a ESF Central 3 não estava sendo um cenário fértil de formação, sendo definida de forma coletiva entre os atores envolvidos pela troca do campo para a ESF São José Operário (em janeiro de 2015), a qual possui população adscrita acima do recomendado pelo MS, com crescimento acelerado, áreas de vulnerabilidade e grande demanda de utilização dos serviços oferecidos, sendo considerada um campo propício para o processo formativo, respeitando o princípio da equidade.

Transição do vínculo do Grupo Hospitalar Conceição para a Universidade Federal da Fronteira Sul – *campus* Passo Fundo/RS

Conforme pactuado desde a implantação no formato de residência descentralizada, o objetivo era a constituição de um programa de residência local ou regional, sendo que no ano 2016 ocorreu a transição da referência para uma instituição de ensino superior, sendo essa a UFFS, a qual não possuía experiência na pós-graduação com ênfase multiprofissional, mas demonstrou-se parceira na construção da formação de recursos humanos para o SUS.

Devido a esse contexto, além de atividades administrativas, a realização dos espaços teóricos de núcleo e de campo foram momentos bastante desafiadores e de grande responsabilidade para as preceptoras, até que a UFFS conseguisse formar uma equipe de referência para o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, para o compartilhamento do processo

e das responsabilidades com servidores da área administrativa e técnicos com a função da tutoria.

Os seminários teóricos de núcleo permaneceram com organização semanal, com encontros, em sua maioria, de 2 horas, totalizando ao final do semestre 39 horas. Desde os primeiros núcleos, facilitados exclusivamente pelas preceptoras, buscou-se o planejamento de forma coletiva, instigando os residentes a sugerirem temas de maior necessidade e que contribuíssem no desenvolvimento das atividades práticas. Após o planejamento, a efetivação de cada encontro se mostrou um grande desafio às preceptoras, pois, até então, promover momentos teóricos não fazia parte de suas atribuições, além de estarem cientes da grandiosa responsabilidade em conduzir esses seminários para a formação desses profissionais.

Nesse sentido, é possível relatar um momento em que as duas preceptoras se deslocaram até Porto Alegre para participar de encontro de planejamento dos seminários de núcleo com as preceptoras do GHC, por acreditarem na necessidade de conhecer o serviço, que era referência nessa modalidade de formação, e por almejarem qualificar e oferecer aos residentes encontros que agregassem conhecimentos. Para além da preocupação com o conteúdo desses encontros, outro aspecto sempre considerado era a metodologia a ser utilizada diante do desafio de promover seminários teóricos sem que tivessem experiências em docência e, ainda, no intuito de que não fossem expostas apenas teorias, mas sim que esses assuntos e reflexões dialogassem com o cotidiano e fizessem sentido na prática.

Dentre os principais temas elencados em conjunto entre preceptoras e residentes, trabalhados nos seminários de núcleo nesse percurso, destacam-se: o papel do enfermeiro na APS, pré-natal, prevenção ao câncer cérvico-uterino e de mama, saúde da criança, saúde sexual e reprodutiva, infecções sexualmente transmissíveis, tuberculose, acolhimento à demanda espontânea, saúde mental, vigilância, calendário de vacinação, doenças crônicas (como hipertensão, diabetes e respiratórias), entre outros.

Além desses temas condizentes com o preconizado pelos Cadernos de Atenção Básica (CAB) do MS, foram incluídos nesses espaços teóricos outros temas emergentes, conforme a realidade epidemiológica vivenciada, como zika vírus, dengue e covid-19. As principais metodologias utilizadas nesses espaços foram a leitura e discussão dos CAB e artigos científicos, participação de outros

profissionais da rede e em webpalestras do Telessaúde estadual e de outras regiões. O recurso das webpalestras tem se constituído em uma ferramenta importante de diálogo entre o preconizado pelo MS e as distintas realidades, sendo conduzidas por profissionais de referência no assunto, que, além do vasto conhecimento teórico, possibilitam a constante reflexão, aprimoramento e inovação nas práticas do serviço.

A avaliação do processo formativo está focada nos aspectos relacionais, no desempenho, no grau de responsabilização sanitária da categoria, no processo de trabalho no território e no aprofundamento técnico-científico relacionado ao fazer específico da categoria no campo assistencial.

Outra atribuição desenvolvida pelas preceptoras foi a coorientação dos Trabalhos de Conclusão de Residência. Por serem pesquisas-intervenções, direcionadas à realidade do território, é de extrema valia o olhar da preceptoria, que é o profissional que vivencia o cotidiano. A coorientação é fundamental na construção conjunta, pois, ao passo que o orientador se responsabiliza pelos aspectos metodológicos, o preceptor auxilia a tornar o projeto viável e busca facilitar sua operacionalização.

Oriundas da força de vontade, motivação e capacidade técnica das preceptoras, outras atividades vêm sendo desempenhadas pelas enfermeiras das unidades que são campo de prática do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, como consultas de pré-natal e de puericultura, com acompanhamento intercalado com consultas médicas e a implantação do acolhimento multiprofissional. Contudo, deve-se ressaltar a ausência de protocolos municipais que legalizem essas atribuições em âmbito local, limitando condutas e, conseqüentemente, a resolutividade de muitas situações, ficando dependentes da atuação e da disponibilidade do médico.

Para as preceptoras, os desafios passaram a ser e fazer parte do cotidiano. Apresentar aos residentes o mundo do trabalho, com suas inúmeras possibilidades e facetas, permeado por trocas e aprendizagens contínuas, é de extrema complexidade.

Após o primeiro ano da residência – em que ocorre a imersão em tempo integral dos residentes na equipe a que estão vinculados –, a partir do segundo ano, eles possuem espaço destinado aos estágios curriculares com carga horária de

até 200 horas anuais em outros serviços de saúde da rede municipal. Esses estágios possuem o objetivo de complementar a formação em setores de referência, que dialogam diretamente com a APS, sendo eles, atualmente: Vigilância em Saúde (72 horas), Sala de Vacinas (72 horas), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (36 horas) e Gestão Municipal (20 horas).

O processo de formação em serviço, que envolve teoria e prática devido à intensidade de vivências pessoais e profissionais, pode ser traduzido por meio da metáfora agrídoca proferida pelos próprios residentes ao descreverem o percurso da experiência durante a residência. Talvez essa intensidade, somada às oportunidades de trabalho, justifique a desistência de quatro residentes, enquanto 12 concluíram o Programa de Residência e três estão em formação.

Destaca-se que, dos concluintes, oito estão desempenhando suas atividades profissionais na APS. Esse processo de ensino em serviço tem instigado os profissionais a seguir seu aperfeiçoamento em programas *lato sensu*, citando duas ex-residentes que concluíram mestrado, e uma destas está cursando o segundo ano do doutorado.

Núcleo de Enfermagem se reinventando na pandemia de covid-19

A pandemia do novo coronavírus acarretou mudanças na formação dos residentes em atuação, em especial no ano de 2020. Foram necessárias adaptações no processo de trabalho das equipes e, conseqüentemente, dos residentes, com diversas atividades canceladas, inclusive possibilitando momentos teóricos somente de forma remota.

Assim, iniciou-se um novo desafio. A insegurança dos trabalhadores, a equipe fragilizada, os medos, as incertezas, o cancelamento da maioria das atividades de prevenção e promoção à saúde, além de acompanhamentos de puericultura, por exemplo, que foram realizados em alguns momentos através de chamada telefônica, em consonância com o pedido à população de “FICA EM CASA!”.

Figura 1. Desenho produzido por uma residente de Enfermagem.



Fonte: Desenho produzido por Claudete Adriana Moretti - residente de enfermagem no programa da 2ª turma.

Como ação, iniciou-se a confecção de máscaras para a doação à população, prática em que todos os componentes da equipe se envolveram. Em seguida, chegou o período da Campanha de Vacinação da Influenza e, no meio de tantas incertezas, a orientação de não sair de casa, principalmente à população idosa. Assim, a Enfermagem iniciou um novo desafio: vacinar todos os idosos em suas casas e, para isso, foi necessário o auxílio das agentes comunitárias de saúde (ACS), que com todos os cuidados de proteção auxiliaram o núcleo de Enfermagem a encontrar todos os idosos em suas casas, vacinando de forma individual, na parte externa das moradias, evitando ao máximo o contato direto. As agentes andavam na rua carregando caixas térmicas com as vacinas mantidas com o devido cuidado, e, como medidas

de prevenção, passavam álcool em gel antes e logo após qualquer contato, utilizando máscaras nos rostos e carregando consigo o medo do tão desconhecido novo coronavírus. Além disso, havia a certeza de que deveriam e estavam fazendo sua parte.

Aos poucos, o núcleo de Enfermagem foi se reorganizando e discutindo formas de retornar com as atividades de prevenção (como a realização de coletas de preventivos, puericultura etc.), mas evitando qualquer atividade que pudesse aglomerar pessoas. Assim, foram se reinventando e se adequando à nova realidade, com saudade dos momentos com a comunidade, dos grupos, do contato físico, mas, junto a isso, sempre prezando pela segurança dos usuários.

O tempo foi passando e muitos envolvidos tiveram perdas de parentes, amigos ou pessoas próximas, mas a esperança na vacina se fortificava nas equipes de saúde. Assim, chegou o ano de 2021, trazendo a esperança em uma “picada”: a tão esperada vacina! Nesse momento, o núcleo de Enfermagem se tornou o principal ator nesse capítulo da pandemia. Iniciou-se a vacinação nos profissionais de saúde, passando, em seguida, para os idosos, pacientes com comorbidades, e seguindo as faixas etárias de maneira decrescente. Para que isso fosse possível, a Enfermagem, mais uma vez, estava presente na linha de frente, vacinando toda a comunidade por meio de *drive-thru*, contando sempre com o auxílio de suas residentes. Neste momento, seguimos nesta árdua luta contra esse terrível vírus, mas tendo a certeza de estarmos no caminho certo, com o amparo dos dados da Vigilância Epidemiológica que nos mostram a eficácia da vacinação.

Considerações finais

Ao concluir este relato, salienta-se que, desde a implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde no município de Marau-RS, inicialmente vinculado ao GHC e depois à UFFS – *campus* Passo Fundo-RS, muitos foram os desafios enfrentados pelas equipes de saúde e, em específico, da Enfermagem. Nesse caminho, quatro residentes de Enfermagem optaram por outras oportunidades de trabalho ofertadas fora da residência, porém destaca-se a formação de 12 profissionais enfermeiros Especialistas em Saúde da Família, sendo que duas concluíram o mestrado e uma delas está no Programa de Doutorado. Até o momento, três residentes ainda estão em atuação.

Apresentar aos residentes o mundo do trabalho, com suas inúmeras possibilidades e facetas, permeado por trocas e aprendizagens contínuas, é de grande complexidade, além do período pandêmico vivenciado, necessitando se reinventar no processo de cuidado. Portanto, nesse percurso, há a certeza de estarmos empreendendo esforços com vistas a contribuir para o aprimoramento e qualificação da formação profissional em serviço.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CECCIM, R. B.; MENESES, L. B. A.; MENESES, J. R.; ALVARENGA, J. P. O. Preceptoria e Tutoria: ação docente nas residências em saúde. *In*: CECCIM, R. B.; MENESES, L. B. A.; SOARES, V. L.; PEREIRA, A. J.; MENESES, J. R.; ROCHA, R. C. S.; ALVARENGA, J. P. O. (org.). **Formação de formadores para residências em saúde**: corpo docente-assistencial em experiência viva [recurso eletrônico]. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. p. 113-123. Disponível em: <http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/formacao-de-formadores-para-residencias-em-saude-corpo-docente-assistencial-em-experiencia-viva-pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.

FAJARDO, A. P.; CECCIM, R. B. O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde. *In*: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (org.). **Residências em saúde**: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 191-210. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/4f7baaa8ca532.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2021.

GONDIM, G. M. M.; MONKEN, M. Território e territorialização. *In*: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. (org.). **Técnico de vigilância em saúde**: contexto e identidade. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 21-44. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39894>. Acesso em: 10 nov. 2021.

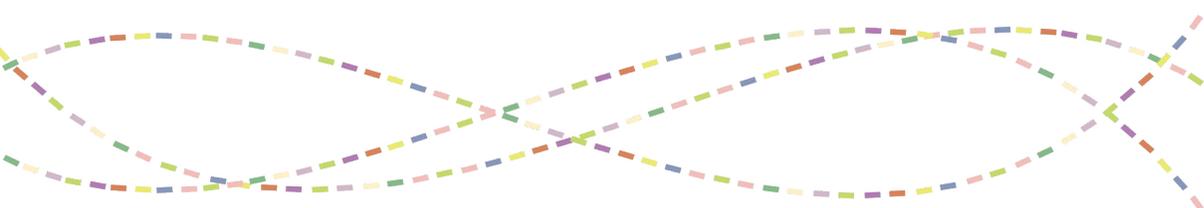
MAGNAGO, C.; PIERANTONI, C. R. A formação de enfermeiros e sua aproximação com os pressupostos das Diretrizes Curriculares Nacionais e da Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 15-24, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QV8MBZ3YqvMrPLXy9gNCV9w/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 10 nov. 2021.



FARMÁCIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO BÁSICA: UMA VISÃO ALÉM DO MEDICAMENTO

Marcelo Soares Fernandes
Thaís Scalco

Introdução



A Residência Multiprofissional em Saúde, da área de concentração de Atenção Básica, no Município de Marau-RS, surgiu em 2012, a partir da descentralização da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, aliada à manifestação de interesse do Município em cooperar na formação de recursos humanos na área da saúde. Alguns profissionais atuantes no Município de Marau, das áreas da Enfermagem, da Farmácia e da Psicologia, participaram do Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade – Gestão, Atenção e Processos Educacionais, que tinha por objetivo auxiliar o desenvolvimento de atividades como a preceptoria, a tutoria, a supervisão e a orientação da formação em serviço na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2014).

Naquele período, a atuação do farmacêutico no município de Marau-RS estava restrita à dispensação de medicamentos na Farmácia Central e ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Dessa forma, os residentes atuavam de maneira combinada com as Estratégias Saúde da Família (ESF) – que eram o cenário de prática para os residentes dos diferentes núcleos – e na Farmácia Central, a fim de possibilitar a formação do campo e do núcleo profissional farmacêutico na Atenção Básica (AB).

A Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) passou a ser a nova parceria firmada com o Município de Marau no que tange à Residência Multiprofissional em Saúde e, em 2016, iniciou a primeira turma de residentes sob responsabilidade da UFFS. Atualmente, a Residência Multiprofissional em Saúde,

da área de concentração de Atenção Básica, no Município de Marau, conta com duas vagas anuais para farmacêuticos que desejam se especializar para atuar na Atenção Básica à Saúde. O Município também conta com duas ESF que recebem os residentes, que são locais estratégicos para a formação dos profissionais, reunindo equipes estruturadas e qualificadas, cenários práticos singulares e estruturas apropriadas para colaborar no crescimento profissional dos residentes.

Até então, a Residência Multiprofissional em Saúde, da área de concentração de Atenção Básica, no Município de Marau, seja com a parceria firmada anteriormente com o GHC e, agora, com a UFFS, já especializou oito farmacêuticos, e três encontram-se em formação. Além disso, esse processo formativo proporcionou inúmeros cuidados aos usuários de medicamentos adscritos nos territórios envolvidos, que são sujeitos dos cenários práticos da Residência. Esta permitiu também desenvolver intervenções de cunho farmacêutico nas equipes de saúde, aprimorando o processo de trabalho e demonstrando a importância da inserção do farmacêutico na APS, especialmente nas equipes de Saúde da Família (eSF).

Pensando nisso, este capítulo tem por objetivo descrever o percurso construído pelo núcleo profissional de Farmácia, especialmente nos espaços de seminários de núcleo da Residência Multiprofissional em Saúde da UFFS, e retratar o impacto desse espaço teórico-prático na especialização dos profissionais para a atuação na APS no Sistema Único de Saúde (SUS). Ele também pretende demonstrar a inserção do farmacêutico na Residência Multiprofissional em Saúde, que ocorre nos mecanismos de Atenção Básica do Município de Marau há quase dez anos.

Histórico da profissão farmacêutica no Brasil

A construção histórica do farmacêutico na APS e suas fragilidades é, em boa medida, reflexo do perfil profissional preparado pelas universidades ao longo dos anos no Brasil. Ao olhar para o passado, é possível entender melhor por que a atuação desse profissional, ainda hoje, sofre reflexos das vivências passadas e, dessa forma, perceber a necessidade e a importância das residências multiprofissionais no âmbito da APS.

Antes da implantação da primeira escola de Farmácia no Brasil, existiam os práticos licenciados que atuavam nas boticas e tinham grande importância

social naquela época nas cidades brasileiras, uma vez que desenvolviam uma relação com os seus clientes para além da esfera comercial. No início do século XX, os medicamentos eram desenvolvidos nas próprias boticas, mas com o impulso ocorrido com a descoberta dos antimicrobianos, nas décadas de 1930 e 1940, novas metodologias foram incorporadas, crescendo a industrialização do setor. Logo, com o advento da industrialização e do medicamento moderno, a produção artesanal foi, aos poucos, substituída pela industrial, que era produzida em larga escala, o que transformou a farmácia em um estabelecimento meramente comercial. Nesse contexto, as farmácias de manipulação perderam seu espaço, uma vez que os medicamentos já chegavam prontos (ANGONESI; SEVALHO, 2010).

Ao observar o contexto histórico e refletir sobre a relação do farmacêutico com a saúde pública, é possível inferir que, no início do século passado, houve um redirecionamento da relação desse profissional com a população. O boticário, ou farmacêutico magistral, atuava na manipulação do medicamento de forma personalizada, com o paciente. Em contrapartida, o processo de padronização dos medicamentos colocou o medicamento como figura central, reduzindo a percepção da população em relação aos atributos de cuidado e vínculo do profissional farmacêutico.

O processo formativo do farmacêutico sofreu influência direta do processo de industrialização e necessidades do mercado. Em 1962, o Parecer n.º 268, de 27 de dezembro, do Conselho Federal de Educação, homologado pelo Ministério da Educação, determinou o currículo mínimo do curso de graduação de Farmácia e estabeleceu suas especialidades (MENDONÇA, 2017). Esse currículo favoreceu um ensino ministrado de forma fragmentada, tecnicista e pouco voltado à saúde pública. Em 11 de abril de 1969, o Conselho Federal de Educação editou a Resolução n.º 04, que dividiu o currículo mínimo, com disciplinas pré-definidas em três etapas: ciclo pré-profissional, ciclo profissional comum e ciclo profissional diversificado.

Mantinha-se a formação de Bacharelado em Farmácia, e as habilitações na modalidade farmacêutico-industrial ou farmacêutico-bioquímico (análises clínicas ou alimentos) (MENDONÇA, 2017). Esse modelo, fragmentado, perdurou durante décadas. Assim, não é difícil imaginar que essas novas habilitações podem ter contribuído, ainda mais, para a dificuldade no estabelecimento de uma identidade da atuação do profissional farmacêutico com a população. Além

disso, a formação essencialmente tecnicista e desvinculada de políticas públicas contribuiu para a “invisibilidade” do farmacêutico no contexto da APS.

A partir da criação da Lei n.º 9394/1996 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, foi extinto o currículo mínimo e criado o currículo pleno, entre outras determinações. Além disso, com a publicação, em 1998, da Política Nacional de Medicamentos (PNM), iniciou-se no meio estudantil e, posteriormente, em toda a categoria farmacêutica, inclusive nas instituições de ensino, a busca por modificações na educação farmacêutica brasileira. Contudo, somente em 2002 a Resolução do Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior (CNE/CES) n.º 02, de 19 de fevereiro, instituiu nova Diretriz Curricular Nacional (DCN) para o Curso de Graduação em Farmácia, com formação generalista, e estabeleceu a denominação de farmacêutico para seus egressos, extinguindo as habilitações criadas pela Resolução n.º 04/69 (MENDONÇA, 2017).

A DCN para o curso de Farmácia, em 2002, buscou uma formação profissional única (generalista), mas, principalmente, alinhada ao SUS e à Política Nacional de Medicamentos. Em relação a 1969, esse foi um grande avanço, já que as políticas públicas de saúde estavam influenciando a formação dos profissionais de saúde de acordo com a necessidade do SUS. Apesar disso, o processo de implementação da DCN ao longo do tempo enfrentou desafios, dificuldades de implementação e novas reflexões do processo formativo. O perfil do egresso ainda não supria totalmente as necessidades, especialmente as relacionadas à APS.

Recentemente, após ampla discussão das representações das categorias farmacêuticas, em 19 de outubro de 2017, com a Resolução CNE/CES n.º 06 (BRASIL, 2017a), foi publicada a mais nova Diretriz do Curso de Farmácia, com prazo de dois anos para sua instalação. O art. 3º dessa DCN descreve o novo perfil de formação do farmacêutico como alguém que tem uma formação centrada nos fármacos, nos medicamentos e na Assistência Farmacêutica de forma integrada com as análises clínicas e toxicológicas, em cosméticos e em alimentos, em prol do cuidado à saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Essa nova DCN de 2017 reafirma o farmacêutico enquanto profissional da área de saúde, e resgata sua identidade ao estabelecer que a área de medicamentos e a Assistência Farmacêutica são a formação central desse novo egresso. Apesar disso, possivelmente, será preciso mais de uma década para poder avaliar se os cursos

de graduação em Farmácia conseguirão formar um profissional adequado às reais necessidades do SUS.

O farmacêutico na Atenção Primária à Saúde

A Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998) reorienta, em uma de suas diretrizes, a Assistência Farmacêutica, de modo a que não se restrinja à aquisição e à distribuição de medicamentos. Tanto na Política Nacional de Medicamentos como na posterior publicação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004) há uma série de orientações em relação ao fortalecimento da Assistência Farmacêutica, dentre elas, a farmacoterapia, a promoção ao Uso Racional de Medicamentos (URM) e a farmacovigilância. A PNM diz que deverá ser dada especial ênfase ao processo educativo dos usuários (ou consumidores) acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, entre outros. Paralelamente, ela ainda enfatiza que essas atividades serão dirigidas aos profissionais prescritores dos produtos e aos dispensadores. Essa política preconiza que se deve promover, da mesma forma, a adequação dos currículos dos cursos de formação dos profissionais de saúde.

Como visto, historicamente, foi a Política Nacional de Medicamentos que possibilitou a mudança da DCN do curso de Farmácia, em 2002, apresentando um processo formativo mais alinhado aos desejos das políticas públicas do SUS. No entanto, apesar da demanda evidente, o processo de formação ao longo do tempo, como vimos, foi lento e aquém do desejado.

Nesse contexto, apesar das orientações da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, ainda hoje, de acordo com a última atualização da Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), aprovada pela Portaria n.º 2.436/2017, o profissional farmacêutico não está previsto na composição mínima das equipes de Saúde da Família, e tem a sua atuação, na maioria das vezes, voltada para a logística dos medicamentos quando inserido na saúde pública, uma vez que é o responsável pelo gerenciamento do Ciclo da Assistência Farmacêutica.

No entanto, o farmacêutico é um profissional que poderia estar vinculado ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB), que foi

a nova denominação do Nasf, após a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica no âmbito do SUS. No entanto, as equipes multiprofissionais deixaram de estar vinculadas às equipes Nasf-AB, em consequência do novo modelo de financiamento e de custeio da APS, além de os gestores passarem a ter autonomia na composição das equipes multiprofissionais, de acordo com as demandas dos territórios, definindo quais serão os profissionais, a carga horária e os arranjos, ampliando, assim, a composição mínima das equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica (BRASIL, 2017b; BRASIL, 2020).

Portanto, nessa nova conjuntura, a visão do gestor (e da população) em relação à necessidade, ou não, de ter uma equipe multiprofissional e, ainda, de ter (ou não) um profissional farmacêutico na equipe, gera uma lacuna de incertezas, especialmente em contraposição às orientações da Política Nacional de Medicamentos e da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Por isso, é de fundamental importância dar visibilidade às ações do profissional farmacêutico na equipe de saúde e, principalmente, na comunidade.

Dessa forma, a Residência Multiprofissional em Saúde, além do processo formativo em si, resgata a força da equipe multiprofissional, dá a visibilidade e a devida importância à atuação de profissionais como o farmacêutico no âmbito dos preceitos do SUS e no contexto da APS.

Residência Multiprofissional em Saúde: a inserção do farmacêutico no SUS

A Residência Multiprofissional em Saúde da UFFS tem como objetivo principal a especialização de profissionais de diferentes áreas que se relacionam com a área da saúde, por meio da formação em serviço, a fim de que os profissionais possam atuar em equipes interdisciplinares na Atenção Básica e na Gestão do SUS. Além disso, ela fornece elementos para o desenvolvimento de pesquisas, com o propósito de qualificar e aprimorar a análise, o enfrentamento e as proposições de ações que busquem a consolidação dos princípios e as diretrizes do SUS (UFFS, 2019). Diante desse contexto, a Residência Multiprofissional em Saúde da UFFS promove o ensino por meio da inserção dos profissionais residentes em atividades de campo e de núcleo em duas ESF do município de Marau que contemplam cenários de práticas em saúde com equipes experientes para a atuação integrada, proporcionando a formação

em serviço. Além da equipe mínima prevista pela Pnab, composta por médico (40 horas semanais), enfermeiro (40 horas semanais), técnico de enfermagem (40 horas semanais) e agente comunitário de saúde (40 horas semanais) (BRASIL, 2017b), estão inseridos nas equipes o cirurgião-dentista e o auxiliar em saúde bucal (20 horas semanais), o psicólogo (20 horas semanais), e algumas equipes com profissionais farmacêuticos (20 horas semanais), além de auxiliar administrativo (40 horas semanais) e auxiliar de limpeza (40 horas semanais).

As atividades dos residentes permeiam os saberes do núcleo e do campo diante do imprevisível cotidiano de fazer saúde na APS e, em busca de uma formação mais próxima, por meio da realidade vivenciada. Nesse contexto, o núcleo é percebido como um conjunto de conhecimentos que marcam a identificação de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, como um espaço de limites indeterminados, é o local onde cada disciplina e profissão encontram nas outras o apoio para exercer suas atividades teóricas e práticas (CAMPOS, 2000).

Diante de tais circunstâncias, os residentes vivenciam atividades de APS em toda a jornada semanal – nas atividades práticas, teórico-práticas ou teóricas. As atividades práticas são realizadas por meio da inserção do residente dentro das equipes de Saúde da Família, guiado pelo preceptor de campo e de núcleo que, conjuntamente com a equipe, realizam atividades diversas de promoção da saúde, prevenção de doenças e de recuperação, bem como redução de danos, cuidados paliativos e de vigilância em saúde, conforme orientações da Pnab (BRASIL, 2017b).

Na semana típica construída com cada residente, as atividades desenvolvidas dentro da ESF permeiam os saberes em saúde, de núcleo e de campo, uma vez que os residentes desenvolvem atividades específicas da sua área profissional e também do campo de atuação. Ao retratar a atuação dos residentes farmacêuticos, a prática profissional vivenciada na residência possibilita o desenvolvimento de ações no âmbito do cuidado farmacêutico, caracterizadas na Gestão Clínica do Medicamento, uma vez que desenvolvem atenção farmacêutica, intervenções farmacêuticas, seguimento farmacoterapêutico, avaliação da adesão à terapia farmacológica, identificação de Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM), além de ações no eixo da Gestão Técnica da Assistência Farmacêutica, que envolvem o gerenciamento dos medicamentos na farmácia da Unidade de Saúde, como a programação, o armazenamento, a avaliação e a dispensação, o

que garante o acesso e a promoção do URM e colabora para a melhoria da APS no SUS (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

No entanto, outras atividades são compartilhadas com outros núcleos do saber e com toda a equipe de saúde, como atividades de acolhimento à demanda espontânea, acolhimento multidisciplinar, consultas compartilhadas, vigilância em saúde, campanhas de imunização, realização de testes rápidos, monitoramento e controle de doenças específicas, busca ativa de usuários, educação em saúde, grupos de promoção à saúde, campanhas, controle social, por meio da participação dos Conselhos Locais e Municipal de Saúde, visitas domiciliares, discussão de casos clínicos e elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), dentre outras várias atividades desenvolvidas no cotidiano de fazer saúde na APS.

Ainda, semanalmente, são realizadas supervisões com cada residente e com a presença do tutor da Universidade, com o propósito de conduzir com êxito a formação, destacando aspectos positivos de atuação, bem como questões que merecem maior atenção por parte do residente, a fim de garantir a qualidade da construção profissional, pautados na ética e no compromisso com o fazer saúde na APS. Nos espaços de supervisão também são avaliados a rotina de cada residente, a percepção e o envolvimento em cada atividade prática, elencadas dificuldades, limitações, potencialidades e desafios, além de discutidos os casos clínicos específicos para a obtenção de uma melhor resolubilidade. Esse espaço semanal de supervisão é o momento de reflexão do sujeito em formação com os guias da teoria e da prática, com a intenção de compreender como está ocorrendo o processo de formação e suas implicações no cotidiano.

A formação dos residentes do núcleo da Farmácia, no segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde da UFFS, contempla estágios obrigatórios em locais de atuação importantes para aprofundar a especialização esperada na APS. Os locais de estágios são pontos estratégicos de atuação do profissional de saúde na APS e são redefinidos todos os anos, conforme avaliação dos campos de estágios pelos residentes anualmente, contemplando a carga horária de 200 horas. Na atuação do Núcleo da Farmácia são dimensionados os estágios na Farmácia do componente especializado, na Vigilância em Saúde, que compreende as Vigilâncias Sanitária, Epidemiológica, em Saúde Ambiental e em Saúde do Trabalhador, na Gestão em Saúde, no Serviço de Assistência Especializada (SAE) e no Centro de Atenção Psicossocial (Caps).

Além dos componentes práticos da formação da Residência Multiprofissional em Saúde, ocorre também uma complementação com atividades teóricas e teórico-práticas, realizadas pela atuação presente da Universidade em espaços de compreensão da construção histórica do SUS, seus princípios e diretrizes, políticas públicas de saúde, sejam elas de gestão ou assistência, e percepção da importância da APS na organização do SUS e cuidado em saúde. Também se destaca a elaboração das pesquisas em saúde, por meio do Trabalho de Conclusão da Residência (TCR), que objetiva realizar intervenções no âmbito das comunidades, das equipes ou da gestão em saúde, e, dessa forma, permite repensar os processos de trabalho e aprimorar o cuidado ofertado pelas equipes de Saúde da Família. Já os componentes teóricos que fazem essa reflexão são denominados Seminários de Campo, Seminários Integrados e Pesquisa em Saúde, Projeto de Intervenção e TCR.

Um dos espaços teóricos que permite aprofundar os conhecimentos do Núcleo Profissional da Farmácia na Atenção Básica são os seminários de núcleos, que ocorrem em cada semestre e possuem uma carga horária semestral de 39 horas para a formação dos residentes no âmbito mais específico de sua profissão. Os seminários de núcleos têm por objetivo desenvolver o conhecimento e a reflexão sobre a atuação do farmacêutico no SUS, principalmente na APS e na Saúde da Família, integrado nas equipes de saúde. Esses seminários são organizados em cada semestre, a partir de um encontro inicial com os residentes do núcleo, com o propósito de construir a formação associando os conhecimentos prévios daqueles que precisam ser mais explorados.

O espaço aborda temáticas importantes da área farmacêutica no contexto da APS, como a Política Nacional de Medicamentos, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, a inserção do profissional farmacêutico nas equipes de Saúde da Família, a Judicialização da Saúde, em especial dos medicamentos, os Componentes da Assistência Farmacêutica (Básico/Especializado/Estratégico), o Ciclo da Assistência Farmacêutica, a Relação Profissional-Usuário e Profissional-PreSCRitor, a Atuação do Farmacêutico na Saúde Pública, os Serviços Farmacêuticos, os Aspectos Éticos, a Farmacovigilância, os Medicamentos Essenciais, o Financiamento da Assistência Farmacêutica, a Comissão de Farmácia e Terapêutica, o URM e alguns aspectos relacionados à farmacologia, conforme

necessidades apresentadas pelos residentes, para embasamento de discussão de casos clínicos e também para a qualificação dos atendimentos e compreensão da farmacoterapia proposta.

Nos espaços de seminário de núcleo, em algumas oportunidades, para aprofundamento de determinada temática, são realizados convites a outros profissionais que atuam na saúde pública, ou possuem alguma correlação com a área, como ocorreu no encontro entre a Assistência Farmacêutica do Município de Marau e o Grupo Técnico de Apoio aos Municípios na Assistência Farmacêutica, do Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul, em 2019. Nesse momento, para além de qualificar os profissionais e os processos que estão envolvidos na Assistência Farmacêutica do Município, funcionou como uma importante atividade de formação profissional, ao abordar a presença do farmacêutico e sua importância na atuação de Políticas Públicas na área de medicamentos no SUS.

Nesse componente teórico, também são realizados encontros com todos os residentes, da Enfermagem, Farmácia e Psicologia, para a discussão de assuntos que competem a todos os núcleos, visando aperfeiçoar o conhecimento em algum aspecto conjunto, o que geralmente ocorre uma vez ao mês, com uma carga horária de 4 horas. As temáticas envolvidas são as mais diversas, como o Aconselhamento para Testagem Rápida, a saúde mental, a importância das notificações de doenças e agravos, práticas integrativas e complementares, entre outras, conforme demandas elencadas ao longo do semestre.

Outros aspectos que precisam ser destacados são as implicações causadas pela pandemia do novo coronavírus nos processos educacionais e na saúde no último ano. A formação em serviço precisou se reinventar, uma vez que as demandas em saúde eram crescentes e o ensino na modalidade presencial ficou suspenso por um longo período. As dinâmicas foram modificadas tanto na área da saúde como na educação, enquanto o princípio da APS, em especial da Saúde da Família, é a proximidade das comunidades com o serviço de saúde. Além do estímulo da participação dos usuários em atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças, as modificações estabelecidas precisaram incentivar o distanciamento e a não realização de encontros sociais.

Na educação, a interação da sala de aula entre residentes, professores, tutores e preceptores precisou ser alterada pelos encontros virtuais, solitários, em

frente às telas, que muitas vezes precisavam da compreensão de todos devido às dificuldades de conexões de rede e tecnologias. Mesmo com os desafios impostos, as modificações ocasionadas demonstraram que a proximidade em saúde precisava continuar acontecendo, ainda que fosse por meio de contato telefônico, e as interações em educação precisavam ser aprimoradas a fim de inserir a modalidade tecnológica do espaço virtual nos processos pedagógicos atuais.

Reflexões sobre o processo pedagógico do núcleo profissional de farmácia: potencialidades (e fragilidades) para a formação

O processo formativo do residente, no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, na área de concentração em Atenção Básica da UFFS, envolve três eixos do Programa, que não são independentes, mas complementares no processo de formação. O eixo transversal envolve os seminários integrados e a pesquisa em saúde, projeto de intervenção e Trabalho de Conclusão de Residência. O eixo transversal da área de concentração envolve o seminário de campo e Educação Permanente em Saúde com a equipe. O eixo específico da área profissional envolve a prática profissional, o seminário de núcleo e a supervisão. Nesse contexto, é importante fazer algumas reflexões sobre o processo pedagógico a partir do olhar específico do Núcleo Profissional de Farmácia, principalmente no tocante a elementos entre a prática profissional no campo, o seminário de núcleo e a supervisão.

É no dia a dia da prática profissional que “tudo acontece”. O preceptor constrói com o seu residente a semana típica, ou seja, a programação da semana para que as atividades desenvolvidas dentro da ESF contemplem uma formação com habilidades e competências do núcleo profissional de Farmácia, no âmbito da Atenção Básica. No entanto, é no seminário de núcleo que os residentes, o preceptor e o tutor se encontram para refletir sobre essas atividades, uma vez por semana, sob a luz de políticas públicas e fundamentos teóricos. Em outras palavras, é no seminário de núcleo que é respondido o seguinte questionamento: por que fazemos o que fazemos?

Reproduzir uma prática profissional do serviço não significa apropriar-se dos elementos teóricos e conceituais por trás dessa prática. Essas reflexões sobre o processo de trabalho profissional só são possíveis quando os conceitos teóricos, as

diretrizes e as políticas públicas deparam-se com a realidade prática do serviço, e suas contradições. Portanto, o que pode ser invisível para o trabalhador na rotina do serviço torna-se concreto para o residente, que, frente às dicotomias entre teoria e prática, naturalmente passa a ser um agente transformador, buscando contribuir com a redução dessa distância ou, alternativamente, compreendendo as dificuldades do serviço na implementação de algumas políticas.

Esse processo de aprendizado não ocorre somente para o residente. Ele implica na natural mudança de olhar do tutor e do preceptor na construção do conhecimento. O tutor, docente da Universidade, que colabora com os elementos teóricos para a discussão, não vivencia a realidade da prática profissional do campo e, portanto, passa a confrontar a teoria com a realidade e, até certa medida, entender as limitações e dificuldades dos serviços. Literalmente, o tutor passa a entender mais profundamente a frase: na prática a teoria é outra. O preceptor, da mesma forma, consegue se atualizar e refletir mais sobre o seu processo de trabalho e, em certa medida, contribui com a transformação do próprio serviço. Além disso, o preceptor pode oferecer o apoio necessário para o residente visualizar, no serviço, elementos das reflexões dos seminários de núcleo. Ainda mais complexo e transformador é esse processo de aprendizado entre residentes, preceptores e tutores na área de Farmácia, quando levamos em consideração que boa parte dos egressos dos cursos de graduação de Farmácia (incluindo os tutores) tiveram uma formação acadêmica com poucas vivências de atuação na APS historicamente falando.

Para que o seminário de núcleo, de fato, possa apresentar elementos que permitam um olhar crítico-reflexivo em relação à formação profissional ao longo da residência, há alguns aspectos importantes a serem observados na dinâmica da condução desse espaço de conhecimento: primeiro, todos os residentes de Farmácia, do primeiro e segundo anos, participam conjuntamente dos seminários de núcleo; segundo, a escolha dos temas a serem abordados ao longo do semestre deve ser coletiva, de acordo com as sugestões e necessidades dos residentes, preceptor e tutor; terceiro, e mais importante, é preciso priorizar temas relacionados ao contexto da prática profissional farmacêutica na APS.

Apesar de parecer óbvio, nem sempre o processo pedagógico transcorreu dessa forma. Algumas abordagens teóricas muito voltadas para medicamentos específicos, ou temas que estavam distantes da realidade do serviço, foram desvios

de rota, cujo redirecionamento ocorreu ao longo do tempo. Ainda em relação à seleção dos temas, é importante não engessar o cronograma, mas sim permitir eventuais necessidades de mudança de pauta a fim de discutir uma situação real trazida do campo, ou oportunizar falar de algum tema de interesse que tenha surgido na última semana.

Cabe ressaltar que, sob o ponto de vista pedagógico, temos incluído, no início do semestre, com a entrada dos novos residentes da Farmácia, o tema/atividade relacionado à Política Nacional de Medicamentos e à Política Nacional de Assistência Farmacêutica, para fins de homogeneizar os conceitos teóricos fundamentais sobre esse tema. Portanto, no seminário de núcleo de Farmácia, o “fio condutor” passa a ser a Política Nacional de Medicamentos e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, além de, evidentemente, estar sempre presente o contexto da Pnab. Assim, temas como URM, criação de Comissão de Farmácia e Terapêutica, Ciclo da Assistência Farmacêutica e Judicialização de Medicamentos são alguns exemplos das temáticas desenvolvidas, entre outras.

Outro aspecto importante do processo de ensino e de aprendizagem diz respeito ao uso de diferentes metodologias: na maioria das vezes, não há aula expositiva em função de serem apenas quatro residentes, de modo que a dinâmica é o diálogo e discussão dos temas. Para tal, podem ser utilizados vídeos curtos, ou a participação em uma *live* virtual de algum evento com tema de interesse.

Frequentemente, durante as discussões são detectadas necessidades de melhor entender um fluxo do serviço, ou o funcionamento de determinado setor. Nesse contexto, são realizados movimentos para buscar aprofundar esse conhecimento no núcleo profissional. Por exemplo, convida-se um profissional de um setor específico do Município que se deseja conhecer, ou mesmo um farmacêutico de outro Município que tenha um profundo conhecimento de uma área de interesse. Esse processo não engessado, orientado a partir de situações-problema do cotidiano do serviço e necessidades de formação demandadas pelos residentes e preceptor, contrasta com o processo de ensino “bancário” com aula expositiva, em que o conteúdo já está pré-definido e totalmente dominado pelo docente. Na dinâmica do seminário de núcleo o tutor atua como um facilitador do processo, com o preceptor, reconstruindo todo o conhecimento, a partir de novas perspectivas.

É justamente a dinâmica pedagógica do seminário de núcleo, de olhar para a realidade do serviço e refletir sobre o processo, que permite que esse espaço ofereça apoio indireto para outros elementos da formação da Residência Multiprofissional em Saúde. Exemplo disso é o desenvolvimento do TCR, em que o residente deverá realizar uma pesquisa-intervenção e, para isso, deverá fazer um diagnóstico de campo, identificando lacunas que poderiam ser passíveis de uma pesquisa-intervenção. O seminário de núcleo, indiretamente, por meio de discussões teórico-práticas do serviço, contribui para o amadurecimento do residente no entendimento geral do processo de trabalho e pode auxiliar indiretamente na identificação de demandas ou necessidades a serem exploradas como possíveis objetos de pesquisa-intervenção.

De modo oposto, um tema de determinada pesquisa-intervenção em andamento pode ser objeto de discussão no seminário de núcleo, caso seja de interesse do grupo. Da mesma forma, as atividades desenvolvidas dentro do eixo transversal, ou do eixo transversal da área de concentração, podem ser objetos de reflexões do seminário de núcleo no sentido de criar pontes de compreensão da atuação do farmacêutico na Atenção Básica.

A supervisão oferece, sob o ponto de vista pedagógico, um enorme potencial de enxergar “em tempo real” as fragilidades e as potencialidades da formação ao longo do tempo e, portanto, a possibilidade de (re)adequações das atividades desenvolvidas nos diferentes eixos, principalmente do núcleo profissional. Como a supervisão é um acompanhamento contínuo e envolve o tutor, o preceptor e o residente, além de questões relacionadas à resolução de fluxos de trabalhos no dia a dia, problemas de relacionamento interpessoal, de comunicação, entre outros, a supervisão permite, também, identificar a necessidade de fragilidades da formação que precisam ser trabalhadas, seja dentro de questões técnicas na prática do serviço, seja em questões teóricas que poderão ser abordadas no seminário de núcleo.

Outro olhar que precisa ser mencionado ao falar da importância do modelo de aprendizagem na vivência do serviço, especialmente para o farmacêutico, é aquele que permite que a equipe de saúde, a gestão municipal e a própria comunidade (re) conheçam a importância da atuação desse profissional na Atenção Básica. A esse respeito, sabemos que a invisibilidade do farmacêutico, por questões históricas já citadas, é minimizada pela atuação do residente nas atividades com a equipe de saúde e a comunidade, nas visitas domiciliares, na Educação Permanente, na participação no

Conselho Municipal de Saúde, entre outras. Portanto, as atividades desenvolvidas pelo núcleo profissional de Farmácia oportunizam um processo gradativo de mudança de percepção sobre o papel do farmacêutico como profissional da saúde e sua relevância para o URM e cuidado com a população, principalmente na APS.

Considerações finais

Diante do contexto apresentado, é possível inferir que a formação a partir da Residência Multiprofissional em Saúde, no núcleo da Farmácia, é singular para a inserção do profissional farmacêutico no SUS, a partir de uma construção pedagógica, para além da visão centralizada no medicamento. Além disso, é por meio da formação, ao longo dos dois anos da residência, que o profissional do medicamento passa a observar aspectos mais amplos do fazer saúde na APS, reconhecendo-se como um profissional de saúde capaz de auxiliar e aprimorar os processos de trabalhos, assim como a qualidade do cuidado em saúde ofertado, uma vez que os medicamentos passam a ser apenas instrumentos de trabalho desse profissional. A Residência Multiprofissional em Saúde também proporciona um conhecimento e uma atuação não vivenciada pelos farmacêuticos na sua formação acadêmica, permitindo uma visão integral dos sujeitos.

Por outro lado, ainda há muitos desafios e limitações a serem superadas na formação profissional de novos residentes. Dentre as limitações e dificuldades que envolvem a formação profissional, especialmente a de farmacêutico, está a necessidade de maior inserção e aprofundamento do residente em diferentes setores da assistência farmacêutica, que, no serviço, apresenta-se fragmentada.

Um grande desafio, ainda, é ampliar as atuações multiprofissionais para além de algumas atividades pontuais e/ou específicas de atuação conjunta a fim de, futuramente, adotar uma abordagem de atuação em saúde integrada do paciente no serviço como um todo. Outro grande desafio envolve conquistar a devida compreensão da gestão e de parte da população no que tange à importância do farmacêutico residente dentro da ESE.

Referências

ANGONESI, D.; SEVALHO, G. Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, supl. 3, p. 3603-3614, 2010. Disponível



em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000900035>. Acesso em: 28 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de medicamentos. Brasília, DF, 30 out. 1998. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 02 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.º 338, de 6 de maio de 2004**. Aprova a Política Nacional de Assistência farmacêutica. Brasília, DF, 06 maio 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html. Acesso em: 1º out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde; organização de Ananyr Porto Fajardo, Daniela Dallegrave**. Porto Alegre: HNSC, 2014. Disponível em: <https://ensinoepesquisa.ghc.com.br/images/RESIDENCIAMULTIPROFISSIONAL/coremu/LIVRO-RMS-2014.-10-anos-fazendo-e-pensando-em-ateno-integral--sade.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. **Resolução n.º 6, de 19 de outubro de 2017**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia e dá outras providências. Brasília, DF, 06 jan. 2017a. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=74371-rces006-17-pdf&category_slug=outubro-2017-pdf&Itemid=30192. Acesso em: 1 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 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). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 22 set. 2017b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica n.º 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 19 maio 2021.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mvLNphZL64hdTPL4VBjnrLh/?lang=pt>. Acesso em: 23 set. 2021.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. E.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, v. 2, n. 3, p. 41-49, set. 2011. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232011000300006&lng=es&nrm=iso. Acesso em: 24 set. 2021.

MENDONÇA, L. G.; FERREIRA, F. R.; LAROCQUE, L. R. Trajetória da Educação Farmacêutica e o Lugar da Deontologia e Ética na Formação Humanista: Uma Discussão Curricular. **Currículo Sem Fronteiras**, p. 458-484, maio 2017. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/25024>. Acesso em: 01 out. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. **Resolução n.º 10/CONSUNI CPPGEC/UFFS/2019**. Aprova o Regimento da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul. Chapecó: UFFS, 2019. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/atosnormativos/resolucao/consunicppgec/2019-0010>. Acesso em: 12 set. 2021.

PSICOLOGIA NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: PRECEPTORIA E TUTORIA NA ATENÇÃO BÁSICA

Sandra Mara Setti
Fabiana Schneider
Elisângela Mara Zanelatto
Fernanda Bertan
Priscila Pavan Detoni

Introdução

Este capítulo aborda os caminhos percorridos no núcleo de Psicologia na perspectiva de preceptoras e tutoras durante o processo de formação da Residência Multiprofissional em Saúde. Esse processo teve início em 2013, com o Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no município de Marau, viabilizando a interiorização dessa modalidade de formação em saúde no Rio Grande do Sul. Posteriormente, manteve relações de ensino com a Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – *campus* Passo Fundo, a partir de 2016 até o presente. O objetivo dessa Residência tem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) como balizadores na formação de psicólogas que atuam nas diferentes áreas do conhecimento na Estratégia Saúde da Família (ESF).

A formação em serviço que ocorre na Residência Multiprofissional toma o conceito de campo e núcleo, em que o núcleo demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional. O campo, por sua vez, é compreendido como espaço de limites imprecisos em que cada disciplina e profissão busca em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000). Dessa forma, os espaços pedagógicos destinados ao encontro de psicólogas visam fortalecer o núcleo profissional, pois entende-se que essa formação inclui caminhar junto, seja entre tutoria e preceptoria, seja com residentes, equipes e usuários(as), através de linhas cartográficas de afetos que dão sentido ao trabalho no território e à produção subjetiva, matérias-primas do saber-fazer em Psicologia (KASTRUP; PASSOS, 2013).

O trabalho em educação e formação para a saúde no território implica na produção do cuidado e da clínica ampliada, habitado por muitos(as), múltiplos(as) e singulares (MERHY, 2008). Por isso, abordaremos as Psicologias no plural, lembrando que todas têm seu viés social, no qual elas existem e resistem, por meio de muitas psicólogas, preceptoras, residentes e tutoras que passaram pela construção desse núcleo profissional de Psicologia, como as cinco autoras que trazem seus relatos neste texto.

O núcleo profissional da Psicologia teve muitos desafios na Atenção Básica em Saúde, ao precisar desenvolver capacidades de articulação interdisciplinar, utilizar ferramentas teóricas contextualizadas com a realidade e com a diminuição dos estigmas em relação ao cuidado em saúde mental e aos processos de exclusão social. Tais ações promovem a prevenção e a participação comunitária na busca de saúde e bem viver, e têm sido um importante pilar na vigilância de epidemias e situações emergenciais (RONZANI; RODRIGUES, 2006; SARTI *et al.*, 2020).

Portanto, este relato aborda a construção dos seminários e supervisões do núcleo da Psicologia, realizando um resgate histórico do processo vivenciado na transição entre o GHC e a UFFS – Passo Fundo, mantendo as equipes de ESF do Município de Marau como cenário de prática dessa formação. São descritas as temáticas que foram trabalhadas e que fundamentam a inserção profissional de psicólogas na Atenção Básica em Saúde e a metodologia dos encontros – que necessitou de adaptação devido à pandemia de covid-19.

Seminários de Núcleo da Psicologia

Os seminários de núcleo constituíram-se em importantes espaços para a apresentação e contato com técnicas e tecnologias específicas de cada núcleo profissional. As ações são voltadas para a atuação no SUS, com equipes multiprofissionais. Por meio dos encontros, oportunizou-se a reflexão sobre a inserção e o cotidiano do trabalho nas ESFs, possibilitando a troca de experiências com os demais profissionais da equipe, com os(as) usuários(as), permitindo a articulação entre a teoria e a prática.

Dentro do projeto pedagógico da residência, os núcleos possuem uma carga horária de duas horas semanais, com a presença de tutoria, preceptoria e residentes.

Os temas estudados fazem parte das demandas identificadas nas unidades de saúde, sendo o cronograma construído entre os(as) diferentes atores e atrizes do núcleo, bem como embasado nos movimentos e inquietações vivenciados no caminho.

No ano de 2013, com o ingresso da primeira turma de residentes, as atividades de núcleo foram iniciadas. Nesse período, o Programa de Residência estava vinculado ao GHC, ou seja, as propostas foram elaboradas por psicólogos(as), preceptoras e tutoras dessa instituição. No entanto, cabe destacar que, nos encontros de núcleo, as discussões disparadas pelos textos já definidos sempre buscaram aproximar-se das situações observadas e vividas no território regional, pois essas atividades ocorriam em Marau, incluindo duas residentes do Município e uma residente vinculada ao Município de São Domingos do Sul. A ementa dos encontros do núcleo de Psicologia era dividida em etapas que promoviam ciclos de debate sobre os temas apresentados no quadro a seguir:

Quadro 1. Programa do Núcleo de Psicologia elaborado por psicólogos(as) do GHC.

1. A importância da psicologia no SUS	O papel do psicólogo na Atenção Primária e no serviço de saúde; Políticas de Saúde Mental.
2. Objeto do trabalho do psicólogo: subjetividade e processo de subjetivação	Indivíduos; Grupos; Instituições.
3. A clínica psicológica na APS	Primeira Infância; Adolescentes; Adultos; Idosos.
4. Tecnologias na clínica ampliada	Visita domiciliar; Acompanhamento terapêutico; Apoio matricial; Abordagens de situações de crise; Clínica das Psicoses; Elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares.

Fonte: Elaboração das autoras (2021).

No ano de 2014, foram mantidas as mesmas propostas, porém com outros textos para qualificar a formação. As(os) residentes participavam de forma ativa

do processo, contribuindo com sugestões de textos e materiais (vídeos, visitas para conhecer experiências exitosas em saúde mental, palestras e seminários).

Nesse sentido, torna-se relevante ressaltar que apesar de o plano de ensino ter sido preestabelecido, especialmente para esses debates teóricos, foi possível, naquele momento, criar linhas de fuga e possibilitar aproximações com os acontecimentos da vida em tempo real. O aprender acontecia quando os(as) residentes, e também as preceptoras, conectavam e integravam os elementos vividos com os teorizados, atribuindo novos sentidos para questões inquietantes envolvidas na produção de cuidado. É interessante que a aprendizagem ocorria sem haver um momento específico, ou seja, elementos estudados nos espaços teóricos às vezes eram incorporados, apreendidos dias após, durante uma visita domiciliar ao usuário, por exemplo, ou em momento de supervisão. Esse tempo de aprendizado sem cobrança de resultados, ou seja, sem provas avaliativas, por exemplo, apresenta-se como um componente importante. Esses encontros de ensino estimulados pelas buscas e dúvidas cotidianas que permitiram, por vezes, a troca e a construção em conjunto, no encontro e no ato do cuidado vivo.

Ao possibilitar e vivenciar esses encontros de núcleo foi possível às preceptoras (visto que o contato vivenciado com os(as) profissionais da tutoria era mais escasso) pesquisar, discutir e refletir acerca de conceitos, abordagens e especificidades do saber e fazer psi. E, ao mesmo tempo, ao trocar experiências, bem como ao produzir orientações, quanto às cenas do cuidado no território, pode-se dizer que foi possível emprestar a si mesma como referência profissional como um modo de inspirar e estimular o seu processo formativo. Cumprindo, assim, com um dos objetivos esperados para a preceptoria e tutoria, que “visam discussões a partir da realidade a qual os residentes estão inseridos, integrando as inquietações do trabalho em ato com o que há de problematizador na literatura” (SANTOS FILHO; SAMPAIO; BRAGA, 2016, p. 143).

Ademais, esses primeiros passos de construção da Residência e da identidade do Núcleo da Psicologia exigiram esforço do grupo das preceptoras, assim como disponibilidade tanto externa quanto interna de investimento na construção da formação em saúde nos serviços. Assim, encontros para pensar e preparar os núcleos foram necessários. Muita leitura, releitura e pesquisa também, para, desse modo, possibilitar discussões pertinentes e estímulos a

novas aprendizagens e embasamentos para momentos de problematização com os(as) residentes e preceptores(as). Esse exercício de estudo e reflexão sobre a práxis, sem dúvidas, permitiu alcançar outro objetivo proposto pelo Programa de Residência: fomentar a Educação Permanente entre os(as) profissionais que habitam os serviços de saúde.

A partir de 2015, houve a transição para a residência da UFFS, sendo que havia a participação de duas residentes do Programa GHC e duas da UFFS. Esse período foi marcado pelo protagonismo das preceptoras e das residentes do segundo ano, que assumiram o compromisso em manter a proposta metodológica baseada na inclusão das diferentes vivências que compõem o núcleo da Psicologia. Esse espaço também foi composto por profissionais convidados(as), os(as) quais, por apresentarem experiência com relação às temáticas abordadas, agregaram conhecimento e proporcionaram importantes reflexões ao espaço do núcleo.

No ano de 2018, uma professora foi selecionada por meio de processo seletivo substitutivo, vindo a ocupar o cargo de tutoria. Em 2019, houve mudança de tutoria, também por meio de processo seletivo. Já em 2020, foi realizado preenchimento dessa vaga na Universidade via concurso público, sendo então efetuada nova tutoria para o núcleo de Psicologia. A inserção das tutoras nesse espaço formativo foi de grande importância para o estreitamento de laços e a construção de diferentes propostas de trabalho.

Pode-se, então, afirmar que a elaboração da proposta dos seminários de núcleo é uma aposta no processo educativo que se dá pela integração entre o ensino e o serviço, possibilitando às residentes de Psicologia vivenciarem ativamente a aprendizagem como construção de conhecimento, por meio da reflexão sobre suas próprias práticas. O ano de 2020 foi um ano atípico também para os núcleos da Residência, em virtude da pandemia pelo novo coronavírus, conforme abordar-se-á na sequência.

Supervisão de Núcleo da Psicologia

O espaço de supervisão do núcleo da Psicologia se constitui como ferramenta pedagógica à medida que preconiza o acompanhamento do itinerário construído pelo(a) residente. Além disso, permite ao(à) preceptor(a) e ao(à) tutor(a)

orientar o desempenho do(a) profissional no cenário de prática em consonância com os preceitos éticos da Psicologia. Compreende-se a supervisão como um processo amplo que envolve o estabelecimento de relações de confiança para que se viabilize um clima favorável para a aprendizagem e construção colaborativa, na busca de soluções para problemas apresentados no cotidiano de trabalho.

No início do Programa de Residência vinculado ao GHC, os espaços de supervisão aconteciam entre preceptoras e residentes, sendo preconizados encontros semanais com duração de uma hora. Porém, as preceptoras encontravam-se disponíveis para acolher as demandas das residentes no momento que fossem geradas e, aos poucos, foi se abrindo espaço para que essas novas colegas de profissão em formação no serviço fossem inseridas no cotidiano de trabalho das equipes de saúde.

Nas supervisões realizadas semanalmente, as residentes narravam suas experiências de atendimento individual aos(as) usuários(as) e, a partir desses relatos, os casos e cenas eram pensados, discutidos, permitindo maior entendimento do sujeito, e alinhamentos acerca da proposta de acompanhamento eram construídas. Ressalta-se que, nesses momentos, o papel das preceptoras foi de estimular a reflexão sobre a prática vivenciada por cada residente, buscando, ainda, estimular a articulação teórica e o aprimoramento técnico da clínica psicológica com ênfase na abordagem de orientação psicanalítica. Por mais que o entendimento clínico tenha sido tomado sob a perspectiva de um sentido mais restrito, *stricto sensu*, o olhar para esse sujeito sempre foi direcionado para uma visão integral e humanizada, orientando-se pelos princípios do SUS por meio da Clínica Ampliada em Saúde (ONOCKO-CAMPOS, 2012). Do mesmo modo, a aposta em espaços de supervisão que buscaram promover a coletividade e a construção da identidade do núcleo se tornou relevante à medida que possibilitou trocas, indagações e invenções de si como profissionais. Ainda, o estímulo ao protagonismo das residentes e a gestão compartilhada e coletiva da construção do itinerário dos encontros (sugestão de materiais como textos, filmes, imagens etc.) permitiram o desenvolvimento da autonomia, iniciativa, postura ética, capacidade de reconhecer e contextualizar situações vivenciadas e construir intervenções psicossociais. Habilidades e competências necessárias para que a atuação em Psicologia possa ser construída e voltada à garantia dos direitos humanos e do compromisso social.

Com a inclusão das tutoras da UFFS, os momentos de supervisão assumiram nova dinâmica. Além dos encontros semanais com a preceptoria, quinzenalmente passaram a contar com a presença da tutoria. Esse movimento oportunizou a ampliação das abordagens dos casos acompanhados e qualificou a atuação das psicólogas residentes nos cenários de prática profissional.

O fazer remoto e híbrido dos espaços de seminários de núcleo e supervisões na pandemia

A partir de 2020, a pandemia instaurou instabilidades e inseguranças em toda a população, especialmente como consequências de crises sociais, econômicas, ambientais e agravos significativos no âmbito da saúde mental. Esse cenário deflagrou o aumento dos adoecimentos psíquicos, muitas vezes endereçados mais para as psicólogas, especialmente na ABS, seja nas acolhidas, acompanhamentos e nas relações com a equipe e território. Isso fez com que a relação entre tutoria, preceptoria e residentes no núcleo de Psicologia necessitasse ser reorganizada, mantendo a sistematização de saberes que já vinham sendo acumulados para a promoção, recuperação e tratamento em saúde, somando outras referências sobre manejos terapêuticos adequados em situações de crise.

Amparamo-nos nas Diretrizes da Inter-Agency Standing Committee sobre Saúde Mental e Apoio Psicossocial em Emergências Humanitárias (IASC, 2020), retomamos as resoluções do Conselho Federal de Psicologia (CFP), principalmente no Código de Ética Profissional (Resolução CFP n.º 10/2005), bem como as recomendações para os atendimentos on-line, de acordo com a Resolução CFP n.º 11/2018, que dispõe sobre a prestação de serviços psicológicos por meio de Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs), inclusive para os espaços de supervisão e realização dos seminários de núcleo profissional de Psicologia. Assim, o espaço do núcleo e das supervisões esteve na modalidade telepresencial, no ano de 2020, e de forma “híbrida”, em 2021. Esse espaço de ensino remoto emergencial, desenvolvido nas plataformas do *moodle* e do *webex* da UFFS, permitiu trocas assíncronas e síncronas de atividades on-line propostas como estudos de casos e relatos de experiência das residentes, bem com supervisões e seminários de núcleo em horários que anteriormente aconteciam de forma presencial nas UBS e nas salas de aula.

Antes mesmo do advento da internet, Deleuze (2006) já trazia a dimensão das virtualidades, inclusive nas aulas presenciais, em que cada aluna se conectava com aquilo que lhe afetava, ou achava interessante, assim seguindo na forma remota, com outras possibilidades e capturas. Dessa forma, não buscamos relatar uma história fixa e absoluta, mas que está no presente, no processo de acontecimentos, de forma que pretendemos dar visibilidade aos movimentos feitos nesse núcleo de Psicologia pelas residentes, preceptoras e tutoras no transcorrer do tempo. Assim, o conceito atual-virtual nos permite um deslocamento do plano das formas para o plano das forças e processos, que traz um recorte do tempo, entre diferença e repetição, com suas incertezas e indeterminações no campo das virtualidades e das novas configurações associadas à atualização e criação de processos (DELEUZE, 2006).

Justamente nesse plano de criação coletiva na plataforma *webex* nos encontramos semanalmente, de forma on-line, para construir suporte de ferramentas teórico-práticas para a educação em saúde na área da Psicologia, a partir das demandas dos territórios das duas equipes da ESF, especialmente nos diferentes momentos de pandemia. Percebemos o aumento da valorização do SUS e dos(as) profissionais da saúde na linha de frente da pandemia, mas ainda percebemos uma negligência das mídias sobre o papel da porta de entrada da saúde na ABS, bem como em relação à sobrecarga de trabalho, à importância de cuidar das equipes, das famílias nos territórios, promovendo o cuidado em relação à contenção da propagação do vírus. Além de todas essas demandas, não se pode esquecer das doenças crônicas e das situações implicadas já existentes nos territórios, que traçaram nossas pautas, e como poderíamos buscar ferramentas para auxiliar nessa complexidade, que não desconecta da saúde mental.

Estudamos as recomendações para a organização da ABS no SUS para o enfrentamento da covid-19, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) para a equipe e usuários(as), bem como as orientações técnicas para a Psicologia realizar os atendimentos on-line e prestar suporte emocional. Discutimos sobre os limites e benefícios das ferramentas de telessaúde para o SUS e para a ABS, a partir de implementações que alcançaram resolutividade para a integralidade do cuidado no monitoramento de usuários(as) (SARTI *et al.*, 2020).

Apesar de nossos encontros de supervisões e seminários de núcleos acontecerem de forma on-line, as vistas peridomiciliares, os acolhimentos e

os atendimentos presenciais na ESF nunca deixaram de acontecer no formato presencial; diferentemente das atividades grupais, que estiveram a maior parte do tempo suspensas, de acordo com as normas sanitárias de distanciamento físico. Entre 2020 e 2021, tutora, preceptoras e residentes de Psicologia foram ativadoras de reuniões presenciais e virtuais com as escolas dos territórios para a disseminação de informações de educação em saúde, com foco em um retorno seguro e desenvolvimento de estratégias de saúde mental diante dos danos psicossociais e de aprendizado causados por um ano de ensino remoto emergencial. Evidenciou-se o aumento da demanda de crianças e adolescentes nos serviços, além da falta de suporte para as mulheres trabalhadoras e cuidadoras, principalmente em relação à educação infantil. Houve indicativo de aumento das violações causadas pelas violências intrafamiliares contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas e com deficiência, o que implicou diretamente no suporte das políticas públicas de educação, assistência social e justiça. Por isso, reunimo-nos no espaço de núcleo com a Rede Lilás, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), de forma remota, para fortalecer o enfrentamento às violações de direitos, que reverberam diretamente na saúde, especialmente na saúde mental.

Além disso, o ambiente on-line possibilitou ao núcleo trazer convidados(as) de outros locais para trocas de experiências, como das ações realizadas na pandemia com as Residências Multiprofissionais de Saúde da Família nos núcleos de Psicologia do município de Lajeado-RS, em 2020, e da residência em gestão da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, de Porto Alegre-RS, em 2021. Também permitiu Educação Permanente a distância com as equipes das ESF, organizada pelo núcleo, sobre orientações em saúde mental em relação às ideias e tentativas de suicídio na linha de cuidado articulada.

Todas essas ações com a rede socioassistencial e educacional implicaram em estudos, buscas bibliográficas ativas dentro do núcleo de Psicologia, sobre matricialidade em saúde mental, redução de danos e atuação em situação de crise e lutos (BRASIL, 2013; CREPALDI *et al.*, 2020). As residentes e as preceptoras depararam-se diariamente com demandas de conflitos intrafamiliares agravados pelo desemprego, insegurança alimentar, falta de acesso aos serviços, por parte de muitos(as) usuários, pela falta de internet para as aulas ou pedidos de auxílio

emergencial, lutos diante das perdas de entes por conta da infecção pelo vírus e também por falta de acompanhamentos de doenças crônicas. Assim, algumas residentes da Psicologia e preceptora vêm desenvolvendo trabalho com a Vigilância em Saúde, com famílias enlutadas, no ressignificar a elaboração das dores pelas vidas e pelos amores ceifados pela covid-19, com registros das histórias de vida das vítimas fatais do vírus no município de Marau, no Instagram (@memoriavivamarau). Também vêm realizando muitos acolhimentos e sensibilizações para o cuidado em saúde mental com as equipes, utilizando-se de espaços on-line para a disseminação de informações referentes aos serviços das ESFs e educação em saúde, o que pode ser visualizado nas redes sociais¹.

Assim, encontramos-nos entre as possibilidades reinventadas dos núcleos, que permitiram menor tempo de deslocamentos físicos, mas que nos capturaram pelo cansaço das telas e pela falta dos encontros e dos abraços, dos quais as palavras não substituíram o acalento do olho no olho no enfrentar as perdas que vivemos ao longo desse período. Gradativamente, os encontros de núcleo e supervisões tornaram-se híbridos, por meio do processo de vacinação iniciado pela linha de frente da saúde. Assim, perguntamo-nos: O que fizemos da pandemia e o que ela fez de nós? No núcleo de Psicologia da Residência Multiprofissional vêm se construindo profissionais implicadas e afetadas, que inventam formas vivas de resistência dentro de uma pandemia, apesar das instabilidades da rede, da internet, das incertezas sobre o futuro das residências, e das precarizações nos campos da saúde e educação.

Considerações finais: caminhos para a continuidade da Psicologia nas residências multiprofissionais

Ao longo do caminho desse núcleo de Psicologia, passaram pelos espaços 19 residentes, havendo desistência de cinco destes ao longo do processo. Destaca-se que as residentes vêm de diferentes regiões e universidades, o que permite uma pluralidade no ensino em serviço multiprofissional. Diferentes abordagens em Psicologia não precisam entrar em conflito, mas podem ser complementares para as resoluções amplas em saúde e podem ser construídas a partir da formação continuada de cada profissional.

¹ Para mais informações, consultar: <https://www.facebook.com/esfsaojoseoperario> e <https://www.facebook.com/esfsantaritamarau>.

Nesta retrospectiva, linhas de afetos e cuidados que fizeram essa composição entre preceptoria e tutoria, guiadas pela cartografia, percebemos a crescente valorização do SUS e das(os) profissionais da saúde, seja pela expansão das formações na região norte do Rio Grande do Sul seja pela interiorização das residências, bem como pelas condições emergenciais e pandêmicas em saúde. Porém, ainda temos que lidar com os estigmas na busca de tratamentos de saúde mental, com o aumento da exaustão e contaminações na linha de frente e com familiares das equipes, somados ao aumento da pobreza e o desinvestimento nas políticas públicas.

Nosso caminho curto e longo faz perceber a importância do fortalecimento do núcleo profissional da Psicologia e de campo. Há a necessidade de investimentos nas práticas interprofissionais colaborativas e nas ações coletivas com a comunidade, para potencializar as estratégias de cuidado existentes e vinculação com os territórios e usuários(as).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Caderno de Atenção Básica, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno34.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

CAMPOS G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mvLNphZL64hdTPL4VBjnrLh/?lang=pt>. Acesso em: 23 abr. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: CFP, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Psicologia**: uma profissão de muitas e diferentes mulheres. Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Resolução CFP n.º 011/2018. Regulamenta a prestação de serviços psicológicos realizados por meio de tecnologias da informação e da comunicação e revoga a Resolução CFP n.º 11/2012. Brasília: CFP, 2018. Disponível em <https://e-psi.cfp.org.br/wp-content/uploads/2018/11/Resolu%C3%A7%C3%A3o-Comentada-Docmento-Final.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

CREPALDI, M. A.; SCHMIDT, B.; NOAL, D. S.; BOLZE, S. D. A.; GABARRA, L. M. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de psicologia (Campinas)**, Campinas, v. 37, e200090, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/LRmfcnxMXwrbCtWSxJKwBkm/?lang=pt>. Acesso em: 13 abr. 2021.

DELEUZE, G. **Diferença e repetição**. Tradução: Roberto Machado e Luiz Orlandi. Rio de Janeiro:

Graal, 2006.

INTER-AGENCY STANDING COMMITTEE . Addressing mental health and psychosocial aspects of covid-19 outbreak. Version 1.5. IASC, 2020. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/world/interimbriefing-note-addressing-mental-health-and-psychosocial-aspects-covid-19>. Acesso em: 13 abr. 2021.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano Comum. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 263-280, maio/ago. 2013.

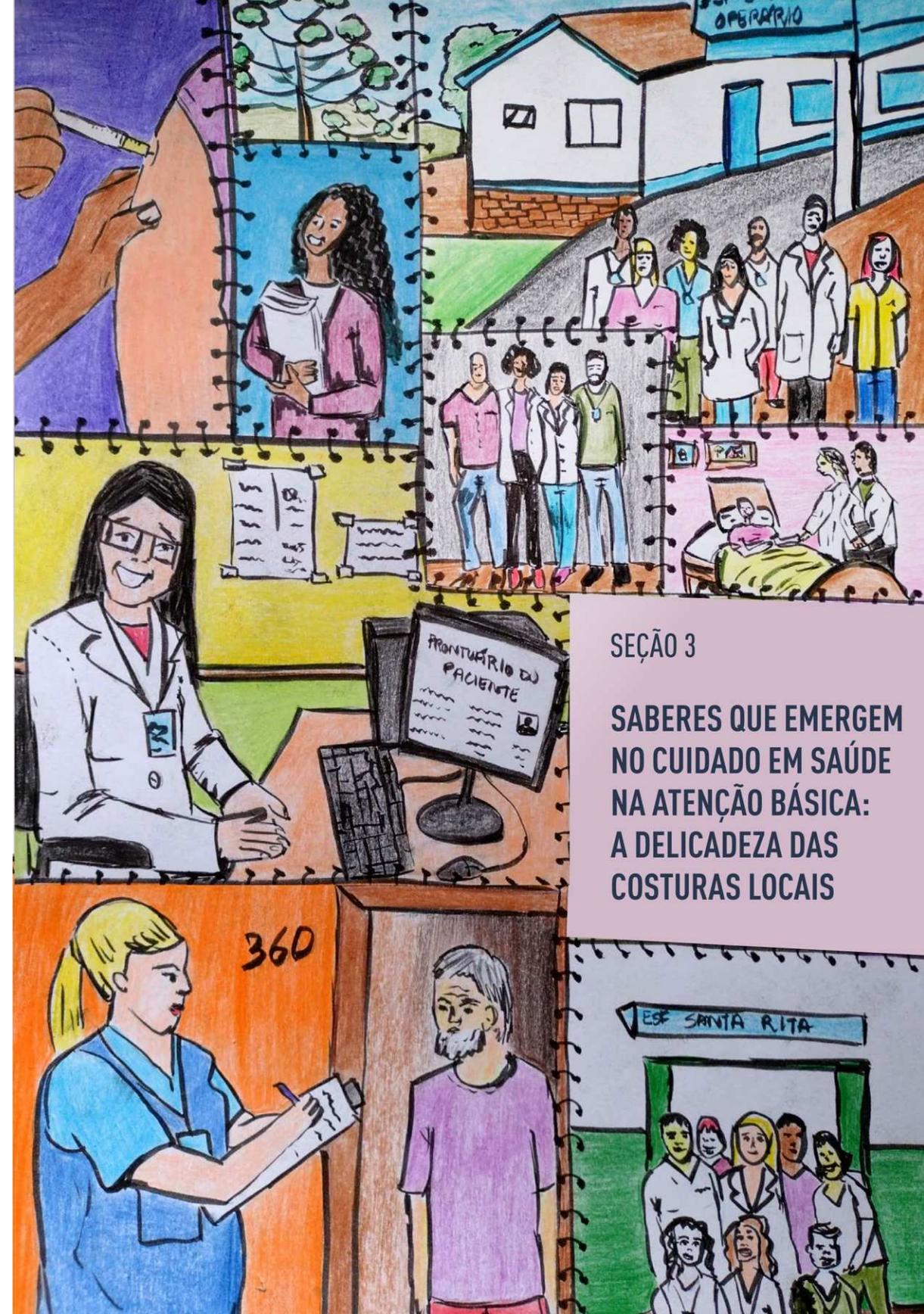
MERHY, E. Corpovida, mais um na multidão. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Gerência de Ensino e Pesquisa Corpovida: tecendo uma clínica contemporânea**. Organização: Luiz Ziegelmann, Cristianne Famer Rocha. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2008.

ONOKO-CAMPOS, R. **Psicanálise e Saúde Coletiva: Interfaces**. São Paulo: Hucited, 2012.

RONZANI, T. M.; RODRIGUES, M. C. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 26, n. 1, p. 132-143, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932006000100012&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 abr. 2021.

SANTOS FILHO, E. J.; SAMPAIO, J.; BRAGA, L. A. V. Avaliação de um programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade sob o olhar dos residentes. **Tempus: Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 10, n. 4, p. 129-149, 2016. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/2245/1714>. Acesso em: 14 set. 2021.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, e2020166, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000200903&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 mar. 2021.



SEÇÃO 3

SABERES QUE EMERGEM NO CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: A DELICADEZA DAS COSTURAS LOCAIS

INTERSETORIALIDADE NA PRODUÇÃO DE CUIDADO AO LUTO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19: MEMÓRIA VIVA MARAU

Fabiana Schneider
Bruna Fátima Gallina
Samantha Pimentel de Oliveira Stieven
Lisiane Elisabete Dall'Agnese

Introdução

*Se números frios não tocam a gente,
espero que nomes consigam tocar*
(BESSA, 2020)

A pandemia de covid-19 trouxe a perda imensurável de milhares de vidas ao redor do mundo. O impacto e a reminiscência dos efeitos dessa crise sanitária inauguraram uma espécie de luto coletivo, no qual enquanto sociedade e individualmente, vivenciamos a experiência da perda real e simbólica (DANTAS *et al.*, 2020). Com isso, colocou-se em evidência a importância da articulação de ações voltadas ao fortalecimento das redes de cuidado do Sistema Único de Saúde (SUS), sobretudo relativas ao campo da saúde mental. Os impactos desta crise nas dimensões psicológicas da população mostram-se relacionados, especialmente, ao sentimento de luto, impotência e estranhamento diante da repentina e devastadora ação do vírus, sucedendo num aumento de quadros psicopatológicos e de tratamentos psicofarmacológicos (GAMEIRO, 2020).

As mortes em decorrência da covid-19 têm afetado substancialmente a rede e as equipes de saúde, exigindo reformulações para um cuidado integral em saúde que acolham o sofrimento daqueles que adoecem e o luto daqueles que permanecem (CREPALDI, 2020). Nesse contexto, insere-se o presente trabalho, o qual propõe uma prática de cuidado voltada para a escuta, acompanhamento e acolhimento dos familiares que tiveram perdas em decorrência do vírus.

Enquanto necessidade ontológica a esperança precisa da prática para tornar-se concretude histórica, É por isso que não há esperança na pura espera, nem tampouco se alcança o que se espera na espera pura, que vira, assim, espera vã.

Paulo Freire

Considerando esse cenário, as Residências Multiprofissionais em Saúde destacam-se pelas diferentes possibilidades de atuação e cuidado integral à população. Criadas a partir da Lei n.º 11.129 de 2005, os programas de residência são orientados pelas diretrizes e princípios do SUS e devem atender às necessidades socioepidemiológicas, constituindo-se como modalidade de formação *lato sensu* sob a dinâmica ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2005). Nesse sentido, convocadas pela realidade impactada pela pandemia de covid-19, psicólogas integrantes do Programa de Residência Multiprofissional na Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul (PRMAB-UFFS) se mobilizaram para propor estratégias de enfrentamento e cuidado à população em situação de sofrimento psíquico e em processo de luto.

A experiência acontece por meio da articulação entre o PRMAB-UFFS e as pontas da Rede de Atenção à Saúde do Município de Marau-RS, tais quais Gestão municipal, Vigilância em Saúde e Estratégia Saúde da Família (ESF). Esse esforço coletivo deu origem ao Projeto Memória Viva Marau, o qual realiza busca ativa dos familiares enlutados, culminando na criação de um memorial on-line, disponível nas redes sociais Instagram e Facebook.

Pontua-se, nessa experiência, a vivência do grupo de psicólogas que vêm realizando visitas domiciliares com a finalidade de ouvir de forma atenta e cuidadosa o relato das histórias singulares, envolvendo o processo de adoecimento e morte em decorrência da covid-19. Durante as visitas, as famílias são estimuladas a relatar lembranças e características positivas de seus entes queridos, sendo esse um momento importante para o processo de elaboração do luto. A partir da escuta qualificada e técnica, descrita pela Política Nacional de Humanização (PNH) como facilitadora do acesso dos usuários às tecnologias adequadas às suas necessidades (BRASIL, 2013), as psicólogas compõem escritas poéticas e sensíveis que visam homenagear a memória e a história de vida de cada marauense vítima da doença.

Contextualização da ação

Na pandemia de covid-19, evidenciou-se que a atuação dos profissionais da saúde não pode se limitar à identificação do quantitativo de

casos e mortes, pois, além desses dados, é imprescindível o reconhecimento da existência de sujeitos singulares, providos de histórias e vivências marcantes em seus respectivos meios familiares e sociais. Nesse contexto, sobressai-se a relevância do trabalho intersetorial da Rede de Saúde do Município de Marau, Rio Grande do Sul, envolvendo Vigilância em Saúde, Gestão Municipal de Saúde, ESF e PRMAB-UFFS. A integração desses diferentes setores surgiu da necessidade de elaborar estratégias que pudessem viabilizar o acolhimento e a escuta dos familiares das vítimas de covid-19, resultando na criação do memorial on-line chamado Memória Viva Marau (2021). Atenta-se para a posição estratégica da Vigilância em Saúde num contexto de emergência de Saúde Pública e a presença do profissional da Psicologia como membro dessa equipe, o que facilitou a inserção de residentes na condução dessa ação, em âmbito municipal, constituindo-se como uma possibilidade de aprendizagem pautada no ensino em serviço.

O município possui 44.858 habitantes (IBGE, 2020) e se destaca pela Rede de Saúde organizada, a qual oferece 100% de cobertura de atendimentos à população pelas equipes de ESF. No período de março de 2020 a novembro de 2021, registrou-se o total de 7.662 casos positivos para a covid-19, que decorreram em 112 mortes (RIO GRANDE DO SUL, 2021). O impacto dessas perdas no município mobilizou para a criação de práticas de cuidado coletivo que culminaram no projeto Memória Viva Marau. Destaca-se a relevância desse trabalho intersetorial, compreendido como a relação entre saberes orientados para uma determinada prática, em prol da solução de problemas (JUNQUEIRA, 2000). A partir disso, ampliam-se as possibilidades de cuidado baseado nas percepções e vivências das profissionais envolvidas no Projeto.

Trilhas percorridas

É bom saber
Que és parte de mim
Assim como és
Parte das manhãs
(RAMIL, 1980)

Diferentemente da imagem de um trilho, uma trilha implica em construir o caminho ao caminhar. Provocadas pelo desafio de desbravar espaços e territórios na construção de uma rede de cuidado voltada ao processo de luto das famílias afetadas pela covid-19, partilhamos nesta trilha afetiva o trabalho que vem sendo realizado.

Inicialmente, a proposta foi apresentada à Gestão Municipal da Saúde e, após pactuação, fez-se contato com as equipes de ESF de todo o Município a fim de identificar os familiares de referência. Em seguida, foi realizada busca ativa desses contatos e proposto um momento de visita domiciliar, convidando os familiares a relatarem as histórias de vida, lembranças marcantes, afetos e vivências traumáticas relativas ao período de adoecimento e morte da vítima. A partir da escuta atenta e qualificada, foram elaborados relatos poéticos em forma de homenagens virtuais, as quais ficam disponibilizadas nas redes sociais do projeto (@memoriavivamarau). Quando identificadas a necessidade de acompanhamento psicológico ou dificuldades no processo de elaboração do luto, há o encaminhamento às equipes de ESF de referência. Em tempo, para que a divulgação dos nomes das vítimas fosse tornada pública, as famílias consentiram com a publicação assinando o Termo de Autorização de Uso de Voz e Imagem.

O material gráfico digital foi projetado e produzido pela equipe responsável pela ação. Os elementos escolhidos para a representação do projeto consistem na letra “M”, em alusão às iniciais comuns ao termo Memorial e ao nome do município de Marau, e, entrelaçada à letra, foi eleita a flor sempre-viva, devido ao seu simbolismo, uma vez que mesmo após colhida e seca, resiste ao tempo.

Figura 1. Logo do Projeto Memória Viva Marau.



Fonte: Arquivo de imagens produzidas pelas autoras (2021).

Figura 2. Flor sempre-viva símbolo do Projeto Memória Viva Marau.



Fonte: Arquivo de imagens produzidas pelas autoras; Poema de autoria Karla Celene Campos (2021).

No período de abril a novembro de 2021 foram visitadas 68 famílias que puderam compartilhar a experiência de vivenciar o luto durante uma pandemia, o qual também está sendo evidenciado pela literatura que compreende o tema da terminalidade, do luto e dos afetos enlaçados a esse período singular (CREPALDI *et al.* 2020; DANTAS *et al.*, 2020), os quais serão elucidados ao longo deste trabalho.

A articulação com a Atenção Primária à Saúde oportunizou o diálogo com as equipes acerca do processo singular existente na elaboração do luto, colaborando com o monitoramento de possíveis dificuldades psíquicas. Observou-se que a publicização das histórias e memórias nas redes sociais evocou a necessidade coletiva de um ritual simbólico envolvendo o despedir-se, mesmo que em uma perspectiva virtual.

A partir da movimentação nas redes sociais houve o interesse e divulgação do Projeto nas mídias locais, tais como rádios, jornais e site da Prefeitura. Com isso, evidenciou-se a virtualidade como ferramenta dialógica entre os familiares que, ao serem contatados, demonstraram a necessidade de um olhar sensível por parte dos gestores municipais. O alcance dessas ações sensibilizou a comunidade, a fim de ampliar a discussão sobre a natureza do luto e a necessidade do trabalho preventivo nessa temática.

Com a finalidade de apresentar o Projeto e promover a interação com as famílias enlutadas foi organizada uma *live*, pelo perfil do Instagram, com o tema: *Memórias Cantadas*. A ideia da equipe pautou-se em utilizar a música como recurso simbólico para embalar o encontro virtual e sensibilizar os participantes nesse intenso momento que impactou suas vidas. Contando com a presença de um músico convidado houve a escolha do repertório musical abordando a temática do luto. *Inumeráveis*, poema composto por Bráulio Bessa e musicado por Chico César, foi escolhido para a abertura do encontro virtual. Na sequência, o intérprete cantou *Estrela, Estrela*, de Vitor Ramil, mediando a abordagem quanto à forma com que as famílias vivenciaram os rituais do luto e a impossibilidade de despedida. A música *Ao fim de tudo*, de autoria de Duca Leindecker, remete à transformação da dor e sofrimento em saudades daqueles que partiram. No encerramento, conduzidos pela canção *Gostava tanto de você*, de Tim Maia, dialogamos sobre a elaboração do luto, suas singularidades e as profundas marcas que cada sujeito deixou na memória dos que ficaram.

Figura 3. Card de publicação da *live* Memórias Cantadas (@memoriavivamarau).



Fonte: Arquivo de imagens produzidas pelas autoras (2021).

Essas e outras formas de divulgação do projeto vêm contribuindo para a socialização do debate sobre o tema da morte e do luto na pandemia. Dessa forma, ampliam-se os espaços de inserção, fortalecendo a continuidade do trabalho realizado até o momento.

A realização dessa atividade aponta para a importância do desenvolvimento de ações que levem em conta as demandas do território, compreendendo o território como espaço vivo onde habitam pessoas que vivenciam afetos e que necessitam de espaços de acolhimento (LIMA; YASSUI, 2014). O percurso do Projeto Memória Viva Marau vem sendo construído mediante a persistência das profissionais que acionam as redes para sensibilizar os envolvidos e evidenciam a importância da intersetorialidade. Assim, a trilha do Projeto Memória Viva Marau vem sendo construída e traz, a cada passo do caminho, oportunidades de encontros e novas aprendizagens.

A singularidade do luto pela covid-19

Nem sei porque você se foi
Quantas saudades eu senti
E de tristezas vou viver
E aquele adeus, não pude dar
(MAIA, 1973)

Na obra *Luto e Melancolia*, Freud (1974) aborda acerca da dinâmica psíquica dos sujeitos, apresentando o luto como uma reação à perda do objeto investido de energia libidinal, isto é, a perda real de quem se ama. Esse processo pode ser expresso por meio do sofrimento, desânimo e abatimento, em que o desaparecimento do objeto investido provoca a perda de interesse em diferentes aspectos da vida. Para o autor, o processo de luto é elaborado quando o sujeito consegue transferir essa energia perdida para outros objetos de amor (FREUD, 1974). Tal fenômeno pôde ser observado durante o encontro com familiares que vivenciaram diferentes momentos do luto, considerando a singularidade da morte em decorrência do vírus da covid-19.

Além dos aspectos subjetivos que compõem o processo de luto, há uma implicação cultural e simbólica relacionada aos rituais de despedida, os quais foram impedidos pelos protocolos sanitários, principalmente no início da pandemia. A covid-19 instaurou a impossibilidade de se despedir das pessoas que amamos, desde o momento do adoecimento até a internação hospitalar, onde existe a necessidade de isolamento entre o sujeito contaminado pelo vírus e seus familiares (CREPALDI *et al.*, 2020). É possível perceber que a sensação de desamparo e desaparecimento é acentuada pela ausência de informações e contato com o familiar durante o cuidado hospitalar. Esse contexto gera o sentimento de inconformidade, que é potencializado no relato daqueles que atravessaram o árduo caminho da rápida evolução e agravamento dos quadros da doença.

Além disso, os familiares enfrentam dificuldades na realização de rituais coletivos de sepultamento, os quais “cumprem a função de um trabalho do luto, pois representam o objeto essencialmente perdido” (CONTE, 2020, p. 18). A limitação de pessoas e duração das cerimônias religiosas, o impedimento do contato afetivo devido ao risco de contaminação, o caixão fechado e a impossibilidade de ver pela última vez

o ente querido são alguns dos fatores que impedem a transposição da dor em saudade, isto é, impossibilitam o desfecho do luto em ressignificar a energia do objeto perdido em novos investimentos de vida (FREUD, 1974; CONTE, 2020).

Na execução do Projeto Memória Viva Marau, evidenciou-se a potência da escuta dos familiares enlutados. Ao propor um momento de acolhimento e resgate das lembranças e experiências afetivas, cria-se uma possibilidade de colocar em palavra a dor e a saudade. Como lembra Adichie, “o luto é uma forma cruel de aprendizado. Você aprende como ele pode ser pouco suave, raivoso. [...] aprende quanto do luto tem a ver com palavras, com a derrota das palavras e com a busca das palavras” (2020, p. 9). Logo, recuperar a memória é manter vivos em palavras aqueles se foram. A criação do memorial para as vítimas compõe essa perspectiva ao dar espaço para a poesia e os afetos por meio da escuta e fala dos familiares, os quais são convocados a relembrar a essência de vida das pessoas que perderam.

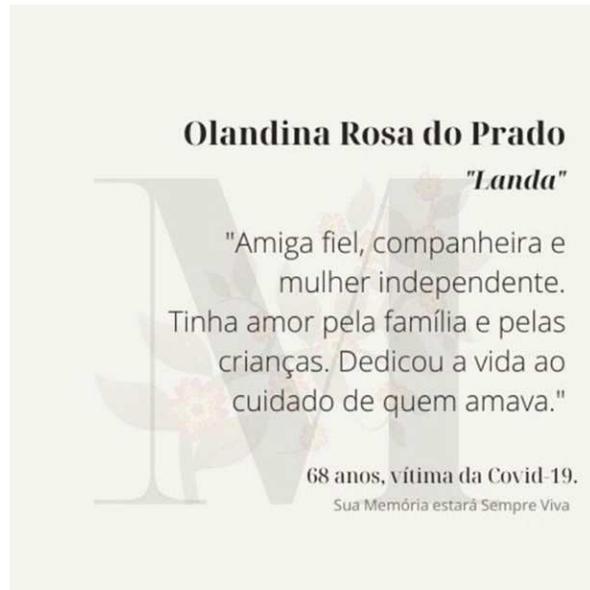
O esforço conjunto entre as psicólogas e os familiares em ilustrar essa vivência é expresso no conteúdo das postagens em forma de memorial virtual, com artes disponíveis nas redes sociais Instagram e Facebook (@memoriavivamarau):

Figura 4. Postagem do Memorial virtual Projeto Memória Viva Marau.



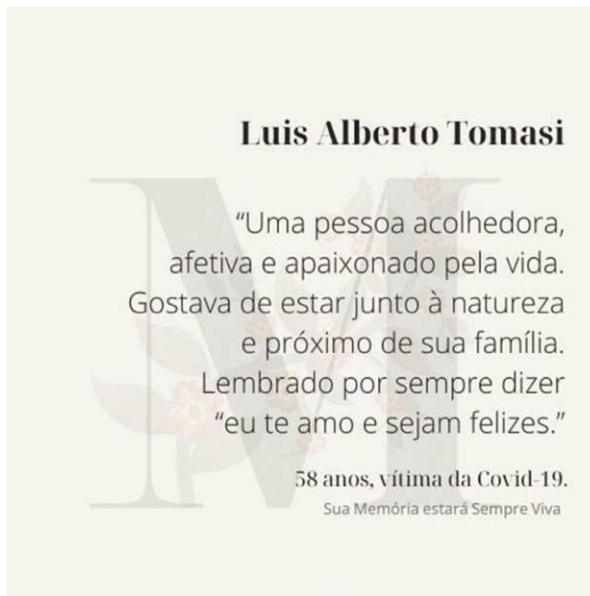
Fonte: Arquivo de imagens de autoria das profissionais responsáveis (2021).

Figura 5. Postagem do Memorial virtual Projeto Memória Viva Marau.



Fonte: Arquivo de Imagens de autoria das profissionais responsáveis (2021).

Figura 6. Postagem do Memorial virtual Projeto Memória Viva Marau.



Fonte: Arquivo de imagens de autoria das profissionais responsáveis (2021).

Considerações finais

Se alguém encontrou um sentido pra vida, chorou
Por aumentar a perda que se tem ao fim de tudo
Transformando o silêncio que até então é mudo
Naquela canção que parece encontrar a razão
Mas que ao final se cala frente ao tempo
Que não para a nossa lucidez
(Duca Leindecker, 2021).

A experiência de adentrar casas e acolher as dores e questionamentos das famílias em luto é um trabalho que exige sensibilidade, escuta qualificada e articulação da Rede de Saúde. No decorrer da realização do Projeto Memória Viva Marau, evidenciou-se a posição estratégica da intersectorialidade num contexto de emergência da Saúde Pública, sobretudo, através do investimento em ações inovadoras no campo da saúde mental. Também se destaca a importância do papel das residentes de Psicologia que, com seu potencial criativo e proatividade, assumiram em conjunto com a preceptora a coordenação dessa ação, reafirmando a importância da integração ensino e serviço como espaço de aprendizagem.

Considerando a formação do PRMAB-UFFS, pautada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, o qual prevê o cuidado integral e humanizado da população, pode-se afirmar que a condução do projeto atende a essas diretrizes, pois suas ações estão direcionadas à realidade e necessidades do território. Sendo assim, além de homenagear a memória das vítimas de covid-19, esse trabalho vem se caracterizando como importante espaço de escuta e acolhimento, tornando-se uma ferramenta na atenção integral à saúde.

A escolha pela modalidade virtual encontra-se implicada no reconhecimento das restrições impostas pela pandemia, mas que não anulam a necessidade da realização de rituais simbólicos essenciais ao processo de luto. O propósito do projeto vai além das postagens dos memoriais nas redes sociais, pois eles são uma via de acesso aos familiares enlutados e, portanto, de cuidado. A divulgação virtual do memorial vem mostrando-se uma potente estratégia de aproximação, sendo que seu caráter permanente permite a continuidade e abertura para novas ações de Prevenção e Promoção em Saúde Mental.

A realização desse trabalho sensibilizou a equipe envolvida desde o planejamento à execução, havendo implicação subjetiva e mobilização de afetos e angústias suscitadas a cada encontro, revelando assim a fragilidade e a inconstância da vida humana. Ressalta-se a responsabilidade ética dessa intervenção no contexto do luto, pois aborda aspectos biopsicossociais, culturais e de compreensão do singular processo de saúde e doença.

Busca-se dar continuidade ao Projeto investindo em sua divulgação e alcance, com o objetivo de fortalecer a rede de cuidado voltada para as famílias afetadas pela pandemia. Destaca-se que lembrar é manter a memória viva, significar e dar nome aos números, transformando-os em experiência afetiva diante de um contexto marcado cotidianamente pela morte.

Referências

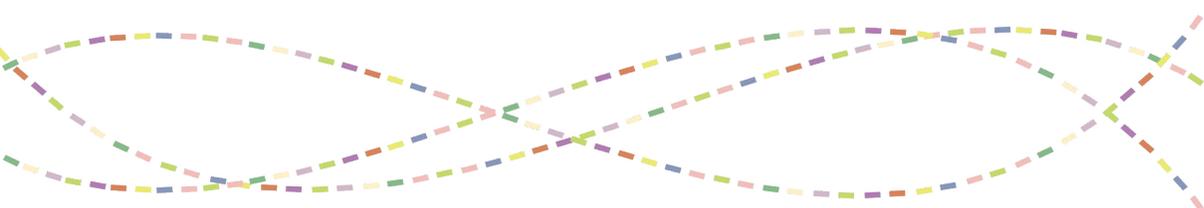
- ADICHIE, C. N. **Notas sobre o luto**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.
- BRASIL. Casa Civil. **Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis n.ºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF, 30 jun. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/11129.htm. Acesso em: 28 nov. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização - PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 03 nov. 2021.
- CARVALHO, L. “Inumeráveis”, do cordelista cearense Bráulio Bessa. **Diário do Nordeste**, 24 maio 2020. Disponível em: <https://diariodonordeste.verdesmares.com.br/verso/leia-na-integra-o-poema-inumeraveis-do-cordelista-cearense-braulio-bessa-1.2248744>. Acesso em: 27 ago. 2021.
- CONTE, B. S. O trabalho do luto e os ritos coletivos. **Revista de Psicanálise**, v. 17, n. 2, dez. 2020.
- CREPALDI, M. A.; SCHMIDT, B.; NOAL, D. S.; BOLZE, S. D. A.; GABARRA, L. M. Terminalidade, morte e luto na pandemia de COVID-19: demandas psicológicas emergentes e implicações práticas. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 37, jun. 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/43734>. Acesso em: 27 ago. 2021.
- DANTAS, C.; CASSORLA, R. O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 3, n. 23, jul./set. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlpf/a/SgtgR9xSwqBSYjr5Mm3WSwG/?lang=pt#>. Acesso em: 27 ago. 2021.
- FREUD, S. **Luto e Melancolia**. Edição Standard Brasileiras das Obras Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1974. v. XIV.
- GAMEIRO, N. Depressão, ansiedade e estresse aumentam durante a pandemia. **Fiocruz**, Brasília, 13 ago. 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.com.br/depressao-ansiedade-e-estresse-aumentam-durante-a-pandemia/>. Acesso em: 04 nov. 2021.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades e Estados**. Marau. IBGE, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/marau.html>. Acesso em: 27 ago. 2021.
- JUNQUEIRA, L. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, nov./dez. 2000.
- LIMA, E. M. F. A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde em Debate** [on-line], v. 38, n. 102, p. 593-606, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/QbbzS8wB6xFWrmKHPKCNRMb/?lang=pt>. Acesso em: 08 nov. 2021.
- MEMÓRIA VIVA MARAU. Memória Viva. Marau, 6 maio 2021. Instagram: @memoriavivamarau. Disponível em: <https://www.instagram.com/p/COiegwZH4Gj/>. Acesso em: 1º out. 2021.
- SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Painel Coronavírus RS. **SES/RS Coronavírus**, 1º out. 2021. Disponível em: <https://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>. Acesso em: 02 out. 2021.



ARTICULAÇÃO EM REDE ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: O ESTÁGIO NA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Bárbara Kawana Haupt Santos
Sandra Mara Setti
Priscila Pavan Detoni

Introdução



A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a saúde mental como “um estado de bem-estar no qual um indivíduo percebe suas próprias habilidades, pode lidar com os estresses cotidianos, pode trabalhar produtivamente e é capaz de contribuir para sua comunidade” (OMS, 2018). Dessa forma, pode-se dizer que a saúde mental está relacionada à nossa capacidade coletiva e individual, indo muito além da ausência de transtornos mentais ou deficiências. Entre seus determinantes e condicionantes encontram-se múltiplos fatores – sociais, psicológicos, biológicos, econômicos, ambientais, entre outros. Assim, o cuidado em saúde mental perpassa pelos princípios da universalidade, integralidade e equidade ao considerar o sujeito em sua complexidade biopsicossocial e espiritual. Esse cuidado envolve ações de proteção e de promoção da saúde física e mental, mas também a prevenção de agravos e o tratamento às pessoas que já se encontram em sofrimento emocional crônico.

As políticas de saúde mental e atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS) estão relacionadas diretamente ao processo das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, com a conjuntura da transição democrática no país. O termo “Reforma Psiquiátrica” (RP) começou a ser utilizado na área da saúde, no Brasil, no mesmo período do termo “Reforma Sanitária”, no final dos anos 1980 para 1990. Todavia, as primeiras ações relacionadas à assistência psiquiátrica brasileira aparecem nos anos 1970, ocorridas devido à indignação de profissionais recém-formados ao se depararem com um cenário de violência psiquiátrica, bem como

a violência de um estado autocrático. Inicialmente, os movimentos de luta deram-se por trabalhadores da saúde mental, usuários e familiares, contra a violência, a discriminação e a segregação.

Posteriormente, o Movimento da Luta Antimanicomial acabou sendo fortalecido também pelo fato de englobar tratamentos humanizados e primar pela extinção das instituições e concepções manicomiais. Nesse contexto, a RP refere-se às estratégias de desinstitucionalização como um processo amplo e complexo, orientando a reforma de serviços e de tecnologias de cuidado, mas não se limita somente a esse aspecto, pois tem ênfase na construção de um outro lugar social para a loucura em nossa sociedade, trabalhando o cuidado em saúde mental dentro de uma perspectiva comunitária e em rede, com estratégias políticas, sociais e culturais (AMARANTE; NUNES, 2018).

A RP brasileira é compreendida no contexto de um processo político-cultural e, para atingir seus objetivos, aproxima-se da Estratégia Saúde da Família (ESF). Dentre as diretrizes nacionais de saúde, a Saúde da Família é referida como estratégia para a organização de todo o sistema de Atenção Básica à Saúde (ABS). A transformação dos olhares, saberes e práticas no cuidado em saúde mental envolve diversos atores sociais e necessita de relação próxima com a comunidade, construção de vínculos, reconhecimento da família como estrutura no cuidado, e o conhecimento do território para poder intervir nele. Essas são características potenciais da ESF e podem contribuir para cuidados alternativos à internação psiquiátrica e medicalização dos transtornos mentais (SOUZA *et al.*, 2012).

A ESF surgiu em 1994 (na época, denominada de Programa Saúde da Família) com o objetivo de redesenhar a assistência em saúde. Isso implica em passar de um modelo de cuidado centrado no saber médico, na doença e no indivíduo, para um cuidado voltado ao território e às famílias, à promoção, à proteção, à recuperação da saúde e ao alcance dos princípios do SUS. A ESF conta com os atributos essenciais da ABS, que são a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, e também com os atributos derivados, tais como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural. Os atributos da ABS orientam a relação de cuidado oferecida pela ESF aos usuários e, desta, com outros pontos da rede, o que pode favorecer a integralidade do cuidado em saúde mental de acordo com os objetivos da RP (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

A partir do pensamento crítico da RP com relação à institucionalização dos transtornos mentais, surgiu a perspectiva de práticas inovadoras. Essas práticas envolvem serviços e iniciativas que podem abarcar outras dimensões do cuidado em saúde mental como moradia, trabalho, renda, lazer, cultura, ressocialização etc. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) fazem parte dessa perspectiva, e foram criados com função alternativa ou intermediária à hospitalização e ao formato de atendimento centrado em consultas para a renovação de receitas ou ao parco auxílio psicoterápico (AMARANTE; NUNES, 2018).

O CAPS, por sua vez, atua em parceria com a ESF como corresponsável pelos usuários, como um serviço especializado em saúde mental no atendimento preferencial a casos mais graves. Seu papel consiste em dar suporte e apoio matricial aos profissionais da ABS e ampliação das ações ofertadas, além da função de regular as internações psiquiátricas com a Coordenadoria em Saúde (BRASIL, 2013). De acordo com as Portarias n.º 336/2002 e n.º 3588/2017, os CAPS atuam como serviço ambulatorial de atenção diária, funcionando segundo a lógica de cada território. Eles estão divididos em CAPS I, II, III, IV, CAPSi (infantojuvenil) e CAPSad (álcool e outras drogas), de acordo com o nível populacional do município.

Na perspectiva de formação em serviço, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da área de concentração em Atenção Básica, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), no *campus* Passo Fundo, junto ao campo de prática na ESF em Marau-RS, reconhece a importância da saúde mental na formação multiprofissional e interprofissional. Dessa forma, os três núcleos profissionais da Enfermagem, Farmácia e Psicologia têm realizado estágios obrigatórios de, no mínimo, 40h no CAPS I do município de Marau. Além disso, o núcleo da Psicologia ainda tem possibilidade de estágios obrigatórios também em outros dois CAPS do município de Passo Fundo – CAPSad e CAPSi.

Dado o exposto, afirma-se que este capítulo tem por objetivo apresentar reflexões sobre o fluxo e a articulação entre a ABS e a atenção especializada em saúde mental de Marau por meio de um relato de experiência e da análise de implicação no estágio obrigatório da primeira autora, orientado pelas demais autoras por meio de preceptoria e tutoria. As ponderações dão-se, aqui, por meio dessa experiência da residente de Psicologia do já referido Programa de Residência Multiprofissional.

A inserção na rotina do serviço por meio da implicação

Os(as) residentes, na condição de estudantes e profissionais de saúde, podem favorecer seus locais de atuação e de estágio com reflexões sobre a prática profissional, principalmente por meio da análise de implicação. Essa análise é uma ferramenta que faz parte da análise institucional e que possibilita assumir o olhar de observador(a) não neutro(a), propondo-se a contribuir efetivamente com os problemas do local, normalmente por meio de instrumentos teórico-metodológicos em prol dos objetivos existentes no grupo em que sua ação vai debruçar-se durante a pesquisa ou estágio temporário (PAULON, 2005). Esse processo faz parte do que se compreende como a construção das práxis – reflexão sobre a prática; ação mais reflexão. No caso deste relato, a residente que realizou o estágio obrigatório nesse “entre” ensino e serviço, e “entre” os dois pontos da rede – ESF e CAPS I –, favorece a construção da Educação Permanente, da multiprofissional e da interprofissional, exercendo a prática profissional e avaliando “com” o outro e “com” os serviços.

O estágio foi realizado no contexto de pandemia de covid-19, no período de 31 de maio a 14 de junho de 2021, totalizando 64h. Nesse período, todos os serviços possuíam alterações em sua atuação, de acordo com as normas sanitárias. Dessa forma, a experiência do estágio permitiu refletir sobre a ação compartilhada e colaborativa da ESF e do CAPS I para a adaptação e superação das necessidades apresentadas nesse contexto pandêmico.

O município – campo de prática profissional da residência – possui 100% de cobertura por parte das ESF, tendo um total de 12 unidades de saúde. Ele conta também com um Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e com o Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS). Além disso, o CAPS no qual o estágio foi realizado é da modalidade tipo I, devido ao município ter uma população que se situa entre os 20.000 e 70.000 habitantes (mais de 36.000 habitantes).

Este relato de estágio foi escrito por meio da análise de implicação, das observações e do acompanhamento das atividades realizadas no serviço. A equipe do CAPS I, no momento da realização do estágio, contava com uma assistente social (30h), um auxiliar administrativo estagiário (30h), uma auxiliar de limpeza (40h), três médicos(as) psiquiatras (dois com 20h cada, e um(a) contratado(a)

para organizar e realizar o apoio matricial), dois psicólogos(as) (40h e 20h) e um técnico(a) de enfermagem (40h). A equipe possui também uma profissional da enfermagem (40h), que, no momento do estágio, estava afastada devido a um(a) familiar estar com covid-19.

As atividades acompanhadas durante esse estágio foram as seguintes: acolhimentos e atendimentos individuais aos(as) usuários(as) da ESF e seus familiares; abertura e acompanhamento de processos de internações psiquiátricas (voluntária, compulsória e em casas terapêuticas); realização de testes rápidos para cocaína e maconha; organização da agenda dos profissionais; registros em prontuários eletrônicos dos(as) usuários(as); reunião e discussão de casos com a rede; e reunião semanal da equipe CAPS I, sendo que as atividades grupais e a oferta de refeições coletivas estavam suspensas em decorrência da pandemia.

Estar na condição de residente, atuando na ESF/ABS e realizando o estágio no CAPS I, favoreceu olhar para ambos os serviços com a visão do “entre”, do dentro-fora e do fora-dentro. Isso proporcionou também pensar em ambos os papéis, funções e relações desses locais, assim como ampliar o olhar, reconhecendo potencialidades, necessidades, faltas e caminhos para ações coletivas. Estar nesse “entre” permitiu reconhecer o desejo tanto da ABS quanto do CAPS I em cuidar dos(as) usuários(as) e realizar um bom trabalho, embora, por vezes, eles deixem de trabalhar de forma articulada e compartilhada, como pressupõe o apoio matricial (CHIAVERINI, 2011).

A ESF preocupa-se em acolher os(as) usuários(as) em saúde mental e em dar o suporte necessário, e, quando avaliada a necessidade, ela encaminha os(as) usuários(as) a outros serviços e segue monitorando os casos de maior risco. Porém, percebe-se que a ABS aciona outros serviços somente quando existem situações específicas que fogem de seu alcance, de modo que nem sempre solicita aos serviços que planejem e pensem de maneira conjunta os casos de saúde mental, a fim de compartilhar o cuidado e ampliar a resolutividade das demandas.

O CAPS I, por sua vez, considera que a ESF encaminha um número significativo de usuários(as) em situações de uso de drogas, transtornos mentais graves, com demanda de avaliações psiquiátricas e internações, como se esses(as) usuários(as) fossem responsabilidade exclusiva desse serviço especializado. Portanto, o papel e função de apoio matricial em saúde mental

precisa ser revisto, inclusive em casos mais graves, de forma a qualificar a ABS na condução e/ou acompanhamento compartilhado, com o intuito de compartilhar a responsabilidade pelos(as) usuários(as) e suas famílias, seja nos territórios de atuação das ESF ou em outros espaços de intervenção desse cuidado especializado, como no CAPS ou em internações.

Assim, observa-se a necessidade das ESF em compreenderem qual apoio podem demandar e compartilhar com o CAPS I, bem como a importância de esse serviço entender a relevância de receber e disseminar ações de Educação Continuada para fortalecer o desenvolvimento e o empoderamento de sua função, principalmente ao cumprir o apoio matricial no dia a dia da prática profissional diante das situações ou casos encaminhados, visto o aumento das demandas em saúde mental diante da pandemia e suas repercussões (SARTI; LAZARINI; FONTENELLE; ALMEIDA, 2020).

Denota-se, nesses dois serviços, a postura de referenciar e contrarreferenciar os(as) usuários(as) na rede. Entretanto, há falhas na comunicação desses processos para a adesão às propostas de cuidado. A construção de um Plano Terapêutico Singular (PTS) de cada caso exige o envolvimento das partes – usuário(a), familiares, profissional e equipe de referência e outros atores/atrizes da rede –, especialmente no território. É importante que essa comunicação seja realizada para além das tecnologias duras, ou seja, dos prontuários eletrônicos, ou de um simples repasse de informações à equipe de referência. Para tanto, utilizamos como orientador das discussões o conceito de tecnologias em saúde, amplamente discutido na teoria de Merhy (2014), que aborda as tecnologias leves e leves-duras como proposta do acolhimento enquanto postura profissional em rede de um cuidado orientado para e pelo(a) usuário(a), o que demanda tempo e investimento.

O PTS tem como orientação ter um profissional de referência responsável por cada caso, favorecendo seu acompanhamento. É necessário, então, que tanto a equipe da ESF como a do CAPS I compreendam a importância de uma comunicação voltada às tecnologias leves, voltadas ao fortalecimento do vínculo no cuidado compartilhado para que o(a) usuário(a) e sua família não se percam no caminho do encaminhamento. Trabalhar os papéis e responsabilidades dos serviços mostra-se, assim, de extrema importância para melhorar a articulação e a condução dos fluxos de cuidado compartilhados. A ESF, ao não conseguir

acompanhar todos(as) os(as) usuários(as) de sua área adstrita que fazem tratamento no CAPS I, acaba esbarrando em entraves que impedem desenvolver plenamente suas atribuições. Portanto, esse acompanhamento longitudinal do(a) usuário(a) deve ocorrer independentemente do lugar ou do nível da rede em que ele(a) necessita de cuidado, seja na baixa, média ou alta complexidade do SUS. Por isso, o vínculo deve ser central para guiar a integralidade do cuidado através da coordenação do cuidado e da orientação familiar e comunitária para acompanhar o(a) usuário(a) e sua família, reconhecendo suas necessidades e possibilidades.

Todo CAPS tem como papel a responsabilidade de realizar o apoio matricial em saúde mental para os profissionais da ABS (CHIAVERINI, 2011). Porém, durante o estágio foi percebido, no CAPS I, que o apoio matricial vinha sendo realizado a partir da contratação terceirizada de uma assessoria que nem sempre estava incluída na rede psicossocial do município e que era composta por psiquiatras, que realizavam o apoio matricial às 13 unidades de ESF do município, em 2020 e 2021, sendo que depois do início da pandemia esse apoio ocorreu de forma remota.

A residente, como parte da equipe da ESF, acompanhou a implementação e o desenvolvimento das atividades realizadas por essa assessoria em apoio matricial também na ABS. Inicialmente, foi exemplificado a todos os envolvidos como ocorreria o matriciamento e a organização de seu fluxo por meio de um documento que as ESF preencheram nos casos de os(as) usuários(as) precisarem passar por avaliação psiquiátrica. O documento estava composto pelos dados do(a) usuário(a) e dados sobre sua história pregressa em âmbitos familiar, social, clínico e uma hipótese diagnóstica. Essa assessoria realizou com as equipes das ESF três ou quatro educação permanentes sobre transtornos de humor, de personalidade e prevenção ao suicídio; toda a equipe das ESF participava. Os temas foram escolhidos a partir das demandas levantadas no serviço do CAPS I.

O matriciamento, acompanhado pela residente autora deste texto, retomou as ações na metade de 2020, quando ocorria com periodicidade mensal, durante o horário de funcionamento das ESF, tendo a duração de aproximadamente uma hora e meia, além de ser realizado on-line (esse processo era conduzido pelos(as) psiquiatras, que se dividiram entre as ESF do município).

A equipe do CAPS I foi convidada a participar desse processo, assim como os(as) profissionais das ESF envolvidos(as) com os casos levados

ao matriciamento. Contudo, foi observado que os profissionais que mais participavam eram médicos(as), psicólogos(as) e enfermeiros(as), não havendo uma participação maior advinda de outros núcleos (técnico(a) de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, farmacêutico(a), auxiliar administrativo(a) e agentes comunitários(as) de saúde). Essa baixa participação pode estar relacionada ao fato de o matriciamento ocorrer durante o expediente de trabalho, sendo melhor que ocorresse concomitantemente às reuniões de equipe, para que todos pudessem participar e apresentar questionamentos, a fim de que essas reuniões funcionassem também como um espaço de Educação Permanente.

A partir desse estágio no CAPS I foi possível à residente acompanhar o matriciamento realizado com outras ESF do município, além da sua de origem/campo de prática profissional. A residente também percebeu que, conforme o(a) psiquiatra e os(as) profissionais participavam, o matriciamento tinha configurações diferentes. Uns encontros eram mais longos, enquanto outros eram mais curtos.

Algumas ESF apresentaram mais casos para discussão, outras menos, e, dependendo do(a) psiquiatra que conduzia, a abordagem era mais objetiva ou mais reflexiva. As ESF tinham formas diferentes de organizar a apresentação dos casos: algumas eram mais estruturadas, com documento e discussão multiprofissional, ao passo que outras eram mais centradas em um profissional de referência. Houve argumentações sobre os casos que questionavam o contexto, a família, a rede social e comunitária (usuários(as)-centrada), e outras que se voltavam a um relato de caso daquilo que já havia sido feito, com foco em adequar a medicação psiquiátrica (médico-centradas) (CHIAVERINI, 2011; GARCIA *et al.*, 2020). Quanto aos registros do que havia sido discutido em matriciamento, não havia um padrão. Alguns profissionais registravam em computador, mas a maioria não estava evoluindo nos prontuários eletrônicos dos(as) usuários(as), o que poderia dificultar a busca de informações relevantes em um momento de urgência ou emergência. O CAPS I sinalizou a importância de haver uma organização quanto ao registro em prontuário pelas ESF para melhorar o fluxo desse trabalho de apoio matricial.

Não foi observada a realização de consultas conjuntas/interconsultas com usuários(as) ou familiares, configuração também possível ao matriciamento. Assim como discussões com a rede não ocorreram nesse dispositivo que pode ser o apoio matricial. Essas observações ocorreram tanto no período do estágio como

no decorrer da residência nos anos de 2020 e 2021, quando a residente participou dos horários de matriciamento em sua ESF de atuação. Durante o período do estágio, a residente pôde observar também o cancelamento de encontros de matriciamento, porque a ESF dizia não ter casos para serem discutidos.

Esteve muito presente na fala dos profissionais do CAPS I, durante esse estágio, a percepção de que os(as) médicos(as) psiquiatras eram os(as) matriciadores(as), ao invés da equipe do CAPS. Os(as) profissionais verbalizaram que se sentiram excluídos(as) do processo de construção do apoio matricial. Embora tenha ocorrido uma reunião com o CAPS I e a assessoria do apoio matricial enquanto a residente esteve em estágio, foi aberto um espaço para a construção conjunta das alterações para o semestre seguinte, como a inclusão desses(as) colegas. Então, os(as) psiquiatras sinalizaram a necessidade de participação da equipe CAPS nos matriciamentos, porém os(as) profissionais do CAPS não desejaram participar de todo o processo coletivo de apoio matricial, apenas manifestando-se em casos necessários.

Essa relação entre CAPS e ABS precisa ser fortalecida na compreensão de rede psicossocial, conforme já aponta uma pesquisa realizada no estado do Paraná, em municípios de porte semelhante ao observado. Nesse estudo, evidenciou-se a superação desse modelo de atenção médico-centrada, que se expandiu para todos(as) os(as) profissionais das equipes, incluindo a gestão em saúde, não ficando na pauta a dicotomia de dois analisadores polarizados entre ABS e serviço especializado (GARCIA *et al.*, 2020).

Outro fator apontado pelos(as) profissionais do CAPS I no diálogo construído diz respeito à coordenação de saúde mental do município ser a mesma das ações em saúde, o que limita o acompanhamento da complexidade das demandas desse serviço. Esses(as) trabalhadores(as) do CAPS I identificaram possibilidades de melhorias quanto ao formato com que o serviço estava funcionando, reconhecendo falhas em seus movimentos relativos ao apoio matricial, mas demonstraram não se sentirem com força e suporte para sustentarem as mudanças necessárias.

Além disso, essa equipe preocupava-se pelo fato de as demandas da comunidade e pelo serviço estarem estruturados com base em três psiquiatras, voltados à consulta e à medicação, em especial pelo impeditivo na realização de

atividades grupais por conta da pandemia. Assim, percebe-se tanto nas ESF como no CAPS I – e na coordenação em saúde mental – a necessidade de aprimorar a compreensão quanto ao papel e à importância da construção do apoio matricial. Também se mostra necessário que o processo de reestruturação perpassa a rede com processos de Educação Permanente para a reorganização dos fluxos e mudança das práticas profissionais.

Por fim, a análise de implicação desse estágio precisa ser entendida dentro de um recorte de tempo e de olhares que não procuram produzir verdades absolutas, mas que se dispõem a estabelecer uma devolução diante da oportunidade de cada residente em estar em diferentes pontos dessa rede. Estar nesse lugar permite ver os esforços e as limitações dos serviços, bem como seus/suas atores/atrizes. Afinal, apenas o indicativo de que a saúde mental deve ser incluída nas ações da ABS não garante que essas ações sejam planejadas e articuladas para produzir a gestão centrada no cuidado e nas diretrizes das Reformas Sanitária e Psiquiátrica.

Sugestões para os próximos estágios de residentes e encontros em rede psicossocial

Este capítulo teve por objetivo apresentar as reflexões sobre o fluxo e a articulação entre a ABS e a atenção especializada em saúde mental do município de Marau-RS, favorecendo a educação multiprofissional e interprofissional, assim como o trabalho em rede na ABS. A análise deu-se a partir das implicações da residente de Psicologia com a vivência do estágio obrigatório no CAPS I pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Isso gerou inquietações na residente, levando ao diálogo com a equipe do CAPS I e da ESF e, posteriormente, à escrita deste capítulo. A partir desse estágio, foi possível perceber alguns desafios do cuidado integral de saúde mental em rede.

O conhecimento acerca da rede e dos papéis e responsabilidades que cada serviço possui é fundamental para a construção do cuidado compartilhado. Assim, pensar a formação dos profissionais, a Educação Permanente, a Educação Continuada e a comunicação entre os atores na rede de cuidado são caminhos necessários que precisam ser discutidos e fortalecidos, o que pode fazer parte do planejamento para os próximos estágios obrigatórios realizados pelos(as) futuros(as) residentes.

O estágio em outros serviços durante a residência é uma experiência privilegiada e potente, pois permite ao(à) residente profissional de saúde circular em diferentes locais da rede e redimensionar uma noção do todo. Tal perspectiva reafirma a importância de profissionais de saúde, ao longo de suas formações, desenvolverem um olhar para a integralidade do ser humano e das áreas, saindo da lógica cartesiana.

Os núcleos profissionais chegam ao campo de prática ou ao mercado de trabalho ainda muito voltados às suas especificidades, sem ou com escasso diálogo e reconhecimento entre as diversas especialidades, fortalecendo a lógica capitalista individualista e médico-centrada, refletindo também uma prática “serviço-centrada”. Assim, a dificuldade de comunicação entre os serviços, entre a gestão e a rede, entre os profissionais, entre as áreas, e com os(as) usuários(as), familiares e território também é um problema estrutural da formação que reflete na prática profissional (que necessita ser compartilhada).

Há um limiar de intersecção entre as áreas, onde se dá o trabalho multiprofissional, mas quando se avança um pouco mais, há o trabalho interprofissional, no qual as áreas e os serviços conversam a fim de resolver demandas para além das necessidades de intersecção dos casos (LUZ, 2009). Na Rede de Atenção Psicossocial, a interdisciplinaridade está no diálogo para o fortalecimento e a efetividade dessa rede que é usuário-centrada. Aqui, faz sentido que os atributos essenciais e derivados da ABS e os princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica orientem o cuidado pela integralidade, envolvendo a arte, a cultura, a economia solidária e as diversas possibilidades presentes nas comunidades.

A partir desse olhar crítico voltado à formação e dos reflexos que ele causa na prática profissional é possível compreender a importância dos esforços para a Educação Permanente e Continuada na saúde como perspectivas a serem fortalecidas. Dessa maneira, entender qual é o papel dos serviços, suas responsabilidades e conseguir desenvolvê-los é algo que passa por um processo de educação e comunicação em rede. O CAPS I demonstrou visão crítica sobre o trabalho que estava sendo realizado por ele e pelas ESF, mas apontou dificuldades institucionais em fazer movimentos de mudança e em compreender seu papel enquanto equipe matriciadora. A ESF, por sua vez, mostrou falta de compreensão quanto ao papel do CAPS I na rede e, por vezes, não aproveitou da melhor forma o

apoio matricial para a discussão e a condução dos casos, ou para o fortalecimento da rede e de ações ampliadas de saúde mental no território.

Dessa forma, incentivar e desenvolver ações de Educação Permanente e Continuada para o fortalecimento do apoio matricial, da articulação entre os serviços e da integralidade do cuidado é uma questão fundamental, que deve ser debatida com a gestão e a coordenação da rede psicossocial, para que os esforços coletivos sejam compreendidos e continuados. Ainda, a estruturação da prática profissional guiada pelos pilares da educação e da articulação em ações multiprofissionais e interprofissionais tem o potencial de auxiliar, também, na adaptação dos serviços em momentos que exigem práticas inovadoras como na pandemia de covid-19.

Referências

AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/tDnNtj6kYPQyvtXt4fLvdDF/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 18 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Brasília, DF, 19 fev. 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html. Acesso em: 27 set. 2021.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental - Cadernos de Atenção Básica**, n. 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_34_saude_mental.pdf. Acesso em: 03 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017**. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Brasília, DF, 21 dez. 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html. Acesso em: 27 set. 2021.

CHIAVERINI, D. H. (org.). **Guia Prático de Matriciamento em Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde/CEPESC, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf. Acesso em: 03 set. 2021.

GARCIA, G. D. V.; ZANOTI-JERONYMO, D. V.; ZAMBENEDETTI, G.; CERVO, M. R.; CAVALCANTE, M. D. M. A. Percepção dos profissionais de saúde sobre saúde mental na atenção básica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, n. 1, p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/YWlbtP5XBSVDMs4NhPYH73L/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

LUZ, M. T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas – análise sócio-

histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde e Sociedade**, Recife, v. 18, n. 2, p. 304-311, jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/MkLhK MvH4KqDSJNgSG48VqG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 out. 2021.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 158-164, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/5XkBZTcLysW8fTmnXF MjC6z/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 04 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Saúde mental: fortalecendo nossa resposta. **OMS**, 30 mar. 2018. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>. Acesso em: 25 set. 2021.

PAULON, S. M. A Análise de Implicação como Ferramenta na Pesquisa-intervenção. **Psicologia e Sociedade**, Recife, v. 17, n. 3, p. 18-25, dez. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/YWZKDKyF5zBjQvhjZkdK7m/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 24 ago. 2021.

SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/SYhPKcN7f8znKV9r93cpF7w/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

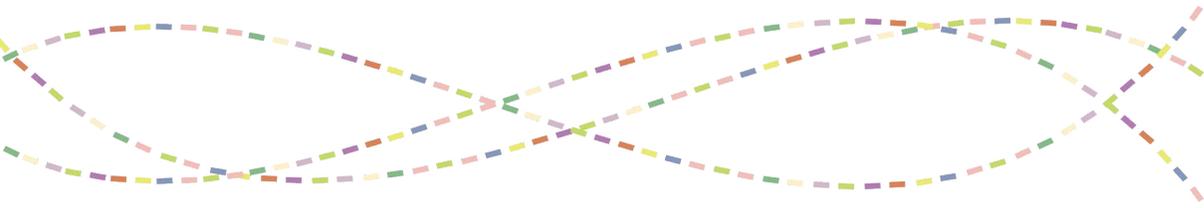
SOUZA, L. G. S.; MENANDRO, M. S. S.; COUTO, L. L. M.; SCHIMITH, P. B.; LIMA, R. P. Saúde Mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 1022-1034, dez. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/gRtsvP8swWpfj7wp943Lknd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 set. 2021.



PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: RETRATO DE UM CENÁRIO DE PRÁTICA PROFISSIONAL

Leila Juliana Antunes Riggo
Bruna Fátima Gallina
Gabriela Dal Forno Casarin
Maríndia Biffi
Samantha Pimentel de Oliveira Stieven
Tainara Bolsoni Pellegrini

Introdução



As Residências Multiprofissionais em Saúde constituem-se em modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, sendo designadas às profissões que se relacionam com o trabalho na área da saúde, garantindo especialização em área profissional mediante processo formativo caracterizado como *educação em serviço*. Nessa perspectiva, após aprovação da resolução que regulamenta a institucionalização da Residência Médica e da Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), surge o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul (PRMSAB- UFFS) (UFFS, 2014).

O Programa de Residência é desenvolvido em 60 horas semanais, com duração de 24 meses letivos, em regime de dedicação exclusiva, com supervisão docente-assistencial. O trajeto formativo se distribui em 80% da carga horária total em atividades práticas ou teórico-práticas e 20% da carga horária total em atividades teóricas ou de orientação à pesquisa (UFFS, 2021). A Residência apresenta como área de concentração a Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade/Saúde Coletiva, possibilitando aos profissionais especialistas dos núcleos da Psicologia, Enfermagem e Farmácia a oportunidade de atuação em equipe de forma interdisciplinar no serviço de Atenção Básica e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda, tal inserção contribui para o desenvolvimento de pesquisas-

intervenções que buscam qualificar a capacidade de análise, de enfrentamento e de criação de ações que visem concretizar as diretrizes e princípios do SUS.

Dessa forma, o PRMSAB-UFFS, enquanto estratégia de formação em serviço, é concretizado na atuação dos residentes em, no e com o território, nesse caso, a Estratégia Saúde da Família Santa Rita, localizada no município de Marau, Rio Grande do Sul-RS. Assim, o presente capítulo tem a finalidade de apresentar a relevância dessa inserção conjunta entre os residentes, o Programa e equipe de saúde da ESF Santa Rita, como potente dispositivo de problematização das práticas de cuidado nos serviços e de criação de novas tecnologias e estratégias em saúde condizentes com as demandas do campo de prática profissional. Ressalta-se que as produções de ações em saúde e o estabelecimento de estratégias de aprendizagem multiprofissional mostram-se pontos-chave na formação do profissional residente e, conseqüentemente, na qualificação do serviço e bem-estar da população.

Conhecendo o Programa

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, em parceria com o município de Marau (PRMSAB/UFFS/Marau), foi desenvolvido a partir da descentralização da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC). A RIS/GHC teve início no ano de 2004, e em 2013 foi ao encontro das políticas nacionais de descentralização da formação e fixação de profissionais fora dos grandes centros, sendo proposta a descentralização dessa Residência.

Esse movimento evidenciou a necessidade de inaugurar novos campos de formação em municípios do interior do estado. Dando início ao processo, foi ofertado pela Escola GHC o Curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade – Gestão, Atenção e Processos Educacionais, com o intuito de subsidiar o desenvolvimento de funções de tutoria, preceptoria, supervisão e orientação da formação em serviço na Atenção Primária à Saúde (APS). No momento da escolha dos municípios que seriam campo para a Residência, foram avaliados critérios como boa cobertura das Estratégias Saúde da Família (ESF)

ou movimentos para incremento da cobertura por parte da gestão municipal, rede de Atenção Primária à Saúde minimamente estruturada, infraestrutura adequada, rede de cuidados de nível secundário e terciário disponível na região e profissionais com perfil para o ensino, a fim de realizar a preceptoria (PULGA; SCHNEIDER; MATTIONI, 2020).

A escolha por Marau deu-se pelo município contar com uma rede de saúde organizada, contando com 12 equipes de ESF que oferecem 100% de cobertura para a população, sendo referência regional na área da saúde e possuindo profissionais em condição de exercer preceptoria. Sendo assim, duas ESF acolheram residentes dos núcleos profissionais de Enfermagem, Farmácia e Psicologia, vinculados à RIS/GHC, constituindo-se campos de formação em serviço, ingressando turmas anuais nos três anos seguintes (PULGA; SCHNEIDER; MATTIONI, 2020).

Em 2015, em pactuação realizada entre GHC e Gestão Municipal de Marau, avaliou-se a possibilidade de criação de um programa de Residência própria, a fim de consolidar a proposta de descentralização dos programas de RMS. Buscou-se parceria com a UFFS para a criação de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) – área de concentração: Atenção Básica, tendo em vista que a proposta pedagógica da UFFS se alinhava à proposta de desenvolvimento local e fortalecimento da relação ensino-serviço, ofertando formação de acordo com as necessidades da região (PULGA; SCHNEIDER; MATTIONI, 2020).

Assim, um grupo formado por representantes de todos os segmentos (residentes, tutores e preceptores) e instituições (UFFS, GHC e Secretaria Municipal de Saúde-Marau) foi criado para a elaboração do projeto do Programa de Residência, sendo implantado e iniciando em março de 2016, tendo como campo de atuação as ESF Santa Rita e São José Operário, dando continuidade às atividades de formação em saúde iniciadas pelo GHC.

Contextualização do cenário prático: Estratégia Saúde da Família Santa Rita

Um dos cenários práticos do PRMSAB-UFFS ocorre no território da ESF Santa Rita (Figura 1), que há cerca de 30 anos era formado por loteamentos,

onde poucas famílias residiam e obtinham a sobrevivência por meio da atividade agrícola. A comunidade, numa primeira celebração religiosa, escolheu como padroeira do bairro Santa Rita de Cássia, por ser uma santa milagrosa, e mantém uma igreja em sua homenagem ao lado da unidade de saúde que, atualmente, é localizada onde era o salão da comunidade, em uma estrutura improvisada.

Nos últimos anos, com a chegada da empresa Perdigão, atual Brasil Foods (BRF), houve a expansão geográfica e o desenvolvimento econômico do território, atraindo novos moradores que foram fixando residência no bairro. Além das empresas de grande porte, o território possui indústrias familiares, como minimercados, oficinas mecânicas, salões de beleza, lojas de roupa e bazar, padarias, entre outras atividades econômicas.

Figura 1. Registro fotográfico da estrutura física externa da ESF Santa Rita.



Fonte: Acervo das autoras.

A ESF conta com uma equipe multiprofissional ampliada, formada por duas profissionais médicas, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma técnica em saúde bucal, um auxiliar administrativo, uma psicóloga, uma farmacêutica, quatro agentes comunitárias de saúde e uma sanificadora, além dos profissionais residentes da área de Psicologia, Farmácia e Enfermagem. O regime de trabalho é de 40 horas semanais – de segunda a sexta-feira, das 7h30 às 11h30 e das 13h às 17h. Os agendamentos para as consultas acontecem pelo sistema

de agendamento da Secretaria Municipal de Saúde, de modo que os usuários necessitam ligar na central de atendimento (156) para agendar consultas médicas e odontológicas. Durante a tarde, a agenda é destinada aos grupos prioritários (pessoas idosas, pessoas com doenças crônicas, puérperas e crianças menores de um ano) e situações de emergência. Existem dois turnos destinados para o acolhimento psicológico, nos quais os usuários contam com um espaço de saúde mental, escuta e diálogo. Também, nas sextas-feiras (das 13h às 15h), ocorrem as reuniões de equipe que visam potencializar o exercício da Educação Permanente em Saúde, a integração dos profissionais, discussões de casos e avaliações do serviço.

A ESF está dividida em cinco microáreas, apresentando aproximadamente 4.000 usuários com cadastro ativo na unidade de saúde, sendo sua população variada em relação ao sexo e faixa etária. Algumas condições de saúde prevalentes no território são: doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, demandas em saúde mental e adoecimento laboral.

Com o avanço da pandemia de covid-19, o serviço de saúde necessitou reorganizar o fluxo de trabalho para seguir no cuidado integral à população em ações que respeitassem as medidas sanitárias. Assim, a equipe adotou o uso do telefone celular e do aplicativo de WhatsApp para a comunicação direta com os usuários, aviso de consultas e monitoramento de agravos, bem como a vivência de atividades grupais e o Controle Social foram adaptados para a modalidade remota. Atualmente, os profissionais da saúde e uma parcela significativa da população encontram-se vacinados contra a covid-19, o que auxilia no retorno gradual de ações de cuidado e do trabalho em saúde comumente realizadas presencialmente. Diante disso, a seguir serão retratadas algumas das práticas realizadas pela inserção do PRMSAB-UFFS no território da ESF Santa Rita.

A Residência Multiprofissional como potencializadora de ações de cuidado e controle social no território

Atravessados por processos condizentes com a Política Nacional de Humanização (PNH), demais políticas norteadoras à atenção em saúde e as demandas do específico território de atuação, a inserção de residentes promove um fazer pautado por práticas inventivas e estratégicas alicerçadas pela tríade ensino-pesquisa-prática. Isso se deve ao constante movimento ao qual as equipes de saúde

que recebem esses profissionais ficam expostas. Dessa forma, potencializam-se as ações de cuidado e a oferta de serviços.

Devido à inserção da residência, a ESF pode, ao longo do tempo, incrementar aos serviços ofertados outras formas de acolhimento e atendimento à população, tal qual a implementação dos acolhimentos psicológicos por livre demanda, criação de grupos de educação em saúde, mobilização da participação popular em Controle Social (Conselho Local de Saúde – CLS), Educação Permanente da equipe e atividades voltadas à vigilância em saúde no território.

Anteriormente à modalidade dos acolhimentos psicológicos, o fluxo para a entrada às consultas psicológicas se dava por meio de encaminhamentos extra e intra equipe. Embora a demanda identificada por outros núcleos profissionais, nem sempre havia desejo do usuário em iniciar um acompanhamento, resultando no agendamento compulsório de horários de atendimento nos quais não havia comparecimento ou recorrente evasão. Como forma de melhor utilizar a agenda do profissional da Psicologia, respeitar o tempo de cada usuário e, ainda, contemplar usuários que a partir de demanda espontânea desejassem buscar acompanhamento, foram institucionalizados turnos de acolhimento psicológico. Assim, fica disponível à comunidade, a partir de livre demanda, a busca por acolhimento psicológico em turnos preestabelecidos e fixos na agenda da ESF.

Da mesma forma, observadas as demandas do território, grupos de Educação em Saúde voltados a determinados coletivos foram iniciados. Tais quais: grupo semestral para gestantes no formato de curso; grupos de cessação de tabagismo; de caminhadas; hipertensos; e grupos de mulheres. Dessa forma, viabiliza-se o atendimento de coletivos maiores, superando o clássico modelo de atendimento individual na saúde, otimizando o tempo da equipe de saúde, a organização da demanda e lista de espera, o que contribui para a criação de vínculos entre a comunidade a partir da aproximação de pares. Após a chegada da pandemia de covid-19, tais grupos foram temporariamente cancelados, com retorno gradual na modalidade remota; e, depois, com a alta cobertura da imunização da população contra o vírus, foram retornando na modalidade presencial seguindo os protocolos sanitários exigidos pelas instituições de saúde.

As ações voltadas à Vigilância em Saúde no território compreendem a busca ativa e monitoramento do tratamento de usuários com sífilis, doenças – hipertensão

e diabetes –, bem como de usuárias em idade para rastreamento de câncer de colo uterino e de mama. Assim, é possível realizar o acompanhamento longitudinal, garantindo eficácia do tratamento e reduzindo a demanda para consultas na ESF, uma vez que esse contato pode ser realizado via telefone. Se identificada necessidade, há orientação para agendamento de consulta com profissional.

Acreditando na importância da participação dos usuários nas decisões de saúde e contemplando o eixo de Controle Social, preconizado na matriz curricular do PRMSAB-UFFS, foi realizado, em julho de 2014, um encontro entre profissionais, residentes e a população para debater esse tema. Devido à boa aceitação e participação da população no primeiro encontro, decidiu-se por dar continuidade às reuniões, com frequência mensal, na primeira terça-feira, nas dependências da ESF. Nesses encontros, que têm como propósito elaborar o planejamento das ações e discutir assuntos de interesse da população adscrita, são discutidas questões como: acesso, serviços oferecidos pela ESF, produtividade da equipe, grupos de educação em saúde, sugestões, apontamentos, comunicados, divulgação dos trabalhos da ESF, entre outros, de acordo com as demandas de saúde da comunidade, respeitando o conceito ampliado de saúde e seus determinantes sociais.

Esse movimento vai ao encontro do disposto na Lei n.º 8.142/90, que delibera sobre a participação popular e deu origem, em todas as esferas de governo, aos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde. Estes são definidos como órgãos colegiados de caráter deliberativo e permanente, que devem contar com participação paritária de usuários em relação aos demais participantes (profissionais da saúde, representantes do governo e prestadores de serviços) (BRASIL, 1990).

O CLS não possui regimento ou estatuto, tendo participação aberta, e funciona de acordo com organização própria; as combinações são realizadas pelos participantes e as reuniões acontecem em formato de rodas de conversa, oportunizando a participação de todos e valorizando os diferentes saberes que se encontram nesse espaço. Em cada reunião é elaborada uma ata, que é assinada por todos e retomada no início do próximo encontro para a leitura e revisão dos assuntos tratados no encontro anterior. Após a realização do levantamento de necessidades no CLS, criam-se comissões encarregadas de levar as demandas até a gestão municipal e, sendo assim, a comunidade tem voz ativa e se alia aos profissionais com o objetivo de melhorar a saúde no bairro.

Exemplo que demonstra a participação do CLS da ESF foram os apontamentos realizados nesse espaço sobre a precária situação estrutural da ESF Santa Rita e a falta de salas que estava limitando o trabalho dos profissionais, residentes e estudantes de graduação em medicina que atuavam nesse local, caracterizado também como unidade-escola. A partir dessa constatação, foi realizada, em 2017, uma grande mobilização do CLS que convocou usuários, prefeito, secretários municipais, vereadores e representantes das escolas do território para debater sobre as demandas do território e propor encaminhamentos. O evento contou com a participação expressiva de quase 100 pessoas da comunidade, demonstrando a potência desse espaço coletivo ao reivindicar melhorias nas condições de ambiência para o trabalho da ESF.

Nesse encontro, ficou evidente a qualidade do vínculo mantido entre a equipe de saúde e a população atendida, que percebe na ESF um apoio importante para as suas demandas relacionadas à saúde. A partir dele, uma comissão de trabalhadores, residentes e representantes do CLS levou até o prefeito um ofício com as demandas evidenciadas pela comunidade, sensibilizando a gestão para a construção de uma nova ESF. E, em agosto de 2019, a partir de outra mobilização, os moradores do bairro, os profissionais e os representantes do CLS foram até a Câmara de Vereadores do Município e, através da mobilização coletiva, asseguraram o destino de recurso federal, via Emenda Parlamentar, para a construção da nova ESF. Mais uma vez, foi demonstrada a potencialidade da participação popular ativa e expressiva da comunidade em conjunto com os profissionais de saúde da equipe. O projeto estrutural, discutido entre engenharia e profissionais da equipe, bem como o local onde será edificado o prédio, estão definidos, a verba foi repassada aos cofres públicos municipais há cerca de dois meses, sendo que, atualmente, aguardam-se questões de ordem burocrática para o início da obra.

As reuniões do CLS ocorreram mensalmente até março de 2020 (Figura 2), quando em decorrência da pandemia de covid-19 deu-se início às medidas de isolamento social, desencadeando o cancelamento dos encontros presenciais. Desde então, foram realizadas tentativas de reuniões on-line, através de meios digitais, que não foram produtivas, sendo suspensas até o momento em virtude da pandemia. No entanto, planeja-se sensibilizar novamente os usuários e reiniciar os encontros presenciais, pois já se evidenciou a necessidade de retorno da

participação da comunidade de forma ativa nas atividades da ESF, mas, para isso, demanda-se de constante estimulação dos participantes para se fazerem presentes, sendo que a residência cumpre esse importante papel de fomentar o envolvimento de todos e garantir que o CLS seja, de fato, um autêntico espaço de controle social amplamente conhecido pelos cidadãos desse território.

Figura 2. Registro da última reunião presencial do Conselho Local de Saúde do bairro Santa Rita, realizada no mês de março de 2020.



Fonte: Acervo das autoras.

O fomento à pesquisa e implicação teórica advindos do vínculo com a Universidade também impactaram na agenda da equipe de saúde a fim da implementação de turnos mensais de EPS. Nesses momentos, são trabalhadas de forma horizontal demandas importantes identificadas pelos trabalhadores no cotidiano da unidade. São facilitadas por profissional pertencente à equipe ou por convidados, formando, assim, metodologia similar ao matriciamento em EPS, uma vez que fomentam a autonomia da equipe em ações diárias.

Enquanto APS, a ESF desenvolve sua atuação a partir da importante relação de trabalho em rede com demais pontas de serviços da saúde, assistência social, educação, entre outros, tais quais o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social

(CREAS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Conselho Tutelar, Escola Municipal de Ensino Fundamental (EMEF) e Escola Municipal de Ensino Infantil (EMEI). O diálogo é acionado quando em necessidade de discussão de casos, desenvolvimento de Projeto Terapêutico Singular, encaminhamento a outro serviço, matriciamento ou demais demandas pontuais.

ESF como unidade escola: integração ensino-serviço-comunidade

Com o início da organização das atividades da UFFS em Passo Fundo, foi necessária a articulação com a rede de serviços de saúde local. Dessa forma, o Município de Marau, desde outubro de 2012, assinou um termo de cooperação técnica com a Universidade, tendo como objetivo o intercâmbio de atividades conjuntas na área de ensino, extensão, pesquisa, desenvolvimento científico e tecnológico, o qual visa proporcionar a qualificação, incorporação científica e tecnológica e a atenção voltada à população (UFFS, 2012).

A partir do início das atividades do curso de graduação em medicina, em consonância com o projeto pedagógico do curso, em que a inserção do estudante na rede de atenção se dá desde o primeiro semestre, o Município se organizou com seus profissionais e unidades de saúde que estavam dispostos a recebê-los em suas atividades práticas. Desde então, com início no ano de 2014, a ESF Santa Rita recebe os estudantes da graduação de medicina para atividades referentes à imersão, que se dá por meio da inserção destes nos distintos cenários do SUS. Essa é uma atividade com a proposta de fundir os componentes prático-teóricos, mostrando a eles a realidade do sistema de saúde, iniciando com o conhecimento da rede de atenção municipal, passando pelo entendimento do território da ESF, sua população e encerrando as suas atividades com o atendimento clínico, em que, juntamente com o restante da equipe, eles prestam assistência à população, podendo, dessa forma, compreender e ampliar seus conhecimentos sobre a atenção à saúde, entendendo as particularidades da ESF e de sua população.

Outro ponto importante dessa inserção dos estudantes na ESF é vivenciar o trabalho interprofissional, de modo que podem observar a importância da integração de todos os profissionais no cuidado com os pacientes. Isso entra em concordância com o que trazem Albuquerque *et al.* (2008), que entendem por integração

ensino-serviço o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). Dessa forma, a realidade vivenciada por eles nos serviços de saúde funciona como elemento instigador para uma prática problematizadora no sentido da aprendizagem e, também, da reflexão sobre a produção dos cuidados.

Considerações finais

A vivência cotidiana no serviço de saúde, vinculada ao exercício crítico-reflexivo da prática profissional, produz potência no cuidado à população, na formação direcionada ao SUS e na qualificação dos serviços e equipes de saúde. Nesse cenário, o PRMSAB-UFFS tem a Atenção Básica como espaço privilegiado ao promover contextos de aprendizagem ampliados, adotando metodologias e dispositivos que favoreçam a formação integral e multiprofissional num sistema de cooperação intersetorial (BRASIL, 2005). Assim, o retrato apresentado do campo prático da Estratégia Saúde da Família Santa Rita evidencia a importância da integração ensino-serviço-comunidade que culmina, sobretudo, na melhoria dos processos de trabalho e no serviço ofertado.

Destaca-se a relevância desse processo formativo ao fortalecer a prática do cuidado humanizado, longitudinal e capilarizado no território, visando ao compartilhamento de saberes em saúde voltados para ações de prevenção, promoção, tratamento e reabilitação.

A implementação de uma Residência exige a reformulação de fluxos e dinâmicas de trabalho das equipes de saúde, ao mesmo tempo em que contribui para a criação de novas perspectivas de cuidado, potencializa a Educação Permanente em Saúde, a participação social e implementa a realização de pesquisas científicas na lógica do incentivo à saúde pública. Logo, esse espaço beneficia não só a instituição formadora e os profissionais em processo de formação, mas também o serviço e a população inserida no contexto do campo prático (MONTEIRO *et al.*, 2019).

Ressalta-se que mesmo diante das restrições impostas pela pandemia de covid-19, a equipe de saúde, residentes, o PRMSAB-UFFS e gestão municipal

seguiram pactuando ações condizentes aos objetivos pedagógicos, efetivando ações intersetoriais baseadas na realidade dos territórios e oferecendo subsídios para novas estratégias de cuidado nesse contexto.

Assim, a formação de profissionais da saúde em diálogo com a realidade da Atenção Básica e do território é transformadora, pois convoca o olhar para a singularidade da atenção, responsabilização do cuidado e formação de vínculo (MERHY, 1988). Logo, considera-se que o cenário prático e o Programa de Residência estão em constante construção com os diferentes pontos da Rede, equipes de saúde e residentes, a fim de consolidar, cada vez mais, um trabalho em saúde voltado à autonomia dos sujeitos e na gestão coletiva do cuidado de modo multidisciplinar e interdisciplinar.

Referências

ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, P. A.; REZENDE, A. H. C.; SAMPAIO, X. M.; DIAS, V. O.; LUGARINHO, M. R. A integração Ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/YSfdZCkkTd9KSvd8Vjmhsqn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Brasília, DF, 28 dez. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 10 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei n.º 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. Brasília, DF, 30 jun. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11129.htm. Acesso em: 20 set. 2021.

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. (org.). **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MONTEIRO, F. S. M.; FERREIRA, P. I.; GALVÃO, C. S. S.; BORGES, R. C. S.; SILVA, R. F.; OLIVEIRA, L. R. L.; CARDOSO, F. R.; COSTA, B. J.; MARQUES, S. E. S.; MENDES, S. C. B.; FIQUEIRA, S. K. V.; SANTOS, V. P. J. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e suas contribuições para os serviços de saúde: revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, v. 24, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/519>. Acesso em: 12 ago. 2021.

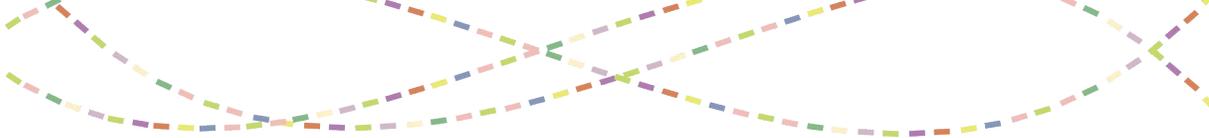
PULGA, V. L.; DANTAS, V. L.; BONETTI, O. P.; MATIELO, E.; FERLA, A. A. Interação ensino-serviço-comunidade na formação profissional no sus: trilhas, descobertas e desafios da descentralização de um programa de residência multiprofissional: o processo de construção da residência multiprofissional em atenção básica da universidade federal da fronteira sul: uma viagem pelos caminhos da descentralização e interiorização da formação em serviço. In: PULGA,

V. L.; DANTAS, V. L. A.; BONETTI, O. P.; MATIELO, E.; FERLA, A. A. (org.). **Educação popular, equidade e saúde**: dispositivos pedagógicos e práticas lúdicas de aprendizagem na saúde: a caixa de ferramentas nas relações de ensino e aprendizagem. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 307.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. **Boletim Oficial n.º 205 de 23 de outubro de 2012**; Retificação 17/02/16. Termo de Cooperação Técnica Município de Marau e UFFS. Chapecó: UFFS, 2012.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. Câmara de Pesquisa e Pós-Graduação (CPPG) do Conselho Universitário (CONSUNI). **Resolução n.º 10/2014-CONSUNI/CPPG**. Chapecó: UFFS, 2014. Disponível em: http://historico.uffs.edu.br/images/soc/Resoluo_010_2014_CONSUNI_CPPG_-_Regulamenta_a_Institucionalizao_das_Residncias_Mdicas_da_UFFS.pdf. Acesso em: 04 nov. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL. **Residência Multiprofissional em Saúde (RMS)**. Chapecó: UFFS, 2021. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/>. Acesso em: 14 fev. 2022.



SOFRIMENTO HUMANO E ESPAÇOS DE CUIDADO: ESTUDO SOBRE SUICÍDIO EM UM MUNICÍPIO DO NORTE GAÚCHO

Roberta Brizolla Rosa
Izabella Barison Matos

Suicídio: considerações iniciais

A temática do suicídio tem recebido atenção de pesquisadores da saúde, entidades e organizações sanitárias do mundo todo, envolvendo países numa agenda que inclua estratégias para seu enfrentamento. O suicídio é um fenômeno complexo, multicausal e um problema de saúde pública mundial (SILVA-FILHO; MINAYO, 2021; ARRUDA *et al.*, 2021; FERREIRA *et al.*, 2021).

No mundo, o suicídio é a 2ª principal causa geral de morte de pessoas na faixa etária de 15 a 29 anos e o Brasil é o 8º país em números absolutos (FERREIRA *et al.*, 2021). Em 2016, a taxa geral mundial de suicídio foi de 10,5/100 mil habitantes e, no Brasil, de 6,5/100 mil habitantes; em todas as regiões brasileiras a maior proporção de mortes por suicídio ocorreu na faixa etária de 20 a 29 anos (ARRUDA *et al.*, 2021). Nosso país registra tendência crescente de suicídios de homens jovens e idosos, e, entre 1997 e 2019, a região Sul apresentava o maior coeficiente médio (9,18/100 mil habitantes), cuja tendência se mantém (ARRUDA *et al.*, 2021).

O Rio Grande do Sul, na década passada, já era o estado do Sul com maior coeficiente de suicídios (SOUZA *et al.*, 2011), a saber: em 2015, apresentou 10,5/100 mil habitantes e, em 2016, 11,0/100 mil habitantes (FRANCK; MONTEIRO; LIMBERGER, 2020). Esses autores, por meio de análise transversal dos casos nos anos de 2017 e 2018, informam que a mortalidade por suicídio no estado gaúcho foi de 11,3/100 mil habitantes/ano (FRANCK; MONTEIRO; LIMBERGER, 2020). Pode-se afirmar que o Rio Grande do Sul faz parte da região do país com suicídio endêmico, considerando-se a classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS): baixa (-5/100 mil/hab.), média (5 a 14/100 mil hab.), alta (15 a

29/100 mil hab.) e muito alta (30 ou +/-100 mil hab.) (FRANCK; MONTEIRO; LIMBERGER, 2020).

O entendimento de que é de competência do psicólogo, do médico ou do psiquiatra o atendimento a casos de ideações suicidas e suicídio, que chegam às unidades de saúde, parece se confirmar na prática cotidiana dos serviços de saúde. Aliada a essa constatação, verifica-se que boa parte da sociedade guarda certo silêncio em relação ao tema suicídio, envolvido em tabu. Assim, com tais reflexões e a partir das vivências no campo de práticas, na Residência Multiprofissional em Saúde, o suicídio emergiu como tema a ser estudado.

Durante a residência foi observado que: a) a demanda por atendimento psicológico às pessoas com comportamento suicida era maior do que outras de saúde mental, b) tal demanda mostra-se crescente nos últimos anos, c) havia situações frequentes de pessoas com comportamentos suicidas nesse território, d) profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) – com exceção de psicólogos e psiquiatras – não se sentem preparados para lidar com casos de pessoas em sofrimento/comportamento suicida ou ideações.

Assim, o objetivo deste capítulo é analisar falas de participantes sobre suicídio – profissionais de saúde, professores do ensino fundamental e usuária – em quatro oficinas realizadas no território de uma ESF, em município gaúcho. Em termos de relevância científica, destacam-se a compreensão da saúde mental numa perspectiva intersectorial e multiprofissional no contexto da Atenção Básica (AB); também, a aproximação entre serviços públicos de saúde e de educação para a abordagem do fenômeno do suicídio naquele território. A contribuição social refere-se à problematização sobre o acolhimento do sofrimento humano, sugerindo-se espaços de escuta e fala que, no caso, ocorreram por meio de oficinas com técnicas de Educação Popular em saúde.

Método

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva, que utilizou elementos da cartografia como estratégia metodológica, cujo projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa (CEP) da universidade: Parecer n.º 2.492.798 e Parecer n.º 2.730.175. Compuseram a produção de dados: oficinas, diário de campo, pesquisas

documental e bibliográfica e consulta aos dados (de 2013 a 2017) da Vigilância em Saúde do Município. A pesquisa se deu em uma Estratégia Saúde da Família em município na região norte/nordeste do estado do Rio Grande do Sul.

Em 2018 foram realizadas quatro oficinas, totalizando 46 participantes: duas com 27 professores de uma escola pública municipal de ensino fundamental, uma com 18 profissionais da ESF (enfermeiros e técnicos, agentes comunitários de saúde, médicos, psicólogos, agente administrativo e farmacêuticos) e outra oficina com uma usuária adulta. As oficinas precederam divulgação no mural da ESF e convites, por escrito, direcionados aos grupos da ESF e ao Conselho Local de Saúde; também houve abordagem individual e uso de mídias sociais da ESF.

Os participantes obedeceram aos seguintes critérios de inclusão: usuários maiores de 18 anos, residentes no território, profissionais de escolas do território, profissionais da ESF e usuários trabalhadores de uma empresa local. Todos autorizaram a gravação e assinaram, individualmente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para assegurar o anonimato dos participantes foram utilizados nomes de flores substituindo os nomes reais, seguidos da identificação da vinculação institucional: ESF, escola ou usuária.

Por meio de técnicas de Educação Popular em saúde, as oficinas procuraram sensibilizar e estimular o protagonismo dos participantes, utilizando a ciranda tradicional sobre o cuidado, favorecendo a participação, afetividade, criatividade, com construção compartilhada do conhecimento e valorização do saber prévio de todos (BRASIL, 2016). As respostas à pergunta disparadora – “O que pensam quando se fala em suicídio?” – foram registradas e, em uma perspectiva cartográfica, os dados foram analisados. Essas oficinas originaram uma “colcha de retalhos”, como marcador simbólico das reflexões, confeccionada pelos participantes, com palavras de apoio remetendo à valorização da vida, tendo sido exposta na ESF.

Optou-se pela cartografia, pois oferece ferramentas para acessar a dimensão relacional na busca de produção de sentidos, uma vez que trabalha com “pistas” que nortearam o processo de pesquisa por meio de passos: o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015). Procedeu-se inicialmente ao rastreio, entendido como certa varredura do campo sobre o fenômeno sintonizando com o tema. O toque referiu-se à seleção,

seguinte a percepção do que merecia a atenção do estudo. O pouso configurou-se numa mobilização da atenção que visou apreender elementos e suas possíveis conexões. O reconhecimento atento redirecionou a atenção para a observação dos acontecimentos que afetam e fazem acompanhar o processo a partir do mapeamento das falas e das vivências. Assim, a seleção do material analisado originou-se do acompanhamento da produção das falas e suas possíveis conexões com redes e rizomas (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

Resultados

Rastreando: o suicídio e alguns aspectos de sua dimensão regional-local

Estudo aponta que, em 2017, as macrorregiões de Passo Fundo – onde está localizado o município em estudo – e de Caxias do Sul apresentaram as maiores taxas de suicídio: 13,9/100 mil habitantes; situação que se repetiu no ano seguinte, com 15,1/100 mil habitantes (FRANCK; MONTEIRO; LIMBERGER, 2020). Dados obtidos dos arquivos de notificação de violência autoprovocada (tentativa de suicídio) do município onde a ESF está inserida revelam que foram registradas 84 tentativas de suicídio no ano de 2017, sendo que duas resultaram em óbito (IBGE, 2018).

A coleta dos dados das fichas de notificação de violência autoprovocada do município, segundo a sua Vigilância em Saúde, identificou que, de um total de tentativas de suicídio, mais de 70% aconteceram com uso de medicações e, dessas, aproximadamente 40% utilizaram psicotrópicos. Também foram notificadas tentativas por enforcamento, a maioria por pessoas do sexo masculino e, ainda, ocorrências de lesões/mutilações causadas por objetos perfurocortantes, com maior incidência na faixa etária dos 13 aos 19 anos.

A instituição de saúde que mais notificou foi o Serviço de Pronto Atendimento do Hospital local, sendo que a maioria ocorreu nos finais de semana, no segundo semestre de 2017. Dados obtidos da ESF informam que situações relacionadas à saúde mental constituem um dos principais motivos para consulta na ESF, e queixas de sofrimento e ideações suicidas tornam-se constantes em determinados períodos do ano. O tema suicídio também tem surgido com destaque em diferentes mídias regionais: jornais, televisão ou em redes sociais.

Mais recentemente, considerando a pandemia de covid-19, decretada pela OMS em 11 de março de 2020, os reflexos nas mudanças na vida em sociedade (restrição do convívio social “fique em casa”, medidas de higiene – lavagem de mãos, uso correto de máscara, realização de imunização) fizeram com que o Comitê Estadual de Promoção da Vida e Prevenção do Suicídio, da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul, lançasse Nota Técnica destinada aos profissionais da saúde. Nesta, o fenômeno é abordado do ponto de vista conceitual não vinculando-se somente à morte, pois envolve o “espectro de comportamentos (pensamentos mórbidos, autoagressão sem intenção de morte, ideação suicida, plano e tentativas de suicídio)” (SPERB, 2020). Também, a Nota Técnica orienta que a ação de cuidar deve ser devidamente acordada com o paciente-usuário e a rede de proteção no cuidado deve ser acionada.

O toque: as oficinas e o espaço de fala e de escuta

Nas quatro oficinas, o silêncio inicial foi vencido à medida que, após dita a frase disparadora: “O que pensam quando se fala sobre suicídio?”, começavam burburinhos, que traduziam impressões e reflexões compartilhadas. Nas tentativas de descrever o que pensam sobre o suicídio, a palavra “assustador” surgiu em todas as oficinas, e diferentes sentimentos, indissociáveis da tentativa de compreensão das causas que levam alguém ao suicídio, foram explicitados. Expressões como: medo, falta de fé, dor, sofrimento, angústia, tristeza, desespero, momento, depressão, perda, morte, tragédia, falta de sentido, perturbação, agonia, frustrações, sociedade, problema grave, individualismo e solidão se associaram ao suicídio.

Nas duas oficinas com professores foi percebido que há compreensão multifatorial das causas do fenômeno, demonstrando certa mobilização pelo tema. Os participantes revelaram que o ambiente escolar apresenta situações do contexto de vida dos alunos que se caracterizam por pouco diálogo em casa, baixa perspectiva de vida, desestímulo e dificuldade em lidar com frustrações. O que pode ser ilustrado na fala a seguir.

Eles veem o pai e a mãe naquela ‘m’ e pensam que a vida deles vai ser aquilo também. Então, não têm uma perspectiva... desestímulo, eles não

têm sonhos, ambições. Acho que cabe mais a nós fazer esse tipo de coisa (Bromélia - Escola).

Professores alegam que a sua função primordial, voltada ao ensino de matérias pré-definidas, deixa pouco tempo para tratar de outras questões envolvendo a vida concreta dos alunos, o que é identificado na fala a seguir:

[...] Não tem como aprofundar e dar um significado efetivo para o que eles estão sentindo e realmente trabalhar isso de alguma forma, [...] muitas vezes não tem muito que fazer. [...] a gente não vai conseguir atender todos, não tem tempo pra isso, acho que esse é o maior problema, e um desafio que a gente tem como professor (Araçá - Escola).

A oficina realizada com profissionais de saúde da ESF foi iniciada com a projeção de imagens sensibilizadoras, seguida da mesma pergunta disparadora. Os relatos descreveram a percepção, no cotidiano dos serviços, do sofrimento psicológico de usuários e o reconhecimento de que, em algumas vezes, a situação e o cuidado necessário não foram identificados de imediato, possivelmente por não se sentirem preparados para a abordagem do problema. O relato a seguir revela sensação de incompetência e despreparo para lidar com situações relacionadas ao suicídio:

[...] Porque a nossa expectativa é de tentar resolver na primeira tentativa e que não houvesse outras tentativas [...] e a gente tende a também a se sentir, às vezes, até incompetente, porque a repetição é bem frequente (Camomila - ESF).

Os relatos registrados se reportam a situações reais que produziram desapontamento nos profissionais, sendo que experiências negativas parecem ter contribuído para o aprendizado sobre prevenção do suicídio.

Figura 1. Confeccionando a colcha de retalhos na ESF.



Fonte: Acervo pessoal da residente.

A quarta oficina – com uma usuária do serviço – foi realizada mesmo com participação reduzida. Nela, a usuária comparou as diferenças entre seu comportamento na infância e o dos seus filhos, e a sua percepção é a de que atualmente existe aumento dos casos de suicídio e de tentativas, o que atribuiu ao individualismo e à virtualidade dos relacionamentos, que são características da sociedade contemporânea, conforme sua fala a seguir.

[...] A gente trabalhava no interior, era bem pobre, [...] a gente trabalhava todo o dia e toda noite ia nos vizinhos, [...] rezava o terço, tinha os encontros de família, agora é um tendeu [...] e isso faz muita falta hoje (Hortênsia - Usuária).

As quatro oficinas apresentaram em comum alguns temas: a) Necessidade de dar limites na criação dos filhos e aspectos familiares; b) Sentimento de vazio, vida esvaziada de sentido; c) Suicídio relacionado às questões sociais contemporâneas; d) Manifestação de frustração e impotência de profissionais de saúde, de educação e familiares-usuários diante do suicídio; e e) Importância da espiritualidade como prevenção ao suicídio.

Emergiu, ainda, dificuldade para a identificação de aspectos que possam explicar o motivo de alguém “tirar sua própria vida”, embora reconheçam a multicausalidade do fenômeno. Também foi percebida certa confusão com algumas terminologias (eutanásia e bioética) associadas ao suicídio. Da mesma forma, explicações ou hipóteses por meio

de expressões como “falta de fé”, busca por um “ser maior” ou “coisa do demônio” sugerem que o suicídio também pode estar associado a crenças pessoais/religiosidade/espiritualidade. Tais interlocuções demonstraram a necessidade de dialogar a respeito seja pelo fato de haver poucos espaços seja pela dificuldade em falar.

O pouso: experiências comuns verbalizadas nas oficinas

As oficinas permitiram desenvolver algumas análises acerca das impressões do sofrimento humano, pois a experiência de ter um conhecido, familiar ou amigo que cometeu suicídio foi compartilhada, bem como a vivência profissional sobre o atendimento em saúde na ESF. Necessidades como o acolhimento e a empatia diante dessas situações foram citadas, conforme as falas a seguir: “A gente se sente com as mãos atadas em dado momento, que não sabe de que forma pode mais ajudar aquela pessoa mesmo” (Narciso - ESF); e “[...] A criança chega pra conversar comigo com ar triste, eu pergunto: ‘o que está te entristecendo?’. E eu acho que nós, professores, é enfocar alguma coisa positiva nela [...]” (Lavanda - Escola).

Parece ter havido reconhecimento de que tanto profissionais da saúde como da educação, se instrumentalizados/capacitados, podem fazer a diferença para a redução do sofrimento alheio. Para isso, é preciso criar espaços que favoreçam boas relações interpessoais e a necessidade de repensar o cuidado ofertado aos usuários, em diferentes locais: escola, ESF, família e espaços de trabalho. Os participantes tratam de questões da vida contemporânea que não têm favorecido encontros com trocas entre pessoas, atribuindo isso ao cotidiano permeado por relacionamentos virtuais, pouco contato físico e raras conversas face a face.

Aspectos como a falta de tempo, de não estar disponível e de formação insuficiente estiveram presentes nas falas nas oficinas realizadas tanto com os profissionais de saúde quanto com os de educação. Compreendendo as dificuldades que a maioria das pessoas apresentam, entendem que o suicídio não pode ser tratado de maneira simplista e citam a relevância de ações preventivas.

Nas duas oficinas com professores foi perceptível a fragilidade do ambiente escolar diante de questões de saúde mental. Apesar da receptividade em trabalhar o tema, verificou-se a ausência de espaços de cuidado e de formação para professores e equipe diretiva; constatando-se sobrecarga de trabalho e cobrança

de ministrar conteúdos disciplinares definidos no planejamento em sala de aula. Tal situação dificulta incluir abordagens sobre suicídio no cotidiano escolar em que pese o reconhecimento da importância e da necessidade do tema. No entanto, as falas nas oficinas reverberam a urgência de criação de espaço que acolha as dificuldades e angústias de jovens adultos e suas incertezas manifestadas.

Cada vez mais percebe-se a urgente necessidade da inserção de psicólogos nesse contexto, tanto para auxílio no acolhimento de demandas que se relacionem com saúde mental quanto para ações de capacitação, formação e sensibilização na prevenção do suicídio, aspectos relacionados à sexualidade, dependência química, profissionalização, problemas familiares e tantos outros temas sensíveis à Psicologia.

A sala dos professores parece ser o único local para um diálogo entre eles, ou melhor, para desabafo, em poucos momentos compartilhados. Foi percebido que os professores, por acompanharem os alunos, com frequência acabam desenvolvendo bons vínculos, por vezes, maiores do que dos alunos com seus familiares. Vistos como referência, professores parecem estar cumprindo um papel de suporte e proteção, que se assemelha ao de um cuidador; no entanto, é uma atuação invisibilizada pelo cotidiano escolar e ainda não reconhecida socialmente.

Reconhecimento atento: produzindo colagens e tecendo a “colcha de retalhos”

Durante a territorialização, no campo de práticas da residência, houve a campanha de prevenção ao suicídio “Setembro Amarelo”, promovida pelo Centro de Valorização da Vida (CVV); embora importante, a mobilização restringe-se ao mês. A legislação atual não inclui o psicólogo nas equipes da Estratégia Saúde da Família, considerando-o um especialista, porém o Município deste estudo o insere nas unidades, algo que contribui sobremaneira na qualificação dos atendimentos prestados.

A ESF onde este trabalho foi desenvolvido possui uma equipe que desenvolve um cuidado humanizado aos usuários, além de formação constante, mas quando surgia uma situação envolvendo suicídio, o psicólogo era acionado, ficando evidente a necessidade de capacitação constante, para que os demais profissionais pudessem se sentir mais seguros e instrumentalizados ao abordar situações envolvendo suicídio. Verificou-se que não se tem muito claro como profissionais de saúde – que não psicólogos e médicos – podem agir diante

de comportamentos suicidas; possivelmente pelo fato de o atendimento ser considerado de competência de psicólogos ou psiquiatras e, também, por ser um tema estigmatizado.

A inserção na equipe da ESF permitiu o reconhecimento de que havia um desejo em problematizar o cotidiano do serviço, sendo assim, a oficina proposta para a equipe foi planejada de maneira a compartilhar, dialogar e refletir sobre o processo de trabalho envolvendo a prevenção do suicídio, reconhecendo que todos os profissionais têm recursos para acolher comportamentos suicidas, e que embora a inserção do psicólogo qualifique o processo de trabalho, a responsabilidade pelo acolhimento é de todos da equipe.

A realização de quatro oficinas teve a intenção de ser marcador simbólico, por meio da confecção da “colcha de retalhos”, nas quais participantes foram convidados a escrever em retalhos de tecido palavras dirigidas a quem está em sofrimento, colocando-os numa relação de cuidado.

Figura 2. “Colcha de retalhos”: costurando palavras e desvendando compreensões.



Fonte: Arquivo pessoal da residente.

O impacto visual da colcha despertou inquietações também para usuários e trabalhadores, uma vez exposta na recepção da ESF, por determinado período. Dessa maneira, os reflexos ocorreram desde a confecção da colcha.

Ao confeccioná-la, os participantes sugeriram ações de prevenção, destacando duas já implementadas: 1) Realização de encontros com lideranças religiosas da comunidade para dialogar com as dimensões espirituais e como é abordado o tema no meio religioso; 2) Abordar e fomentar o diálogo sobre o tema suicídio nos grupos de saúde existentes na ESF e na sala de espera, incluindo a produção/reprodução de materiais audiovisuais e outras formas de expressão.

Discussão

As falas nas oficinas revelaram que o suicídio é um tema tabu, o que é corroborado pela literatura: há dificuldade em dialogar abertamente. Mas é preciso saber como lidar com “o sofrimento dos sobreviventes e enlutados e com o seu tabu” (SILVA-FILHO; MINAYO, 2021, p. 2695); o que torna o suicídio um “tema desafiador” (RIBEIRO *et al.*, 2016, p. 3). A morte autoprovocada ou autoinfligida qualifica o fenômeno suicídio como uma “categoria de morte diferente das demais [...] uma brusca antecipação no curso natural da vida” (SILVA-FILHO; MINAYO, 2021, p. 2695).

No Brasil, há tendência de crescimento na prevalência de ideação suicida e na incidência de suicídio na faixa etária entre 10-19 anos, ao mesmo tempo também se constata que falta formação dos profissionais de saúde, da educação e da assistência social sobre o tema. Constatação que tem que ser superada para seu enfrentamento (SILVA-FILHO; MINAYO, 2021), ambos – prevalência do fenômeno e ausência de formação – foram identificados na pesquisa.

Segundo a OMS, cerca de 90% dos que morrem por suicídio apresentam algum transtorno mental (FERREIRA *et al.*, 2021). Além dos transtornos mentais e fatores como sexo biológico, sexualidade, idade, estado civil, emprego, histórico de suicídio na família, abuso de álcool e outras drogas, doenças incapacitantes e a ausência de crenças pessoais, religiosidade e espiritualidade podem estar na sua origem. Estudos apontam dimensões sociais ao suicídio sustentando que o fenômeno tem caráter coletivo e não apenas individual (FUKUMITSU, 2018).

Estudo de revisão integrativa, que analisou o nexos entre religião e comportamento suicida em jovens, sugere que – embora sejam poucos os estudos localizados – “conexão com a divindade proporciona uma sensação de conforto,

alívio e vigor para continuar vivendo [...] e que quanto mais religioso o jovem for mais ele é seduzido pela vida” (ANDRADE *et al.*, 2020, p. 7). Jorgetto e Marcolan (2021, p. 8) dizem que tanto a religiosidade como a espiritualidade parecem oferecer “um senso de propósito e significado existencial e uma importante arma de resiliência ao sofrimento”. Assim, pode-se dizer que há certa associação entre religião/espiritualidade e saúde mental, que parece agir como fator protetivo; apontado pelos participantes das oficinas.

Religião e espiritualidade, entendidos aqui como conceitos diferentes, em que religião se define pela “manifestação de atos de culto, de ritos e de outras formas de expressão religiosa, enquanto a espiritualidade é compreendida como uma dimensão constitutiva humana, caracterizada pela intimidade do ser humano com algo maior” (SILVA; SILVA, 2014, p. 203).

Silva-Filho e Minayo (2021, p. 2095), ao abordarem como a contemporaneidade encara a morte, afirmam que há um esvaziamento de “rituais seculares de sentimento e significado [...] dando espaços a lacunas e vazios semânticos, propiciando o surgimento de silêncios e tabus”. Nessa direção, Arruda *et al.* (2021) alertam para os impactos que podem ser gerados pelo suicídio, provocando desestruturação na vida de pessoas próximas ao suicida. Também se estima que o período e as dificuldades na elaboração do luto sejam maiores do que nas mortes naturais. Essa condição também demanda cuidado dos profissionais de saúde, exigindo o direcionamento de ações voltadas para o acolhimento da demanda das pessoas que foram impactadas diretamente por um suicídio (FUKUMITSU; KOVÁCS, 2016).

A partir dos dados e do que a literatura apresenta, observa-se que as redes de atenção precisam criar e manter condições de detectar de forma precoce os comportamentos suicidas, possibilitando aos profissionais de saúde a realização de projetos terapêuticos preventivos, com envolvimento de familiares e amigos (FELIX *et al.*, 2016). No entanto, suicídio, comportamento suicida-ideações são temas pouco trabalhados na formação profissional – não fazendo parte dos currículos temáticas relacionados ao manejo de comportamentos suicidas ou formas de acolhimento a quem está de luto por suicídio (FUKUMITSU, 2018).

Entende-se que tais temas precisam ser um “tópico prioritário do cuidado integral a crianças e adolescentes, constituindo-se formalmente em parte da agenda

das áreas da saúde, educação e assistência social” (SILVA-FILHO; MINAYO, 2021, p. 2094). O cenário escolar internacional e nacional tem sido apontado pela literatura com “taxas significativas de comportamento suicida” (ANDRADE *et al.*, 2020, p. 8). Verificou-se que o contexto regional aponta para essa direção; dessa forma, profissionais de diferentes áreas devem estar instrumentalizados, pois sua intervenção pode evitar tentativas ou mesmo óbitos.

Aí se identifica a potência de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS) como política do Sistema Único de Saúde (SUS). Partindo do cotidiano dos serviços, a EPS pode ser capaz de “construir soluções cuidadoras eficazes e inclusivas de ampliado escopo de tecnologias” (CECCIM, 2019, p. 78). Nessa direção, diversos profissionais podem ser incentivados a recorrer às diferentes tecnologias no cuidado, como as preconizadas por Merhy (2014). Esse autor apresenta, dentre outras, as tecnologias “leves”, que são as relações – de escuta e de fala – entre usuários e profissionais, podendo ser espaços relacionais terapêuticos.

Fukumitsu (2018, p. 108) considera que é necessário assumir a tarefa do cuidado ao sofrimento humano com “acolhimento, a presença, a escuta e a manifestação genuína de compaixão para com o outro”. Essa seria uma forma de enfrentamento da sensação de impotência manifestada pelos participantes das oficinas desta pesquisa. Silva-Filho e Minayo (2021, p. 2694) alertam que em nossa sociedade com forte formação cristã “a morte autoinfligida sempre foi considerada um objeto de repúdio por desvios religiosos, culturais e legais”. Por isso, o entendimento é de que grande parte das dificuldades em trabalhar com temas envolvendo suicídio, ideação suicida e comportamentos suicidas origina-se dessa matriz cultural da sociedade.

Optou-se pela utilização do recurso da colcha, cuja técnica baseou-se nas propostas de Educação Popular em Saúde, que está alicerçada num modelo de diálogo em que todos são convidados a construir coletivamente o conhecimento, envolto de respeito, amorosidade, reflexão e valorização dos saberes e experiências que são singulares de cada um (MENEZES; SANTIAGO, 2014). A utilização de tecnologias leves de cuidado, em especial recursos da EPS, mostrou-se ferramenta eficaz para o desenvolvimento de um trabalho mais afetivo na prevenção do suicídio e promoção da saúde.

Considerações finais

O suicídio é um problema de saúde pública multicausal, fenômeno de âmbito mundial, que se reflete no Brasil reverberando no Rio Grande do Sul, atingindo a região de estudo, na qual as taxas se mantêm elevadas, se considerada a classificação da OMS.

A literatura e os dados obtidos revelaram que profissionais de saúde e de educação não se sentem preparados para o enfrentamento do fenômeno, manifestando sensação de impotência e apontando ausência de espaços de escuta e fala. Para enfrentar tal constatação, os currículos dos cursos de graduação e os da Base Nacional Comum Curricular da Educação Básica devem abordar temáticas sobre suicídio, preferencialmente de forma transdisciplinar e contando com a participação de diferentes profissionais que atuam diretamente com o fenômeno.

O estudo também evidenciou que ações curativas são mais frequentes do que as de promoção da saúde e prevenção envolvendo o tema suicídio. Por isso, ações integradas entre profissionais de saúde, de educação e lideranças religiosas podem ter retornos favoráveis, uma vez que foi evidenciada associação entre religião/espiritualidade como fator protetivo ao suicídio. No entanto, a escassa bibliografia sobre o tema impede de avançar na discussão dessa abordagem e sua possível contribuição como fator protetivo. Portanto, são necessários mais estudos – sobre religião/espiritualidade, suicídio e atuação conjunta de profissionais de saúde, professores de todos os níveis de ensino e usuários – para a produção de conhecimento a respeito.

As oficinas – com técnicas de Educação Popular em Saúde – utilizadas neste trabalho produziram uma forma singular de aproximação a um tema de difícil abordagem, tratando-se de uma aposta na habilidade humana de inventar novas formas de cuidar do outro e cuidar de si, pautadas pelo acolhimento, amorosidade e construção compartilhada do conhecimento.

Da mesma forma, relatos críticos que avaliem a utilização de técnicas mais criativas e envolventes – como as citadas no parágrafo anterior – poderiam potencializar ações de prevenção ao suicídio e de promoção da vida. Isso porque vimos que se trata de um fenômeno de difícil abordagem, considerando-se ser um tema envolvido em tabu, silêncios e vazios por parte da sociedade.

Referências

ANDRADE, M. B. T.; FELIPE, A. O. B.; VEDANA, K. G. G.; SCORSOLINI-COMIN, F. The nexus between religiosity/spirituality and suicidal behavior in young people. **Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas**, v. 1, n. 4, p. 109-121, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v16n4/en_v16n4a14.pdf. Acesso em: 11 out. 2020.

ARRUDA, V. L.; FREITAS, B. H. B. M.; MARCON, S. R.; FERNANDES, F. Y.; LIMA, N. V. P.; BORTOLINI, J. Suicídio em adultos jovens brasileiros: série temporal de 1997 a 2019. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 26, p. 2699-2708, 2021. Disponível em: <https://scielosp.org/article/csc/2021.v26n7/2699-2708/>. Acesso em: 11 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ideias e dicas para o desenvolvimento de processos participativos em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CECCIM, R. B. Emergência de um “campo de ação estratégica”: ordenamento da formação e educação permanente em saúde. **Sanare** (Sobral, Online), v. 18, n. 1, p. 68-80, 2019. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1307>. Acesso em: 11 out. 2020.

FELIX, T. A.; OLIVEIRA, E. N.; LOPES, M. V. O.; PARENTE, J. R. F.; DIAS, M. S. A.; MOREIRA, R. M. M. Fatores de risco para tentativa de suicídio: produção de conhecimento no Brasil. **Revista Contexto & Saúde**, v. 31, n. 16, p. 173-185, 2016. Disponível em: <https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/6079>. Acesso em: 19 out. 2020.

FERREIRA, R. S.; MARTIN, I. S.; ZANETTI, A. C. G.; VEDANA, K. G. G. Notícias sobre suicídio veiculadas em jornal brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 26, p. 1565-1574, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/zXmHk3yrvMmw6DxF75m7SnP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2020.

FRANCK, M. C.; MONTEIRO, M. G.; LIMBERGER, R. P. Mortalidade por suicídio no Rio Grande do Sul: uma análise transversal dos casos de 2017 a 2018. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, 2019512, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/tKnYKVqKHkLR4DHdfbTjRyz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2020.

FUKUMITSU, K. O.; KOVÁCS, M. J. Especificidades sobre o processo de luto frente ao suicídio. **Psico**, v. 1, n. 47, p. 3-12, 2016. Disponível em: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/19651>. Acesso em: 22 out. 2020.

FUKUMITSU, K. O. Suicídio: do desalojamento do ser ao desertor de si mesmo. **Revista USP**, n. 119, p. 103-114, 2018. Disponível em: <https://jornal.usp.br/revistausp/revista-usp-119-textos-7-suicidio-do-desalojamento-do-ser-ao-desertor-de-si-mesmo/>. Acesso em: 22 out. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **População estimada**: Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2018. Brasil: IBGE, 2018.

JORGETTO, G. V.; MARCOLAN, J. F. Risk and protective factors for depressive symptoms and suicide behavior in the general population. **Revista Brasileira de Enfermagem**, n. 74, supl. 3, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34320124/>. Acesso em: 22 out. 2020.

MENEZES, M. G.; SANTIAGO, M. E. Contribuição do pensamento de

Paulo Freire para o paradigma curricular crítico- emancipatório. **Revista Pro-Posições**, v. 25, n. 3(75), p. 45-62, set./dez. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pp/a/QJxGZXzMDX4Qjpkxd5jRfFD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 out. 2020.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2014.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

RIBEIRO, D. B.; TERRA, M. G.; SOCCOL, K. L. S.; SCHNEIDER, J. F.; CAMILO, L. A.; PLEIN, F. A. S. Motivos da tentativa de suicídio expressos por homens usuários de álcool e outras drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 37, n. 1, p. 1-7, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PxFYhzhfL9sH6Nlp9dSftKMQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2020.

SILVA, J. B.; SILVA, L. B. Relação entre religião, espiritualidade e sentido da vida. **Logos & existência Revista da Associação Brasileira de logoterapia e análise existencial**, v. 3, n. 2, p. 203-215, 2014. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/le/article/view/22107>. Acesso em: 11 out. 2020.

SILVA-FILHO, O. C.; MINAYO, M. C. S. Triplo taboo: considerations about suicide among children and adolescents. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 7, p. 2693-2698, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GSYPPVkbzbtJXtk4s7xyLkTx/?lang=en>. Acesso em: 12 out. 2020.

SOUZA, V. S.; ALVES, M. S.; SILVA, L. A.; LINO, D. C. S. F.; NERY, A. A.; CASOTTI, C. S. Tentativas de suicídio e mortalidade por suicídio em um município no interior da Bahia. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 4, p. 294-300, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/RZ5SkKZk6QFqSmJVH4MgMWD/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 ago. 2021.

SPERB, A.; VOLKMER, A. N.; CRUS, C. W.; SOUZA, M. F. Secretaria de Estado do Rio Grande do Sul. **Nota Técnica aos profissionais de saúde sobre o fenômeno do suicídio**. Comitê Estadual de Promoção da vida e Prevenção do Suicídio. Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202005/14104239-nota-tecnica-suicidio-covid19.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2021.

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: NATURALIZAÇÃO, CULPABILIZAÇÃO E POSSIBILIDADES DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Gabrieli Escobar Ferron
Vanderléia Laodete Pulga
Fabiana Schneider

Introdução

Esta reflexão apresenta o processo e os resultados de uma pesquisa-ação realizada no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul (PRMSAB-UFFS) em parceria com o Município de Marau, na Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita, onde o referido Programa acontece.

Nos atendimentos psicológicos realizados durante a Residência Multiprofissional, assim como na participação em grupos de educação em saúde, foi possível identificar que um número significativo de mulheres que buscam o atendimento à saúde trazia em suas trajetórias de vida as marcas da violência contra a mulher.

Apesar dos direitos conquistados até então e da aparente valorização, as mulheres continuam sendo vítimas de violência de todas as formas e em todos os espaços. O peso do patriarcado, que se reproduz historicamente, mostra-se ainda gigantesco no que diz respeito à subordinação das mulheres aos homens. Apesar da diferença no grau de domínio de um sobre o outro, ao longo do tempo, a natureza do fenômeno continua a mesma (SAFFIOTI, 2009).

Assim, ao analisar historicamente, percebe-se que a igualdade de direitos vem sendo negada às mulheres, as quais tiveram suas identidades marcadas por uma cidadania de “segunda categoria” (GEBARA, 2000, p. 8), que lhes foi atribuída por uma cultura patriarcal, que sempre as definiu e lhes conferiu algum valor a partir de sua relação com o homem (GEBARA, 2000).

A compreensão desse fenômeno tem diversas abordagens teórico-conceituais. Nesta pesquisa, o conceito de violência contra a mulher foi o descrito pelo Conselho Nacional de Justiça:

É qualquer conduta – ação ou omissão – de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo simples fato de a vítima ser mulher e que cause dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político ou econômico ou perda patrimonial (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, [20--]).

Essas diversas formas de violência a que as mulheres são submetidas no seu cotidiano produzem adoecimento, sofrimento e marcas físicas e psíquicas. São essas marcas que lhes fazem procurar os serviços de saúde para um alívio na dor ou sofrimento. Nessa busca, nem sempre essas mulheres têm consciência de que são violentadas e, nos serviços de saúde, também os profissionais nem sempre percebem que se trata de uma situação de violência (PORTO, 2004).

Todavia, a Atenção Básica em Saúde mostra-se como importante dispositivo para mudar essa realidade. Pensada para estar mais próxima à vida das pessoas, tem sob sua responsabilidade um território adscrito, o que permite maior conhecimento sobre a dinamicidade do espaço e a criação de vínculos (BRASIL, 2012). Essa proximidade permite que a equipe de saúde tenha conhecimento e consiga abordar as necessidades de saúde mais comuns dentro da sua população (STARFIELD, 2002).

A Atenção Básica acolhe diariamente mulheres que utilizam frequentemente o serviço e que são tidas como “poliqueixosas”, por suas inúmeras queixas crônicas e vagas, com resultados de exames normais (BRASIL, 2001). Assim, configura-se como um potente espaço para a criação de estratégias de acolhimento, identificação e atendimento às mulheres vítimas de violência (SCHRAIBER *et al.*, 2002), oferecendo novas possibilidades de cuidado.

Desse modo, a pesquisa-ação desenvolvida teve como objetivo analisar o processo de naturalização da violência contra a mulher e a culpabilização da vítima, identificando a influência da sociedade nesse processo. Parte da perspectiva das mulheres que frequentavam o grupo de artesanato da ESF Santa Rita – Marau-RS, no ano de 2017. Além disso, buscou-se identificar as situações de violência que as mulheres sofrem no cotidiano e a capacidade de reconhecimento dessas situações como violências, bem como analisar a potencialidade do grupo de artesanato como dispositivo de cuidado integral à saúde e identificar as possibilidades de cuidado com a equipe de saúde.

Metodologia de pesquisa

A metodologia adotada para esta pesquisa foi a qualitativa exploratória, do tipo pesquisa-ação, em que o contato direto com o campo é privilegiado (GIL, 2002), assim como a interação entre pesquisador e participantes. Essa metodologia tem como objetivo “facilitar a busca de soluções aos problemas reais para os quais os procedimentos convencionais têm pouco contribuído” (THIOLLENT, 1986, p. 8).

Como instrumento de pesquisa, optou-se pelas oficinas terapêuticas como espaços de encontro de vidas de pessoas em sofrimento psíquico, que, por meio da arte, promovem a expressão da liberdade, o exercício da cidadania e a convivência com os diferentes (VALLADARES *et al.*, 2003). Essas oficinas, com o número de duas, foram realizadas com as mulheres que frequentavam o grupo de artesanato da ESF Santa Rita, na qual a pesquisadora-residente estava inserida, no período de julho a novembro de 2017.

O grupo em questão era composto por 12 mulheres. Foi escolhido, em detrimento de outros que também aconteciam na ESF, por contar com a participação de mulheres de diferentes faixas etárias. Outro aspecto considerado para a escolha desse grupo para a realização da pesquisa foi o fato de a pesquisadora-residente estar mais próxima e ter maior vínculo, uma vez que exercia o papel de coordenação há um ano. Além do artesanato produzido pelas mulheres, diferentes ações em saúde eram realizadas nesse grupo, por meio de rodas de conversa e dinâmicas de grupos. Assim, as participantes já estavam habituadas a atividades como as propostas para esta pesquisa.

Participaram das oficinas terapêuticas as mulheres que já frequentavam o grupo de artesanato há pelo menos um ano, e as maiores de 18 anos. Os objetivos da pesquisa, os riscos e os benefícios em participar dela foram explanados para as participantes, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As oficinas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra para posterior análise.

As oficinas terapêuticas foram organizadas da seguinte forma: a primeira teve como objetivo refletir a respeito de letras de músicas que traziam explicitamente questões de violência contra a mulher e que não eram reconhecidas como tal, demonstrando o quanto a sociedade naturaliza e contribui na reprodução dessa cultura machista e patriarcal. Para isso, foram escolhidas músicas conhecidas

popularmente, como “Um tapinha não dói”, “Malandramente”, “Ajoelha e Chora” e “Baile de favela”. As músicas foram ouvidas enquanto as mulheres acompanhavam com a letra da música impressa. Após essa primeira reflexão, as mulheres foram, então, convidadas a repensar suas histórias de vida por meio da expressão artística de dois momentos importantes de suas trajetórias, um positivo e um negativo. Ao final, cada uma apresentou oralmente o material por si construído, que constitui parte da discussão e resultados desta pesquisa.

A segunda oficina terapêutica teve como objetivo refletir sobre como o corpo da mulher é marcado pela visão preconceituosa e violenta da sociedade e o quanto essa visão influencia suas percepções sobre os seus próprios corpos. Para isso, as participantes foram convidadas a confeccionar uma boneca representando a si mesmas, com o auxílio de linha, agulha, tecidos e enchimento, material custeado pela própria residente-pesquisadora. Em seguida, cada usuária foi convidada a responder às seguintes perguntas: quais os caminhos percorridos pela boneca, quais as suas características e quais os motivos para se orgulhar dela? Após todas responderem, conversou-se a respeito das questões que emergiram dessa construção, o que está explanado a seguir.

Assim, a partir das falas das mulheres nessas duas oficinas terapêuticas foi possível realizar a análise de conteúdo baseada no modelo proposto por Minayo (2001) e as referidas categorizações para dar conta dos objetivos da pesquisa desenvolvida. Como forma de respeito ético ao sigilo e à preservação das identidades das participantes, seus nomes foram substituídos pela letra “P”, de participante, seguida de um número aleatório. A pesquisa seguiu todos os procedimentos éticos, está de acordo a Resolução n.º 466/2012 e tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, com o número 2.148.314.

Discussão e resultados

A pesquisa-ação aconteceu com um grupo de 12 mulheres de periferia urbana, as quais possuem como principais características: faixa etária entre 18 e 60 anos de idade, a maioria com nível de escolaridade de primeiro grau incompleto, integrantes de famílias de condições socioeconômicas de baixa renda, com média de três filhos cada mulher, sendo uma apenas a não ter filhos. A partir dos principais

elementos de reflexão observados no processo de investigação e interação com as mulheres foi possível identificar três categorias temáticas, descritas a seguir. Essas temáticas entrelaçam-se e desafiam a construção de estratégias de integralidade, a intersectorialidade da atenção à saúde e o papel dos profissionais e das equipes na Atenção Básica em Saúde.

O grupo como dispositivo de cuidado mútuo

Todos os grupos exercem uma função psicoterápica, até mesmo os que não são de natureza especificamente terapêutica (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997). O grupo de artesanato que acontecia na ESF era, a princípio, um grupo de convivência, em que as mulheres participantes compartilhavam entre si os seus saberes sobre o fazer artesanato e aprendiam juntas o que ainda não sabiam. Há, todavia, elementos importantes que compõem e justificam o grupo e que ultrapassam o fazer artesanato, estes estão relacionados a essa função psicoterápica descrita pelos autores. É o que se percebe pela fala das participantes:

P1: Fazia tempo que tu não vinha, né, P2?

P2: Pois é, na outra semana eu fui pra fora ajudar o meu marido, aí não pude vim...

E a P11, não veio?

P9: Aquele dia que a gente fez a flor ela também não veio! Será que aconteceu alguma coisa?

P4: Se ela não vié hoje, depois vou passar lá na casa dela!

O relato das mulheres nas oficinas terapêuticas demonstrou o papel que o grupo ocupava em suas vidas, constituindo-se como um espaço de trocas, de afetos e um dispositivo de cuidado mútuo. O potencial preventivo dos grupos vem da possibilidade de pessoas em situações semelhantes compartilharem suas experiências comuns (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009). É possível reconhecer nas histórias de vida das mulheres participantes fatos que se repetem, como a rotina de trabalho doméstico, a responsabilidade exclusiva pelos cuidados com os filhos, a dependência financeira do companheiro e o pequeno tempo destinado para cuidar de si.

Essa realidade compartilhada era, talvez, o que as encorajava a falar de si, de suas conquistas, dificuldades e seus sofrimentos. O grupo torna-se tão

importante à medida que permite e proporciona esses movimentos – de crescer psicologicamente com as experiências emocionais que acontecem nas inter-relações (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997).

Os grupos de convivência que acontecem nas equipes de ESE, de forma geral, são importantes dispositivos de cuidado a serem explorados pelos profissionais como tal. As oficinas terapêuticas possibilitaram a compreensão do papel desse grupo como importante canal de comunicação, à medida que ele proporcionou a criação de um ambiente de acolhimento e estava disponível para realmente ouvir as histórias dessas mulheres, que não tinham sido contadas em nenhum outro momento.

O funcionamento do grupo permite esses compartilhamentos e auxilia na promoção da compreensão de diferentes realidades enfrentadas pelos participantes. O vínculo criado impulsiona o fortalecimento de uma rede de amizades fora do ambiente da unidade de saúde, reforçando o bem-estar e a autoestima. Além de oportunizar o aprendizado sobre determinados assuntos ou tarefas, e dividir informações, o trabalho com grupos amplia as perspectivas de análise e intervenção dos participantes “tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade” (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009, p. 223-224).

Para que essas oficinas terapêuticas fossem possíveis, um dos dispositivos centrais utilizados na pesquisa foi a escuta das histórias de vida das participantes. A relação de confiança que se desenvolveu no grupo permitiu que as mulheres se sentissem seguras e acolhidas para contar trechos de suas trajetórias. O ato de contar a própria história permitiu que as mulheres percebessem a sua condição de vida e se reconhecessem na fala das outras. Esse movimento potencializou a ressignificação das próprias vidas, abrindo caminhos de libertação e de rompimento dos ciclos de reprodução de violência geracionais.

P3: Na verdade, todas essas bonecas são guerreiras, né, sofremos pra tudo que é lado... Eu passei as minha... As minha batalha! Às vezes, a gente tem aquele tempo, que dá vontade de largar tudo e sumir do mundo, mas... para e pensa, não é assim! É só um tempo!

P6: A minha boneca ainda é nova! Mas ela já percorreu caminhos de filho, de casa, de trabalho... É uma boneca guerreira!

P2: Eu sô sofrida, desde pequeninha, com 45 dias minha mãe morreu... Eu passei por três famílias antes de casar... Foi grande a minha história, se fosse olhar dava um livro! A mãe morreu de hemorragia e o pai, ele só sabia bebê, fazê filho! Daí a mãe morreu, ele começou a largar nós. Nós tava em cinco, ele largou tudo os filho... Foi sofrido! Eu me orgulho, né, de tá aqui ainda... Porque eu sempre tive força, a depressão me pegô uma vez, mas não deixei tomá conta, consegui dá a volta!

Apesar de diferentes, as histórias dessas mulheres – assim como as de tantas outras – envolvem lutas diárias, grande fardo de responsabilidades, abandono e sofrimento. Situações de violência de diferentes formas estão presentes em todas elas. Porém, o elemento constante dessas histórias foi a superação! Mesmo com todas as dificuldades encontradas no caminho, o “seguir em frente” e o “levantar a cabeça” estavam presentes nessas mulheres, como uma força impulsionadora para a vida!

Assim, a partir das oficinas terapêuticas foi possível perceber que o grupo de mulheres se constituiu como um dispositivo de cuidado mútuo. Também demonstrou potencial para que os profissionais de saúde pudessem intervir no cuidado e na construção de estratégias de promoção da autonomia, protagonismo e superação de situações de violência. E, além disso, impulsionar reflexões na formação de profissionais de saúde inseridos no SUS e na potencialização das ações em rede, tão necessárias para a efetivação da integralidade e intersetorialidade.

A reprodução social do papel da mulher: uma vida voltada ao trabalho doméstico, aos cuidados de saúde da família e aos filhos

A diferença de gênero constituiu-se, ao longo dos séculos, como fator de discriminação atribuído ao feminino, desencadeando relações desiguais de poder na família e no trabalho e modos de inserção social preconceituosos e desfavorecidos. A cultura patriarcal é responsável pela divisão sexual e intelectual do trabalho, impondo diferentes papéis para mulheres e homens. As primeiras, responsabilizam-se pela área de serviços e representações, enquanto os espaços de decisões continuam sendo ocupados por homens (PULGA-DARON, 2010).

P9: O trabalho da casa tudo de responsabilidade da mulher...

P10: E era assim antigamente, as nossas avós, tataravós, e tem uns lugar que continua tudo igual!

P2: Como se os homem não morasse na mesma casa que a mulher, né?

P5: Hoje fiz o serviço todo correndo pra dá tempo de vim! Mas mesmo assim as roupa ficaram sem dobrá e a cama do nenê sem arrumá!

A partir da realização das oficinas terapêuticas, as mulheres relataram que a responsabilidade pelo serviço doméstico era única e exclusivamente delas. A falta de tempo e espaço para si é, todavia, uma realidade compartilhada por inúmeras mulheres; o cotidiano de trabalho doméstico ocupa todo o seu tempo e as suas energias, trazendo uma sensação de sufocamento. Entretanto, é por meio deste que muitas encontram condições mínimas de sobrevivência e de proteção, mesmo quando junto aos seus companheiros (GEBARA, 2000).

No que diz respeito à educação, as mulheres também são prejudicadas e negligenciadas: elas têm menor acesso à educação adequada, ao mercado de trabalho e à justa remuneração. Essa dificuldade de acesso ao mercado de trabalho se mostra como mais uma forma da sociedade hierarquizada e machista silenciar e oprimir as mulheres, tornando-as ainda mais submissas ao domínio masculino (PORTO, 2004).

Associadas a essa dificuldade, a baixa escolaridade e a responsabilidade pelos cuidados com os filhos dificultam ainda mais a busca por emprego e renda, prendendo a mulher ao serviço da casa (GEBARA, 2000). Serviço este necessário e digno, porém não reconhecido e que não permite à mulher aprender novos afazeres e conhecer outras realidades para além dos muros da sua residência. A mulher continua, então, repetindo todos os dias a mesma atividade, o mesmo modo de vida, que reproduz a mesma cultura de violência em que está inserida.

Sabe-se que algumas mudanças estão acontecendo em relação à inserção da mulher no mercado de trabalho e na educação superior. Todavia, o perfil das mulheres que são vítimas de violência continua incluindo condições socioeconômicas desfavoráveis e baixa escolaridade, com tempo médio de oito anos de estudos, assim como histórico de violência na infância e sofrida pela mãe (BECCON, 2018).

Em contrapartida ao que se espera dos homens, as mulheres vistas como dignas de admiração são aquelas que se autossacrificam, que são submissas aos homens e que são boas mães e esposas (WAISELFISZ, 2015). Por muito tempo,

grande parte das mulheres aceitou esse papel sem questionar, pois, afinal, foi educada para isso, para ser a responsável pela família e por manter a sua honra (PULGA-DARON, 2010).

P5: Mês que vem tenho que levar a nenê pra tomar vacina dos 4 meses... acho que são 4 vacinas... vai dar uma caminhadinha!

P1: Mas tu não pode ir de caminhando com dois nenê, mulher?! É muito longe! Por que tu não pega um ônibus?

P5: Mas ônibus roda a cidade toda, daí não vale a pena, e táxi é muito caro... Eu vou de a pé mesmo!

P1: E tu não pode combinar com teu marido um dia pra ele te levar?

P5: Mas é que ele trabalha, né? Não tem como!

Os papéis feminino e masculino, no que diz respeito à criação dos filhos, estão sofrendo mudanças. Todavia, pesquisas demonstram que os papéis tradicionais, do pai como provedor do lar e da mãe como responsável pelas tarefas domésticas, continuam sendo os mais retratados, principalmente em famílias menos favorecidas educacional e financeiramente (DESSEN; OLIVEIRA, 2013), como é o caso das mulheres do grupo.

Além da responsabilidade pelo cuidado com os filhos, à mulher também é reservado o cuidado com os netos e sobrinhos e aos familiares enfermos. A mulher é tida como a figura cuidadora da família. Na pesquisa realizada ficou evidente que essas tarefas eram tidas como naturais para as participantes.

P3: A., ela é tua neta, né?

P4: Sim, é filha da minha filha!

P1: E vai ficar contigo essa mesmo?

P4: Essa é minha! Se eu levei ela lá ontem no pai dela e a vó dela, a outra, e eles não quiseram nem ver!

P5: E como que ela te chama?

P4: Me chama de mãe, vó, mas quando ela ficar mais grandinha já vai ficar sabendo que eu sou vó!

P8: E a nona como que tá?

P4: Tá bem. Tava dormindo quando eu saí...

P12: Quem é a nona, P4?

P4: É a mãe do meu marido! Sobrou pra mim, né?

Ao serem convidadas a expressar um momento marcante positivo de suas vidas, a grande maioria das mulheres retratou o nascimento dos filhos. Por outro lado, a única participante do grupo que não tinha filhos, ao refletir sobre momentos marcantes:

P1: Eu coloquei como marcante, né, que foi o nascimento dos meus filhos.

P3: Positivo é o nascimento dos meus filhos, que nem a P1 falou.

P11: Eu também é o nascimento das minhas filhas.

P9: Ah, eu, meus quatro filhos, cinco com o E., que eu to criando como se fosse meu filho, que eu amo eles de todo o meu coração e isso é verdade.

P2: É pra falar sobre a família, né? Eu não tive filhos, daí não sei o que fazer na folha!

As falas dessas participantes demonstraram o quão a vida das mulheres está entrelaçada com a maternidade, e somente parece fazer sentido quando se tornam mães. Seus momentos positivos foram, em sua grande maioria, relacionados aos filhos, à vida profissional, ao relacionamento com o companheiro; os sonhos pessoais em nenhum momento foram mencionados.

Ao aprofundar essa questão, a violência contra a mulher pode ser reproduzida de diferentes formas, do plano simbólico até a violência física (PORTO, 2004). A imposição de papéis sociais, como os discutidos anteriormente, de única responsabilidade pelos cuidados com a casa e com os filhos, constitui-se também como violência contra a mulher. A perpetuação dessa situação afeta a capacidade produtiva da mulher, sua qualidade de vida e sua autoestima, além de comprometer o padrão de subjetivação das futuras gerações (PULGA-DARON, 2010).

Assim, é fundamental nos processos de formação dos profissionais de saúde a reflexão sobre as relações humanas nos contextos familiares, perpassando a análise de gênero, etnia, orientação sexual e a construção histórico-social-cultural e simbólica dessas relações e dos papéis de cada ser humano. Cabe destacar que essas relações são relações de poder e de produção de saúde ou de adoecimento. Perceber, analisar e desnaturalizar esses processos de dominação, discriminação e violência contra as mulheres são marcadores importantes para a construção de novas estratégias de promoção e cuidado em saúde.

Corpo, Sexualidade e Naturalização da Violência

A história da dominação masculina tem sua base no surgimento da família monogâmica e patriarcal, sendo, portanto, uma criação do homem a partir de uma visão androcêntrica do mundo. A tradição judaico-cristã teve importante papel na reprodução dessa estrutura social, pregando a submissão e obediência da mulher ao homem e a aceitação da ideologia da renúncia e sacrifício à mulher (RODRIGUES; NASCIMENTO; NONATO, 2015).

Nesse contexto de dominação e poder masculino, as mulheres tiveram seus corpos também governados e marcados por essa cultura. Uma vez que se pode entender o corpo como a sede da sexualidade, do trabalho e de qualquer outra atividade humana, é na sua materialidade que se cruzam os poderes, os saberes e os prazeres (MURARO, 1983).

Se há algum tipo de controle sobre os corpos é porque existe interesse. Controlado pela sociedade, o corpo da mulher tornou-se alvo desse interesse – coletivo – ao longo dos séculos. A mulher, contudo, por muito tempo não teve autonomia alguma sobre seu próprio corpo. Hoje, ainda, a exposição do corpo feminino gera discussões e polêmicas. As falas das mulheres participantes, ao serem questionadas sobre onde estariam os órgãos sexuais de suas bonecas, que representavam a si mesmas, e que não estavam presentes em nenhuma das construções feitas por elas, demonstram o quanto esse corpo continua sendo objeto de controle (CAMINOTI, 2013).

P1: Tão escondidos!

P8: Eu até pensei em fazer, mas daí pensei assim: ‘não... vai ficar muito vulgar a boneca com peito!’.

P1: A gente procura esconder, né, não mostrar, não fazer, que nem a gente fez na boneca!

P1: Sei lá, a gente pensa assim, né... Não quis colocar o peito pra não mostrar, acho que é isso...

P11: Pensei assim: ‘vai ficar muito vulgar’.

O discurso de que para serem respeitadas as mulheres não podem exhibir os seus corpos é comum e vai ao encontro dos resultados da pesquisa realizada pelo Datafolha e pelo Instituto Brasileiro de Segurança Pública (2016), que mostraram

que 42% dos homens entrevistados concordam com a afirmação: “Mulheres que se dão ao respeito não são estupradas”. Talvez esse seja o motivo de as mulheres não “se arrisquem” a representar os seus corpos como realmente são, corpos adultos sexuados. A negação da sexualidade deixa claro o quanto as mulheres têm seus corpos violentados pela sociedade, que perpetua a ideia de que o respeito pelo corpo feminino é algo a ser conquistado pelos homens (CAMINOTI, 2013).

A partir do momento em que a mulher não “faz por merecer” o respeito do homem, a violência contra ela passa a ser socialmente tolerada. O homem se sente autorizado, então, a praticá-la como forma de punir e corrigir a conduta transgressora feminina (WAISELFISZ, 2015). Ou seja, além de não ter seu corpo respeitado, a mulher ainda é culpabilizada pela violência que sofre, o que se configura como uma nova violência que, infelizmente, se repete até mesmo em locais que deveriam ser de acolhimento a essas mulheres (PULGA-DARON, 2010).

A violência contra a mulher, personificada no assédio ao seu corpo e à sua sexualidade, está tão difundida na cultura que passou a fazer parte de “hits” musicais, que discriminam e depreciam a mulher, propagando, inclusive, a ideia de que apanhar faz parte da sexualidade erótica (PULGA-DARON, 2010).

P12: Eu nunca tinha prestado atenção nessa música... sempre dancei e nunca tinha prestado atenção.

P6: É triste realmente de ver, né, quando a gente para pra pensar!

P8: Eu jamais, tipo, parei pra pensar... pensar na letra!

P7: É que as coisas são postas e a gente aceita na realidade, isso aí a gente aceita, a gente nunca parou pra pensar nas letras, a gente aceita e canta junto e dança... Como se fosse a coisa mais natural, mais comum...

As músicas são uma forma de expressão artística da sociedade. Letras de músicas que ofendem a mulher e a colocam em um lugar de submissão e inferioridade em relação ao homem são comuns e encontradas em diferentes estilos musicais. Elas são tão difundidas, que são conhecidas e cantadas por muitos, sem, muitas vezes – como afirmado pelas mulheres – se dar conta do que está sendo fomentado, devido à grande naturalização dessa violência. É a dominação masculina encontrando na sociedade, ainda hoje, meios para a sua reprodução (RODRIGUES; NASCIMENTO; NONATO, 2015).

A sexualidade das mulheres também é alvo de discriminação da sociedade, representada nas letras de músicas. Em contrapartida, o fato de a mulher sentir desejo ou tomar a iniciativa não são considerados de forma positiva, sendo a mulher forçada a “pagar” por isso. A dominação histórica do masculino está tão naturalizada e presente na linguagem cotidiana, que passa a ser aceita como algo normalizado por homens e mulheres, que nem mais percebem quando está sendo praticada, o que é muito grave (MURARO; BOFF, 2002). Submersas na cultura patriarcal, as mulheres acabam se tornando, em muitos casos, as guardiãs desse sistema que tanto as oprime, e importantes executoras da ordem masculina (GEBARA, 2000).

P10: Eu só digo uma coisa, amigas, as mulheres se prestam a fazer isso também!

P10: Também tem as que vão, se vendem, porque querem dinheiro e não querem trabalhar também, não é? Tem também umas que eles mexem e que elas gostam! Saem de casa com aquela roupa que é pra eles mexer mesmo!

P8: Essa saia que tu fez tá muito aberta, P6, tu exagerou, tá igual uma pirigueti!

P9: Que nem hoje o meu filho já leva a namorada, né, pra dormir lá em casa, mas eu no meu caso não sei se eu vou deixar a minha nenê fazê o mesmo, quando crescê...

O julgamento ao comportamento de outras mulheres, a crítica à forma de vestir, a diferença nas regras entre filhas e filhos, são exemplos da forma como muitas mulheres reproduzem a dominação masculina que sofrem, em suas demais relações. Muitas dessas mulheres são vítimas de violências reproduzidas nas desigualdades de gênero, que reverberam em seus filhos e filhas. A repetição dá-se pela falta do “se dar conta”, devido a essa dominação e à cultura machista e patriarcal que se constitui também como violência contra a mulher.

Assim, muitas mulheres iniciaram suas histórias de violência na infância, na forma como eram tratadas pelo pai, o que se repetiu com o marido. Portanto, não sabem e/ou não conhecem uma outra forma de se relacionar. Desse modo, mais importante do que a fuga a um papel masculino autoritário e opressor, é necessária a ressignificação desse modelo de família, na qual a lei masculina, executada inclusive pelas mulheres, impera (GEBARA, 2000).

Para isso, em um primeiro momento faz-se necessário que se fale e se reflita sobre as diversas formas de violência e questioná-las para que não sejam reproduzidas como algo natural. O processo de desnaturalização da violência é determinante para que as mulheres possam reconhecer em suas histórias de vida e no seu cotidiano violências a que são submetidas, a fim de assumir movimentos de libertação e superação.

Considerações finais

A história da violência contra a mulher caminha muito próxima à da sociedade moderna, continuando a influenciar diretamente a vida das mulheres em todos os seus aspectos: escolarização, profissionalização, papel social e relacionamentos. O relato das mulheres ao longo da pesquisa demonstrou o quanto estas ainda vivenciavam situações de violência naturalizadas e invisibilizadas. Apesar da sociedade mostrar sinais de evolução, o patriarcado e o machismo ainda se fazem presentes, dificultando o processo de desnaturalização da violência contra a mulher e impedindo que muitas se deem conta de que continuam vítimas desta sociedade e assumam movimentos de libertação.

O trabalho com o grupo de artesanato, por meio das oficinas terapêuticas, mostrou-se como importante dispositivo de escuta e de promoção da saúde. Refletir sobre violência contra a mulher e sobre o quanto o próprio corpo e a sexualidade são influenciados pela sociedade que a oprime e discrimina, permitiu ampliar o olhar das participantes para questões de vida e de saúde e, assim, incitar desejo de mudança. Os grupos de convivência e de educação em saúde fazem parte das atribuições do profissional da Atenção Básica. Apesar disso, o trabalho em grupo é, tantas vezes, deixado de lado diante da grande demanda de atendimentos individuais nos serviços.

Diante dos alarmantes índices de violência contra a mulher, faz-se necessário que esse seja um assunto ainda mais discutido e trabalhado pelas equipes de saúde. Apesar do foco da presente pesquisa ter sido as mulheres, é essencial que ambos, homens e mulheres, reconheçam-se como parte desse processo e possam construir relações libertadoras, saudáveis e pautadas no respeito e na amorosidade.

Os processos formativos de educação em saúde, em especial a Educação Permanente e Popular, de promoção à saúde e de atenção integral, precisam ampliar as ferramentas de diagnóstico e de acolhimento, incorporando novas formas de cuidado como as oficinas terapêuticas, práticas integrativas, populares e comunitárias.

Por fim, cabe destacar que essa reflexão traz uma parte das construções feitas com as mulheres, evidenciando a potência da pesquisa-ação no PRMSAB-UFFS como possibilidade de construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos. Não se pretende aqui esgotar esse tema, mas reconhecer que a rede de cuidados construída na Atenção Básica em saúde pode contribuir para que cada mulher se reconheça na sua potência de vida e de força para superação.

Referências

BECCON, J. M. C. **Violência doméstica contra a mulher**: o encontro da revisão bibliográfica e da cartografia. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar**: orientações para prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 12 set. 2021.

CAMINOTI, J. M. Os usos e abusos do corpo feminino: os casos de denúncia de crimes sexuais na capital do Espírito Santo entre os anos de 2006 e 2007. In: XXVII SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 2013, Natal. **Anais [...]**. Natal: ANPUH, 2013. Disponível em: http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1371323738_ARQUIVO_OSUSOSEABUSOSDOCORPOFEMININOFINAL.pdf. Acesso em: 12 set. 2021.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Formas de violência**. CNJ, [20--]. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/violencia-contra-a-mulher/formas-de-violencia-contra-a-mulher/>. Acesso em 12 set. 2021.

DATAFOLHA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Percepção sobre violência sexual e atendimento a mulheres vítimas nas instituições policiais. **Fórum Segurança**, set. 2016. Disponível em: <https://www.forumseguranca.org.br/storage/percepcao-violencia-mulheres-b1.pdf>. Acesso em: 12 set. 2021.

DESSEN, M. A.; OLIVEIRA, M. R. Envolvimento paterno durante o nascimento dos filhos: pai “real” e “ideal” na perspectiva materna. **Psicologia: Reflexão e Crítica** [on-line], Brasília, v. 26, n. 1, p. 184-192, maio 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000100020>. Acesso em: 12 set. 2021.

DIAS, V. P.; SILVEIRA, D. T.; WITT, R. R. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista APS** [on-line], Belo Horizonte, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14261/7712>. Acesso em: 22 out. 2021.



GEBARA, I. **A mobilidade da senzala feminina**: mulheres nordestinas, vida melhor e feminismo. São Paulo: Paulinas, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MURARO, R. M. **Sexualidade da mulher brasileira**: corpo e classe social no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1983.

MURARO, R. M.; BOFF, L. **Feminino e masculino**: uma nova consciência para o encontro das diferenças. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

PORTO, J. R. R. **Violência contra a mulher**: expectativas de um acolhimento humanizado. 2004. 172 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

PULGA-DARON, V. L. **Um grito lilás**: cartografia da violência às mulheres do campo e da floresta. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010.

RODRIGUES, M. E.; NASCIMENTO, G. B.; NONATO, E. N. A dominação masculina e a violência simbólica contra a mulher no discurso religioso. **Identidade!** São Leopoldo, v. 20, n. 1, p. 78-97, jan./jun. 2015. Disponível em: <http://periodicos.est.edu.br/index.php/identidade/article/view/2524/2390>. Acesso em: 12 set. 2021.

SAFFIOTI, H. I. B. Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres. **FLACSO**, Brasília, jun. 2009. Disponível em: http://flacso.rede.gov.br/files/2015/03/Heleieth_Saffioti.pdf. Acesso em: 12 set. 2021.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; PINHO, A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 470-477, ago. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/dfSmBBrVThftsFH6xLY573v/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2021.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/Unesco, 2002. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>. Acesso em: 12 set. 2021.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 1986.

VALLADARES, A. C. A.; LAPPANN-BOTTI, N. C.; MELLO, R.; KANTORSKI, L.; SCATENA, M. C. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 5, n. 1, p. 04-09, maio 2003. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/768>. Acesso em: 12 set. 2021.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil. **FLACSO**, Brasília, 2015. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em: 12 set. 2021.

ZIMMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

CARTOGRAFANDO HISTÓRIAS DE VIDA: NARRATIVAS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA COMO PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE

Marina Pitagoras Lazaretto
Vanderléia Laodete Pulga
Sandra Mara Setti

Introdução

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com foco na Atenção Básica, permite a imersão no território e o contato com os diversos atores sociais e seus papéis. Permite conhecer e construir possibilidades de atuação e encontros que acontecem durante o processo de formação, inserida na Estratégia Saúde da Família (ESF). Nesse percurso, há uma pluralidade de encontros, que se produzem por meio da interação em diferentes espaços, como o acolhimento, a escuta, o procedimento clínico-terapêutico, o trabalho em equipe e em rede inter e intrasetorial, que vão articulando-se e compondo o Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao desenvolver as ações típicas do processo de formação implicada no SUS, como as atividades de acolhimento, vigilância, ambulatório e controle social, alguns encontros foram despertando inquietações. Estas se conectaram com crenças, ideais e identificações com questões que diziam sobre a condição do ser mulher, profissional, defensoras do SUS e do cuidado em liberdade. Os encontros aconteceram com diferentes mulheres que buscaram o serviço de saúde, especialmente o acolhimento psicológico, em que demandas como ansiedade, depressão, ideação suicida, dores no corpo, dentre outras, foram identificadas. Ao serem acolhidas e, a partir do vínculo construído, essas mulheres relataram histórias de vidas marcadas por diferentes tipos de violências. Evidenciou-se a complexidade e a multifatorialidade desse fenômeno vinculado ao gênero, colocando a equipe de saúde diante de um dos seus maiores desafios:

o reconhecimento dessa situação como tema pertinente ao campo da saúde (D'OLIVEIRA; SCHREIBER, 2013).

Ao imergir nas demandas da ESF e do território, a violência sofrida pelas mulheres e as marcas do sofrimento físico, mental e psicológico eram visíveis e desafiavam a refletir sobre a questão que passou a ser orientadora de uma pesquisa-intervenção: Qual o papel da Atenção Básica no enfrentamento da violência contra a mulher e quais estratégias contribuem para o acolhimento e o cuidado integral dessas mulheres?

A essa indagação seguiram outras que buscavam detalhar as singularidades de caminhos e trilhas para a compreensão desse fenômeno e das estratégias de cuidado dessas mulheres que buscavam atendimento na Atenção Básica. Como os profissionais de saúde têm enfrentado as situações de violência que chegam até a Estratégia Saúde da Família? Quais modos de agir em saúde são capazes de construir processos de cuidado integral às mulheres vítimas de violência? O que as histórias de vida das mulheres vítimas de violência que utilizam os serviços de saúde da ESF dizem sobre o processo de cuidado de si? O que se ensina e o que se aprende nesses encontros de cuidado com essas mulheres?

Dessas indagações, emergiu o desafio de construir, ao longo do processo, uma pesquisa-intervenção que fosse capaz de dar conta de investigar e refletir e, ao mesmo tempo, intervindo no território diante dessa problemática latente no cotidiano das mulheres e dos serviços de saúde. Mais do que isso, manifestou-se o desejo de produzir novos acontecimentos a partir desse reconhecimento.

Essas questões relacionadas à violência de gênero que têm aparecido nos atendimentos também têm sido expressadas sistematicamente nas agendas nacionais e internacionais de órgãos vinculados à área de saúde e políticas públicas, apontando que a violência contra as mulheres se tornou um problema de saúde pública significativamente expressivo. Considerada como produto das desigualdades de gênero, a violência contra a mulher atinge de 20% a 50% as mulheres ao redor do mundo. Por ter em sua essência a perspectiva de cuidado em saúde que visa ao acolhimento, acesso universal e integralidade, a Atenção Básica tem papel fundamental no enfrentamento desse complexo fenômeno.

Atentas às narrativas trazidas nos atendimentos, foi sendo percebido o quanto aquelas histórias carregavam consigo potência para a produção de cuidado.

Assim, considerando as orientações do trabalho no SUS e os afetos mobilizados nesses encontros, foram sendo definidos os caminhos para a produção de conhecimentos vinculados e implicados com essa realidade que inquietava.

Dessa forma, as reflexões aqui trazidas são parte de uma pesquisa-intervenção cartográfica vinculada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) em parceria com o município de Marau-RS. Objetivou-se acompanhar o percurso de mulheres em uma Unidade Básica de Saúde, que culminou em dois encontros populares de cuidado com as mulheres e com a equipe de saúde.

Metodologia da pesquisa

Para iniciar uma tentativa de narrar e dar voz ao que foi vivido ao longo da pesquisa realizada nos dois anos da Residência Multiprofissional em Saúde, considerando as histórias de vida, os problemas enfrentados, os sentimentos descobertos e o trabalho desenvolvido, aponta-se um elemento central, que foi capaz de expandir a vida e trazer à tona o desejo desses encontros: o afeto. Lazzarotto e Carvalho (2012) afirmam que, no caminho da pesquisa, a experimentação do afeto sinaliza a enunciação de outras formas de agir a partir de como nos expressamos. Assim, optou-se por percorrer o percurso metodológico da cartografia, para aprofundar as questões cotidianas, no sentido de acompanhar os processos e mundos (ROLNIK, 2011). Ao definir o método cartográfico de pesquisa, foi elaborado um projeto, que passou pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul, validando os objetivos e percurso metodológico.

Para a pesquisa-intervenção, Eduardo Passos e Regina Benevides (2013) evidenciam a importância de a intervenção ser constituída por intermédio de um mergulho na experiência, que relaciona sujeito e objeto, teoria e prática em um mesmo plano de construção. O ponto de apoio será sempre a experiência, entendida como um saber-fazer, ou seja, é um saber que vem, que emerge do fazer, constituindo assim o caminho metodológico.

Considerando o ato de conhecer como possibilidade de criação da realidade, a cartografia permitiu estabelecer um movimento que garantisse a participação dos envolvidos na pesquisa, fortalecendo a construção de um plano

comum entre sujeito e objeto (PASSOS; KASTRUP, 2013). A Educação Popular em Saúde permeou a pesquisa à medida que se adotou uma postura ética de compreender o mundo, na qual busca-se, por meio de uma práxis pedagógica, a construção de senso crítico, de protagonismo e projetos de mundo em que a participação dos sujeitos aconteça de forma democrática e ativa (BRASIL, 2014).

Esta pesquisa buscou, por meio de diferentes ferramentas metodológicas, construir coletivamente encontros inovadores e potentes entre profissionais de uma ESF e mulheres usuárias do serviço de saúde, no resgate de suas histórias de vida como ferramenta de cuidado.

Para tanto, Josso (2007) aponta que o trabalho de pesquisa a partir da narração das histórias permite estabelecer a medida das mutações sociais e culturais nas vidas singulares e relacioná-las com a evolução dos contextos de vida profissional e social. Possibilita evidenciar e questionar heranças, a continuidade e a ruptura, os projetos de vida, os múltiplos recursos ligados às aquisições de experiência. Apontar questões comuns, preocupações e inquietações a partir da narrativa de cada sujeito auxilia no processo de saída do isolamento e promove a possibilidade de reflexão a partir de novos recursos, estratégias e solidariedades que estão por ser descobertas.

Assim, a partir dessas ferramentas conceituais, o percurso metodológico construído compreendeu o acompanhamento dessas mulheres nos atendimentos oferecidos pela unidade de saúde, bem como a promoção de dois encontros. Esses momentos de encontro tinham como objetivo ofertar práticas de cuidados populares e permitir a abertura para a valorização da narrativa como ferramenta de cuidado para as mulheres. Além disso, um encontro de cuidado coletivo com a equipe de saúde foi ofertado, com o objetivo de proporcionar a experimentação de uma das abordagens da Educação Popular que tivesse sido desenvolvida com as mulheres. Permitiu-se aos profissionais da equipe que vivenciassem a temática, relacionando-a com as demandas do território e as estratégias de cuidado adotadas no processo de trabalho.

O caminho percorrido na pesquisa foi sendo construído coletivamente a partir de uma proposta elaborada pelas responsáveis da pesquisa a fim de que os encontros coletivos acontecessem de forma articulada entre as mulheres.

O processo todo foi registrado em relatórios das ações, em imagens e em diário cartográfico, com os devidos termos de consentimento das pessoas

envolvidas – tanto das mulheres usuárias quanto dos profissionais da equipe de saúde. Após isso, foi sendo organizado e analisado em diálogo com referenciais sobre a temática. Assim, seguem as reflexões como uma tentativa de enunciar novas formas de ver/ser/estar/sentir o mundo, as relações, a violência e a produção do cuidado em saúde.

Discussão e resultados

O processo de reflexão com base na pesquisa cartográfica realizada foi estruturado em três categorias analíticas para discussão e resultados obtidos nesse percurso investigativo e de produção de conhecimentos. A primeira, que aborda as mulheres e seu potencial de re(existência) e o encontro delas com os serviços de saúde, os movimentos de resistência e cuidado dessas mulheres a partir das histórias de vida e uma das práticas de cuidado que aconteceram nos serviços de saúde, considerando suas potencialidades e limites. A segunda traz a reflexão do Feminismo em Ato enquanto capacidade de enfrentamento das situações de violência contra as mulheres no cotidiano. A terceira apresenta a reflexão sobre o cuidado em saúde enquanto um encontro desterritorializante.

As histórias de vida que foram compartilhadas serão apresentadas por meio de quadros, expressadas por músicas e poesias. Cada música e cada poema apresentam elementos fundamentais e importantes da história de vida de cada uma e foram extraídos dos encontros vivenciados nos serviços da Unidade Básica de Saúde, bem como dos encontros coletivos vivenciados com as mulheres.

Mulheres de luta: a (re)existência no encontro com o serviço de saúde

Muitas histórias que fizeram parte dos encontros com as mulheres vêm à cabeça, ao ponto de fazer o corpo agitar. Mas, sem dúvida nenhuma, é a dela, a história daquela que, carinhosamente, em uma tentativa de expressar toda a intensidade de sua trajetória, cita-se o álbum de Elza Soares, chamando-a de “A Mulher do fim do Mundo”. Uma história que invade o pensamento e a alma fazendo transbordar os mais variados afetos e desejos.

Sua latinidade inspira luta
A dor percorre o seu corpo
Assim como a delicadeza o seu sorriso
O tempo em sua vida, pediu passagem como um disparo veloz
Carregando consigo a infância e possibilidade de experimentar a vida
com afeto
Ela é a junção de muitas experiências.
Sua história inaugura não só a casa de acolhimento às mulheres,
Mas o movimento de ser a mulher do fim do mundo.
É uma marca de luta, resistência e anseio.
É sujeito do mundo, é sujeito desejo¹.

Essa, assim como muitas outras histórias que foram acompanhadas no serviço de saúde, carrega marcas e experiências oriundas de diferentes contextos sociais, culturais e econômicos, demonstrando suas formas de *ser/estar/agir* no mundo, as quais estão submetidas a diferentes expressões e valores patriarcais, aqui considerados principal fator da desigualdade de gênero e gatilho para os diferentes tipos de violência contra a mulher. A violência que marca a história de cada uma foi se apresentando por meio de um conjunto amplo de problemas. Suas repercussões no campo da saúde e as possibilidades ou os limites de intervenção também foram diferentes para cada uma dessas mulheres.

Cada mulher trouxe a sua narrativa de um jeito singular, que ao debruçar sobre a análise, compreendeu-se que representava, talvez, a experiência de viver um dos momentos do ciclo de violência. As razões que as levaram a buscar apoio no serviço apresentaram-se de formas variadas, passando pelo diagnóstico de alguma doença como: dores no peito, ansiedade, dificuldades na relação conjugal, busca de ajuda para o filho, diagnóstico psiquiátrico, entre outras.

Tal cenário corrobora as reflexões apontadas por Schraiber (2001), ao afirmar que a violência vivida é única e singular de cada mulher, portanto, não aparece como tal, nem mesmo se apresenta como fator causador dos sofrimentos. Encontra-se “invisível”, como parte do diagnóstico das necessidades das mulheres nos serviços de saúde. Com isso, não se sabe qual é a sua real magnitude e seus efeitos na deterioração da qualidade de vida.

Cada uma dessas histórias expressava, em sua particularidade, a tentativa de rompimento do ciclo de violência, ou seja, nelas percebia-se claramente

¹ Elaborado pelas autoras.

a consciência de que aquilo que estavam vivendo era algo distante do que era idealizado para uma relação. Entretanto, cada uma foi fazendo movimentos de resistência a partir de sua rede de apoio.

A ruptura com a situação de violência conjugal se configura como um processo difícil, doloroso e, muitas vezes, lento. Tal situação pode significar, a depender das circunstâncias, o rompimento com elementos importantes de sua vida cotidiana, como a casa, seu emprego, amigos e filhos. Entretanto, percebeu-se que, no encontro com o serviço de saúde com escuta sensível, acolhimento, atendimento terapêutico, oficinas, encontros, dentre outras ações oportunizadas na ESF e com outros dispositivos como o encontro com outras mulheres em grupos, ações intersetoriais e as estratégias da Rede Lilás, encontrou-se potência para resistir, refletir e buscar apoio no enfrentamento da situação de violência, no momento atual ou na sua história passada.

A partir do exposto, pode-se afirmar que o acolhimento é uma ferramenta importante no manejo e condução dos casos de violência contra a mulher. Constitui-se como uma das principais estratégias de cuidado para a reafirmação da vida e da garantia de práticas e ações voltadas ao cuidado integral e equânime. Assim, esse fazer representa uma postura ética, estética e política que coloca aos profissionais de saúde o comprometimento com a vida do outro, garantindo dignidade, protagonismo e o respeito à diversidade (PNH, 2010, p. 6.)

Por tratar-se de casos específicos de acolhimento de histórias marcadas pelas desigualdades de gênero, raça e classe², atravessadas por violências de todos os tipos, o desafio tornou-se ainda maior. Evidenciou a necessidade de produzir um cuidado que descortinasse esses sintomas e produzisse, portanto, um espaço com modo específico de escutar, criar redes de apoio e garantir segurança a essas mulheres sem que se sentissem julgadas e vitimizadas (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2013).

Nesse sentido, é importante contextualizar a questão da violência e das desigualdades de gênero, raça e classe a partir da noção de poder proposta por Foucault (2011). O autor compreende o poder como uma multiplicidade das correlações de forças que se engendram no cotidiano, estando em toda

² As relações entre os seres humanos são construídas historicamente e culturalmente. A análise das relações sociais de gênero, raça e classe é elemento importante para a compreensão do fenômeno da violência sofrida pelas mulheres, em especial as que frequentam a ESF, que são de classes populares.

a parte, produzindo-se a todo tempo e em todas as relações. Tal movimento constitui-se como uma situação complexa em uma sociedade determinada. Assim, compreender que a história de vida dessas mulheres carrega marcas de desigualdades produzidas por esses movimentos cotidianos e, que, ao longo desse período foram criando estratégias para a saída da situação de violência, apresentando-se como forma de resistência e luta em busca de uma vida com dignidade, respeito e autonomia.

Foucault (2011) afirma que as resistências se inscrevem nas relações como interlocutores irredutíveis, ou seja, elas são distribuídas de modo irregular, de modo transitório e móvel. Portanto, considerando esses elementos, o que essas histórias representam? Em uma tentativa permeada por diferentes afetos, sugere-se que elas representam um movimento que chega ao serviço de saúde cheio de vida, sentimento e intensidades. Marcam um encontro repleto de oportunidades de aprendizagem, escuta, cuidado. Marcam a possibilidade do devir, de resistir, de cuidar de si, de aprender e ensinar. E o que pode o serviço de saúde nesse sentido? Acolher e reconhecer a história de luta dessas mulheres como ferramenta de cuidado. É no acolhimento e no encontro com o outro que a narrativa pode transformar-se em cuidado e a composição deste se construirá a partir das dobras produzidas em nós. O serviço pode e deve ser um espaço onde o feminino possa ser problematizado e se torne um portal aberto para a diversidade e a construção de novos mundos.

Feminismo em Ato

A possibilidade vivenciada com as mulheres em situações de violência e suas formas de re(existir) desafiou a pensar no Feminismo em Ato como expressão cotidiana da potência de vida das mulheres. Assim, enquanto profissionais de saúde em processos de produção de saberes a partir da vida que se dá no cotidiano, buscou-se Rolnik (2013), que fala sobre as experiências de formação e pontua que o mergulho na experiência nesse campo é uma maneira ousada e pouco trivial para compor o aprendizado nas formações em saúde. O mergulho na experiência é possibilitado pelos encontros com os pacientes no contexto social e econômico em que vivem, inseridos em seus territórios existenciais, com suas redes sociais, conexões afetivas

e seus modos de existência. E, nesse mergulho, é possível dar e construir sentido a muitos elementos considerados importantes tanto para a formação profissional como para o posicionamento ético e político enquanto mulheres no mundo, apostando sempre no encontro como possibilidade de aprendizagem.

Nessa travessia, foram desconstruídas pontes, firmados laços, significadas expressões, sentimentos e conceitos. Pouco a pouco, desvelaram-se histórias, produzindo estranhamentos sobre as próprias participantes e sobre o mundo, e, com isso, descobrindo e reafirmando a capacidade de resistir a tudo aquilo que oprimiu e distanciou dos territórios existenciais. Tais movimentos contribuíram para que se reconhecessem aquelas histórias dentro de um contexto que antes não fazia sentido – talvez pela ausência da experiência –, como o movimento de luta por direitos das mulheres e o feminismo³.

Um dos pontos de inquietação nesse processo foi o fato de que parte da literatura ou conhecimento sobre esses movimentos diziam respeito muito mais a estratégias coletivas de enfrentamento às desigualdades do que estratégias em âmbito micropolítico. Mas como não evidenciar essas histórias? Como não as considerar estratégias potentes, criativas, afetivas para o rompimento do ciclo de violência? Será que os serviços da rede não podem fazer uso dessas histórias como ferramenta de cuidado e apoio para estimular movimentos de luta e resistência? Considerando o feminismo como uma filosofia universal, um movimento político que questiona as relações de poder e considera a existência de opressão a todas as mulheres, as histórias narradas fazem parte desse intenso e mobilizador movimento, que se expressa das mais variadas formas no cotidiano e na vida que acontece em ato.

No encontro com o serviço de saúde, houve a possibilidade de reconhecimento de um novo movimento dentro desse já enraizado, reconhecido e marcado pelos movimentos coletivos de mulheres que reivindicam direitos e melhores condições de vida. Constituiu-se como categoria, que reafirmou o

³ Existem diversas correntes teórico-conceituais sobre o Feminismo. Assim, o Feminismo, nesta análise, é entendido enquanto movimento de luta e resistência das mulheres por direitos, reconhecimento e construção de sua autonomia e protagonismo; assim como produção sociológica de saberes de libertação e política de afirmação do poder das mulheres e da necessidade de construção de relações humanas e sociais de poder compartilhado e não de dominação de um sobre o outro. Feminismo em Ato traz a dimensão do aqui e agora enquanto possibilidade real de construção desse protagonismo das mulheres para a busca de caminhos de resistência, luta, libertação e superação de todas as formas de opressão, exploração, dominação, discriminação e violência que são faces de um mesmo padrão patriarcal, racista, misógino e mercantil que predomina nas relações humanas, sociais de gênero, raça e classe, e se estende na relação de destruição da natureza.

reconhecimento de si e da sua potência a partir da própria narrativa, advindo de movimentos micropolíticos que produzem/produziram transformações das paisagens já existentes: inaugura-se, portanto, o *feminismo em ato*.

Para Feuerwerker (2009), citado por Merhy (2009), a produção de cuidado e de saúde só acontece no encontro, em ato, mesmo havendo disputas de poder e projetos. Há o envolvimento das pessoas em relação, considerando as circunstâncias específicas de cada encontro e o saber que cada um leva para esse caminhar. Portanto, o feminismo em ato revela a fusão de um serviço de saúde com a porta aberta para a produção de cuidado por meio do acolhimento, escuta e da invenção de novos modos de vida e dos movimentos de resistência que as mulheres constituem para o enfrentamento das desigualdades e opressões que sofrem ao longo da vida.

Ancoradas em Grossi e Aginsky (2012), que consideram que a opressão se refere a todas as formas de controle que impedem o completo avanço e preenchimento das metas de um indivíduo, e que estas variam conforme o lugar social onde os sujeitos estão inseridos, percebeu-se que cada história expressava as opressões de um determinado lugar, ou seja, dentro das diversas estruturas de poder. A partir disso, analisando as histórias, a começar por aquela que ao longo da história criou mecanismos perversos e desumanos de dominar os modos de vida: a psiquiatria, que medicaliza a vida de “*Rose, a Louca*”, marcada por vários tipos de violência, e que, em consequência disso, fez com que ela deixasse de sentir prazer com o atual companheiro.

Também temos, nessas narrativas, o mundo do trabalho; especificamente dos frigoríficos, que exigia da “*A Trabalhadora*” disponibilidade e produtividade de segunda a segunda, fazendo-a acreditar que esse era o sentido da vida. A figura do “macho que pode tudo” adentrou a vida de “*Pérola*” sem pedir licença, invadindo sua casa, seu trabalho e seu coração, afetando sua autoestima e fazendo-a desacreditar de uma relação com amor. As exigências da sociedade sobre o homem também o colocam diante do “mito do macho”, sendo instituídos como falsos depositários do supremo poder, força e inteligência (TELES, 1993).

Toda essa carga produziu inquietações não só nas pesquisadoras, mas naquelas que, ao terem a possibilidade de falar sobre o que sentiam quando acolhidas no serviço, puderam ressignificar aquilo que trazia dor e sofrimento.

Esse produto dizia respeito e reafirmou, talvez, o que já havia sido construído de movimento de resistência ao longo da trajetória de vida de cada uma. Como a caixa de ferramentas, evidenciada por Merhy (2013) na produção do cuidado, cada mulher e homem envolvidos ali abasteceu a sua com diferentes elementos.

A “*Pérola*”, por exemplo, utilizou-se do café, do cigarro, da leitura, do novo corte de cabelo e do novo trabalho para a superação da separação e das invasões do companheiro em sua vida. Outro exemplo foi “O homem que se descobriu machista”, que, através da mensagem sobre machismo disposta no mural da ESF, identificou-se e humildemente agendou um acolhimento com a psicóloga para entender melhor suas questões. “*Rose, a Louca*”, que resolveu parar com as medicações para voltar a sentir prazer e seguir a vida com mais alegria. Assim como “*A Trabalhadora*”, que encontrou nas visitas da agente de saúde, na filha e, mais tarde, nos encontros coletivos da ESF, uma estratégia para seguir em frente e superar os abusos, a perda da filha e as humilhações sofridas ao longo da vida.

Mesmo após essa breve análise da potencialidade dos encontros vivenciados e de propor a nomeação de um novo movimento de resistência produzido em ato, no cuidado em saúde, muitas inquietações ainda permanecem pairando sobre os pensamentos. Entretanto, o que marca esta análise talvez seja realmente a noção de que podemos nos tornar diferentes de nós mesmos(as) a todo tempo. Isso implica, portanto, acreditarmos no devir. Deixarmo-nos visitar e ser visitados por intensidades, que produzem muitas vezes apenas zonas de passagens, possíveis e abertas à criação de nós mesmos(as) e de novos acontecimentos (FUGANTI, 2012).

Cuidado em Saúde: um encontro desterritorializante

Ao longo dos dois anos de residência, implicadas, aqui, residente, docente/tutora e preceptora, pôde ser composta uma caixa de ferramentas, que é aqui entendida como um conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção de atos em saúde, bastante intensa e carregada (MERHY, 2013).

Foram muitos textos, muitos vídeos, seminários, núcleos, atendimentos, conversas e congressos em torno da temática do cuidado em saúde. E, cada vez que se lia, ouvia, sentia e aprofundava a temática, percebia-se o quanto aquela forma era burocratizante, marcada por um fazer que exercitava conhecimentos

técnicos. Colocava os profissionais como pessoas que deveriam possuir certas capacidades para entender o problema de saúde, o que gerava inquietações, desconforto e insegurança. Nesse contexto, muitas histórias que chegaram até o serviço de saúde foram apontando necessidades diferentes, exigindo diversos movimentos desterritorializantes por parte da equipe. Essa exigência demandava uma certa reorganização dos modos de agir em saúde. Evidenciou-se a necessidade de abrir a caixa de ferramentas e começar a produzir com as mulheres novos agires, contrapondo modelos já instituídos de cuidado que, ao longo da história, reduziram a vida das pessoas a protocolos e prontuários, transformaram sujeitos em pacientes, eliminaram afetos e sentimentos e colocaram os profissionais em um lugar de detentores do saber.

Mas o que essas histórias de vida demandam? Quais necessidades apresentavam? Por que exigiram tantos movimentos da equipe de saúde? Que modos de agir em saúde estavam sendo executados para acolher essas mulheres? A primeira tentativa de responder a essas inquietações passa pela perspectiva que envolve a questão complexa e multifatorial que é a violência de gênero e que se entrelaça com raça, classe e orientação sexual. As histórias que chegavam até o serviço advinham de diferentes contextos, continham diferentes registros e marcas de violência, demandavam necessidades diferentes e contavam com uma rede de apoio variada. Esse cenário, portanto, exige um agir flexível, dinâmico e acolhedor para que se evitem contradições, atitudes culpabilizadas e estereótipos sobre a violência de gênero (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2013).

Entretanto, para dar conta dessas habilidades e sensibilidades no desenvolvimento de um acolhimento adequado, é necessária a conexão com alguns modos de agir em saúde que dizem sobre nós mesmos, como aponta Merhy (2013), ao problematizar nosso agir-usuário e nosso agir-trabalhador. O agir-usuário auxilia no processo de nos colocarmos em conexão com uma postura ética de defesa da vida e por uma postura tecnológica da adequação dos modos de cuidar, considerando sempre os saberes que cada sujeito tem sobre si e sobre o mundo.

Essa diversidade que é apresentada nos encontros do serviço de saúde, especialmente nos casos de violência, reitera a necessidade de caminhar junto à potencialidade que há também no agir-trabalhador. Diferentemente do que historicamente evidencia-se sobre esse lugar (que possui certas capacidades para

entender os problemas dos outros), pode e deve abrir espaço para produzir um encontro entre trabalhador e usuário, permeado pela afetação, ou seja, não é meramente um encontro sobre quem sabe mais, mas o que e como o outro me afeta.

As histórias, que foram descritas nos formatos de poesia, música, narrativas etc., dizem muito sobre isso, pois apresentaram-se através de diferentes maneiras; por meio de um determinado momento do sistema circular da violência, através de rostos, idades, sentimentos e ideais variados, com necessidades e particularidades plurais. Exigiram, por onde passaram, idas e vindas sobre esses agires, reafirmando a importância de que suas histórias de vida e de suas formas de compor processos de cuidado sejam elementos fundamentais para que essa relação com o serviço de saúde seja efetiva (MERHY, 2013).

Observando essa pluralidade, a intervenção proposta a partir da narrativa como forma de cuidado foi ganhando forma com intenção de coletivizar e produzir encontros potentes tanto para as mulheres como para a equipe de saúde, no sentido de compreender melhor os desdobramentos dessa experiência marcada pela violência. O coletivo tornou-se estratégia para o cuidado pelo fato de ser compreendido a partir de relações estabelecidas entre dois planos que produzem a realidade não em oposição, mas que constroem relações entre si de reciprocidades, criando e administrando múltiplos cruzamentos. Esse movimento de coletivizar propõe deslocamentos dos olhares para a construção de planos moventes e instituintes (ESCÓSSIA, 2012).

Os três encontros foram marcados por uma cumplicidade e desejo de estar ali, potencializando o cuidado umas das outras. Produziu-se acolhimento como nunca se havia visto no cotidiano da ESF. Houve responsabilidade e ética com cada história narrada naquele espaço. E, para isso, a utilização de práticas de cuidado a partir da Educação Popular em Saúde foi crucial para o desenho de um caminho político-pedagógico que garantisse o envolvimento e a corresponsabilização de todos os participantes, na construção, apropriação e multiplicação dos conhecimentos trocados naquele espaço (BRASIL, 2014).

No primeiro encontro, uma massagem relaxante e um escalda-pés para aliviar as tensões e criar um ambiente leve. Logo que se iniciou a atividade, uma das mulheres fez o seguinte comentário: “Olha como eu sou chique, nunca imaginei minha psicóloga fazendo massagem em mim”. O que esse comentário

demarca? O que isso significou para ela? E para a profissional? O que isso diz sobre os processos de cuidado que são produzidos com as usuárias e os usuários?

Assim, Merhy (2013) aponta que os trabalhadores em saúde têm a possibilidade de utilizar três agires tecnológicos que fazem parte de toda a ação em saúde: os agires que dizem respeito à utilização de tecnologias duras – máquinas e aparelhos; os que envolvem as tecnologias leve-duras – representadas pelos saberes estruturados, a clínica e a epidemiologia; bem como os agires que envolvem as tecnologias leves – que são produzidas no encontro com o outro, em ato.

Claramente, foi feita uma escolha ética e política quando foram preparados os encontros coletivos, que usaram a narrativa e as práticas populares de cuidado como tecnologias leves no cuidado em saúde; fundamentais, pois reafirmam a defesa da vida, a implicação com o outro, a outra e sua história, bem como potencializam a autonomia e o devir. Com os encontros, exercitou-se um papel reconhecidamente necessário e urgente no campo da saúde, que tira do protagonismo a centralidade do saber sobre o profissional de saúde e o coloca à disposição, assumindo um compromisso de apoiar os sujeitos que chegam até o serviço de saúde, propiciando alguns dos novos suportes que possam utilizar para compor seu próprio caminho de vida (GOMES, 2015).

Para a equipe de saúde, experimentar um momento igualmente vivenciado pelas mulheres, através da técnica da “Carta de Superação”, também se mostrou desafiador. No momento da intervenção, questões sobre processo de trabalho, visões de mundo e relacionamento pairavam sobre aquele grupo. A intervenção serviu como uma oportunidade para a explicitação dos diferentes modos de entender a realidade vivida e de conceber as práticas de saúde de cada um. Esse movimento de pensar sobre si e sobre seu processo de trabalho só acontece quando:

[...] se propicia a constituição de espaços coletivos para reflexão, de modo que os diferentes atores possam conhecer o conjunto do trabalho que é desenvolvido e estabelecer um acordo acerca do para quê serve o trabalho deste coletivo. Essa é uma oportunidade para conhecer e reconhecer o valor de cada trabalhador na produção de ações de saúde e para construir novos significados para o trabalho de cada profissional (MERHY; FEUERWERKER, 2009, p. 12).

Em meio a essas experimentações, possibilidades de diálogo e debate entre os diferentes atores que compõem o processo de cuidado em saúde, pôde-se movimentar as paisagens, olhar nos olhos, exercitar o acolhimento, promover saúde, desaprender, abrir-se para outros núcleos, colher e acolher a experiência pessoal de cada uma.

Mas há nesse contexto um elemento central e que deu subsídios para, de fato, mergulhar nessa experiência: a escuta. A Atenção Básica tem um dever e um compromisso que foi se fortalecendo a cada ano desde sua construção, prevendo o desenvolvimento de práticas de cuidado que sejam voltadas para a promoção, prevenção e reabilitação, priorizando os territórios, o vínculo e a integralidade do cuidado das pessoas.

Portanto, toda experiência de cuidado vivenciada mostrou que vínculo se constrói à medida que as pessoas se colocam à disposição do outro. É deixar-se afetar pelos ruídos e barulhos do mundo, é estar atento às diferentes expressões que o outro transmite, suas perspectivas e realidades (ARANTES, 2012).

No caso do cuidado de mulheres em situação de violência, esse exercício demanda mais tempo e articulação em rede. Necessita produzir mais do que práticas de cuidado a respeito de suas dores físicas e encaminhamentos aos serviços de apoio. Esse tipo de cuidado na clínica necessita produzir aberturas para a problematização da cultura machista e patriarcal que se enfrenta cotidianamente, apresentando-se como um saber-fazer disposto ao encontro, à construção conjunta de redes de conexões existenciais e ao aprendizado.

Isso diz respeito ao exercício de uma clínica ampliada, em que se deve escutar e analisar cada demanda de forma singular e, a partir delas, captar novas formas de expressão. O papel como profissional de saúde seria o de acompanhante na tarefa inventiva de novos fazeres existenciais. Portanto, fazer essa clínica ampliada implica em remexer novas formas de estar no mundo, em que estas sejam potencializadoras de vida e produtoras de saúde e não formas que impossibilitem, que amarrem, que “podem” o sujeito (PAULON, 2004 *apud* MACHADO, 2008).

Assim, há a possibilidade da produção do comum nesse encontro. E o que isso quer dizer? Experimentar o trabalho, a vida cotidiana como sendo um lugar de qualquer um, um lugar em que habitam multidões. Isso não quer dizer que os conhecimentos adquiridos em cada núcleo profissional, nos processos de

formação de trabalhadores(as) da saúde, ou pelas experiências de cada um sejam rechaçados. Muito pelo contrário. A produção do comum promove o desafio de enfrentamento de uma visão ideologizada e corporativa das profissões e coloca a diferença, que hoje é vista como o seu valor em algo que auxilia no processo de criar e intervir por todos os atores que compõem esse encontro.

Além disso, há a necessidade de construir processos de interação multiprofissional na formação dos profissionais nos cursos técnicos, de graduação e de pós-graduação na área da saúde e, também, no cotidiano dos serviços. É imprescindível ativar processos de Educação Permanente e Popular em Saúde, a fim de construir equipes e pessoas comprometidas com o SUS, com a defesa da vida, da democracia e que sejam protagonistas de novos processos de cuidado, de trabalho e de relações humanas permeadas pela amorosidade, vínculo, respeito e numa cultura de paz.

Considerações finais

Fiz de mim uma experimentação.
Descobri que habita em nós uma multidão.
Transbordamos afetos e desejos.
Fizemos do encontro nosso mundo.
Criamos estratégias de cuidado e de acolhimento
Gritamos para o mundo nossas dores e as alegrias!
Fomos/somos protagonistas!
Somos mulheres, mulheres de luta!⁴

Este é o momento final do trabalho? Não para quem descobriu que a vida não cabe nos protocolos dos serviços e sua potência viva é sempre maior que nossa capacidade de traduzir de forma escrita. Este é apenas um fragmento e uma tentativa de expressar, através da escrita, a potencialidade dos encontros que podem acontecer na Atenção Básica. Eles só ganham espaço à medida que nos colocamos à disposição para um processo de aprendizagem inventivo, desconhecido, cheio de sentimentos confusos e embaralhados. O processo de cuidado em saúde tem alma. Tem afetos e realidades distintas. É preciso ver a si

4 Elaborado pelas autoras.

nesse percurso do cuidar, para não eliminar deste a potencialidade de trabalhar com e construir com, superando a lógica vertical de fazer para.

Às mulheres, é preciso resistir! Juntas, pode-se romper barreiras, encontrar novos caminhos, (re)existir, sentir novamente e, principalmente, acreditar em novos mundos! Suas narrativas e histórias são potências de amorosidade para a produção de cuidado sobre si mesmas e podem ser inspiração para novas formas de existir.

O cuidado é tudo isso e mais um pouco. É compor novos arranjos, daqueles cheios de força, que provocam, inquietam e fazem de cada uma das mulheres seres humanos dispostos ao encontro em sua totalidade.

Referências

- ARANTES, E. M. M. Afetar. *In*: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (org.). **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012.
- ARANTES, E. M. M. Escutar. *In*: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (org.). **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **II Caderno de educação popular em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Revista de Medicina**, São Paulo, abr./jun. 2013.
- ESCÓSSIA, L. Coletivizar. *In*: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (org.). **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012.
- FOUCAULT, M. **A história da sexualidade**: a vontade de saber. São Paulo: Edições Graal LTDA, 2011.
- FUGANTI, L. Devir. *In*: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (org.). **Pesquisar na diferença**: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012.
- GOMES, L. B. **O Cuidado e a Educação Popular em Saúde**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.
- GROSSI, P. K.; ANGUINSKY, B. G. Por uma nova ótica e uma ética na abordagem da violência contra as mulheres nas relações conjugais. *In*: GROSSI, P. K. (org.). **Violências e Gênero**: coisas que a gente não gostaria de saber. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.
- JOSSO, M. C. A transformação de si a partir da narração de histórias de vida. **Revista PUC/RS**, Porto Alegre, v. 63, n. 3, p. 413-438, set./dez. 2007.
- KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal, Revista de Psicologia**, v.

25, n. 2, p. 263-280, maio/ago. 2013.

MACHADO, P. X. Encontros: Algumas Problematizações. *In*: ZIEGELMANN, L.; ROCH, C. F. **CORPOVIDA**: tecendo uma clínica contemporânea. Porto Alegre: Editora Nossa Senhora da Conceição S.A., 2008.

MERHY, E. E. Ver a si no ato de cuidar. *In*: CAPOZZOLO, A. A.; CASSETO, S. J.; HENZ, A. O. (org.). **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 248-267.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental**: Transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Editora Sulina, 2011.

SCHRAIBER, L. B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? **Revista USP**, São Paulo, n. 51, p. 104-113, set./nov. 2001. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revusp/article/view/35104>. Acesso em: 12 mar. 2020.

TELES, M. A. A. **Uma breve história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

SOBRE OS AUTORES



Alessandra Regina Müller Germani

Enfermeira. Especialista em Docência na Saúde, Mestra em Enfermagem, Doutora em Extensão Rural. Professora da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo-RS. E-mail: alessandragermani@hotmail.com

Alessandra Suptitz Carneiro

Enfermeira. Mestra e Doutoranda em Enfermagem. Egressa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, da Universidade Federal da Fronteira Sul. E-mail: alessandracarneiro1994@gmail.com

Antônio Marcos de Almeida

Médico. Mestre em Medicina de Família e Comunidade. Professor e Tutor da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo-RS. E-mail: antonio.almeida@uffs.edu.br

Ardigò Martino

Médico. Especialista em Higiene e Medicina Preventiva, Doutor em Cooperação Internacional e Desenvolvimento Sustentável, Pós-Doutor em Educação em Saúde. E-mail: ardigo.martino@gmail.com

Bárbara Kawana Haupt Santos

Psicóloga. Residente em Atenção Básica pela Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo-RS. E-mail: barbarak.psico@gmail.com

Bruna Fátima Gallina

Psicóloga. Residente em Atenção Básica pela Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo-RS. E-mail: bruna-gallina@hotmail.com

Camila Samara Funk

Odontóloga do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Egressa da Residência em Saúde da Família e Comunidade, Mestra em Saúde Bucal Coletiva. E-mail: camilafunkdocs@gmail.com

Douglas Kurtz

Secretário de Saúde do Município de Marau-RS. Ex-Delegado da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde. E-mail: douglas@pmmarau.com.br

Edinadia Maria Dalberto

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família, Preceptora de Enfermagem na Residência Multiprofissional em Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de Marau-RS. E-mail: edidalenf@yahoo.com.br

Eliana Paula Brentano

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família, Preceptora de Enfermagem na Residência Multiprofissional em Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de Marau-RS. E-mail: elianabrentano@yahoo.com.br

Elisangela Mara Zanelatto

Psicóloga. Mestra em Ensino, Doutoranda em Educação, professora da Universidade do Vale do Taquari. E-mail: elisangelamarazanelatto@gmail.com

Fabiana Schneider

Psicóloga. Mestra em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS, Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de Marau-RS. E-mail: fabi.schneider09@gmail.com

Fernanda Bertan

Psicóloga. Especialista em Avaliação Psicológica, Mestra em Psicologia. E-mail: fernandacbertan@hotmail.com

Fernanda Carlise Mattioni

Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Mestra em Saúde Pública, Doutora em Enfermagem. Tutora da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. E-mail: nandacmattioni@gmail.com

Francine Feltrin de Oliveira

Enfermeira do Município de Pontão-RS. Egressa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Mestra em Enfermagem, Docente convidada do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul. E-mail: francinefeltrin@uol.com.br

Gabriela Dal Forno Casarin

Farmacêutica. Residente em Atenção Básica pela Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo. E-mail: gabriela.casarin@hotmail.com

Gabrieli Escobar Ferron

Psicóloga da Prefeitura Municipal de Nicolau Vergueiro-RS. Especialista em Saúde da Família e Comunidade, Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. E-mail: gabrieli_ferron@hotmail.com

Iura Kurtz

Prefeito de Marau. Jornalista. Presidente da Associação dos Municípios do Planalto Médio-RS. E-mail: prefeito@pmmarau.com.br

Izabella Barison Matos

Assistente Social. Mestra em Sociologia, Doutora em Saúde Pública, Docente na Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul, Professora visitante do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: izabmatos@gmail.com

Júlio César Stobbe

Médico. Mestre em Medicina, Doutor em Medicina e Ciências da Saúde. Residência em Clínica Médica. Médico Intensivista. Docente e Diretor do campus Passo Fundo da Universidade Federal da Fronteira Sul. E-mail: julio.stobbe@uffs.edu.br

Kelly Dandara da Silva Macedo

Enfermeira. Especialista em Sistema Público de Saúde. Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Sistema Público de Saúde - ênfase Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: dandara.macedo@acad.ufsm.br

Leandro Tuzzin

Graduado em Filosofia e Direito. Especialista em Didática e Metodologia do Ensino Superior. Mestre em História. Professor e Coordenador Acadêmico do campus Passo Fundo da Universidade Federal da Fronteira Sul. E-mail: leandro.tuzzin@uffs.edu.br

Leila Juliana Antunes Riggo

Enfermeira. Especialista em Saúde da Família e Comunidade, Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de Marau. E-mail: leilajantunes@yahoo.com.br

Lisiane Elisabete Dall'Agnese

Enfermeira da Prefeitura de Marau. Especialista em Saúde Coletiva e em Vigilância em Saúde. E-mail: lisianedallagnese@gmail.com

Marcelo Soares Fernandes

Farmacêutico. Doutor em Farmacologia, Professor e Tutor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo. E-mail: marcelo.fernandes@uffs.edu.br

Marina Caravaggio

Fonoaudióloga. Residente em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: marina.caravaggio@fm.usp.br

Marina Pitagoras Lazaretto

Psicóloga. Especialista em Saúde da Família e Comunidade, Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica. Especialista em Educação Popular. Mestre em Educação. Professora da Universidade de Passo Fundo. E-mail: marinalazaretto@hotmail.com

Maríndia Biffi

Médica. Mestre em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS. Professora e Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo-RS. E-mail: marindia.biffi@uffs.edu.br

Priscila Pavan Detoni

Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia Social e Institucional, Professora e Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo. E-mail: priscila.detoni@uffs.edu.br

Renata dos Santos Rabello

Médica Veterinária. Especialista em Saúde Pública, Mestre e Doutora em Epidemiologia. Professora e Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul. E-mail: renata.rabello@uffs.edu.br

Ricardo Burg Ceccim

Sanitarista e Educador. Especialista em Saúde Coletiva, Mestre em Educação, Doutor em Psicologia Clínica, Pós-Doutor em Antropologia Médica. Professor Titular de Educação em Saúde na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: burgceccim@gmail.com

Roberta Brizolla Rosa

Psicóloga. Egressa do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica, Coordenadora, psicoterapeuta e facilitadora de atividades coletivas na FloreSer Terapias Integradas. E-mail: betabriz.cbjr@gmail.com

Samantha Pimentel de Oliveira Stieven

Psicóloga. Residente em Atenção Básica pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo. E-mail: stievensamantha@gmail.com

Sandra Mara Setti

Psicóloga. Mestre em Psicologia, Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de Marau. E-mail: sandrasetti_@hotmail.com

Shana Ginar da Silva

Profissional de Educação Física. Especialista em Pesquisa em Educação Física, Mestre em Educação Física, Doutora em Epidemiologia. Professora da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul. Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional/UFS. E-mail: shana.silva@uffs.edu.br

Tainara Bolsoni Pellegrini

Enfermeira. Residente em Atenção Básica pela Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo. E-mail: tainara.naia@hotmail.com

Thaís Scalco

Farmacêutica. Especialista em Saúde Pública, Mestre em Assistência Farmacêutica. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica pela Prefeitura Municipal de Marau. E-mail: thaís_scalco@hotmail.com

Vanderléia Laodete Pulga

Filósofa e Educadora Popular. Especialista em Docência na Saúde e em Preceptoria no SUS. Mestre e Doutora em Educação. Professora e Tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul. E-mail: vanderleia.pulga@uffs.edu.br

Vânia Maria Fighera Olivo

Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva, Especialista em Preceptoria no SUS, Mestre em Enfermagem, Doutora em Administração. Professora da Universidade Federal de Santa Maria, Coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional/UFSM. E-mail: vania.olivo@ufsm.br



A

- Abordagem crítico-reflexiva 123
- Abordagem familiar e comunitária 108
- Abordagem individual e coletiva 76
- Abordagens metodológicas 68, 143
- Ação multiprofissional e integral 85
- Acesso universal 8, 26, 85, 272
- Ações de vigilância em saúde 92, 157
- Ações em saúde 90, 142, 155, 191, 219, 226, 257, 278
- Ações intersetoriais 34, 46, 105, 137, 236, 277
- Ações programáticas 92, 157
- Acolhimento 23, 87, 88, 109, 156, 160, 161, 165, 174, 197, 199, 203, 205, 216, 229, 230, 240, 246, 247, 248, 250, 260, 266, 270, 271, 272, 276, 277, 278, 281, 282, 283, 287
- Acompanhamento terapêutico 185
- Adesão à terapia farmacológica 173
- Adolescentes 146, 185, 191, 250
- Adultos 185, 247, 253, 266
- Agentes comunitárias de saúde (ACS) 157, 163
- Análise crítico-reflexiva 150
- Análise de dados 144
- Análise do território 116
- Análise familiar 109
- Apgar familiar 109
- Apoio matricial 24, 37, 47, 109, 129, 187, 213, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 222
- Apoio Matricial e Institucional (AMI) 129
- Apoio pedagógico 71, 82, 105
- Aprendizagem Baseada em Projetos 115, 117
- Área profissional da saúde 18, 19, 29, 30, 36, 38, 40, 42, 44, 46, 47, 50, 60, 63, 65, 99, 165
- Área Profissional da Saúde 17, 29, 31, 32, 36, 38, 40, 46, 49, 55, 56, 59, 62, 64, 85, 98, 138, 154, 225
- Assistência Domiciliar 109
- Assistência farmacêutica 36, 145, 170, 171, 175, 176, 179, 182
- Atenção ao Paciente Crítico 69
- Atenção à saúde 15, 22, 44, 55, 91, 93, 106, 110, 114, 121, 122, 124, 132, 133, 155, 234, 235, 259
- Atenção à Saúde 11, 24, 69, 74, 198, 208, 222, 287
- Atenção Básica (AB) 103, 106, 167, 240
- Atenção especializada 130, 213, 220
- Atenção integral à saúde 8, 74, 83, 118, 182, 207
- Atenção Primária à Saúde (APS) 72, 104, 156, 167, 226
- Atenção Psicossocial 24, 162, 174, 211, 213, 234
- Atividades de prevenção 162, 164
- Atividades práticas multiprofissionais 92
- Atividades teóricas 50, 75, 86, 110, 138,

- 173, 175, 225
- Atividades teórico-práticas 54, 75
- Ato político-ético-técnico-relacional 148
- Atores sociais 45, 106, 117, 121, 128, 139, 140, 141, 212, 271
- Autocuidado 109, 157
- Autonomia no cuidado 86
- B**
- Bases político-metodológicas 74
- Bases teórico-metodológicas 124, 148
- Bibliografia 116, 252
- Bolsas de aperfeiçoamento 43
- Busca ativa 157, 174, 198, 200, 230
- C**
- Cadernos de Atenção Básica (CAB) 160
- Calendário de vacinação 160
- Câmara de Pesquisa e Pós-Graduação (CPPG) 138, 237
- Câmaras Técnicas 36
- Campo assistencial 161
- Campo de atuação 90, 107, 147, 173, 227
- Campo de formação 67, 70, 81
- Campo de prática 74, 85, 90, 91, 94, 97, 106, 107, 110, 145, 161, 213, 214, 218, 221, 226, 240, 247
- Campus universitário 132
- Capacidade de escuta 140
- Cartografia 223, 240, 254, 270, 273, 288
- Casos clínicos 75, 129, 130, 157, 174, 176
- Categorias de saúde 48
- Cenário de prática profissional 18, 24, 86, 225
- Cenários de prática 36, 49, 52, 77, 138, 143, 144, 172, 189
- Cenários práticos da Residência 168
- Centro de Atenção Psicossocial (Caps) 174
- Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) 24, 162, 234
- Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas 73
- Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde 70
- Centro de Referência em Saúde do Trabalhador 73
- Ciclo da Assistência Farmacêutica 171, 175, 179
- Cidadania 255, 257
- Classificação de Risco 109
- Clínica ampliada 44, 93, 109, 113, 124, 129, 184, 185, 188, 285
- Comissão de Farmácia e Terapêutica 175, 179
- Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (Coremu) 86
- Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) 47
- Comissão de Residência Multiprofissional – UFFS (Coremu/UFFS) 74
- Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) 29, 64
- Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) 29, 64, 65, 73
- Comissão Nacional de Residências Multi/Uniprofissionais em Saúde 29
- Comitê de Ética em Pesquisa 75, 143, 240, 258, 273
- Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) 143
- Componente curricular 77, 103
- Compromisso ético-político 115, 141
- Compromisso social 147, 150
- Condições de saúde 74, 104, 114, 229
- Conhecimento interdisciplinar 61
- Conhecimento técnico-científico 107
- Conselho de Saúde 117
- Conselhos Nacionais de Educação ou de Saúde 29
- Controle social 12, 16, 35, 46, 78, 93, 113, 114, 122, 125, 145, 156, 157, 174, 229, 230, 231, 233, 271
- Cooperação interinstitucional 72
- Coronavírus 131, 162, 176, 209
- Corpo clínico 40
- Corresponsabilidade 112, 127
- Corresponsabilização 71, 126, 283
- Cotidiano dos serviços 21, 75, 112, 122, 138, 140, 143, 144, 244, 251, 286
- Covid-19 18, 22, 23, 49, 121, 122, 129, 132, 136, 160, 162, 184, 190, 192, 193, 194, 197, 198, 199, 200, 204, 207, 208, 214, 215, 222, 223, 229, 230, 232, 236, 243
- Crise sanitária 113, 197
- Cuidado integral à saúde e à vida 134, 139
- Cuidados paliativos 173
- D**
- Demanda espontânea 108, 156, 157, 160, 165, 174, 230
- Democracia 26, 113, 119, 129, 286
- Descentralização 12, 16, 20, 68, 69, 70, 73, 81, 82, 83, 152, 167, 226, 227, 237
- Desumanização 128
- Determinantes 19, 80, 92, 109, 142, 211, 231
- Determinantes sociais e ambientais da saúde 109
- Diagnóstico 75, 106, 107, 116, 141, 142, 143, 145, 159, 180, 269, 276
- Diagnóstico sanitário e epidemiológico 116
- Diagnóstico territorial 75, 142, 143, 145
- Diários de campo 77
- Dinâmica familiar 110
- Dinâmica pedagógica 78, 180
- Dinâmica política 18
- Dinamismo 127
- Direitos trabalhistas, sociais e previdenciários 122
- Direito universal à saúde 31, 136
- Diretriz do Curso de Farmácia 170
- Diretrizes de formação 36
- Diretrizes gerais 36, 64, 72, 98
- Diretrizes Nacionais dos Cursos de Pós-Graduação Lato Sensu 43, 65
- Doenças Crônicas 109, 113, 121, 146, 154, 158, 160, 190, 192, 229
- E**
- Ecomapa 76, 109, 110

- Educação multiprofissional e interdisciplinar 36, 44
- Educação Permanente 16, 17, 19, 20, 24, 25, 35, 51, 59, 68, 70, 76, 80, 81, 83, 91, 92, 95, 97, 98, 104, 106, 111, 114, 127, 157, 177, 180, 187, 191, 214, 218, 220, 221, 222, 229, 230, 235, 251, 253, 269, 286
- Educação Popular 16, 17, 24, 60, 68, 82, 83, 99, 128, 136, 152, 237, 240, 241, 251, 252, 274, 283, 287
- Eixos temáticos 68
- Elementos teórico-conceituais 106, 108
- Emancipação 128
- Enfermagem 16, 71, 75, 76, 87, 105, 109, 146, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 162, 163, 164, 167, 173, 176, 213, 215, 218, 223, 225, 227, 228, 253, 254, 270
- Enfermagem obstétrica 36
- Enfermeiro residente 156
- Enfermeiros 37, 146, 154, 158, 164, 165, 218, 241
- Engajamento 96
- Ensino-aprendizagem 77, 126, 127, 140
- Ensino-serviço-comunidade 15, 20, 74, 83, 99, 104, 125, 126, 135, 152, 198, 234, 235, 236
- Entrevista motivacional 109
- Entrevistas 39, 51, 52, 53, 54, 56
- Envelhecimento populacional 154
- Epidemiologia 50, 83, 194, 223, 253, 284
- Epidemiológicas 47, 198
- Equidade 82, 83, 99, 124, 130, 140, 152, 211, 237
- Equipe interdisciplinar 154
- Equipe multiprofissional 61, 108, 111, 172, 228
- Equipes de Saúde da Família 168, 171, 172, 173, 175
- Escuta qualificada 92, 156, 198, 207
- ESF Santa Rita e São José Operário 74, 227
- Espaços coletivos 73, 113, 284
- Espaços de aprendizagem 125
- Espaços de atuação 93, 157
- Espaços físicos 96
- Espaços formativos 67, 82
- Espaços formativos em saúde 67
- Espaços pedagógicos 81, 183
- Espaços teóricos 97, 159, 160, 175, 186
- Espaço teórico-prático 168
- Especialização em área profissional 36, 225
- Especificidades sociais, culturais e ancestrais 140
- Estágios 43, 54, 72, 73, 74, 141, 161, 162, 174, 213, 220
- Estágios curriculares 72, 161
- Estilo de vida saudável 158
- Estratégia Saúde da Família (ESF) 70, 106, 138, 183, 198, 212, 240, 255, 271
- Estratégias de intervenções 126
- Estudos de caso 76, 77, 130, 189
- Estudos transversais 145
- Ética Profissional 189, 193
- Exame citopatológico 157
- Exercício profissional 37, 153
- Exigências curriculares 49
- Experiência profissional 38, 48, 51, 52, 55, 86
- Experiências cotidianas 128
- Experiências práticas 145
- Ex-residentes 149, 162
- F**
- Facilitadores 116
- Faixas etárias 164, 257
- Farmacêutico 22, 37, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 175, 176, 179, 180, 181, 218, 241
- Farmacoterapia 176
- Fatores de risco modificáveis 158
- Ferramentas de gestão do cuidado 109
- Ferramentas de trabalho didático-pedagógicas 118
- Ferramentas pedagógicas e de gestão 118
- Financiamento 74, 116, 122, 136, 172
- Financiamento 62, 175
- Formação ampliada e integrada 126
- Formação avançada pós-especialização 44
- Formação de profissionais 16, 26, 37, 70, 73, 78, 121, 124, 236, 261
- Formação do residente 77
- Formação dos profissionais de saúde 45, 71, 170, 171, 249, 264
- formação em Residência 21, 122, 124, 125
- Formação em saúde 19, 55, 99, 105, 124, 132, 152, 155, 165, 183, 186, 227, 288
- Formação em serviço 20, 22, 68, 72, 74, 75, 76, 78, 80, 81, 82, 85, 86, 87, 96, 137, 139, 150, 162, 167, 172, 176, 183, 213, 226, 227, 237
- Formação em Serviço 16
- Formação específica 50, 137
- Formação integrada 82
- Formação interdisciplinar e interprofissional em saúde 124
- Formação multiprofissional integrada 37
- Formação na saúde 15, 16, 69, 80
- Formação profissional 16, 17, 54, 78, 83, 91, 99, 135, 152, 153, 165, 170, 178, 181, 235, 236, 250, 279
- Formação qualificada 67
- Formas de intervenção e/ou interação 140
- Forma virtual 123
- G**
- Gênero 24, 25, 121, 139, 261, 270, 272, 276, 282
- Genograma 110
- Geriatria 36
- Gerontologia 36
- Gestão 15, 16, 18, 19, 21, 24, 31, 37, 39, 42, 44, 46, 47, 52, 54, 55, 56, 59, 60, 61, 69, 70, 71, 72, 76, 77, 78, 80, 82, 87, 89, 90, 91, 93, 96, 105, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 122, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 134, 136, 138, 141, 143, 145, 155, 158, 162, 167, 172, 174, 175, 180, 181, 182, 188, 191, 198, 200, 219, 220, 221, 222, 225, 226, 227, 232, 236, 287
- Gestão de Clínica Ampliada e Compartilhada (GCAC) 129

- Gestão democrática e participativa dos processos 118
- Gestão de Processos Educacionais 71
- Gestão de sistemas e serviços de saúde 54, 115
- Gestão de sistemas municipais de saúde 114
- Gestão do cuidado 105, 109, 111
- Gestão do Programa 80, 138
- Gestão dos Processos de Trabalho da Equipe da AB 111
- Gestão do SUS 44, 69, 111, 112, 115, 172
- Gestão e Conselho Local de Saúde 96
- Gestão em saúde 24, 54, 55, 56, 60, 69, 115, 119, 130, 145, 174, 175, 219
- Gestão Municipal de Saúde 118, 199
- Gestão participativa 112, 113, 119, 141
- Gestão setorial 91
- Gestão Técnica da Assistência Farmacêutica 173
- Ginecologia 36
- Grupos 49, 93, 106, 115, 130, 132, 174, 229, 230, 231, 241, 249, 255, 259, 260, 268, 269
- H**
- Habilidades 15, 43, 46, 47, 58, 77, 92, 109, 111, 115, 116, 117, 118, 150, 177, 188, 211, 282
- Habilidades de comunicação e compreensão 118
- Habilidades de trabalho 92
- Habilidades profissionais 150
- Histórico familiar 158
- Hospital de ensino 41, 60
- Hospitalização 124, 213
- Humanização 112, 128, 198, 208, 229
- Humaniza SUS 112
- I**
- Idosos 146, 163
- Igualdade 26, 139, 255, 267, 272, 276, 277, 278, 279, 280
- Imersão 150, 161, 271
- Imersão teórica e prática 150
- Implicação ético-científica 145
- Implicação ético-política 108
- Indicadores 35, 52, 115, 116
- Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) 116
- Indivíduos 93, 109, 122, 185
- Infecções 121
- Inscrição de candidatura e/ou matrícula 36
- Instituição de Ensino Superior (IES) 72
- Instituição universitária 43
- Instituições de ensino 20, 37, 57, 78, 81, 124, 126, 134, 170
- Instituições federais 78
- Instituições Federais 7
- Instituições hospitalares 8, 73
- Instituto Oswaldo Cruz 43
- Institutos de pesquisa 37
- Instrumento de avaliação 38, 39, 65, 109
- Instrumento metodológico 68
- Integração ensino-serviço-comunidade 20, 74, 104, 125, 135, 234, 235
- Integral 23, 24, 48, 60, 74, 83, 85, 87, 96, 105, 108, 109, 118, 122, 129, 134, 139, 140, 161, 181, 182, 188, 197, 198, 207, 220, 229, 235, 250, 256, 272, 277
- Integralidade 26, 82, 92, 98, 104, 122, 124, 127, 130, 139, 148, 190, 211, 212, 217, 221, 222, 259, 261, 272, 285
- Integralidade da assistência 122
- Integralidade da atenção 98, 122, 148
- Integrar 15, 29, 75, 92, 105, 125, 139
- Interação 77, 83, 99, 103, 104, 118, 122, 125, 127, 129, 130, 135, 140, 141, 142, 152, 176, 202, 236, 257, 259, 271, 286
- Interação intersetorial e interinstitucional 122
- Interação profissional nas equipes de trabalho 122
- Intercâmbio 130, 234
- Interconsultas 218
- Interdisciplinar 16, 17, 18, 20, 21, 24, 36, 44, 50, 59, 60, 61, 66, 69, 76, 93, 105, 108, 109, 111, 115, 116, 121, 122, 124, 128, 130, 131, 135, 140, 154, 172, 184, 221, 222, 225, 236
- Interdisciplinaridade 24, 50, 60, 66, 111, 131, 221, 222
- Interpretação crítica 104
- Interprofissionalidade 50, 59, 60, 66, 131
- Intersetorialidade 18, 23, 111, 197, 207, 259
- Intervenções 126, 144, 155, 168, 173, 175, 188, 226
- Intervenções farmacêuticas 173
- Investimentos públicos 147
- Itinerário de construção da aprendizagem 97
- J**
- Judicialização da Saúde 175
- L**
- Lato sensu 30, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 49, 64, 65, 69, 132, 137, 162, 198, 225
- Legislação 30, 33, 34, 46, 48, 49, 65, 86, 91, 247
- Legislação da residência em área profissional da saúde 30
- Lei da Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul 45, 63
- Lei Federal n.º 8.080/90 62, 98
- Lei Federal n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996 41, 62
- Lei Federal n.º 11.129/2005 32, 62
- Lei Federal n.º 12.513/2011 32, 62
- Lei n.º 6.932/1981 29
- Lei Orgânica da Saúde 33
- Lei Orgânica n.º 5.236, de 23 de dezembro de 2015 89
- Licenças-saúde 94
- Liderança 8
- Limpeza, preparo e esterilização de materiais 157
- Linhas cartográficas de afetos 22, 183
- Linhas de cuidado 44, 113, 129
- Linhas de pesquisa 145

- Locorregional 73
 Lógica de conexão 125
 Lógica integral do cuidado à saúde e à vida 140
 Logística dos medicamentos 171
 Lugares 42, 50, 70
- M**
- Mamografia 158
 Mapa Falante 107, 108
 Mapeamento do território 116
 Marau 16, 71, 72, 73, 74, 78, 81, 87, 105, 138, 167, 168, 172, 176, 184, 199, 203, 213, 226, 227, 237
 Matriz curricular 72, 78, 81, 104, 231
 Medicamentos adscritos 168
 Medicamentos Essenciais 175
 Medicina de Família e Comunidade 11, 75, 154
 Médicos-residentes 41
 Método científico 21, 138
 Metodologia 19, 25, 50, 73, 76, 93, 104, 114, 115, 117, 127, 129, 133, 148, 160, 184, 233, 257
 Metodologia 257, 270, 273, 292
 Metodologia ativa 115, 127
 Metodologia científica 50
 Metodologia coletiva 148
 Metodologia didática 133
 Metodologia participativa 129
 Metodologia pedagógica 73
 Metodologias ativas de aprendizagem 89
- Metodologias ativas de trabalho-formação 126
 Metodologias de aprendizagem participativas 125
 Modalidade de processo de ensino-aprendizagem 140
 Modalidade descentralizada 70
 Modalidade on-line 113
 Modelagens tecnoassistenciais 122
 Modelo biomédico 153
 Modelo de aprendizagem 180
 Modelos de Atenção às Doenças Crônicas 109
 Movimento Nacional de Residências em Saúde 35
 Movimento Renovação Médica 31
 Movimentos políticos e sociais 153
 Movimentos sociais populares 121
 Multiprofissional 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 29, 30, 34, 36, 37, 39, 42, 44, 47, 48, 49, 50, 57, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 74, 75, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 85, 86, 90, 93, 98, 99, 103, 104, 105, 108, 109, 111, 114, 118, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 129, 130, 132, 134, 137, 138, 141, 144, 146, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 157, 159, 161, 164, 167, 168, 172, 174, 175, 177, 180, 181, 182, 183, 192, 194, 198, 213, 214, 218, 220, 221, 225, 226, 227, 228, 229, 235, 236, 237, 240, 255, 271, 273, 286
 Multiprofissionalidade 36, 50, 60, 66
- N**
- Necessidades da comunidade 125, 155
 Necessidades de saúde 21, 93, 105, 121, 137, 138, 256
 Necessidades do ensino 125
 Notificações de doenças e agravos 176
 Núcleo da Residência Multiprofissional em Saúde da UFFS 168
 Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) 70, 167
 Núcleo Docente-Assistencial Estruturante (NDAE) 47
 Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) 71
 Núcleo profissional da Psicologia 184, 193
 Núcleo profissional de Farmácia 22, 167, 168, 177, 181
- O**
- Organização didático-pedagógica 38
 Organização Pedagógica da Residência Multiprofissional em Saúde 69, 74
 Orientação sexual 140, 264
 Orientações teóricas 125
- P**
- Pactuação coletiva 116
 Pandemia 18, 22, 23, 49, 121, 129, 130, 131, 132, 133, 162, 176, 184, 187, 189, 191, 192, 193, 194, 197, 198, 208, 214, 216, 217, 222, 223, 229, 230, 232, 236, 243
 Pandemia de covid-19 18, 22, 23, 49, 129, 162, 184, 193, 197, 198, 208, 214, 222, 229, 230, 232, 236, 243
 Pandemia sindêmica de covid-19 121
- Paradigmas filosóficos e científicos 139
 Parceria ensino-serviço-comunidade 125
 Participação ativa 110, 123, 129
 Participação colaborativa 115
 Participação colaborativa, inclusiva e dialógica 115
 Participação coletiva 112
 Participação comunitária 184
 Participação popular 16, 81, 93, 122, 140, 146, 151, 157, 230, 231, 232
 Participação social 34, 35, 74, 82, 91, 112, 127, 139, 235
 Pedagogia da saúde 18
 Perfil do profissional 153
 Perspectiva crítico-reflexiva 140
 Pesquisa-intervenção 25, 143, 144, 145, 147, 148, 149, 150, 151, 180, 272, 273
 Pesquisa-intervenção 138, 142, 152, 223, 254
 Planejamento estratégico 92, 106, 108, 146, 157
 Plano Político-Pedagógico 74
 Planos Terapêuticos Singulares (PTS) 129
 Política nacional da juventude 31
 Política Nacional de Assistência farmacêutica 182
 Política Nacional de Assistência Farmacêutica 171, 172, 175, 179
 Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 106, 171
 Política Nacional de Humanização 37, 112, 198, 208, 229

- Política Nacional de Humanização da Atenção 112
- Política Nacional de medicamentos 182
- Política Nacional de Medicamentos 170, 171, 172, 175, 179
- Política pública de Residências em Saúde 34
- Política pública universal de atenção à saúde 122
- Políticas de Educação Permanente em Saúde 70
- Políticas públicas de saúde 37, 50, 170
- Políticas públicas do SUS 171
- Pós-graduação lato sensu 30, 37, 38, 41, 42, 43, 44, 65, 132, 137, 225
- Pós-Graduação lato sensu 49, 64
- Possibilidades de intervenção 93, 147
- Prática de trabalho da ESF 118
- Prática do cuidado 140, 235
- Prática profissional 18, 20, 21, 22, 24, 75, 76, 86, 92, 103, 104, 107, 111, 118, 142, 145, 151, 173, 177, 178, 183, 189, 214, 216, 218, 221, 222, 225, 226, 235
- Práticas colaborativas interprofissionais 125
- Práticas de saúde 112, 124, 139, 284
- Práticas educativas 128
- Práticas em saúde 81, 98, 172
- Práticas integrativas e complementares 176
- Práticas Integrativas e Complementares 146
- Preceptor de núcleo 54
- Preceptoria 17, 18, 20, 22, 40, 41, 59, 70, 72, 76, 82, 86, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 96, 97, 99, 114, 119, 136, 141, 143, 155, 158, 165, 183, 184, 186, 189, 193, 213, 227
- Pré-natal 161
- Prevenção aos riscos e agravos 105
- Prevenção de doenças 173, 176
- Prevenção e tratamento de doenças 93
- Prevenção primária 158
- Primeira Infância 185
- Princípios da Atenção Básica 92
- Princípios do SUS 126, 188, 198, 212, 226
- Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) 137
- Princípios estruturantes 124
- Princípios fundantes do SUS 125
- Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) 173
- Problematização 22, 62, 110, 115, 118, 125, 129, 135, 159, 187, 226, 240, 285
- Procedimentos técnicos 92
- Processo de acolhimento 156
- Processo de avaliação 90, 110, 114
- Processo de cuidado 165, 182, 272, 285, 286
- Processo de descentralização 20, 68, 69, 70, 73, 81, 86
- Processo de ensino-aprendizagem 77, 140
- Processo educativo-reflexivo 104
- Processo saúde-doença 142, 147
- Processos de cuidado 109, 139, 140, 141, 272, 283, 284, 286
- Produção acadêmica 139
- Produção científica 17, 147
- Produção de saberes e práticas 104
- Produção de saúde 16, 17, 112, 139, 264, 287
- Produção do cuidado 15, 70, 140, 146, 147, 184, 275, 281
- Produção do cuidado e da clínica ampliada 184
- Profissionais de saúde 16, 24, 35, 45, 71, 73, 74, 78, 91, 93, 104, 117, 121, 141, 145, 146, 155, 164, 170, 171, 191, 214, 221, 222, 232, 240, 244, 245, 246, 247, 249, 250, 252, 254, 261, 264, 272, 277, 278
- Profissional residente 21, 138, 226
- programas de Residência em Área Profissional da Saúde 36, 38, 49, 55, 56, 64, 65
- Programas de Residências em Saúde 35, 125
- Projeto pesquisa-intervenção 142
- Projeto Político-Pedagógico 74, 75
- Projetos de intervenção 51, 54, 113, 116
- Projetos de pesquisa 143, 270
- Projetos interinstitucionais 44
- Projetos Pedagógicos de Residência (PPR) 32, 35
- Projeto terapêutico singular (PTS) 93
- Propostas de pesquisa-intervenção 143
- Puericultura 36, 161, 162, 164
- Q**
- Qualidade de vida 24, 122, 146, 264, 276
- Qualificação 20, 21, 22, 24, 30, 40, 44, 59, 63, 66, 68, 69, 70, 72, 75, 76, 78, 80, 81, 82, 91, 94, 95, 104, 114, 155, 165, 176, 226, 235, 247
- Qualificação da formação profissional 165
- Qualificação do cuidado em saúde 68
- Qualificação do mapeamento 72
- Qualificação do serviço 91, 226
- Qualificação do SUS 78, 80
- Queixas clínicas 156
- Questões institucionais 113
- Questões legais e organizativas 72
- R**
- Rastreamentos 157
- Reabilitação 93, 235, 270, 285
- Reconhecimento do território 93, 107
- Recursos digitais 133
- Recursos humanos 32, 33, 34, 65, 69, 70, 72, 159, 167
- Rede de atenção 24, 44, 80, 109, 110, 114, 146, 198, 221, 222, 227, 234
- Rede de Atenção Básica 80
- Rede de saúde 23, 71, 73, 75, 87, 142, 199, 207, 227
- Rede-escola 70
- Rede intersetorial 93
- Rede municipal de saúde 90, 158
- Redes de Atenção à Saúde 44, 69, 74, 93
- Redução de danos 173, 191
- Referenciais metodológicos 116, 141
- Referencial pedagógico 115

- Reforma Sanitária 104, 121, 127, 211
- Relações de cuidado e tratamento 140
- Relações familiares 110
- Relações humanas, sociais e profissionais 118
- Relato de caso 109, 218
- Residência em saúde 17, 18, 35, 36, 45, 63, 74, 77, 132, 225, 290
- Residência Multiprofissional em Saúde 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 29, 30, 42, 47, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 73, 74, 78, 79, 80, 83, 85, 86, 98, 99, 103, 105, 114, 118, 122, 123, 125, 127, 129, 130, 132, 134, 137, 146, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 159, 161, 164, 167, 168, 172, 174, 175, 177, 180, 181, 182, 183, 194, 213, 220, 225, 226, 227, 236, 237, 240, 255, 271, 273
- Residências Médicas em Medicina de Família e Comunidade 154
- Residências uniprofissionais 30, 37, 50
- residente(s) 54
- Resolutividade 60, 85, 154, 156, 161, 190, 215
- Responsabilização 24, 71, 85, 112, 126, 161, 236, 283
- S**
- Saberes da experiência 141
- Saberes interdisciplinares 115
- Sala de Vacinas 162
- Saúde-adoecimento 139
- Saúde bucal 36, 173, 218, 228
- Saúde Coletiva 17, 20, 25, 36, 47, 48, 66, 71, 75, 76, 83, 91, 92, 97, 103, 104, 114, 136, 152, 165, 181, 193, 194, 222, 225, 253, 254, 269
- Saúde da criança 36, 146, 160
- Saúde da família 48, 63, 66, 152, 194, 261
- Saúde da Família 16, 20, 22, 24, 25, 26, 47, 69, 70, 71, 74, 75, 76, 82, 87, 99, 106, 109, 138, 146, 148, 151, 155, 164, 167, 168, 171, 172, 173, 175, 176, 182, 183, 191, 198, 212, 223, 225, 226, 227, 235, 236, 240, 241, 247, 255, 271, 272
- Saúde da Família e Comunidade (SFC) 69
- Saúde da mulher 36, 113, 145, 157
- Saúde da população 21, 78, 104, 121, 137, 139
- Saúde do Cuidador 109
- Saúde do homem 36, 113
- Saúde do idoso 36, 145
- Saúde do trabalhador 39, 54
- Saúde do Trabalhador 73, 174
- Saúde integrada do paciente 181
- Saúde Materno-Infantil 69
- Saúde mental 18, 23, 36, 45, 69, 113, 145, 184, 189, 191, 192, 211, 212, 213, 215, 216, 217, 219, 220, 222, 223, 229, 240, 242, 247, 253
- Saúde mental coletiva 45
- Saúde pública 36, 70, 85, 239, 252, 272, 182, 191, 193, 199, 291
- Saúde sexual e reprodutiva 160
- Secretaria Municipal de Saúde 73
- Secretaria Nacional de Juventude 32, 62, 82, 208, 236
- Seguimento farmacoterapêutico 173
- Segurança do paciente 50, 60
- Segurança do paciente 146, 151
- Seminário de núcleo 22, 176, 177, 178, 179, 180
- Seminários de Núcleo Profissional 76, 189
- Seminários integrados 18, 21, 75, 95, 107, 121, 122, 123, 124, 126, 127, 130, 132, 134, 142, 175, 177
- Serviço de Assistência Especializada (SAE) 174
- Serviço de Atendimento Especializado 73
- Setor da saúde 31
- Setor educacional 31, 32
- Setor privado 31
- Setor sanitário 32
- Sistema de formação 32
- Sistema de saúde 37, 59, 105, 110, 115, 118, 124, 142, 152, 234
- Sistemas locais de saúde 17, 50, 60
- Sistematização de experiências 68, 123
- Sistema Único de Saúde (SUS) 31, 63, 68, 85, 98, 104, 121, 137, 153, 168, 182, 183, 197, 211, 225, 251, 271
- Subfinanciamento 122, 136
- Subjetividade 112, 185, 209, 254, 260
- SUS-Escola 8, 12, 70
- T**
- Tecnologias inovadoras 128, 131
- Tecnologias leves 97, 132, 216, 251, 284
- Temáticas 21, 77, 106, 130, 138, 144, 175, 176, 179, 184, 187, 250, 252, 259
- Territorialização 76, 142, 143, 145, 146, 152, 165, 247
- Trabalhadores da área da saúde 32, 33
- Trabalhadores do SUS 137
- Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) 38, 108, 138, 142, 143, 144
- Transversalidade 17, 112
- Tutor de campo 52, 111
- Tutor de núcleo 52
- Tutoria 17, 18, 22, 52, 59, 76, 77, 78, 87, 94, 104, 113, 116, 119, 125, 126, 160, 165, 167, 183, 184, 186, 187, 189, 193, 213, 226
- Tutoria de campo 17, 52
- Tutoria de núcleo 52, 76
- U**
- Unidade Básica de Saúde (UBS) 110
- Unidade de ensino 72
- Unidades de Atenção Primária do SUS 118
- Unidades político-territoriais 91
- Universalidade 82, 124, 127, 130, 139, 211
- Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) 15, 67, 86, 103, 122, 154, 167, 183, 213, 225, 273
- Uso Racional de Medicamentos (URM) 171
- V**
- Vacinas 162, 163
- Verificação de pressão arterial 156, 157
- Vigilância de epidemias 184
- Vigilância em Saúde 54, 92, 157, 162, 165,

173, 174, 192, 198, 199, 230, 241,
242

Vigilância em saúde ambiental 54

Vigilância epidemiológica 36, 39, 54, 164

Vigilância sanitária 54

Violência 18, 24, 25, 26, 36, 121, 211, 212,
242, 146, 255, 256, 257, 260, 261,
262, 264, 266, 267, 268, 269, 270,
271, 272, 275, 276, 277, 278, 279,
282, 287, 288

Vírus 131, 132, 162, 176, 192, 204, 209

Vivências práticas 125

W

Webpalestras 161

Webpalestras do Telessaúde 161

Z

Zika vírus 160

SOU FEITA DE RETALHOS

Cora Coralina

Pedacinhos coloridos de cada vida
que passa pela minha e que vou costurando na alma.
Nem sempre bonitos,
nem sempre felizes,
mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou.
Em cada encontro,
em cada contato,
vou ficando maior...
Em cada retalho,
uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade...
que me tornam mais pessoa,
mais humana, mais completa.
E penso que é assim mesmo
que a vida se faz de pedaços
de outras gentes que vão
se tomando parte da gente também.
E a melhor parte é que nunca estaremos prontos,
finalizados...
haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.
Portanto, obrigada a cada um de vocês,
que fazem parte da minha vida
e que me permitem engrandecer
minha história com os retalhos deixados em mim.
Que eu também possa deixar pedacinhos de mim
pelos caminhos
e que eles possam ser parte das suas histórias.
E que assim,
de retalho em retalho,
possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de nós.



FAÇA SUA DOAÇÃO E COLABORE

www.redeunida.org.br

editora



redeunida

ISBN 978-85-54329-61-7



9 788554 1329617

SÉRIE VIVÊNCIAS EM EDUCAÇÃO NA SAÚDE

Esta obra é uma peça costurada a muitas mãos, com diferentes cores e tecidos, que foram se alinhavando na arte de costurar experiências vivenciadas no cotidiano do ensino-serviço-comunidade. A costura como arte que se dá no cotidiano, aparentemente simples e manual, carrega em si a sutileza e os saberes ancestrais das capacidades e habilidades de criação, de unir peças separadas e diferentes, dando-lhes sentido. Costurar diferentes pontos das redes intersetoriais de atenção à saúde, as relações entre as equipes, as formas de gestão e participação, integrar as Instituições nas ações entre o ensino-serviço-comunidade é o desafio que os processos cotidianos de produção do cuidado e da formação na saúde enfrentam todos os dias. Este livro temático traz a experiência pedagógica e política da Residência Multiprofissional em Saúde, realizada pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), e iniciada pelo Grupo Hospitalar Conceição e a Prefeitura Municipal de Marau-RS. As costuras trazem análises de caráter intersetorial, interprofissional e interdisciplinar, com transversalidade às grandes áreas de conhecimentos da saúde, ciências humanas e sociais, em particular o campo da saúde coletiva. Tece diálogos com o propósito de produzir visibilidade às experiências vividas no processo formativo e no contato com os territórios, de tal forma que possibilitem ampliar as reflexões sobre as Residências em Área Profissional da Saúde em geral e com ênfase na Atenção Básica, em particular. Contribui também com os estudos sobre a Educação Permanente em Saúde e a aprendizagem ativa na formação profissional e sobre o desenvolvimento do trabalho nos sistemas locais de saúde.

editora



redeunida

