

SÉRIE VIVÊNCIAS EM EDUCAÇÃO E SAÚDE

Alcindo Antônio Ferla
Cristianne Maria Famer Rocha
Ananyr Porto Fajardo
Daniela Dallegrave
Eloá Rossoni
Vera Lucia Pasini
Rafaele Garcia Sonaglio

Organizadores

Residências e a Educação e Ensino da Saúde:
Tecnologias Formativas e o
Desenvolvimento do Trabalho

1ª Edição
Porto Alegre/RS, 2017
Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil
Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Àngel Martínez-Hernández – Universitat Rovira i Virgili, Espanha
Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália
Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália
Berta Paz Lorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha
Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América
Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil
Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil
Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil
Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil
Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil
Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra
Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina
Lisiane Böer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil
Luciano 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 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 da Paraíba, Brasil
Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil
Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil
Simone Edi Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil
Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil
Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil
Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil
Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil
Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Becon de Almeida Neto

Projeto gráfico – Capa/Miolo/Diagramação

Renan Albuquerque

Revisão

Mônica Ballejo Canto

Renan Albuquerque

Bibliotecária Responsável

Jacira Gil Bernardes

Copyright 2017: Permitido o uso deste trabalho para fins não comerciais, desde que atribuída autoria. Esta licença pode ser consultada em: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

R433 Residências e a educação e ensino da saúde : tecnologias formativas e o desenvolvimento do trabalho [recurso eletrônico] / Alcindo Antônio Ferla ... [et al.] organizadores. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2017.
184 p. : il. – (Série Vivências em Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-66659-79-5

DOI: dx.doi.org/10.18310/978-85-66659-79-5

1. Residência multiprofissional em saúde. 2. Educação em saúde. 3. Atenção à saúde. 4. Saúde da Família. 5. Recursos humanos em saúde – Formação profissional. 6. Sistema Único de Saúde. Ferla, Alcindo

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

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

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

As conexões entre as Residências e ensino na saúde: produção de tecnologias educacionais e o aprender no mundo do trabalho a partir de um mosaico de experiências..... 09

Alcindo Antônio Ferla, Cristianne Maria Famer Rocha, Ananyr Porto Fajardo, Daniela Dallegrave, Eloá Rossoni, Vera Lucia Pasini e Rafaele Garcia Sonaglio

SER-ESTAR RESIDENTE: MOSAICO DE SENSAÇÕES

O sentido da novidade: Por que a Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi diferente da graduação?..... 19

Gaussianne de Oliveira Campelo, Maria Luci Esteves Santiago, Thais Norberta Bezerra de Moura e Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Residência Integrada em Saúde: Entre experiências e ressentimentos, os vagalumes..... 28

Pedro Gomes de Lima Brasileiro e Luciana Rodriguez Barone

Narrativas Poético-amorosas: Encontro entre saúde mental coletiva e as relações étnico-raciais na educação..... 37

Danielle Celi dos Santos Scholz, Daniele Noal Gai, Anna Letícia Ventre, Simone Borges e Leira Salete Teixeira

Metanoia: A desconstrução da cultura técnico-assistencialista e do individualismo..... 48

Tiago Veloso Neves

PERCURSOS FORMATIVOS & DIFERENTES CENÁRIOS

“É caminhando que se faz o caminho”: Vivências na Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Sobral, Ceará..... 52

Gênesis Anjos Nunes, Hortência Veras Mangabeira, Maria Emanoelle Freire Pessoa, Rosa Renata Araújo Dias e Ana Karina de Sousa Gadelha

Residência Multiprofissional em Saúde da Família e PRÓ-PET-SAÚDE: Contribuições para o trabalho na Estratégia Saúde da Família..... 62

Ana Osmarina Quariguasi Magalhães Frota, Francisco Timbó de Paiva Neto, Márcia Maria Santos da Silva, Liélma Carla Chagas da Silva e José Jeová Mourão Netto

Intervenção de residentes multiprofissionais no processo de trabalho em uma unidade de saúde da família na cidade do Recife, Pernambuco..... 71

Liliane Elise Souza Neves, Mabelle Moraes Cordeiro e Priscila Mergulhão Silveira

A Experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde em Santos, São Paulo..... 80

Macarena Urrestarazu Devincenzi, Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, Mariana Chaves Aveiro, Ieda Ávila Vargas Dias e Terezinha de Fátima Rodrigues

Encontros e desencontros do trabalho no Sistema Único de Saúde: Uma cartografia sobre o ser/estar residente em saúde indígena..... 89

Tanise de Oliveira Fernandes e Cátia Martins Paranhos

Desafios e perspectivas da formação em Atenção Integral ao Usuário de Drogas na modalidade residência em saúde..... 97

Mitieli Vizcaychipi Disconzi, Márcio Silveira da Silva e Marília Borges Osório

Residência em Enfermagem Obstétrica no Hospital Sofia Feldman: Uma estratégia de formação no e para o Sistema Único de Saúde..... 102

Danúbia Mariane Barbosa Jardim, Débora Rodrigues Lima, Gabriela Maciel dos Reis, Fabiana Ramos Menezes e Amanda Ferreira Monteiro Mercês

Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer: Cinco anos de experiência..... 115

Fernando Lopes Tavares de Lima, Gracinete Rodrigues de Castro, Mario Jorge Sobreira da Silva, Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro e Rosilene de Lima Pinheiro

Relato da primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde em um Hospital de Pronto-Socorro..... 122

Priscilla Wolff Moreira, Adriana Córdova Costa e Maria Augusta Moraes Soares

O Projeto Terapêutico Singular como dispositivo de promoção da integralidade do cuidado em um serviço de emergência..... 127

Priscila Viegas Kercher, Alice Magagnin Neves, Franciele Plachi, Sabrina da Cunha Godoy, Sofia Palagi e Cristianne Maria Famer Rocha

Residência Multiprofissional Integrada em Saúde com ênfase em urgência, emergência e intensivismo..... 133

Aline Josiane Waclawovsky, Carine Muniz, João Gabriel Nunes, Dulciane Nunes Paiva e Tania Cristina Malezan Fleig

RECURSOS PEDAGÓGICOS & A FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Oficinas de Criatividade e Tessitura de Narrativas: Instrumentos de reflexão e avaliação de critérios e metodologias do trabalho de residentes em saúde..... 144

Ana Paula Wilke França, Liara Saldanha Brites, Fábio Mello da Rosa, Daiane Silveira, Liane Beatriz Righi e Teresinha Heck Weiller

O Estudo de Caso como recurso pedagógico para pensar a prática do assistente social em saúde: A construção de um roteiro para o campo da Oncologia..... 153

Ana Laura Borges Aranda, Cláudia Domingues Guimarães, Eliane Figueiredo de Lima, Jéssica de Jesus Kós e Sandra Corrêa de Almeida Diniz

Vivenciando o Processo de Territorialização em uma Unidade de Atenção Primária em Saúde no município de Fortaleza, Ceará..... 162

Ana Cibelli Nogueira Soares, Karine Moreira de Melo, Inah Paula Silva da Costa, Roana Façanha da Silva e Maria Elisa Machado Ferreira Marcelo

APRESENTAÇÃO

As conexões entre as Residências e ensino na saúde: produção de tecnologias educacionais e o aprender no mundo do trabalho a partir de um mosaico de experiências

*Alcindo Antônio Ferla
Daniela Dallegrave
Cristianne Maria Famer Rocha
Ananyr Porto Fajardo
Eloá Rossoni
Vera Lucia Pasini
Rafaele Garcia Sonaglio*

INTRODUÇÃO

A produção dessa coletânea temática sobre Residências em Área Profissional da Saúde, conforme denominação da Lei Federal nº 11.129/2005, às quais nos referiremos genericamente por Residências em Saúde nessa publicação, foi um desafio lançado pela Editora da Rede Unida, com o objetivo de identificar produções e autorias de ou entre residentes, preceptores, tutores e coordenadores, em diferentes localidades e contextos. O desafio mobilizou, na organização, professores e projetos de pesquisa dos Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS); em Avaliação de Tecnologias para o Sistema Único de Saúde (PPG ATSUS), do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (Escola GHC), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. Produzir visibilidade às experiências do cotidiano das Residências em Saúde, uniprofissionais ou multiprofissionais, foi também uma estratégia de investigação sobre o cotidiano do trabalho na atenção básica e nas redes de cuidado, objeto de pesquisas e projetos de cooperação entre pesquisadores e instituições que formam uma rede científica mobilizada pelas inovações na organização do trabalho, do cuidado e da formação em consonância com o Sistema Único de Saúde (SUS). A expressão “mosaico”, aqui, retrata uma estratégia metodológica de, ao tempo em que chama à visibilidade experiências diversas, analisa o efeito da implantação de políticas de formação e de organização do sistema de saúde (o “governo das formas”) e também identifica movimentos de força e conexões que estão na dimensão micropolítica, portanto na singularidade de cada contexto, que atravessa, corta e transversaliza as formas das políticas, conforme formulou Chaves (2014). O fato é que a implementação de uma iniciativa governamental ativa vetores de força que se complementam, que se contrapõem, que se chocam e que se hibridizam e somente uma mirada em profundidade em experiências reais nos dá a dimensão de complexidade necessária para compreender a vigência e a inovação. Não se trata de identificar representações (o visível comum de um conjunto de

experiências), mas o que há de potência e singularidade, que surgem em determinados momentos para resolver problemas concretos no cotidiano. O singular não é particularidade, compõe redes rizomáticas e produz tensões entre o conhecimento prévio e os problemas do cotidiano, entre as formas das políticas e a dimensão micropolítica das práticas do cotidiano.

Para essa iniciativa, elaboramos um edital público, convidando os diferentes atores sociais a apresentarem suas produções; recebemos 51 textos submetidos à avaliação por pares, seguindo as normas de publicação da Editora. Destes, 33 estão reunidos nos dois livros que organizamos como um “mosaico de experiências”, agrupando um conjunto de textos que não possuem necessariamente uma linha comum de articulação, mas por agenciarem diferentes perspectivas, que se colocam em movimento no funcionamento das Residências em Saúde no contemporâneo. Os dois livros resultantes dessa iniciativa são “Residências em Saúde: Tecnologias Formativas e o Desenvolvimento do Trabalho” e “Residências em Saúde e o Aprender no Trabalho: Mosaico de Experiências de Equipes, Serviços e Redes”. O primeiro compõe a presente coletânea. Com presença de vidas intensas, encadeamento desordenado e afetos com velocidades variáveis: este livro tem pulsação própria. Reúnem-se aqui fragmentos de histórias vividas. São histórias do cotidiano de trabalho, narradas a partir da produção de aprendizagens experienciadas em programas de Residências em Saúde. São, ao todo, 18 capítulos envolvendo mais de 70 autores e diversas (locais, instituições), heterogêneas (composição da base pedagógica e do constructo epistemológico) e distintas (profissões e arranjos nos serviços) experiências.

A unidade dos textos que compõem esta publicação está nos modos de aprender e produzir aprendizagem no cotidiano do trabalho, que são diversos e múltiplos entre as experiências identificadas. A aprendizagem no cotidiano tem potência de vitalizar os conhecimentos e as teorias. Como no debate entre Foucault e Deleuze, o efeito aqui é das teorias como “caixa de ferramentas”, que precisam servir para resolver problemas do cotidiano, que se atualizam quando, em determinado ponto, se chocam com a impossibilidade de ter consequências práticas e explodem, produzindo novas teorias; há entre teoria e prática, não relações de aplicação mas de revezamento em forma de redes. (FOUCAULT, 1992) Não se trata, portanto, de olhar experiências e buscar sua capacidade ou não de aplicação de teorias, senão de considerar que, ambas, são práticas contextualizadas e produzem (ou não) relações de revezamento. As totalizações que colocam a teoria em destaque são efeitos do poder que invalidam o saber do cotidiano. Não são nosso interesse aqui. Tampouco a prática não refletida e analisada.

O que buscamos na diversidade de modos de fazer a aprendizagem e o ensino no cotidiano do trabalho em conexão com as Residências em Saúde é, justamente, o que há de inovação nesses cotidianos, como se produzem os revezamentos e as redes de produção de saberes úteis para o trabalho. É preciso lembrar que as Residências em Saúde nascem como política do SUS no contexto da educação permanente em saúde, quando esta opera como política e como modo de produzir a aprendizagem. (CECCIM; FERLA, 2008a) Como modo de produzir aprendizagem, a educação permanente torna-se rede de transversalidades entre os saberes e os fazeres no cotidiano. É aprendizagem no cotidiano do trabalho, voltada aos problemas do cotidiano, e é também aprendizagem significativa, que pertence às experiências e existências dos atores envolvidos. Portanto, é travessia entre o visível/sabido e a fronteira da produção de outras alternativas para aprender e desenvolver o trabalho. (CECCIM; FERLA, 2008b) Aqui está o interesse predominante na análise que se faz das experiências: como organizam as travessias entre aprendizagem e trabalho, entre ensino e o fazer cotidiano dos serviços. Esses modos de revezamento também são modos de qualificar o trabalho no cotidiano. Onde se vê, em alguns momentos, o conflito entre a Residência e o trabalho, é

preciso olhar a dimensão micropolítica e identificar a tensão, o ruído entre formas instituídas e o que pede passagem por todos os lados. Na dimensão micropolítica é possível observar a organização tecnológica do trabalho e o desenvolvimento de tecnologias, inclusive de tecnologias leves, para superar os impasses do cotidiano (MERHY, 2014) e, entre outras questões, como se desenvolve o trabalho em equipe, (PEDUZZI, 2001) que é nó górdio do cuidado e da gestão. Tensões entre o fazer da gestão, do cuidado, da participação e da formação, que constituem o quadrilátero do trabalho no cotidiano (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), também se expressam e geram saídas que desenvolvem as práticas e produzem conhecimentos e tecnologias úteis. Essas tensões estão na definição da mudança de lógica que se espera da atenção básica no cuidado e nas iniciativas de aproximação ensino e serviços, instituições formadoras e sistemas locais de saúde, que embasam as políticas para a formação nos últimos anos, fortemente reivindicadas pelo SUS, que necessita da mudança no cotidiano do trabalho para seguir seu caminho. Importante lembrar, como nos apresenta Madel Luz (1988), que a matriz do conhecimento que embasa os modos vigentes de formar e fazer saúde está colado num padrão de racionalidade que se distancia dessa expectativa e, portanto, há ousadia e inovação nessas iniciativas.

A integração do ensino com as políticas de saúde como dispositivo para a implantação do SUS

A construção de um sistema de saúde brasileiro, promovida pelo movimento da Reforma Sanitária, colocou em pauta questões como o acesso universal, o atendimento integral, a gestão descentralizada e a atuação do controle social. Decorrente desta reformulação, com a criação do Sistema Único de Saúde, surge a necessidade de fazer integrar de forma mais intensa os sistemas de ensino e de atenção à saúde. Esta necessidade, materializada na formulação e implementação de políticas de saúde, sinalizou a urgência de investimento para qualificação do perfil ético e técnico dos profissionais de saúde, apontando a necessidade de mudanças também no ensino.

Neste sentido, dentre as atribuições do SUS, definidas pela Constituição Federal, está o ordenamento da formação de trabalhadores para atuação no sistema de saúde, sem prejuízo das responsabilidades do sistema educacional, em particular do Ministério da Educação. Este ordenamento pelo setor da saúde define-se pela organização de ações que envolvam a regulação, o apoio, o fomento, a manutenção e o direcionamento de políticas educacionais para o setor. Por ordenamento da formação, compreende-se o desenvolvimento de ações educativas realizadas por meio do trabalho em saúde, cooperação técnica interinstitucional e, especialmente, políticas de ensino, de pesquisa e de extensão educativa com abrangência aos ambientes de gestão e de atenção à saúde. (CECCIM; FERLA, 2007)

Também no setor da educação, foram implementadas algumas políticas públicas para ordenamento da formação em saúde, sendo algumas dedicadas ao provimento e fixação de profissionais. O vetor predominante das mudanças nas políticas foi a aproximação com o sistema de saúde e o estímulo à maior interação entre as instituições formadoras e o SUS. Particularmente a partir dos anos 2000, diversas iniciativas objetivando produzir mudanças na formação das profissões da saúde foram desencadeadas pelos Ministérios da Educação e da Saúde. No final da década de 1990, foi produzido um movimento forte, envolvendo órgãos governamentais, associações de ensino, conselhos profissionais e os Conselhos Nacionais de Saúde e de Educação para o debate sobre a formação em saúde, gerando a proposição de Diretrizes Curriculares Nacionais para substituir a estratégia anterior de definição de Currículos Mínimos para as profissões. Essa iniciativa, formalizada pelo Conselho Nacional de Educação,

centrou o modo de pensar a formação nas realidades locais, estimulando que fossem abertas às diversidades políticas, culturais e sociais e que os currículos fossem mais flexíveis, articulados com os sistemas de saúde, com a ideia do trabalho em equipe e com a integralidade da atenção, estimulando novos modos de articulação entre instituições de ensino e o Sistema Único de Saúde. (CHAVES, 2014) Para o autor, essas mudanças abrem o pensamento sobre a formação para além do currículo planejado, estimulando propostas e práticas pedagógicas permeáveis a percursos de formação singulares, “desde que professores e estudantes estejam, efetivamente, implicados na complexidade do ensinar e do aprender.” (CHAVES, 2014, p. 330)

Algumas iniciativas conjuntas entre os Ministérios da Educação e da Saúde foram desencadeadas a partir das DCN, voltadas para a mudança na formação na saúde. Entre elas, o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas (PROMED), lançado por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 610, de 23/03/2003, (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2003) com o objetivo de incentivar transformações dos processos de formação, produção de conhecimentos e prestação de serviços, por meio de inovações curriculares nos cursos de medicina reconhecidos e oferecidos por escolas credenciadas pelo MEC. O Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), criado por meio da Portaria Interministerial nº 2.101, de 03/11/2005, (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2005) que teve por objetivo reorientar a formação nos cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia para oferecer à sociedade profissionais aptos a responder às necessidades da população e do SUS. O Pró-Saúde foi ampliado aos demais cursos da área da saúde em 2007, por meio da Portaria Interministerial nº 3.019, de 26/11/2007. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2007) O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2008) inspirado no Programa de Educação Tutorial do Ministério da Educação, tem como objetivo fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial na Estratégia Saúde da Família (ESF) e constituir-se em dispositivo para qualificação dos profissionais de saúde e de iniciação ao trabalho, estágios e vivências aos estudantes da área da saúde. O PET-Saúde foi alterado para abranger áreas estratégicas do SUS com editais temáticos, por meio da Portaria Interministerial nº 421, de 03/03/2010. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2010)

No setor da saúde, a relevância da temática da educação e do trabalho produziu mudanças relevantes na estrutura organizacional do Ministério da Saúde e em diversas estruturas de gestão estadual, municipal e em serviços, além de um conjunto de iniciativas para o fomento das mudanças. Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), inicialmente composta pelos Departamentos de Gestão e da Regulação do Trabalho (DEGERTS) e de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e, mais recentemente, o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS). O DEPREPS foi criado com o Programa Mais Médicos, ao tempo em que, no Ministério da Educação, foi criada a Diretoria de Desenvolvimento da Educação na Saúde, no âmbito da Secretaria de Educação Superior (SESu). A reorientação das diversas iniciativas mais pontuais para o ordenamento da formação e do trabalho no Ministério da Saúde foi proposto pela Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2004) O conceito orientador, nessa iniciativa, foi da Educação Permanente em Saúde, que opera como a política de educação e desenvolvimento e

como disposição pedagógica para o aprender no/pelo trabalho e para a aprendizagem significativa. (CECCIM; FERLA, 2008a) Especificamente em relação às iniciativas para os cursos de graduação, foi desenvolvido um conceito designado por “Aprender-SUS: o SUS e os Cursos de Graduação na Área da Saúde”, que se compunha por uma “ética da interlocução cooperativa, participativa e aberta à inovação”, uma “estética do encontro” de instituições de ensino e serviços e produção viva de aprendizagens e por uma “política de apropriação/afirmação” do SUS, do trabalho em equipe e da integralidade. (CECCIM, 2010, p. 133-4) Entre as estratégias do AprenderSUS, foi implementada a iniciativa de Estágios e Vivências na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), que mobiliza diversas iniciativas em todo o Brasil, já tendo envolvido mais de 20 mil estudantes no período entre 2012 e 2016.

As políticas implementadas nos últimos anos compreendem o trabalho em saúde como instância educativa especialmente pelo processo de subjetivação vivenciado pelos trabalhadores da saúde. De acordo com Ceccim e Ferla (2007, p. 215),

[...] pode-se dizer que a formação habilita trabalhadores (operadores) para determinado ofício em diferentes níveis de operação do trabalho (generalistas, especialistas ou pesquisadores), mas ela não assegura a qualificação permanente para o enfrentamento da inovação tecnológica, superação de paradigmas ou perspectivas, novas descobertas, a multidimensionalidade das necessidades individuais e coletivas de saúde ou a abertura para novos perfis de atuação socioinstitucional.

Dentre as diretrizes e estratégias da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, publicadas em 2009, estão as ações de educação na saúde orientadas pela capacidade de oferta institucional regionalizada, com vistas à superação de desigualdades e considerando as especificidades das diferentes localidades. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE, 2009) Estes conceitos são compartilhados pelas orientações políticas nacionais aos programas de Residência.

As Residências em Saúde compreendem as seguintes modalidades de formação pelo trabalho: Residência em Área Profissional, Residência Multiprofissional e Residência Médica, conforme discutido por Dallegrave e Ceccim (2013). Destaca-se que esta chamada para publicação não se dedicou a privilegiar uma ou outra modalidade, no entanto, não foram apresentados textos sobre a Residência Médica. Em que pese esta especificidade, há que se registrar que o cotidiano de trabalho e de formação, na maioria das vezes, é compartilhado pelos diferentes programas, compondo atuações profissionais integradas e olhares diferenciados para os processos de trabalho em saúde. Em termos de qualificação dos processos pedagógicos realizados em serviço, esta integração entre programas poderia reconduzir o cuidado em saúde a partir da integração das profissões; do trabalho e da educação; do ensino, dos serviços e da gestão do SUS; e entre “o campo das ciências biológicas e sociais com a área das humanidades para alcançar a atenção integral à saúde.” (CECCIM; FERLA, 2007, p. 219)

O fazer ensino e trabalho nas Residências em Saúde

De acordo com as orientações da política nacional, as Residências em Saúde apostam na construção de Projetos Pedagógicos Singulares, conforme formulado por Dallegrave (2013), que se orientam pelas aprendizagens e pela sustentabilidade no aprender, ou seja, por ensinar modos de perguntar e problematizar o trabalho em saúde em contraposição ao modelo

hegemônico que se concentra no ensino de conteúdos informados por um currículo prévio, que não acolhe o inusitado da cena de cuidado, nem se orienta pelo desejo de aprender. A sustentabilidade dos Projetos Pedagógicos Singulares se expressa em metodologias inventadas no mundo do trabalho e que demonstram capacidade de se renovarem, de produzirem novos jeitos de aprender para os indivíduos que vivenciam a experiência educativa. Por este motivo, esta sustentabilidade está para além dos dois anos regulares cursados nos programas de residência e, principalmente, está para além dos atores dos programas porque tem capacidade de abranger mais trabalhadores em saúde.

Esta característica dos programas de residência se coengendra em cada experiência, cada programa inventa seus modos de produzir aprendizagens, especialmente pela presença intensa nos locais onde as ações de saúde se produzem e também pela possibilidade de aprender com o outro, em coletivos produtores de cuidado em ato.

Entre normativas educacionais e regramentos do trabalho em saúde, os programas de residência em saúde constituem-se como modalidade de formação pós-graduada, realizada nos serviços de saúde em composição com processos pedagógicos estruturados por meio de conteúdos, nem todos curricularizáveis. As aprendizagens, nas Residências em Saúde, não são possíveis de serem totalmente previstas e planejadas nas respectivas estratégias pedagógicas ou aportes teóricos. O que acontece no mundo do trabalho vivenciado por cada residente vai encadeando aquilo que se pode aprender. O currículo é construído e reconstruído a cada dia, a partir das problematizações emergentes do trabalho. Cada residente, acompanhado em seu aprender, é produtor de um currículo singular, onde os conhecimentos prévios (da teoria ou acumulados na aprendizagem do residente) são postos a transversalizar o trabalho. Não há um currículo possível, único. São multiplicidades em devir-curriculum. E quando parece que há alguma forma (ou fôrma), já é outra coisa, já participam outras pessoas, são outros afetos, com novas intensidades. Fundamental essa disposição, já que o cotidiano do trabalho tem complexidade maior do que o conhecimento disciplinar vigente e que se espera uma “mudança de modelo” na organização das práticas da atenção básica e das redes de atenção. Não pode haver, portanto, apenas absorção e aplicação do conhecimento vigente. O aprender no trabalho torna o trabalhador um pesquisador de si e do mundo.

O mosaico de experiências: aprender e ensinar no cotidiano do trabalho

A essa altura do constructo, parece importante a escuta às experiências selecionadas. O mosaico de experiências organizado nessa coletânea foi composto em três seções. São 4 capítulos na seção “Ser-Estar Residente: Mosaico de Sensações”, 11 textos na seção “Percurso Formativo & Diferentes Cenários” e 3 na seção “Recursos Pedagógicos & a Formação em Serviço”. Os autores são residentes, preceptores, tutores, coordenadores de programa e pesquisadores. Estes autores narram sobre aquilo que lhes importa, o que lhes toca. A escrita pode ter sido desencadeada por uma pequena fagulha de curiosidade ou por um problema que parecia sem solução. O que interessa a todos é dar espaço para a diversidade, para aquilo que se rearranja na situação de aprendizagem no trabalho em saúde. O que há de comum entre os diferentes programas de residência em saúde? Como se produzem trabalhadores que cuidam? Qual é a dose de invenção possível? O que há de singular em cada processo formativo? Como se aprende com o trabalho em saúde? Perguntas como essas se engendram nas experiências aqui relatadas. Sobretudo, se a experiência acolheu o convite, trata-se de uma aprendizagem que teve significado, por mobilizar atores e por mobilizar sua capacidade de pensamento.

Na primeira seção, que se dedica a reunir sensações de ser-estar residente, os autores refletem, a partir de suas próprias vivências ou de pesquisas com egressos de programas de residência, sobre os efeitos provocados pela vivência pedagógica em residência comparada com cursos de graduação que contêm currículo e prática fragmentados. Há destaque sobre relações étnico-raciais encontradas nos processos formativos e também a oportunidade de olhar para a cidade e para a rede de saúde de modo privilegiado, provocando novas inserções no mundo do trabalho após o período da Residência. O ser residente é, também, um ser inquieto, observador e problematizador de si e do contexto onde se insere.

A segunda seção agrupa percursos formativos e diferentes cenários de ensino. Experiências de diferentes profissões compartilhando os mesmos locais de aprendizagem, integração entre diferentes programas de educação pelo trabalho, como, por exemplo, Residência Multiprofissional e outros programas voltados para a graduação ou o desafio de implantar programas voltados a determinadas áreas de ênfase. Há textos em que participam da autoria usuários dos serviços de saúde. Alguns promovem reflexões acerca do trabalho e sobre o papel dos residentes na constituição das redes de saúde, ampliando possibilidades para o trabalho em equipe e oportunizando novos olhares sobre os processos de trabalho. O cenário da aprendizagem no trabalho, nessas experiências, é um cenário com protagonismo compartilhado.

Alguns textos enfocam nos desafios de desenvolver um programa de residência sem vinculação com instituição de ensino superior ou ainda ressaltando a necessidade de aprimorar as ações dos docentes, dos tutores e dos preceptores com adoção de práticas pedagógicas que se ocupem de problematizar o cotidiano de trabalho e a necessidade de aproximação com outros programas de residência. Ao destacar as especificidades de alguns locais de formação, problematizam benefícios compartilhados por serviço e universidade na construção conjunta de um programa de Residência. A aprendizagem está onde há abertura ao ensinar e ao aprender, que são capacidades pedagógicas fundamentais para o trabalhador na saúde.

A terceira seção, intitulada “Recursos Pedagógicos & a Formação em Serviço” apresenta metodologias utilizadas em algumas experiências formativas, tais como oficinas de criatividade e tessituras narrativas, estudo de caso e atividades de territorialização. Os modos de ensinar dialogam com o contexto do trabalho e geram aprendizagens compartilhadas e compartilháveis, nas experiências relatadas.

Como se percebe, uma coleção de textos que mostra alianças pedagógicas no cotidiano dos serviços. São experiências de educação permanente em saúde por tomarem o cotidiano do trabalho como espaço de problematização e aprendizagem, por reivindicarem abertura à aprendizagem e por produzirem, mais do que acúmulo de conhecimentos, tecnologias e o desenvolvimento das práticas que constituem o trabalho. Se desenvolve o trabalho segundo as direcionalidades da integralidade, da equidade, da afirmação do local, do protagonismo compartilhado e da defesa do sistema de saúde como dispositivo para direitos individuais e coletivos; também fortalecer o SUS. Portanto, representam experiências refletidas, mas também expressões de resistência, considerando o tempo de instabilidade pelo qual passamos atualmente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 68 p. Série C. Projetos, Programas e Relatórios.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2vpdf.pdf>. Acesso em: 09 nov 2016.

_____. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 610, de 23 de março de 2003. Institui o Programa Nacional de Incentivo às Mudanças Curriculares para as Escolas Médicas. Diário Oficial da União, Brasília, 1 abr. 2003. Disponível em: http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/MSMEC/Pinterministerial610_02_informes.doc. Acesso em: 09 nov 2016.

_____. Portaria Interministerial n. 2.101, de 03 de novembro de 2005. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia. Diário Oficial da União, Seção I, Brasília, 4 nov. 2005, p. 111.

_____. Portaria Interministerial n. 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET – Saúde). Diário Oficial da União, Seção I, Brasília, 27 ago. 2005, p. 27. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/pri180226082008.html>. Acesso em: 09 nov 2016.

_____. Portaria Interministerial n. 421, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Seção I, Brasília, 05 mar. 2010, p. 52. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/pri042103032010.html>. Acesso em: 09 nov 2016.

_____. Portaria Interministerial n. 3019, de 26 de novembro de 2007. Dispõe sobre o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação da área da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, n. 227, 27 nov. de 2007, p. 44. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=27/11/2007&jornal=1&pagina=44&totalArquivos=96>. Acesso em: 09 nov 2016.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação dos profissionais de saúde e compromissos públicos com a integralidade: as disposições do AprenderSUS. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA JR., Aluísio Gomes (Orgs.). Por uma sociedade cuidadora. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2010. p. 131-154.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. Trab. educ. saúde, v.6, n.3, p.443-456, 2008b. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300003&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 nov 2016.

_____. Educação Permanente em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008a. p. 162-168. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario 2.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario%20.pdf). Acesso em: 09 nov 2016.

_____. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). Construção da Integralidade: Cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: Abrasco, 2007.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, v.14, n.1, p.41-65, jun. 2004.

CHAVES, Simone Edi. Os movimentos macropolíticos e micropolíticos: sem ensino de graduação em Enfermagem. Interface (Botucatu), v. 18, n. 49, p. 325-336, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-18-49-0325.pdf>. Acesso em: 09 nov 2016.

DALLEGRAVE, Daniela. Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as Residências no País das Maravilhas. Tese (doutorado em educação) Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2013.

DALLEGRAVE, Daniela; CECCIM, Ricardo Burg. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações?. Interface (Botucatu), v. 17, n. 47, p. 759-776, dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S1414-32832013000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 jan 2017.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. 8.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1992.

LUZ, Madel Therezinha. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, v.35, n.1, p.103-9, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf /rsp/v35n1/4144.pdf>. Acesso em: 09 nov 2016.



***Ser-estar residente:
mosaico de sensações***

O sentido da novidade: por que a residência multiprofissional em saúde da família foi diferente da graduação?¹

*Gaussianne de Oliveira Campelo
Maria Luci Esteves Santiago
Thais Norberta Bezerra de Moura
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas*

INTRODUÇÃO

É inegável que as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) propiciam a produção da diferença e do inédito na medida em que estimulam a construção de pensamento livre e crítico frente aos engessamentos políticos e assistenciais dos serviços de saúde, provocando microevoluções cotidianas que resultam em rupturas com velhas práticas, abrindo caminho para a criatividade e a invenção do cuidado. (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010)

Oliveira (2009) indica as RMS como espaço de criação de novos conhecimentos e legitimação de práticas contra-hegemônicas, como um dispositivo de formação na busca da efetivação de novas formas de cuidado. Dessa maneira, é válido ressaltar que a inovação proposta pelas RMS se encontra na valorização do trabalho em equipe multiprofissional e na ampliação do cuidado prestado à população, o que ultrapassa a assistência à saúde médico-centrada. Além disso, as RMS têm sua importância reforçada pelo desejo de construção de um Sistema Único de Saúde (SUS) mais resolutivo, contando com o comprometimento dos profissionais que nele trabalham. (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010)

Comumente se verifica que os textos e as falas sobre as RMS aparecem em consonância com a necessidade da reforma universitária. Como prova disso, os documentos oficiais preconizam que o Projeto Político-Pedagógico das RMS deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009; BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012)

Contudo, podemos questionar: que novidade é essa que já conta com dez anos desde sua regulamentação legal? Por que junto ao tema RMS sempre encontramos os termos “novo”, “inovação” e seus derivados? Talvez por marketing, uma vez que na nossa cultura o novo desperta a curiosidade. Talvez porque, mesmo com tantos esforços para se implementar mudanças na graduação, há conteúdos teóricos e práticos que somente são conhecidos quando se cursa uma RMS, neste caso, aquelas em Saúde da Família.

Então, com esse direcionamento, às vezes, a Residência é vista como a “salvadora da pátria”, por resgatar temas e suscitar práticas ainda não exploradas e difundidas nos cursos de graduação, ou ainda considerada uma ferramenta para sanar as deficiências da formação. (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009)

Transcorridos dez anos, continua atual o que Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 1400) disseram a respeito de a formação ser um campo “sempre referido, criticado e crivado de

¹ Texto elaborado a partir da Dissertação de Mestrado: “A Residência Multiprofissional em Saúde da Família: revelando sentidos dos profissionais egressos”.

proposições espontâneas”, carecendo de formulações mais efetivas. A partir daí, emerge um dos relevantes papéis das RMS e o seu sentido de novidade.

A pesquisa aqui relatada teve por objetivo analisar os sentidos produzidos no cotidiano de profissionais de saúde egressos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Piauí (RMSF/UESPI). Para tal, utilizou-se a metodologia qualitativa, de forma exploratória e descritiva, tendo como referencial teórico-metodológico a “análise das práticas discursivas” desenvolvida por Spink et al. (2013), com base no construtivismo social.

No período de janeiro a março de 2015, foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com quinze egressos das duas primeiras turmas do referido programa. Além de um breve questionário sociodemográfico, as perguntas abrangeram a trajetória acadêmica e profissional pós-Residência, lembranças do tempo como residente e influência da RMSF/UESPI sobre a práxis profissional. Atendendo às premissas bioéticas, essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú e obteve parecer favorável sob o CAAE: nº 35057214.0.0000.5053.

Após a análise do corpus empírico, na busca por consensos e dissensos, optou-se por reunir os discursos em três categorias: “integralidade como inovação no cuidado”, “movimentos produzidos pelo trabalho em equipe multiprofissional” e “aprendendo com a comunidade: a integração ensino-serviço-comunidade”. Não se excluiu a possibilidade de explanar os demais conceitos, por estarem também relacionados ao tema das RMS.

A seguir, apresentamos um recorte relacionado aos resultados extraídos das falas dos entrevistados. Tais falas puderam contribuir para evidenciar os sentidos que a RMSF/UESPI trouxe para a formação profissional dos residentes, sentido esse que favoreceu o entendimento e efetivação da Integralidade como fio condutor no cuidado em saúde e os movimentos internos produzidos pelo trabalho em equipe multiprofissional.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todos os participantes são do gênero feminino, com média de idade de 29,9 anos e em média 6,3 anos de conclusão do curso superior, onze advindas de universidades públicas e quatro de instituições privadas. Entre as profissões, tem-se: quatro fisioterapeutas, três enfermeiras, três cirurgiãs-dentistas, duas psicólogas, uma educadora física, uma nutricionista e uma assistente social. Quanto à experiência profissional posterior à RMSF/UESPI, as residentes egressas ocuparam os mais diversos níveis de atenção à saúde do SUS, considerando seu emprego atual, embora duas estivessem desempregadas na época das entrevistas. Por motivos éticos, a fim de garantir o anonimato dos sujeitos, os nomes foram substituídos por apelidos derivados de aves.

Foi confortante ver que os profissionais entrevistados atribuíram sentido às novidades que a RMSF/UESPI trouxe para suas formações. Com relação ao conteúdo aprendido durante a Residência, não se trata de aprofundar conhecimentos, mas sim de entregar-se a descobertas. Como ilustrado na resposta de uma egressa: “Quando eu lembro da Residência, eu penso em coisa nova! Que tinha muito assunto novo, um conteúdo novo pra mim”. (Periquito)

Integralidade como inovação no cuidado

Nos trechos a seguir, encontram-se reflexos de como a RMSF/UESPI pode provocar uma quebra emblemática em quem por ela passa, facilitando a construção de novos paradigmas baseados na integralidade, no conceito ampliado de saúde e na promoção da saúde.

“A gente sai da universidade, pelo menos na nutrição na época em que me formei, porque não sei se já mudou, a gente sai muito focado em trabalhar em clínica. A gente sai muito focado pra isso, a gente não tem a visão da Saúde Coletiva. Eu vim ver na Residência que existe esse outro lado”. (Beija-Flor)

“A Residência foi muito importante na minha formação justamente por tirar muito essa questão biomédica e procurar ver o paciente de uma forma mais inserido na sociedade, considerando o processo saúde-doença só ligado a germes ou problemas de saúde diretamente relacionados, mas sim ao seu ambiente de vida, ao seu processo de trabalho, em geral”. (Bem-te-vi)

Convém advertir que os participantes dessa pesquisa têm um tempo médio de 6,3 anos de conclusão da graduação, ou seja, quando ingressaram nos seus respectivos cursos superiores, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) estavam recentemente propostas; portanto, não havia tido tempo suficiente para implementação das mudanças, e o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) abrangia apenas a medicina, a enfermagem e a odontologia. Esses fatos ajudam a justificar a formação fortemente biomédica, hospitalocêntrica, curativista e privatista, referida pelos egressos entrevistados.

Além do mais, para que ocorra mudança das práticas, é preciso mudar os valores pessoais, dentro dos quais há desejo, conflito, ruptura, negociação e superação, influenciando diretamente a prática profissional. (SILVA; SENA, 2010) Dessa forma, o novo inicialmente pode ser rejeitado por provocar desordem nas organizações que já estão estruturadas pelo tempo. Entretanto, Dallegrave (2008) prefere dizer que, na cultura atual, o novo é algo desejável.

Todavia, o desejo por mudanças e a aceitação do novo ocorrem devido às insatisfações com a realidade. Torna-se fundamental problematizar os contextos, questionar o que está posto e se deixar incomodar com as práticas atuais, o que advém da vivência e da reflexão sobre o cotidiano do trabalho. (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006) Ressalta-se que a problematização está contemplada no Projeto Político-Pedagógico da RMSF/UESPI, assim como a aprendizagem significativa, no intuito de provocar transformações nos sujeitos e possibilitar a produção de sentidos. (RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2008)

Nem somente dissonâncias caracterizam a relação Residências e graduação; também há tentativas de aproximações e complementariedade entre os conhecimentos adquiridos na graduação e aqueles desenvolvidos na RMSF/UESPI, como se percebe abaixo:

“Eu pude sair da minha ‘caixinha’ e trabalhar muito com grupo, com coletivo, porque também durante a graduação a enfermagem já vive um pouco mais disso, de trabalhar com saúde pública, de trabalhar com grupos, mas ainda é pouco presente”. (Asa Branca)

“Durante a minha formação acadêmica, eu já havia experienciado algumas ações de promoção e prevenção, mas acredito que a Residência ampliou muito mais esses conceitos e influenciou a minha prática profissional, a ampliação desses conceitos”. (Juriti)

Abraão e Merhy (2014) indicam que o aprendizado nos cursos da saúde pouco estimula o exercício da autonomia e da crítica, porque os conteúdos fracionados e a forma como são transmitidos não permitem conexões existenciais; o estudante aprende no laboratório, sob condições ideais, para aplicar na vida, o que gera um fosso entre teoria e prática. Aliado a isso, observa-se a baixa capacidade em utilizar arranjos pedagógicos que produzam diferentes formas de aprender e de interpretar o mundo.

Em contrapartida, as metodologias ativas empregadas nas RMS colocam o residente no centro do processo de ensino-aprendizagem, no qual os tutores e preceptores são facilitadores, e o atendimento às necessidades da população é o objetivo final dessa modalidade de formação. A organização do serviço, os colegas de equipe, os profissionais do serviço e a própria comunidade, da mesma forma, guiam esse processo, fazendo com que se torne criativo e inventivo. As possibilidades de atuação se ampliam e o profissional de saúde pode construir novos saberes e práticas. Nesse ínterim, os conhecimentos fragmentados adquiridos na universidade são articulados com a complexidade dos determinantes que se inter-relacionam na vida e no cuidado à saúde. (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010)

Não é objetivo das RMS e de seus defensores renegar o conhecimento biomédico e os avanços científicos alcançados por meio do método positivista e da reforma Flexneriana no ensino da medicina; a oposição feita é em relação à sua supervalorização, à sua tendência em reduzir a complexidade do processo saúde-doença a interações entre sujeitos e agentes etiológicos e ao modo como fragmenta o corpo humano em partes cada vez menores. Mattos (2009) nos convoca ao uso prudente da biomedicina, articulando saberes científicos, saberes populares e habilidades relacionais, para que assim se desenvolva um cuidado integral e humanizado.

É válido frisar que o ensino centrado exclusivamente no saber científico contribui para que a complexidade dos sujeitos e de suas necessidades tenha pouca ou nenhuma visibilidade, produzindo reflexos nos serviços e criando barreiras ao acesso dos usuários ao cuidado integral. (ABRAHÃO; MERHY, 2014)

As comparações entre a RMSF/UESPI e a graduação foram variadas, porém outro depoimento encontrado nas entrevistas, simplesmente, não compara a vivência na RMSF/UESPI a outro tipo de formação:

“[A Residência foi] um divisor de águas... um divisor de águas. A Residência, pelo menos pra mim, não conheço... não tem nenhuma formação que se compare à Residência, foram dois anos muito intensos, que eu fiz tudo o que eu não fiz na Graduação”. (Jaçanã)

Enquanto Jaçanã, metaforicamente, diz que a RMSF/UESPI foi um divisor de águas, Dallegrave (2008, p.13) a compara a um “olho de furacão, que por onde passa arranca o que está preso, remexe, movimenta, estremece”; no entanto, o sentido dessas comparações é o mesmo em sua essência: ruptura e (des)construção.

Por esses e outros motivos, Ceccim e Ferla (2007) entendem que formas de educação pelo trabalho, como as RMS e o Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde), são uma das alternativas para o desenvolvimento de novos perfis profissionais que visem à integralidade da atenção. Os autores destacam também que deve ser garantido o estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional, por serem eficientes na formação dos trabalhadores para a integralidade.

Movimentos produzidos pelo trabalho em equipe multiprofissional

Feuerwerker (2009) enfatiza que as RMS aplicam como estratégia pedagógica o encontro entre as profissões, sendo esse seu componente primordial; entretanto, o mesmo encontro ainda é raro nas graduações, que são organizadas por categorias.

Dessa forma, diferente da graduação, a RMSF/UESPI colocou o residente de cada profissão no lugar de fronteira com outras profissões, tirando-o do seu lugar privativo ou de

sua “caixinha”, conquistado graças às lutas corporativistas, fazendo-o se perceber numa lógica “entre-disciplinar.” (CECCIM, 2008) É o que vemos nos próximos depoimentos:

“Porque durante a graduação a gente fica bem fechado no seu específico, então você vai para os estágios, você faz o estágio na sua área específica e a minha era enfermagem, então quando eu vivenciei a Residência, eu tive a oportunidade de trabalhar com pessoas de outras áreas e aprender um pouco da experiência de cada uma dentro do seu específico”. (Asa Branca)

“Saber como pedir o auxílio do colega da psicologia, da enfermagem, enfim, das outras áreas, porque a gente sabe que é difícil hoje na saúde, não tem essa relação, essa integração. É muito difícil você achar assim em quem não teve essa visão de uma Residência. É difícil ter essa integração. Então, tudo isso que o Ministério da Saúde prega fica difícil porque o pessoal não está sendo formado pra isso e deveria ser desde a graduação, né?”. (Arara)

Especialmente a fala de Asa Branca é respaldada por Peduzzi (2010), que dá enfoque ao reconhecimento do trabalho do outro, tomando efetivamente esse trabalho em consideração, como aspecto essencial para o trabalho em equipe. Esse reconhecimento abrange as dimensões da comunicação e da ética, além de colocar em evidência as conexões e os nexos entre as intervenções de cada profissional, já que é preciso conhecer o trabalho do outro para poder integrá-lo.

A habilidade para o trabalho em equipe, voltado para a interdisciplinaridade, como um meio para se qualificar os serviços e afirmar a integralidade, emergiu na fala dos profissionais também na pesquisa conduzida por Closs (2010) como um fator que merece maior atenção durante a graduação, pois a integração multiprofissional exige uma ética “entre-disciplinar”, que deve construir e compartilhar as diferenças. (CECCIM, 2008)

Outro ponto forte das RMS é a ampliação da equipe, seguindo a proposta de somar o maior número possível de olhares diferentes sobre uma mesma questão, que é a atenção integral à saúde.

Peduzzi (2001) relata que a ideia da inclusão de outras categorias profissionais na atenção básica surgiu em meados da década de 1970, visando a atuação multiprofissional. Mas, somente na década de 1990, fortaleceu-se a concepção sobre a organização do sistema de saúde pautada na integralidade, conduzida pelo trabalho em equipe, a qual daria resposta ampliada às múltiplas dimensões da saúde. Entretanto, a ideia de equipe mínima trazida inicialmente pelo Programa Saúde da Família e depois expandida por meio da priorização da Estratégia Saúde da Família (ESF), numa política que tinha como base diminuir os custos para apoiar a produção de novas equipes, reduziu a quantidade dessas categorias atuantes nas unidades básicas de saúde, deixando-as fora da Atenção Primária à Saúde (APS) até 2008, ano da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). (FEUERWERKER apud DOMINGOS, 2012)

Silva et al. (2012), ao pesquisarem sobre o NASF, enfatizaram que se há mercado de trabalho para os profissionais de saúde na atenção primária à saúde (APS) por meio do NASF, é indispensável que na formação seja contemplado esse campo de estágio, colocando o estudante da área da saúde em contato com as equipes e, assim, com o processo de trabalho sob essa lógica, discutindo a importância da entrada e permanência de alunos da graduação e da pós-graduação na APS.

Nascimento e Oliveira (2010) acrescentam que as propostas pedagógicas dos cursos da saúde são construídas distanciadas dos serviços e não contemplam pontos-chave, como o trabalho em equipe, o vínculo e o acolhimento, imprescindíveis para o NASF. Contudo, Formiga

e Ribeiro (2012) evidenciaram que existem consonâncias entre as novas propostas de formação dos profissionais de saúde e alguns processos de trabalho do NASF, carecendo de maior ênfase na formação multiprofissional, com vistas a garantir o trabalho em equipe de forma interdisciplinar.

É com esse intuito que Abrahão e Merhy (2014) defendem uma prática pedagógica que inclua conexões e “produza abalos no campo dos sentidos”, levando os sujeitos (professor-aluno-usuário-profissional) a buscarem novos significados para responder aos acontecimentos do cotidiano. Essa formação deve ser centrada na articulação de diferentes saberes, conhecimentos e aprendizados e no território de vivências, construindo outras possibilidades para além da inculcação do saber científico.

Aprendendo com a comunidade: a integração ensino-serviço-comunidade

A comunidade, vista como um território vivo, deve ser considerada campo de experiência, permitindo a combinação de diferentes conexões de saberes e práticas como elementos para a formação. Um processo que, ao articular o ensino à prática do trabalho em saúde, remete ao desafio de construção de artifícios pedagógicos que reconheçam as possibilidades de invenção de novas formas de cuidado, centrando o ensino-aprendizagem não mais na transmissão de conteúdos, mas na significação das vivências, tendo por base a escuta da comunidade e a resolutividade das suas demandas em saúde. (ABRAHÃO; MERHY, 2014)

A dicotomia entre teoria e prática é representada na fala seguinte, na qual podemos notar a universidade como sinônimo de teoria e o território/comunidade como campo de práticas:

“Porque a gente consegue aprender muita coisa na teoria, na universidade, mas quando você vai pro território, você vai para as comunidades, você vai viver, ver a realidade difícil das pessoas”. (Andorinha)

É essa dicotomização que se pretende romper, aliar cada vez mais teoria e prática, pela valorização da educação pelo trabalho, fazendo com que o ensino se aproxime da realidade dos serviços de saúde, e o acadêmico seja preparado para lidar com situações reais do cotidiano das pessoas, que nada tem a ver com as condições ideais das salas de aula e dos laboratórios. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

No entanto, não é suficiente estar presente na comunidade; faz-se indispensável a condução do processo por um corpo docente que facilite a conexão entre a teoria e o mundo real, além de oportunizar um tempo satisfatório para a vivência. (SOUZA; CURY, 2009) Essas circunstâncias foram citadas nas entrevistas, mostrando que na graduação já existe um movimento de aproximação à realidade dos serviços e da população, porém um tanto limitado, como se percebe a seguir:

“Eu lembro a questão do trabalho na comunidade. Aquela coisa que a gente não tinha, pelo menos eu não tinha na minha formação como enfermeira, eu não tinha essa vivência na comunidade. (...) Trabalhar na comunidade e aprender a importância de trabalhar, porque a gente não pratica muito isso na nossa formação, e eu pratiquei na Residência”. (Sabiá)

“A gente viveu o Saúde da Família na graduação? Eu vivi, mas assim eram experiências que eram pontuais. A gente ia pro estágio na comunidade, por exemplo, passava duas semanas, um mês e o vínculo acaba ali dentro daquele um mês”. (Asa Branca)

A obrigatoriedade do estreitamento dos laços entre ensino, serviço e comunidade não diz respeito apenas à graduação, pois a pesquisa de Domingos (2012) evidenciou a necessidade

da parceria entre os atores que ocupam esses espaços para que a proposta da residência se confirme como uma das possíveis estratégias de mudanças na formação, uma vez que as transformações não podem ser alcançadas isoladamente. A parceria, firmada pela articulação entre formação, gestão, atenção e controle social, promove a organização de um terreno favorável ao aumento da governabilidade dos processos de mudança e permite a visualização de limitações no modo tradicional de se enfrentar os problemas.

A renovação das práticas em saúde, visando a qualificação do atendimento às necessidades sociais no âmbito do SUS, é um desafio para a consolidação desse Sistema, envolvendo questões de natureza tecnopolítica ao prever mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde, nas organizações e nas pessoas. Embora existam processos de transformação em movimento, impulsionados pelas DCN para os cursos da saúde e por programas de educação pelo trabalho como o PET-Saúde, esse assunto ainda merece destaque. É por isso que a Residência deve dialogar com a busca de mudanças na graduação, que instaurem novas bases para o trabalho na saúde, e não assumam simplesmente o papel de elemento corretivo, como aquele que vai suprir essa carência. (CLOSS, 2010)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo com os discursos reiterados da necessidade de mudanças na graduação em saúde, de uma formação integrada entre os seus cursos e da inserção precoce na realidade do SUS, práticas inovadoras e com perspectiva transformadora pouco são vistas. Por isso, disseminar o potencial pedagógico das RMS ainda é o caminho mais curto e a garantia de obter os resultados esperados. Somando forças às propostas de mudanças na graduação, as RMS sempre terão seu espaço garantido na formação de profissionais ético-politicamente comprometidos com o SUS e com o atendimento às necessidades de saúde da população.

Sugere-se que mais pesquisas sejam realizadas abordando os egressos dos programas de RMS, utilizando metodologias mais participativas e longitudinais, para confirmar nos ambientes de trabalho a transformação das práticas de saúde, além de processos de avaliação dos programas.

Como atores envolvidos com as RMS, nos sentimos no direito e no dever de legitimar, cada vez mais, as estratégias de educação pelo trabalho desenvolvidas em caráter multiprofissional, assegurando que essa modalidade formativa seja tida como padrão ouro para formação de profissionais da saúde para o SUS.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A.L.; MERHY, E.E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. *Interface (Botucatu)*, v. 18, n. 49, p.313-24, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação; BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 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: 15 jun 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS n. 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*,

Brasília, 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: 15 jun 2015.

CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. 4.ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008. p.259-78.

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. (Orgs.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. 4.ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2007. p.212-66.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 5, p.1400-10, 2004.

CLOSS, T.T. O serviço social nas residências multiprofissionais em saúde na atenção básica: formação para a integralidade? 2010. 228 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

DALLEGRAVE, D. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da Residência Multiprofissional em Saúde. 2008. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M.H.L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 13, n. 28, p.213-26, 2009.

DOMINGOS, C.M. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. 2012. 129 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2012.

FERREIRA, S.R.; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, A.P; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Orgs.). Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.23-34.

FEUERWERKER, L.M. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 13, n. 28, p.229-30, 2009.

FORMIGA, N.F.B.; RIBEIRO, K.S. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 16, n. 2, p.113-22, 2012.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R.A. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde. 8.ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2009. p.39-64.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*, v. 2, n. 2, p.147-60, 2006.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. *Saúde & Sociedade*, v. 19, n. 4, p.814-27, 2010.

OLIVEIRA, C.F. A Residência Multiprofissional em Saúde como possibilidade de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde. 2009. 106 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

OLIVEIRA, C.F.; GUARESCHI, N.M.F. Formação de profissional para o SUS: há brechas para as novas formas de conhecimento? In: FAJARDO, A.P; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Orgs.). Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 91-114.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

_____. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.B.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2010. p.161-77.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE. Projeto político pedagógico. Teresina: Universidade Estadual do Piauí, 2008.

SILVA, A.T.C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da atenção primária do município de São Paulo, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, v. 28, n. 11, p.2076-84, 2012.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. Poder, autonomia e responsabilização: promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana. São Paulo: Hucitec, 2010.

SOUSA, V.D.; CURY, V.E. Psicologia e atenção básica: vivências de estagiários na Estratégia de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 14, p.1424-38, 2009. Suplemento 1.

SPINK, M.J. (Org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 4.ed. São Paulo: Cortez, 2013.

Residência Integrada em Saúde: entre experiências e ressentimentos, os vaga-lumes

*Pedro Gomes de Lima Brasileiro
Luciana Rodriguez Barone*

O presente texto resulta da pesquisa desenvolvida para o Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) do primeiro autor, orientada pela segunda autora. Quisemos, aqui, construir uma escrita que possibilite ao leitor experimentar os caminhos, sentimentos e aprendizados colhidos por este residente ao longo de seu percurso formativo, mesclando uma narrativa em primeira pessoa, com requintes literários, e a interlocução com autores e conceitos que se fizeram caros a nós durante nosso percurso na RIS. Com isso, objetivamos construir uma pesquisa cartográfica que nos permitisse experimentar os planos de composição de atos em saúde produtores (ou não) de cuidado (os quais aqui chamamos de clínica), neles farejando linhas de captura e de fuga, a fim de produzir um certo conhecimento a respeito do que, no SUS, potencializa e/ou impossibilita tal fim. É de nosso desejo que o leitor torne suas as palavras que seguem e use-as como melhor lhe aprouver.

...

É de manhã. Faz, de fato, um lindo dia. Estamos chegando numa Unidade Básica de Saúde (UBS). Ela será nosso principal espaço de trabalho e formação nos próximos dois anos. É que fomos aprovados numa Residência Integrada em Saúde (RIS), na ênfase de Atenção Básica (AB). Conosco trazemos uma grande expectativa e algum acúmulo de estudo e militância no campo da Saúde Coletiva. “O que será que encontraremos?”, “Como será a equipe da nossa unidade?”, “E o território?”, “E nossos colegas de residência?”, “As aulas, serão boas?”, “E os preceptores?”, “Será que seremos bem quistos?”, “Será que faremos um 'bom trabalho'?”, “Qual será o tamanho do desafio?”, “Adoeceremos?”, “Suportaremos?”, “O quanto ganharemos, será suficiente?”: estes são alguns dos pensamentos que ficam liquidificando nossa cabeça desde que (ufa!) saiu o resultado final do processo seletivo. Neste nosso primeiro dia na RIS, vestimos nossa melhor aparência de tranquilidade, mesmo com uma montanha russa na barriga...

...

... Quatro meses se passaram. Findou-se o primeiro semestre letivo. Estamos certos de que era isso realmente o que queríamos estar fazendo, mas... quanta intensidade! Haja corpo e afeto para dar conta de elaborar ao menos uma parte do que nos tem acontecido! Apesar de já nos terem dito, agora sabemos por nossa conta: esse é um processo que nos exige muita entrega.

A essa altura do percurso, já coletamos alguns aprendizados que intervêm no nosso estado de espírito nesta caminhada:

- Aquele Sistema Único de Saúde (SUS) completamente implementado, tal qual suas leis, políticas e portarias estipulam, parece não se encontrar em lugar algum.
- A RIS não é exatamente o que diziam: boas aulas; bons professores; equipes qualificadas e disponíveis; discussões e práticas frutíferas e embasadas no melhor arcabouço teórico-

conceitual da Saúde Pública e da Saúde Coletiva. O que encontramos, não raras vezes, foram espaços teóricos infrutíferos, colegas de trabalho indisponíveis e acomodados, parceiros de militância já não mais tão combatentes, o que foi fazendo crescer em nós um alto grau de frustração.

- Fazermos-nos prontos à atuação que o cotidiano nos requisita depende menos do que na RIS é instituído e mais do que nela ainda é experimentação, elaboração, intersticial.

Numa das leituras “extracurriculares” que fizemos, Cecílio (2007) descreveu exatamente aquilo que temos sido nesta altura do percurso: um trabalhador moral.

O trabalhador moral é aquele que fará adesão automática a determinados conceitos, modos de se organizar o cuidado e os modos de se fazer a gestão, formulados por militantes/intelectuais/gestores engajados na reforma sanitária, por serem eles, em princípio, justos e necessários. O trabalhador moral tanto adere de corpo e alma aos modelos de gestão mais “participativos e democráticos” propostos por aqueles atores como consegue traduzir e implementar, na sua prática cotidiana, os conceitos que eles apresentam. (CECÍLIO, 2007, p.345-6)

O modo de lidarmos com nossa frustração tem sido esta: “militar”; defender pública e intempestivamente nos espaços pelos quais passamos o arsenal teórico-conceitual da Saúde Coletiva. Estamos sempre de prontidão para argumentar em favor da Clínica Ampliada, do Acolhimento, do Projeto Terapêutico Singular, do Apoio Matricial e Institucional, da Educação Permanente em Saúde, da Educação Popular, e por aí vamos.

...

Passamos da metade do nosso segundo semestre de residência. Já não vamos em reuniões de equipe, nem nas assembleias de residentes. Participar nas aulas... só quando inevitável. Decidimos simplesmente abaixar nossa cabeça e trabalhar: fazer aquilo que tem de ser feito, aquilo que nos pedem, o que nos é obrigatório, mas sem muito investimento afetivo (descobrimos o quanto machuca tê-lo não correspondido).

Sim, estamos preocupados. Somos hoje tão semelhantes àqueles trabalhadores cuja feição e postura profissional tanto nos incomodava – pela apatia, pela indisponibilidade, pelo ceticismo, pelo comodismo. A aparente patologia não é mais só deles, é nossa. No modo como a sentimos, ela se assemelha a um ressentimento.

Segundo Paschoal: (2012, p. 184-5)

o termo designa um fenômeno do gênero do rancor, ódio, cólera e sede de vingança, que surge no homem em função de uma ofensa ou agressão, diante da qual ele não pôde reagir de forma imediata e nem tampouco assimilar os sentimentos mórbidos decorrentes daquela agressão.

Giacóia Júnior (2014) nos diz que há dois caminhos possíveis distintos, mas complementares, para o transcurso da vivência do ressentimento: um patológico e outro que o toma sob o ângulo da potência. Segundo o autor, a partir do autodomínio sobre a doença e seus sintomas, após (e somente após) tê-los vivido sob o prisma da fraqueza, pode-se produzir

um efeito terapêuticamente pedagógico e emancipatório, fruto da grande dor nascida da convalescença. O que está em questão, portanto, é o quanto o ressentimento exercerá influência determinante ou não no andar de uma vida ou processo vivido.

Portanto, para poder superar o ressentimento em si mesmo é necessário que o doente seja capaz de, como a serpente, “trocar de pele”, estar em condições de se converter no contrário de si mesmo (GIACÓIA JÚNIOR, 2014, p. 43).

...

Estamos incomodados com o modo como as coisas andam em nosso percurso na RIS. Na verdade, no quanto não temos conseguido fazer, nela, experiência. Segundo Larrossa Bondía (2002), a experiência é aquilo que nos passa, o que nos acontece, o que nos toca. Não se trata, contudo, daquilo que se passa, o que acontece, o que toca. Como esclarece: “A cada dia se passam muitas coisas, porém, ao mesmo tempo, quase nada nos acontece. Dir-se-ia que tudo o que se passa está organizado para que nada nos aconteça.” (LARROSSA BONDÍA, 2002, p.21) Do que conclui: “[...] a experiência é cada vez mais rara.” (LARROSSA BONDÍA, 2002, p.21)

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir, sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço. (LARROSSA BONDÍA, 2002, p.24)

Para o autor citado, faz-se indispensável à vivência da experiência o quão se está disposto a se deixar exposto. “É incapaz de experiência aquele que se põe, ou se opõe, ou se impõe, ou se propõe, mas não se 'ex-põe'.” (LARROSSA BONDÍA, 2002, p.25) Trata-se, portanto, de um certo arriscar-se, querer-se vulnerável, entender-se falível, incompleto, incerto, e fazer disso substrato à manutenção de uma certa receptividade ao que (nos) acontece: que nos alcance, se apodere de nós, nos faça tombar e nos transforme.

...

... E se fizéssemos da pesquisa que precisamos desenvolver para o TCR uma estratégia de produção de conhecimento sobre nossa experiência na/com a RIS? Nela, poderíamos tomar como objeto de estudo aquilo que, até aqui, mais nos têm incomodado: o fato de, ao fim e ao cabo, recair sobre o usuário as consequências da deterioração da assistência à saúde, resultantes, sobretudo, do modelo gerencial hegemônico (CAMPOS, 2000) e da medicalização social. (TESSER, 2006)

Pois bem. Mas como a faríamos? Quais estratégias metodológicas acionaríamos? Talvez, tal qual sugerem Passos e Barros (2009), tentarmos operar uma reversão do sentido tradicional de método – não mais um caminhar para alcançar metas prefixadas (metá-hódos), mas um primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas (hódos-metá). Precisaremos, para isso, estar aptos a sentir o que procuramos: intuir presenças, des-cobrir sinais, farejar movimentos. Calibrar nosso corpo sensível (ROLNIK, 2006) e começar a caminhar. Experimentar o caminho, experimentar o caminhar, seguir as trilhas de nossas intuições, nos emprestarmos à errância, nos permitirmos divagar – com nosso diário de campo sempre em mãos, é claro.

Não se trata, portanto, de uma pesquisa sobre algo, mas uma pesquisa com alguém ou algo. Cartografar é sempre compor com o território existencial, engajando-se nele. [...] Nesse processo de habitação de um território, o aprendiz-cartógrafo se lança numa dedicação aberta e atenta. Diferente de uma pesquisa fechada, o aprendiz-cartógrafo inicia sua habitação do território cultivando uma disponibilidade à experiência. (ALVAREZ; PASSOS, 2012, p.135-6)

E o que buscaremos? De acordo com Didi-Huberman (2011), devemos procurar por vaga-lumes. É que o autor desenvolve uma distinção entre a grande luce (luz) e os erráticos lucciole (vaga-lumes). A primeira é representada, metaforicamente, por canhões de luz e holofotes. Dos canhões de luz detém-se a gana de dominação, controle, submissão (tal qual o olho panóptico das câmeras de vigilância). Dos holofotes, o glamour da indústria da mídia, da moda, dos bens de consumo e de frivolidades.

Aos vaga-lumes atribui-se a inocência, a dança, a alegria, a amizade, o amor. Enfim, a sobrevivência, a capacidade de sempre ir em busca de coletivos e estabelecer comunidade. E, acima de tudo, por menor que seja o brilho, por menos intensos e frequentes que sejam seus lampejos, sempre brilhar.

Os vaga-lumes referem-se, em metáfora, àquilo que resiste. Mas a resistência de tais seres (tanto dos insetos quanto dos homens e das experiências vaga-lumes) não é à escuridão, mas aos aparatos de grande luz. Portanto, para encontrar vaga-lumes, é preciso o apagar das luzes (da grande luce e de todo o que nela se acopla), assim como a disponibilidade para procurá-los tanto quanto necessário, tendo resguardada, contudo, a certeza do encontro – a certeza de sua sobrevivência.

Há sem dúvida motivos para ser pessimista, contudo é tão mais necessário abrir os olhos na noite, se deslocar sem descanso, voltar a procurar os vaga-lumes. [...] É preciso saber que, apesar de tudo, os vaga-lumes formaram em outros lugares suas belas comunidades luminosas. (DIDI-HUBERMAN, 2011, p.49-50)

Iniciemos a expedição! Partamos em busca das experiências vaga-lumes que pululam, apesar de tudo, nesta RIS! Busquemos nos agenciar com elas: produzir agenciamentos¹, neles e com eles nos encontrar. Pois esse conhecimento sabemos se produzir em meio aos (e em detrimento dos) encontros com pessoas, coisas, documentos, acontecimentos, instituições... O que é possível dizer desses encontros, o que deles conseguiremos dizer, será nada mais do que um relato das afecções, estranhamentos, metamorfoses intrínsecas ao percurso expedicionário em nós nos ajudando a conceber, a cada mo(vi)mento – sempre parcial e momentaneamente – o que procuramos – tal qual um caleidoscópio que miramos-movemos lentamente.

...

Estamos iniciando nosso segundo ano de residência. De tudo o que vimos e vivemos até aqui, aprendemos com a formação em Saúde da Família e Comunidade a centralidade do território enquanto um importante dispositivo de cuidado e organização do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS). Contudo, especificamente na unidade de saúde que é nosso principal campo de residência, a equipe traz como característica, majoritariamente, um não investimento neste princípio constitutivo da APS. Ofuscada pela grande luz que tudo pensa conhecer, diz que o território adstrito à unidade é apático, sem vida,

1 “O agenciamento não vale como uma máquina se montando, de funcionamento misterioso, nem como máquina toda montada, que não funciona, ou não funciona mais: ele só vale pela *desmontagem* que opera da máquina e da representação [...]. Ele nasce dessa desmontagem. [...] Ele consiste antes em prolongar, em acelerar todo um movimento que já atravessa o campo social: ele opera em um virtual, já real sem ser atual.” (DELEUZE; GUATTARI, 2014, p. 89).

de pessoas envelhecidas que já não nutrem uma convivência comunitária, e que podemos apenas nos organizar para atendê-las quando precisarem...

Mas... será? De fato, em nosso primeiro ano de residência, não notamos nada muito diferente disso que nos contaram – mas também, estávamos ressentidos e resignados, posições talvez não muito propícias ao encontro de vaga-lumes; talvez eles tenham se dispersado e se escondido, não sendo mais vistos onde outrora eram nítidos; talvez, aqueles que um dia os enxergavam tenham desaprendido a procurá-los.

Certo dia, uma das agentes comunitárias de nossa equipe nos pediu uma ajuda para trabalhar com um grupo de senhoras da comunidade. Ei, aquilo não é um brilho?!, pensamos, na mesma hora em que recebemos o convite. Parece que vimos um vaga-lume... Sem pestanejar, assentimos e nos pusemos em direção à casa da coordenadora do grupo.

Lá chegando, o que encontramos foi um salão de beleza. De dentro dele veio uma senhora baixinha, corcunda, cabelos vermelhos e roupas negras. Do alto da artrite reumatoide que entortava todo o seu corpo, Rosa² nos recebia com um largo sorriso e um decidido entusiasmo – com os quais viríamos a nos habituar, pois sempre estavam presentes. Nela descobrimos uma habilidosa cabeleireira que, há mais de vinte anos, tomou a iniciativa de promover o encontro, uma vez ao mês, de suas clientes mais assíduas – todas suas vizinhas e, portanto, moradoras do território de nossa UBS. Além do “Chá da Rosa”, nossa anfitriã organizava também caravanas com transporte incluso e ingressos comprados para todos os shows do Rei Roberto que aconteciam em Porto Alegre: “É o amor das nossas vidas!”, explicava. Além disso, há mais de um ano Rosa vinha reunindo, aos domingos de manhã, um grupo de amigas (também vizinhas suas) para, em mutirões, promover a recuperação da praça local por meio do replantio de árvores e flores em pneus customizados e materiais reciclados, do levantamento de fundos para custear tal processo, da busca das autoridades municipais competentes para a reforma das quadras poliesportivas, brinquedos infantis, bancos, canteiros e escadarias da praça.

Saí de lá intrigado. - Como não conheci esta senhora antes?! Como não soube antes de suas iniciativas?! Mais alguém em nosso posto sabe dessas experiências?, perguntei para a agente. “Acho que sim”, ela respondeu. Mas acho que aqueles que a conhecem não consideram que essas coisas têm alguma coisa a ver com a gente...

Ela estava certa. Realmente, não faz sentido para aqueles que tomam a saúde pela doença vislumbrar alguma função terapêutica nessas iniciativas: afinal de contas, elas não envolvem consultas, receitas, remédios, idas ao posto... Nelas, aquelas pessoas, as mesmas que se apresentam em nossos consultórios cheias de queixas, impotências e melancolias, estão sorrindo, capazes, esbanjando potencialidades, e vida! Concordamos com nossa colega: “É melhor preservar esta experiência bem longe da nossa UBS”.

Ao dizermos isso, a agente comunitária estancou a caminhada e olhou no fundo de nossos olhos, como que procurando alguma coisa (um brilho, talvez?). “Acho que você vai gostar de conhecer um outro lugar”. Antes mesmo de respondermos alguma coisa, ela nos pegou pela mão e disse: “Vamos acelerar o passo, está quase na hora!”

...

Enquanto nos aproximávamos da entrada da igreja, cerca de trinta mulheres começavam a adentrar o pequeno portão lateral da capela, com seus finos colchões coloridos enrolados embaixo do braço. Estava para começar a aula de yoga. Fomos nos aproximando do grupo,

2 Todos os nomes aqui citados são inventados, apesar das situações a eles atreladas serem todas reais.

devagarinho, sem querer atrapalhar – já começavam a estender suas esteiras no salão e sentar em posição de lótus. Estranhei o não estranhamento das mesmas à nossa presença. Logo descobri que era por causa da nossa acompanhante: ao que parecia, figura frequente e bem íntima das mulheres presentes.

Mara apresentou-nos ao grupo e perguntou se poderiam nos dizer o que estava acontecendo ali. Sem pestanejar, a professora tomou a palavra e começou a explicar que aquela era uma experiência iniciada há cerca de quinze anos por iniciativa da então (e não mais) enfermeira de nossa UBS, que estava fazendo, à época, uma formação como professora de yoga e identificou, pelas características comuns a muitos dos pacientes que ela costumava acompanhar, uma aplicação possivelmente proveitosa aos mesmos na prática da yoga. Rapidamente, compôs-se um grande grupo de interessados que, mesmo nos períodos de inverno, mantinha-se frequente nas aulas realizadas, então, no galpão ao lado do posto de saúde. Com a saída da enfermeira da UBS, contudo, o que antes era uma proximidade propícia passou a verificar um estranho distanciamento, até o ponto em que as próprias integrantes do grupo decidiram procurar outro lugar para realizar suas aulas e tomar as rédeas, elas mesmas, da experiência em andamento.

“É que este espaço é muito importante pra gente, sabe?”, nos falou uma das presentes. Estupefatos, arriscamos perguntar o porquê. Unânime, um sorriso introspectivo, que tudo dizia, sem dizer palavra. Aos poucos, alguém iniciou: uma síndrome do pânico contida, um quadro grave de ansiedade minorado, uma depressão profunda desvencilhada, dos analgésicos e das dores crônicas liberadas, do enfrentamento de dois cânceres, a rede de apoio e a força emocional para vencê-los.

Silêncio. É preciso dizer alguma coisa!, pensamos. Mas... é possível algo dizer? Não conseguimos... Nossas continentes lágrimas, talvez, tenham feito os vaga-lumes parecerem mais – mas não resta dúvida, eles eram muitos...

...

Dias passados, Mara nos chega após o almoço ao pé da mesa com aqueles olhinhos brilhantes: “E aí, vamos lá hoje? Quarta é dia de reiki! As meninas se animaram em nos acompanhar”. Um par de horas depois, partíamos nós, Mara, outras quatro agentes comunitárias e uma colega residente para visitarmos a Casa de Cura.

A ideia arranjara-se quando, ao final daquela aula de yoga, algumas mulheres nos falaram da criação e construção, há mais ou menos sete anos, de um espaço no fundo da casa de uma delas voltado à prática de terapias alternativas (sic). Nele, algumas das mais antigas integrantes do grupo de yoga buscaram habilitar-se para disponibilizar, umas às outras e a quem mais as procurassem: reiki, auto-hemoterapia, fitoterapia, tratamento com florais e plantas medicinais, radiestesia do solo, passes espirituais e cultos de Umbanda. De comum entre terapeutas e frequentadoras da casa, uma raríssima utilização de nosso posto. “Lá, não respeitam muito nosso modo de se cuidar...” Quanto a nós, aproveitamos para desfrutar de nossa sessão de reiki.

...

Deleuze e Guattari (2014, p.35), ao analisarem vida e obra do escritor tcheco Franz Kafka, formulam a noção de uma literatura menor; “uma literatura menor não é a de uma língua menor, mas antes a que uma minoria faz em uma língua maior”. Menor, assim, não seria uma característica, um adjetivo imputável a certas literaturas e não a outras, mas uma ação, uma função, um verbo – devir-menor – atribuível a agenciamentos que maquinam processos-

produções revolucionárias no seio das literaturas consideradas instituídas, molares, estabelecidas.

Problema de uma literatura menor, mas também para todos nós: como arrancar de sua própria língua uma literatura menor, capaz de escavar a linguagem, e de fazê-la escoar seguindo uma linha revolucionária sóbria? Como devir o nômade e o imigrante e o cigano de sua própria língua? (DELEUZE; GUATTARI, 2014, p.40-41)

Tal projeto não se pretende externo, exterior, autossuposto livre, mas justamente o oposto: querer-se instalado dentro da máquina para, nela, encontrar – forjar, criar, intuir, farejar – linhas de fuga (saídas).

No interior ou no exterior, o animal faz parte da máquina-toca. O problema: de modo algum ser livre, mas encontrar uma saída, ou bem uma entrada, ou bem um lado, um corredor, uma adjacência, etc. (DELEUZE; GUATTARI, 2014, p.17)

Ao longo deste percurso – e só agora nos damos conta – fomos aprendendo a produzir, nas experiências narradas e noutras, uma certa clínica menor, isto é, um modo de cuidar que deseja descarrilar-se do processo fabril de produção de procedimentos e agenciar-se, sempre singularmente, com aquilo que, para cada sujeito, amplia sua potência para o andar da vida.

Uma clínica menor não quer instituir-se. Não quer ser ensinada, não quer fazer escola – ela não é afeita a aparatos de “grande luz”. Tenta mesmo nem ser notada. Ela quer somente devir: produzir experiência, produzir-se na experiência, forjar-se nos encontros quando estes valem a pena, tornar-se das engrenagens a linha de fuga. De modo que não são cursos, certificados, graduações, conselhos profissionais que a habilitam e a disponibilizam como ferramenta ou tecnologia.

Uma clínica menor não se presta à propriedade privada. Ela acontece (agencia os envolvidos) por ocasião da disponibilidade aos fluxos desejantes (vaga-lumes). Trata-se, portanto, do aceite a um convite, somente possível se se estiver apto a perceber seus rastros luminosos – inumeráveis, porém erráticos; intensos, porém fugazes; evidentes, mas facilmente velados por mecanismos de “grande luz” (para enxergá-los, é preciso desmontá-la).

Uma clínica menor não requer condições específicas. E não será garantida pela promulgação de uma lei ou pela reformulação do processo de trabalho – tais feitos propiciarão, se muito, a potencialização das condições de possibilidade à sua emergência. Uma clínica menor quer-se dentro da engrenagem social, de sua rede de instituições, organizações, estabelecimentos (dentre eles os da saúde – mas não só).

Uma clínica menor é um tipo de manufatura que conta com uma consistência somente relativa, e que dura somente o tempo que dure o agenciamento que a máquina. Uma clínica menor só se acopla a agenciamentos para, nestes, dar passagem ao devir – desbloquear seus caminhos, encontrar bifurcações, adjacências, passagens secretas; enfim, rizomar.

...

Chegamos ao fim da RIS. Do ponto desde o qual agora vislumbramos o percurso que nela trilhamos, percebemos o quanto seus caminhos formativos variam – entre residentes, entre turmas, entre ênfases e programas de residência – e o quanto os fatores intervenientes a esta formação são contingentes – aos campos de prática, às características de suas equipes, aos interesses do residente, aos encontros e agenciamentos que este é capaz de fazer.

Nesta trajetória que ora concluímos, fez-se preponderante o tanto que as expectativas que trazíamos quanto à RIS – de ser um espaço/experiência na qual, finalmente, encontraríamos um SUS tal qual seus textos constitucionais e legais promulgam – produziu em nós, militantes-trabalhadores da saúde em formação, um marcado ressentimento. Transitá-lo de sua dimensão patológica para uma vivência de sua potencialidade pedagógica exigiu-nos a maquinação (criação, intuição, experimentação) de modos de resistir: à claustrofobia do instituído; à apatia do desencantamento; às exigências do trabalho morto.

Tal façanha nutriu-se da energia emanada da fricção do residente com o artesão de uma clínica menor, o militante, o pesquisador, o aprendiz que, ao aceitarem (aceitarmos) a provocação de encontrar vaga-lumes onde se os supunha extintos, descobriram-nos por toda parte – com seus brilhos plenos e nítidos ou em estado de latência. De modo que nada é só instituído ou instituinte. Como nos fala Merhy (2002, p.12):

Somos muitos sujeitos e não sujeitos em diferentes situações. Instituídos e instituintes. [...] Não há nunca uma identidade, individual ou coletiva, que fica para sempre no tempo em nós. Esta, está sempre em produção. Partindo de um certo território, partindo para outros possíveis.

E agora, para onde vamos? Em busca de agenciamentos e caminhos que nos levem a encontrar, na vida e no SUS, vaga-lumes...

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.131-49.

CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000.

CECÍLIO, L.C.O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface (Botucatu)*, v. 11, n. 22, p.345-63, 2007.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Kafka: por uma literatura menor*. Belo Horizonte: Autêntica, 2014.

DIDI-HUBERMAN, G. *Sobrevivência dos vaga-lumes*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2011.

GIACÓIA JÚNIOR, O. Sobre saúde, doença e ressentimento. In: PAULON, S.M. (Org.). *Nietzsche psicólogo: a clínica à luz da Filosofia Trágica*. Porto Alegre: Sulina, 2014. p.29-58.

LARROSSA BONDÍA, J. Notas sobre a experiência e o saber da experiência. *Revista Brasileira de Educação*, n. 19, p.20-8, jan./mar. 2002.

MERHY, E.E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

PASCHOAL, A.E. A superação do ressentimento na filosofia de Nietzsche. *Estudos Nietzsche*, v. 3, n. 2, p.183-206, 2012.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009. p.17-31.

ROLNIK, S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina/Ed. da UFRGS, 2006.

TESSER, C.D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. Interface (Botucatu), v. 10, n. 19, p.61-76, 2006.

Narrativas poético-amorosas: encontro entre a saúde mental coletiva e as relações étnico-raciais na educação

Danielle Celi dos Santos Scholz

Daniele Noal Gai

Simone Borges

Leira Salete Teixeira

Este capítulo é um recorte do Trabalho de Conclusão da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde Mental Coletiva, que será narrado pela primeira autora, a partir das experiências dela, como residente deste Programa, contando com a contribuição da orientadora e preceptoras de campo, coautoras deste capítulo e profissionais que fizeram parte dessa trajetória. Para contar esse percurso foi construída uma narrativa com poesias e trechos de autores estudados ao longo da Residência.

O objetivo é narrar as pequenas sutilezas que engolem preconceitos, especialmente afirmam a vida e o amor vivenciadas a partir de um olhar ampliado da Atenção Psicossocial que se encontra com as relações étnico-raciais no campo da educação e percebe seu potencial a partir de práticas cotidianas na saúde mental coletiva. Enquanto cartografava minhas experiências, encontrava sentidos nas palavras, e na poesia, para descrevê-las. Em meio à loucura na Residência em escola, o reconhecimento do negro pelo amor. Os fragmentos, que não chamarei de citações, são entendidos aqui como: poético-amorosos. Isso se deve à temática que pretendo colocar em destaque, afirmando, pelo amor, o encontro entre saúde mental coletiva e as relações étnico-raciais na educação.

A possibilidade de vivenciar a formação em serviço na residência de saúde mental no campo da educação é parte da construção de um processo de formação que compreende a Atenção Psicossocial como lógica de atenção que perpassa o biopsicossociocultural e, deste modo, interage com o campo da educação e principalmente com as relações étnico-raciais, tendo em vista a interlocução desta questão com a saúde mental coletiva, principalmente ao dialogar acerca das produções de sofrimento em função do racismo e da discriminação racial no Brasil.

Fazer parte de um coletivo dedicado às questões étnico-raciais, com ideologias, utopias, amores e dissabores foi-me possibilitado ainda na graduação. Ser integrante do Núcleo de Estudos Afro-Brasileiro da UNIPAMPA, na cidade de Uruguaiana/RS, proporcionou-me vivenciar a coletividade. Principalmente pelas discussões das relações étnico-raciais é que essa experiência tomou força em meus movimentos de vida e em minha formação profissional. Naquele momento, de minha formação em enfermagem, o encontro com as conceituações, discussões, projetos e escritas experienciadas faziam com que eu reconhecesse o quanto estava sendo subjetivada por esta filosofia de vida africana. Naquela experiência ainda não conhecia o conceito de UBUNTU, a seguir descrito.

Ingressar no Coletivo da Residência Integrada Multiprofissional de Saúde Coletiva, do Núcleo EducaSaúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, foi uma experiência de fortalecimento do conceito e da prática de coletivo que eu tinha. Um lugar de acolhida, afeto, trabalho, experiências e abraços. Há, sim, abraços!! Muitos abraços, que reaprendi a dar e

receber. Experiências de viver e refletir a *Ética Africana* tive com o grupo de colegas Residentes e com meus professores. Neste Núcleo é que foram definidos os campos de experiência com os quais aprendi a *Ética da experiência pela paixão*.

Integrar um grupo que fale sobre a filosofia UBUNTU, que a materializa de forma artística, e também enquanto postura de ser humano. A *Ética Africana* vivenciei ao entrar no campo do setor inclusão e diversidade da Secretaria de Educação de Novo Hamburgo/RS. Este coletivo de potências de vida, que fiz parte durante um ano, deixou marcas para sempre no meu coração. Estas marcas fazem lembrar diariamente que devemos acreditar na potência de vida das pessoas, que “somos porque todos nós somos”. A experiência vivida com este coletivo remete às palavras de Malomalo (2010, p.21) ao descrever que:

o UBUNTU pertence ao pensamento alternativo, que cogita o mundo a partir da complexidade. E é oportuno reafirmar que toda filosofia carrega valores e antivalores. Para a filosofia de ubuntu, não se pode falar de economia e política sem levar em consideração os valores da comunidade cósmica. Os profissionais de todos os campos da teologia, das ciências sociais e da natureza, políticos, o homem e a mulher comuns, todos devem ser ouvidos. O ubuntu luta contra os reducionismos impostos pela razão indolente no fazer política e economia. A democracia participativa em todos os campos é tida como um valor.

Nesta Residência vivi encontros entre coletivos. Falar de coletividade é, então, marcar linhas do meu processo de formação. Quantos pensamentos oriundos do olhar do coletivo vejo hoje que me constituem como trabalhadora. Escolher trabalhar no SUS é o primeiro deles, pois diz mais do que ser “militante”, mas fala do lugar de acreditar em uma nova sociedade, que tem espaços e direitos para todos, independente da sua filosofia de vida. Agregar universalmente e de forma equânime cidadãos na saúde, fala sim de uma construção coletiva.

É assim a Saúde Mental Coletiva, a formação em serviço que possibilita uma imensidão de modos, formas, linhas, itinerários, trajetórias de constituir o trabalhador no SUS e na Saúde Mental. É desta lógica de trabalho e de aprendizagem que trato aqui. Dos encontros com a força UBUNTU, que foi a trilha dos meus caminhos, que narro ao longo deste texto.

Dos caminhos percorridos como cartógrafa na produção das narrativas acerca dos processos vivenciados na Residência, utilizei o método da cartografia para tramar os movimentos da formação em relação às experiências com a temática étnico-racial na educação e na saúde. Em meio a este percurso, não exatamente fazendo uso metodológico linear da cartografia, mas com uso dispositivo e disparador, foram traçadas linhas dos ângulos do percurso, entre os campos percorridos, narrando transformações, percepções, sensações, sentimentos e desejos. Trouxe para narrativa da Residência o que foi registrado e vivido no processo da formação em serviço.

Cartografar é desenhar, tramar movimentações em acoplamentos entre mar e navegador, compondo multiplicidades e diferenciações. Ao mesmo tempo, sustentar uma postura ético-estética de acolher a vida em seus movimentos de expansão segundo implicações políticas do tempo, do perspectivismo, da contingências e da invenção (KIRST et al., 2003, p. 91).

Da multiplicidade de experiências que se entrelaçam neste trabalho, as relações étnico-raciais estão na ordem da paixão despertada nos caminhos da Residência. Conto mais sobre

quais campos a negritude se mostrou e como me envolvi com ela, pela amorosidade, pelas sensações, pela afirmação da cultura exaltante do negro. Narrativas cartografadas versam sobre as diferentes possibilidades de formação em saúde mental coletiva, envolvem o trabalho com a educação e a saúde, conectado com as relações étnico-raciais.

NARRATIVAS POÉTICO-AMOROSAS

Dos encontros com a poesia na construção das relações étnico-raciais na educação

Recebida pelo coletivo do EducaSaúde, lá fui “itinerar”. A escolha dos campos era de deixar o coração pulando pela boca. Pensar novos espaços, colegas, formação, seguir a discussão das relações étnico-raciais, tudo ao mesmo tempo vinha na minha cabeça e no meu coração. O município de Novo Hamburgo me acolheu com abraços fortes e sorrisos largos. Eu que já tinha colocado um pé na Educação resolvi mergulhar. Escolha feita! Setor de Inclusão e Diversidade da Secretaria Municipal de Novo Hamburgo/RS, corre que lá vem o trem, e depois o ônibus, e de lá para o bar e, ainda assim, há muito do que pensar e trabalhar.

Na construção dos planos de ação, tive a oportunidade de ver despertar em mim a arte, por meio das poesias e da invenção. Coloquei-me de forma coletiva com a equipe e com as outras residentes do campo a construir um plano de ação. A temática das relações étnico-raciais, ali, pronta para ser explorada sobre o olhar da saúde mental coletiva e da educação. Vi misturadas as minhas vivências da graduação na discussão sobre a Lei Federal 10.639/2010¹ e um encantamento contagiante a partir das histórias sobre um quilombo a quinze quilômetros na região do interior do município de Novo Hamburgo, onde o setor de inclusão realiza assessoria em diferentes escolas municipais.

Preceptorias, poesias, infância, invenção, inclusão. Nestas linhas é que construímos um plano de ação. Mas faltava alguma coisa para formação tomar corpo, o trabalho fazer sentido e ligar os caminhos que se cruzam entre saúde mental coletiva, inclusão, educação, relações étnico-raciais e infância. Algo mais artístico! Mais inventivo. Usar a arte? Mas foi a única disciplina que tive exame em toda vida. Eu sou enfermeira! Desenho só bonecos de palitos! Confesso que pensei em tudo isso, mas mais uma vez mergulhei. Cada vez mais fundo, mais entregue, mais UBUNTU.

Dos encantamentos produzidos pelos nossos contatos com a Escola Margarida,² localizada no interior do município, comecei a enxergar caminhos, trilhas itinerários para minha formação. *Sentindo encher de saúde mental coletiva a educação*. Com ajuda das diversas formas de invenção, delimiti uma proposta de trabalho e assim veio a construção do Projeto “Sarau da Cultura Afro-Brasileira”.

O Projeto do Sarau iniciou com encontros, entre residentes, comunidade e escola Margarida e foi de grande importância para meu trabalho, para minha formação e para a produção desta narrativa. Os desafios iniciaram pela produção do inventivo em mim, para posteriormente conseguir trabalhar com a escola, para a comunidade escolar embarcar nas marés do Projeto do Sarau.

1 Por meio de uma série de lutas e reivindicações, em especial articuladas pelo Movimento Negro, observa-se a necessidade de construir através da escola uma fonte de resistência às práticas discriminatórias, além de resgatar a história negra e abrir espaço para a discussão das relações raciais no Brasil. Para isso, foi promulgada a Lei Federal 10.639/03, que estabelece a obrigatoriedade do ensino da História e Cultura Afro-Brasileiras e Africanas nos estabelecimentos de ensino fundamental e médio, oficiais e particulares (SÁ OLIVEIRA; CUNHA JUNIOR, 2012).

2 O nome escolhido é fictício para preservar a identidade da escola na qual foram realizadas as atividades narradas neste artigo.

Desta vez, queríamos falar de outros modos sobre o negro, sobre a contribuição do negro no Brasil, acerca da África, da cultura afro-brasileira ou africana, sobre o racismo, a discriminação racial, entre outros temas importantes para a afirmação da negritude.

Poesia! Quem sabe um Sarau? Danças, músicas, histórias, comidas... Começamos a semear as sementes que já tinham sido plantadas com a ajuda das assessoras da escola.

Dos momentos de construção e realização do Sarau? Tenho retratos guardados na memória e escritos em diário de campo. Para mim, foram como poesias essas lembranças. Talvez por ter muita poesia nesses escritos? Forma bonita de refletir, aprender, lembrar, seguir, lutar. Dos retratos que consegui nessa formação em saúde mental coletiva é que construo minha formação de trabalhadora do SUS e de ser humano. Filosofia de vida UBUNTU. Trilhando na coletividade os processos de construção do amor à cultura negra, à exaltação. Vida pautada na filosofia africana, que a escola e a saúde constroem e, às vezes, não conseguem visualizar o quanto tem de força.

Treze de maio

(Oliveira Silveira)

Treze de maio traição,
liberdade sem asas
e fome sem pão

Liberdade de asas quebradas
como este verso

Liberdade asa sem corpo
sufoca no ar
se afoga no mar

Treze de maio – já dia 14
o Y da encruzilhada:
a seguir
banzar
voltar?

Treze de maio- já dia 14
A resposta gritante:
Pedir
Servir
Calar.

Os brancos não fizeram mais
Que meia obrigação

(SILVEIRA, 2012)

No decorrer da organização do Sarau, foram alguns encontros com a escola, reuniões de equipe, produções propostas pelas professoras, incentivo a iniciar o trabalho com os alunos, datas marcadas e desmarcadas. Desistir, pensar UBUNTU. A construção do “Sarau da Cultura Afro-Brasileira” foi uma trajetória de muito aprendizado. Pensar as relações étnico-raciais e saúde mental coletiva é, ao mesmo tempo, trilhar um caminho e segui-lo. Não temos modelo, temos invenção, inovação, coração, brilho no olho, amor, acreditar.

Hoje reconheço que neste trabalho trilhamos um caminho que perpassou pela filosofia UBUNTU, onde todo o processo do Sarau foi feito coletivamente entre professores e alunos, alunos e residentes, setor da inclusão e diversidade. Além disso, a potência da infância veio sempre junto, colada na possibilidade de que tudo seria lindo e muito cheio de surpresa e para acompanhar estava a discussão da verdadeira história e cultura Afro-Brasileira e Africana borrando ensaios de pensar também saúde mental coletiva e racismo e o que isso tem a ver com a infância.

A escolha da poesia para falar de negritude e subjetivação na infância dos negros e negras veio com a construção do Sarau, mas também deste percurso formativo que fui experienciando no setor da Inclusão e Diversidade e no Programa de Residência. É muito UBUNTU. A cada dia de trabalho, sentia que podia contar com essas pessoas, que tudo estava navegando em ventos fortes e calma e eu não estava sozinha. Eu era porque todos éramos. E, falando de poesias, trago uma de Oliveira Silveira (2015) que, em minha opinião, vai muito ao encontro da nossa proposta e do objetivo do Sarau.

Cabelos que negros

(Oliveira Silveira)

Sou negra do cabelo carapinha
Engruvinhado de molinha
Cabelo puro que dizem que é duro
Cabelo belo que eu não corto a zero
Não nego nem anulo

Assumo assino o pixaim
Cabelo bom que dizem que é ruim
Mas que normal ao natural
fica bem em mim!
Porque eu quero
Porque eu gosto

Porque sim!
Porque eu sou pessoa
Porque sou pessoa negra
E quero ser mais eu ser mais assim
Ser mais neguim!

Quanto à minha formação profissional em saúde mental coletiva e esta vivência do Sarau, tive muitos ganhos. Trabalhar de forma interdisciplinar, intersetorial, dialogar com políticas públicas que se interpõem, pensar em encher a educação de saúde mental coletiva, refletir sobre saúde mental e as relações étnico-raciais, fazer arte, ser arte, estar em estado de arte, lutar pelo fim dos manicômios e do racismo e muitas outras coisas. Falo de tudo e não caberia aqui, mas é porque sinto que de fato nesta Residência, com essas experiências, tive uma formação que ultrapassou muitos portões, pela aprendizagem na vida e em serviço.

Importante retomar o conceito de Saúde Mental Coletiva, segundo Fagundes (1992, p. 54):

[...] o processo construtor de sujeitos sociais desencadeadores de transformações nos modos de pensar, sentir e fazer política, ciência e gestão no cotidiano nas estruturas de mediação da sociedade, extinguindo e substituindo as práticas tradicionais por outras capazes de contribuir para criação de projetos de vida.

E então onde se encaixa o Sarau? Não, ele não se encaixa, está na arte e na vida, sem formatos.

Em relação a esta formação proporcionar um trabalho não somente com a rede de saúde, mas de modo intersetorial, ressalta-se os escritos do relatório da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. (BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2010) A convocação da intersectorialidade, de fato, foi um avanço radical em relação às conferências anteriores. Atende às exigências reais e concretas da mudança do modelo de atenção, trazendo para todos, com suas complexidades e pluralidade, as necessidades em saúde mental e a construção de estratégias inovadoras e intersectoriais de cuidado.

Sendo a residência uma modalidade de pós-graduação em serviço, que proporciona formação para trabalhadores do SUS de modo multiprofissional e interdisciplinar, buscando a constante invenção dos fazeres no trabalho vistas a qualificação deste sistema, Silva e Cabalero (2010, p.67) destacam que:

[...] pensar a dimensão pedagógica do trabalho torna-se relevante para a invenção de processos desterritorializantes, que produzam singularidades (e subjetividades) de maneira ética e política, com um cuidado que afirme, amplie e produza a vida.

O Sarau aconteceu conforme as produções de vida e arte, de modo coletivo: no espaço da sala de aula, nas invenções de professores e alunos, nas conversas no recreio, nas assessorias, na vontade de não ser racista que cada um de nós tem; no pensamento dos coletivos de trabalhadoras e residentes do setor da inclusão e diversidade, no desejo de subjetivar de outros modos crianças e adultos, no desejo de subjetivar de outros modos crianças e adultos negros deste país. Agia nesse Sarau uma equipe multidisciplinar, um coletivo com formações em educação e em saúde.

E os projetos de vida podem ser trabalhados, afinal, queremos uma sociedade diferente? Para isso a sociedade não pode ser racista. E pensar o uso do Sarau como modo de transformar este modelo hegemônico de discriminação vigente era também desmanchar manicômios. Coletividade e vida, pensar, sentir e agir de modo diferente com os diferentes, usando da poesia, da dança, da música e potência de criação dos sujeitos envolvidos.

Mas e a saúde mental coletiva e as relações étnico-raciais? Esta pergunta ainda persiste e não será nesta formação que vou responder, ou melhor, nunca vou responder, vou tentar fazer. Levar esta discussão para a escola, para o posto de saúde, para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para a universidade, para a gestão, para os colegas, para a enfermagem, para todos e todas. Pensar, discutir e agir sobre o que convoca o racismo na saúde mental da sociedade. Isso é exercitar a cidadania, pensar que falamos de saúde de um sociedade que está subjetivada a anos pelo mal social chamado racismo.

Uma história interdisciplinar na educação: formação em saúde mental coletiva

O Setor Inclusão e Diversidade trouxe, para cada dia no campo, uma descoberta de vida e de um novo fazer na educação, contando com ferramentas e dispositivos que trago da saúde. A interdisciplinaridade é algo bem discutido conceitualmente na área da saúde e também faz parte da proposta da Residência, mas o convite para fazer um grupo interdisciplinar na escola, com alunos da inclusão, ainda não tinha ouvido falar e fiquei muito empolgada para começar.

Na Escola Margarida, não por coincidência, tinha um menino negro que era alvo de reclamações da coordenadora toda vez que conversávamos. Já que estávamos por lá construindo o Sarau e falando sobre a diversidade étnico-racial, por que não acompanhar o belo sorriso do Akins?³

Muitas conversas, algumas poesias, preceptorias, mais um sorriso a cada manhã com as Assessoras da Inclusão e lá fomos nós novamente. Primeiramente fazer as combinações com a coordenação da escola e conhecer a professora que acompanha Akins na sala de recurso e que iria fazer comigo um grupo de trabalho. A proposta do grupo já acontecia por iniciativa e incentivo das trabalhadoras da inclusão, porém em outras escolas, e eu estava ansiosa para iniciar. Tinha no horizonte mais que a inclusão, enxergava a saúde mental coletiva construindo modos de fazer educação na inclusão e dialogando com a necessidade do olhar para as relações étnico-raciais.

Na perspectiva deste fazer é que visualizei o conceito e a aplicação da Clínica Ampliada e da Reforma Psiquiátrica. Para mim tudo estava se encaixando e fazia muito sentido, desconstruir manicômios mentais, começando pelos julgamentos prévios sobre a aprendizagem de um aluno:

- ele aprende ou não
- por isto tem um lugar de exclusão
- porque é negro
- e vem de uma família que não aprende
- não toma banho
- não sabe ler
- não, não, não! (do meu diário de campo, 2013)

Utiliza-se o conceito da Clínica Ampliada (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) por tais práticas constituírem-se em ferramentas de articulação e inclusão de diferentes saberes no cuidado. Possibilitando assim construir processos de cuidado em saúde compartilhados coletivamente, centrados no andar da vida dos sujeitos. A Clínica Ampliada busca construir sínteses singulares, tencionando os limites de cada matriz disciplinar. Ela coloca em primeiro plano a situação real do trabalho em saúde, vivida a cada instante por sujeitos reais.

Quanto aos referenciais teóricos e práticos da Reforma Psiquiátrica⁴, e a relação com este trabalho, visualizam-se os fazeres para além da necessidade de mudanças de espaço físico que possam receber crianças ou adultos em situação de exclusão. Não é suficiente criar espaços ou escolas de inclusão, assim como não é só fechar manicômios e abrir CAPS que se faz a Reforma.

Identifico que precisamos dar lugar na escola para as diferentes formas de aprendizagem e produção; é lugar social da loucura, é lugar social do aluno que não aprende, que não deve estar entre os outros considerados com sanidade, aprendentes e normais. É por estas questões que este trabalho me proporcionou pensar na possibilidade de ampliar a Clínica, reformar modos de inclusão na educação. A Clínica em ampliação permite um lugar para cada diferença, para todas as diferenças do espaço escolar, assim como potencializa a convivência das

3 O nome escolhido é fictício para preservar a identidade do aluno acompanhado. Akins é um nome de origem africana, origem Ioruba na África Ocidental e significa “Menino Valente”.

4 Para Yasui (2006, p. 93), a Reforma Psiquiátrica ao romper com a visão biológica reducionista e produzir uma desmontagem dos conceitos basilares da psiquiatria, propõe construir/tecer/inventar o seu campo teórico-conceitual estabelecendo um amplo, profundo e radical diálogo entre as diferentes disciplinas e conhecimentos que tratam do humano. Para além de uma reforma de serviços, a Reforma Psiquiátrica tem como objetivo maior que a reorientação do modelo assistencial seja a transformação do lugar social da loucura.

diferentes formas de aprender e produzir, também coloca os atores envolvidos em lugar de construção sobre a vida, sobre a humanidade.

O trabalho iniciou pela escolha do nome do grupo para o Sarau, junto com a turma. Akins ajudaria as “professoras” a organizar as sugestões de nomes no quadro e fazer a votação. Foram várias sugestões, mas a escolha foi: “Quinta-feira da Alegria” Nesse dia, elencamos as atividades que queríamos que estivessem na quinta-feira. E consegui conversar com a professora da turma e a professora da sala de recursos que acompanhava o Akins sobre unir as atividades propostas pelos alunos com as temáticas curriculares.

Beijos, abraços, o sorriso largo do Akins com sua timidez de muito poucas palavras, assim terminamos nosso primeiro dia. Tia ou professora e enfermeira? professora-enfermeira. Ou Residente? Vi neste dia o romper do disciplinar, o trabalho ser de educação e saúde, e não com foco em transtorno, em doença, em deficiência, em dificuldade de aprendizagem ou em currículo: mas em vida!

E a formação em saúde mental coletiva? Acredito que pensar as cidades e todos os outros espaços de vida é como se faz saúde e assim se contribui para a saúde mental. É o melhor campo para formação de trabalhadores do SUS – as cidades. Trabalhadores que estão em serviço, construindo redes, desconstruindo tramas de negação da vida, incluindo na escola, na interdisciplinaridade da saúde e da educação. A história interdisciplinar na educação honrou a “Quinta-feira da alegria”, pois a cada tarde de atividades com a turma brotava mais alegria. Alegria advinda do nosso fazer como grupo, alegria dos alunos e alegria do Akins.

Das leituras que fazia pela busca do meu lugar na saúde mental coletiva, na formação em serviço, e que levava para a discussão nas preceptorias, comecei a perceber o grupo no qual eu estava percorrendo meu caminho, percebi também as aprendizagens no trabalho na educação. Fazer as conexões entre a inclusão e a Reforma Psiquiátrica, pensar o processo de fechamento dos manicômios na educação está muito ligado ao trabalho e à formação em saúde mental coletiva. Voltar o olhar para o outro, dar lugar a emergência do sujeito em sua singularidade, possibilitar todos os modos de aprender, para quê aprender e o que a aprender.

Quando iniciei o grupo interdisciplinar pensava o quanto a educação precisa se encher de saúde mental coletiva, e com o decorrer do grupo vejo o quanto de tarde em tarde fui plantando sementinhas e também colhendo frutos para minha vida e formação. Há a necessidade de um misturar com o outro, há a necessidade de comunicação e contaminação da saúde pela educação e da educação pela saúde.

Se o Akins corria para me abraçar e avisava em alto e bom tom que eu estava chegando, para mim isto era reflexo da potência dada a ele com o meu olhar, pois semanalmente estava na escola por sua causa. Além de mim a professora da sala de recursos, que também se deslocava de outra escola no turno da tarde, ia para a escola do Akins para fazermos juntas a nossa atividade. Pouco a pouco Akins foi alcançando um outro lugar na turma, com as professoras, com cada colega e estávamos, a meu ver, no caminho da afirmação da verdadeira inclusão. Aquela inclusão, que está tanto na proposição das Políticas de Educação quanto na Proposta de Reforma Psiquiátrica, que dá oportunidade a outros modos de fazer, de ler, de pintar, de dançar e, principalmente, no caso deste menino, de viver.

Estar semanalmente na escola fazendo o grupo, com diferentes ideias, com muitas atividades e os belos sorrisos do Akins, era como se pautássemos a potência de vida assinalada pela inclusão, pela diversidade do espaço social da escola, desmistificando as ideias e os preconceitos étnico-raciais que estavam ali. O olhar, o sorriso, o abraço e o beijo recebido do

Akins, demonstraram como investir o olhar, investir nos modos de olhar e ver o outro faz a inclusão acontecer nos sentidos, nas sensações, nas vidas.

Enquanto escrevia em meus diários de campo e pensava sobre o trabalho sendo realizado, lembrava-me dos seminários teóricos sobre Acompanhante Terapêutico (AT). Nas aulas dialogávamos sobre um modo de cuidar AT. Nesses pensamentos e escritos eu me desenhei com as professoras do grupo, a partir desse modo de cuidar, direcionado tanto ao Akins quanto à sua turma. No modo de cuidar AT, de acompanhar, de construir juntos, de ir e vir no processo de encontro das melhores formas para a vida, no modo de cuidar o caminhar singular, eu percebia nosso trabalho no grupo interdisciplinar sendo efetivado.

As reflexões do AT neste capítulo partem da compreensão do modo como Akins foi acompanhado neste processo do Grupo Interdisciplinar que, como dito na nomenclatura, “modo de cuidar AT”, fala das práticas que acompanham, que emprestam o olhar, da potência, e promove vida ao sujeito que muitas vezes precisa ser “acompanhado” para deslocar-se do lugar de não aprendente que é construído também a partir das relações étnico-raciais existentes em nosso país. Segundo Palombini (2006, p. 117),

O acompanhamento terapêutico e seu exercício – que se dá entre lugares, entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar, a céu aberto – presentifica uma exigência que a reforma psiquiátrica vem colocar aos seus profissionais, seja qual for o dispositivo em causa: o fato de que uma clínica a serviço dos processos de desinstitucionalização coloca em jogo a desinstitucionalização da clínica mesma.

Tínhamos na turma em torno de doze crianças entre sete e nove anos. Infâncias sendo desabrochadas na escola pelo caminho da inclusão, da proposta de fazer com o outro, ajudar o colega, pintar em dupla, ouvir histórias e fazer teatro em grupo, plantar girassóis, fazer piquenique, correr, subir em árvores, pular corda, fazer do pátio da escola mais e mais terreno para as possibilidades de ser criança, de estar na infância e viver esta fase. A acolhida de uma AT (que passou a ser eu) para o Akins foi contagiante, todos os colegas queriam mostrar que podiam ajudá-lo e que ele podia fazer tudo, com um pouquinho de ajuda ele poderia participar com todos e de todas as propostas. Assim foram tardes e tardes deste *modo de cuidar AT* da infância na educação.

Como contei anteriormente, meu encontro com o Akins foi marcado pelas discussões das relações étnico-raciais na escola, na educação compondo com a saúde mental coletiva, e neste contexto discutindo também a questão da inclusão. E como convocar este encontro em um período curto de atuação de Residente, com grupos semanais na escola permeados por milhões de temas interessantes sugeridos pelos alunos, professoras, pela escola com suas intensas programações?

Sem certos ou errados, com bastante demanda de trabalho, correria, coisas belas acontecendo, e eu tentando participar de tudo, ao mesmo tempo eu não deixava de ir com poesias, com textos, ou com as conversas em preceptoria tentava sensibilizar os olhares para esta questão. Entre um Sarau e outro, pautando questões trazidas pela escola, lendo e relendo acerca das relações étnico-raciais, sobre o racismo e a discriminação racial, neste recorte da sociedade, na escola, me peguei cheia de perguntas para fazer ao campo ou a quem estivesse de seguir as minhas investidas no tema.

Muitas vezes eu me perguntava sobre o acompanhamento do Akins, e com o tempo de trabalho, até mesmo após as férias, quando ainda fui fazer atividades na sua casa, é que

percebi o quanto se pode com a força de investir nas potências das pessoas, emprestando o olhar atento, incentivador e amoroso ao professor e a toda escola. Pequeno o passo, mas importante para vencer preconceitos, para transpassar a discriminação racial e para enxergar que estamos em um caminho com algumas dúvidas, com muitas perguntas e sempre atrás da resposta, porém, antes de qualquer uma delas, dizer não à discriminação.

Talvez meu olhar tenha produzido o encontro da infância negra com a inclusão verdadeiramente, e isso não necessariamente tocou os coletivos em que estive inserida com a intensidade que escrevo e que estudo. Emprestando um olhar de possibilidades, afirmando a vida pela amorosidade, fugindo dos rótulos historicamente dados ao negro pela sociedade, sinto que a sementinha da inclusão foi plantada. O sorriso e a potência da infância podem regar todos os dias as práticas em sociedade até florescer a inclusão e os preconceitos desaparecerem.

Com tudo isso é que vou construindo a minha formação profissional, com a minha percepção sobre os fazeres em saúde mental coletiva totalmente ampliada a partir destas vivências.

REFLEXÕES, AMOROSIDADES E UTOPIAS FINAIS

Das experiências aqui descritas, busquei, assim como no percurso feito no campo de prática, encontrar traduções poéticas para minha formação. Eis que as narrativas aqui descritas carregam toda beleza dessa busca. Como se tudo estivesse predestinado no caminho da residência, encontrei a trilha dos meus desejos de trabalhadora, mulher, ser humano e militante. Por tudo isso, faz muito sentido narrar as itinerâncias, as mudanças de campo, as marcas deste campo em mim, o amor, as alegrias, os encontros...

Falo de amor, aquele que se constrói da/na/com a paixão. Foi assim, no meu percurso da Residência. Coração disparado com a lista de aprovação, adrenalina ao conhecer os colegas, euforia nas itinerâncias e escolhas dos campos, beijos e abraços dos colegas e trabalhadores das equipes. Tiveram também os momentos de decepção, de aprendizado, de cometer erros para aprender. Neste caminho todo se construiu o AMOR. Assim o tempo passa, mudamos de vida, de cidade, de trabalho, novos amores, mais amores, mas no coração aquele lugar já está marcado, ganha novo lugar.

Tentei aqui contar um pouco sobre os encontros que produziram saberes de vida e novos significados para o meu fazer em saúde mental coletiva. Encontros, experiências e itinerâncias vivenciadas a partir de uma formação e Residência. Saberes e fazeres da Atenção Psicossocial. Saberes e fazeres da educação, da inclusão e da saúde. Saberes e fazeres da saúde mental coletiva. Ao me deparar com as diferentes produções de saúde e doença nas relações étnico-raciais no campo da educação, é que percebi sua potência, a partir de práticas cotidianas, o que transborda em diferentes palavras, versos, autores nesta narrativa. A transformação é tão grande que tenho certeza que ainda vou passar muito tempo da minha vida vivendo e narrando os aprendizados destes encontros. Voltarei a rever as fotos tiradas durante todo este tempo em outro tempo, no tempo de trabalhadora do SUS que viveu uma formação em serviço.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental: Intersetorial, 27 de junho a 01 de julho de 2010. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2012.
- FAGUNDES, S.M.S. Saúde mental coletiva: a construção no Rio Grande do Sul. Saúde mental coletiva. Revista do Fórum Gaúcho de Saúde Mental, [S.l.], (reedição), v. 1, n. 1, p.51-4, 1992.
- KIRST, P.G. et al. Conhecimentos e cartografia: tempestade de possíveis. In: FONSECA, T.M.G ; KIRST, P.G. (Orgs). Cartografias e devires a construção do presente. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2003. p. 91-101.
- MALOMALO, B. “Eu só existo porque nós existimos”: a ética Ubuntu. Revista do Instituto Humanistas, n. 353, p.19-22, dez. 2010.
- PALOMBINI, A. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. Revista Psychê, n. 18, p.115-27, set. 2006.
- SÁ OLIVEIRA, L.B.; CUNHA JÚNIOR, H.A. Revista África e Africanidades, Rio de Janeiro, n. 16/17, fev./maio 2012. Disponível em: <<http://www.africaeaficanidades.com.br/edicao16-17.html>>. Acesso em: 10 jan 2015.
- SILVA, Q.T.A.; CABALLERO, R.M.S. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M. F.; PASINI, V.L. (Orgs.). Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.61-71.
- SILVEIRA, O. Cabelos que negros. Disponível em: <<http://oraliturafro.blogspot.com.br/2010/02/oliveira-silveira-cabelos-que-negros.html>>. Acesso em: 15 out. 2015.
- _____. Treze de maio. In: AUGUSTO, R. Oliveira Silveira: obra reunida. Porto Alegre: Instituto Estadual do Livro, 2012.
- YASUI, S. Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2006. 208f. Tese (Doutorado em Ciência nas áreas da saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. 2006.

Metanoia: a desconstrução da cultura técnico-assistencialista e do individualismo

Tiago Veloso Neves

Em 2014, iniciaram-se as primeiras turmas do Programa Integrado de Residências em Saúde (PIRS), no município de Palmas, Tocantins. O PIRS agregou, em seu primeiro edital, vagas para três programas de Residência Multiprofissional: Saúde Coletiva, Saúde da Família e da Comunidade, Saúde Mental; e a Residência na Área Profissional de Enfermagem Obstétrica. Os Programas eram coordenados por duas instituições: a Fundação Escola de Saúde Pública e o Centro Universitário Luterano de Palmas; contudo, as ações e alguns recursos humanos do PIRS também tiveram participação da Universidade Federal do Tocantins.

Decidido a me aprofundar em Saúde Pública, candidatei-me. Prestei a prova para a linha da Saúde da Família e da Comunidade. Fui aprovado, matriculei-me, e imergi no Programa. Primeira turma de Residência do Programa. Primeira experiência profissional como fisioterapeuta.

... E aí de repente eu estou inserido nele: o promissor Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A nova estratégia do Ministério da Saúde para tentar resgatar a eficácia e os valores da Atenção Básica: atenção integral, abordagem preventiva e coletiva, trabalho em equipe, ações planejadas segundo o Território... (RIBEIRO et al., 2008; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2010; 2012) Na minha visão, o suprasumo da Atenção Básica, pois amplia as possíveis ações da mesma e dá suporte às equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF). Eu tinha conhecimento prévio sobre ele, e me aprofundi um pouco mais estudando para o processo seletivo da Residência, eu estava pronto para estar nele.

Contudo, eu também tinha acabado de sair da faculdade, e estava ansioso para aplicar conhecimentos que eu vinha aperfeiçoando na graduação, e para aprimorar a prática que eu tinha com as minhas exóticas Práticas Integrativas e Complementares. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2006) Queria experimentar coisas com elas e desenvolver milhares de estudos no meio tempo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da Comunidade. Foi aí que surgiram as entrelinhas do NASF que eu talvez tivesse ignorado: a verdadeira lógica do Apoio.

Ao adentrar o campo de prática, eu pretendia criar vários grupos de exercícios para ajudar várias pessoas e ter trabalhos de destaque. Mas o NASF não é uma porta de entrada para os usuários, nem uma equipe à parte da Estratégia Saúde da Família (ESF). O “Apoio” que define o trabalho matricial do NASF representa justamente as ações que surgem mediante a demanda da ESF, sejam visita domiciliar, discussão de caso, atendimento, grupo de educação em saúde, e assim por diante. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2010; 2014) Portanto, não é o NASF que deve protagonizar a criação de grupos ou de outros serviços diferenciados pelos seus profissionais, e sim a equipe de ESF.

Além disso, o trabalho do NASF não é focado no atendimento. Eu acreditava que estava feliz com isso, porque queria fazer um trabalho mais coletivo e abrangente. Mas eu também queria aplicar o meu conhecimento em auriculoterapia (método chinês de tratamento de

sintomas por meio do pavilhão auricular), em exercícios chineses, em Fisioterapia na Articulação Temporomandibular (ATM). Eu não podia ser tão seletivo, afinal as demandas que vinham de atenção individual eram de pacientes neurológicos.

Então eu busquei assimilar melhor as tecnologias leves: a importância das reuniões com as equipes, o planejamento de ações em saúde, as discussões de caso, a lógica matricial, a confecção de pequenos materiais e ações transversais. (MEHRY, 2002) Contudo, eu não me sentia trabalhando quando dedicava a maior parte do tempo a essas ações. Então eu precisei passar a atender um paciente neurológico... Não era uma das áreas que eu tinha mais afinidade. Apesar disso, eu me senti finalmente útil. Ou seja, eu só me senti fisioterapeuta novamente quando eu desempenhei uma função assistencialista.

Dizem que a pior queda é quando você cai em si... Eis que a verdade se materializou: eu achava que não, mas eu era extremamente apegado à cultura técnico-assistencialista. (MEHRY; CECÍLIO; NOGUEIRA, 1992) Isso me surpreendeu porque há algum tempo eu já defendia que a Fisioterapia é muito mais do que o atendimento clínico, mas aparentemente não tinha genuinamente introjetado tal coisa. Ou talvez sim, mas ao mesmo tempo não tinha me desapegado da cultura assistencialista.

O resumo da situação era simples: eu tinha passado mais de cinco anos sendo alimentado diariamente com a cultura assistencialista e tomando breves goles da cultura preventivista e da Saúde Coletiva, e desconstruir isso ia levar um tempo também. Elementar, mas um pouco doloroso. Não fosse suficiente tudo isso, os trabalhos de grupo (com os quais eu tinha experiência e que mais se aproximavam do trabalho do NASF) demoraram para acontecer, devido à disposição e organização das equipes de saúde.

A outra parte era tão difícil quanto ou talvez mais: trabalhar verdadeiramente em equipe. Mais uma vez, eu achava que havia entendido nos materiais do NASF o nível e integração de equipe necessário para realizar um trabalho nessa modalidade de atenção à saúde. Também achava que sabia trabalhar em equipe, afinal, eu já tinha feito isso antes: No Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), um programa do Ministério da Saúde que agrega as práticas de ensino, pesquisa e extensão dentro do Sistema Único de Saúde, fizemos e produzimos muitas coisas em equipe, dividindo papéis e responsabilidades. Contudo, nessa ocasião a convivência era breve: inúmeras comunicações por *email* para resolver coisas, e cerca 4-8 horas juntos semanalmente. Agora era diferente: passávamos 32 horas semanais juntos, como equipe. Devido à distância que o Campo tinha do centro da cidade, almoçávamos juntos. Decidíamos tudo juntos, discutíamos tudo juntos, nos apoiávamos juntos e nos desentendíamos juntos. Foi então que eu tive dimensão real de outra característica minha: o individualismo.

Ao longo da vida eu normalmente tomava minhas decisões sozinho, ou consultava “tutores”, mas acatando ou não sugestões eu agia sozinho. Então, olha que coisa boba: a excessiva convivência com a minha equipe me desgastava. Essa foi uma descoberta e tanto. Por mais que fossem bobas, essas angústias me forçaram a me reorganizar tal qual as defesas do organismo se organizam diante de uma infecção viral. Não sem dor, entretanto.

Com a mudança de lotação no Campo de Prática (o nome formalmente dado dentro do PIRS para o local de prática onde o residente está inserido), algumas coisas que foram facilitadas me deram novo ânimo. O novo Campo era também mais fértil para atividades coletivas. Depois de um mês nesse novo local eu percebi que finalmente tinha assimilado a lógica do Matriciamento (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2014) e da Saúde Coletiva. Que alívio! Percebi isso ao ver que me satisfazia sentar com os Agentes Comunitários de Saúde e ajudar a tirar-lhes

dúvidas quanto aos seus instrumentos de coleta de dados, ao dar suportes em atividades coletivas contínuas e receber *feedbacks* positivos. Quanto a estas, já tinha esse *feedback* no Campo anterior, mas dessa vez eu parecia mais situado e mais à vontade. Além disso, havia mais condições de desenvolver atividades que, na minha opinião, eram mais efetivas.

Trabalhando em equipe eu não podia agir sozinho tanto quanto talvez quisesse (isso riu o trabalho). Todavia, em equipe eu não precisava carregar sozinho o fardo da melhora dos pacientes, dos grupos, ou da comunidade. Em equipe era possível discutir soluções e tomar com segurança decisões que eu teria que tomar sozinho. Em equipe o *feedback* das atividades era constante e, de maneira geral, mais sincero, e isso me permitia rever constantemente minhas ações. Além de tudo, trabalhar em equipe me fazia aprender sobre temáticas e perspectivas mais diversificadas.

A experiência no NASF me trouxe uma nova forma de abordagem da Saúde, e novas perspectivas sobre as relações humanas. Como toda estrutura que se desconstrói, causou bagunça, e me fez mexer em caixas encostadas havia séculos. Como toda estrutura reformada ou nova gerou admiração, sorrisos e um suspiro que diz “sim, agora isso está bonito!”.

Minha vivência como residente foi encerrada antes da conclusão da Residência em decorrência de ter sido chamado em um concurso para a Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, ou seja, a mesma que organizava a rede na qual eu pude experimentar o NASF. Esta experiência na Residência me permitiu um olhar privilegiado sobre a Saúde Coletiva e a Rede de Saúde da minha cidade, onde agora me encontro oficialmente inserido e aplicando aprendizados então adquiridos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

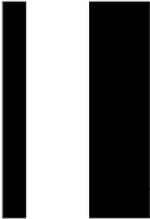
_____. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MERHY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA, R.C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as Conferências de Saúde. Cadernos da 9ª Conferência Nacional de Saúde, Descentralizando e Democratizando o Conhecimento. Brasília: [s.n.], 1992.

RIBEIRO, L.C.C. et al. O diagnóstico administrativo e situacional como instrumento para o planejamento de ações na estratégia saúde da família. Cogitare Enfermagem, v. 13, n. 3, p.448-52, jul./set. 2008.



***Percursos formativos
& Diferentes cenários***

“É caminhando que se faz o caminho”: vivências na residência multiprofissional em saúde da família em Sobral, Ceará

*Gênesis Anjos Nunes
Hortência Veras Mangabeira
Maria Emanoelle Freire Pessoa
Rosa Renata Araújo Dias
Ana Karina de Sousa Gadelha*

CONTEXTUALIZANDO A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL, CEARÁ

Com o advento da nova constituição brasileira e do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, tornou-se premente a necessidade de proporcionar processos educativos para os profissionais da saúde, em especial os da Estratégia Saúde da Família, já que tratava de uma política prioritária do novo paradigma de transformação do modelo de atenção vigente.

No estado do Ceará, uma experiência exitosa de mudança de práticas vinha se desenvolvendo desde 1986, a partir do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Essa e outras experiências relativas à saúde da família em alguns municípios brasileiros culminaram, em meados da década de 1990, no Programa Saúde da Família, com objetivo de reorientar as ações de Atenção Primária em Saúde no país. O referido programa trouxe uma proposta assaz estratégica, por isso foi renomeado para Estratégia Saúde da Família. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006)

No final da década de 1990, o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, juntamente com outros atores oriundos do movimento pela reforma sanitária, começou a pensar estratégias de criação de residências multiprofissionais em saúde da família, inspirados em experiências passadas de residência em saúde comunitária no distrito sanitário São José do Murialdo, no Rio Grande do Sul, e em experiências já em desenvolvimento em municípios brasileiros, como é o caso do município de Sobral¹, Ceará. Estas estratégias de Residência Multiprofissional deveriam ter foco na promoção da saúde, na valorização do princípio da integralidade, interação multiprofissional e interdisciplinar, proporcionando uma atuação comum dentro do campo da Saúde da Família. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2006; BARRETO et al., 1999)

A RMSF de Sobral iniciou suas atividades em 1999 com uma turma de 68 profissionais entre médicos e enfermeiros. Teve sua origem e evolução fortemente vinculada ao Sistema Municipal de Saúde, com o desafio inicial de responder à necessidade de qualificar os profissionais da rede para o novo paradigma em saúde com ênfase na promoção da saúde. Por isso, a decisão naquele momento fora investir na residência multiprofissional em saúde da família em caráter de especialização. (BARRETO et al., 1999)

¹ Sobral está localizada no semiárido nordestino, na região norte do estado do Ceará, há cerca de 240 km da capital. Possui uma população estimada de 200 mil habitantes. (BRASIL. MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO, PLANEJAMENTO E GESTÃO. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2014).

As diretrizes nacionais relativas às Residências Multiprofissionais em Saúde preconizam que Ministério da Saúde (MS) e Ministério da Educação (MEC) devem financiar as bolsas dos residentes por um período de dois anos, e, em contrapartida, as instituições formadoras e executoras viabilizam a formação em serviço. As bolsas dos residentes do programa de Sobral são financiadas pelo MS. A instituição formadora é a Universidade Estadual Vale do Acaraú enquanto que a executora é a Secretaria Municipal de Saúde de Sobral. O diferencial do município é a existência da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS), que coordena todo o processo de formação em serviço da residência, bem como desenvolve o programa de residência em parceria com as instituições formadora e executora. Além disso, a EFSFVS é responsável por sistematizar e executar ações voltadas para a formação dos profissionais da rede, incentivando também a Educação Permanente nos serviços.

O corpo docente responsável por acompanhar o processo formativo dos residentes em Sobral é composto por: tutores, que acompanham a atuação relativa ao campo comum nos territórios e cuidam dos momentos teórico-conceituais, e preceptores, que acompanham o fazer do residente por categoria profissional, tanto nos momentos semanais de roda de categoria, como em momentos de visitas nos territórios.

Atualmente, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral está em sua 12ª turma, tendo ofertado 30 vagas na última seleção para 10 diferentes categorias profissionais da área da saúde. As turmas de 1º e 2º ano (R1 e R2) são compostas por profissionais das seguintes categorias: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. É importante ressaltar que nas duas últimas turmas não houve participação de profissionais de Odontologia, por falta de procura dos mesmos.

As equipes multiprofissionais estão distribuídas pelos territórios² conforme as necessidades pactuadas com o programa. Existem quatro equipes de R1 e seis de R2, todas com mescla de categorias profissionais, acompanhando dois territórios cada.

Os referenciais teórico-metodológicos que embasam a residência em Sobral são: os princípios da Promoção da Saúde, da Educação Permanente, da Educação Popular, da Educação por Competência, do Aprender Fazendo e da Tenda Invertida. (SOBRAL. ESCOLA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA VISCONDE DE SABÓIA, 2015)

Estes princípios apresentam-se enquanto referenciais fundamentais no processo formativo dos residentes, almejando de maneira desafiadora, não só uma prática ética, crítica e de qualidade técnica, mas também uma práxis que suscite transformações nos cenários de prática, dos sujeitos e, em particular, nos próprios residentes. (MARTINS JUNIOR et al., 2008)

No que se refere ao desenho pedagógico do curso, a RMSF está organizada em quatro eixos estruturantes: Vivências Teórico-conceituais; Vivências de Territórios; Vivências de Produção Científica e Vivências de Extensão, os quais se interpenetram e se alimentam reciprocamente. (MARTINS JUNIOR et al., 2008)

As Vivências Teórico-conceituais pretendem suscitar e catalisar reflexões, apropriação teórica, assim como práticas coerentes e competentes com as diretrizes do SUS. Tais atividades são experienciadas durante os Ciclos – atividades teóricas semanais e que em sua maioria são realizadas em turno noturno – contemplando, portanto, os 20% de carga horária sob forma de estratégias educacionais teóricas ou teórico-práticas, como previsto na Resolução Nº 5/2014 da

² O território define em si a adstrição dos usuários, propiciando relações de vínculo, afetividade e confiança entre pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, sendo que estes passam a ser referência para o cuidado, garantindo a continuidade e a resolutividade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde (CNRMS). (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL, 2015)

Durante os ciclos são trabalhados conteúdos acerca: do Sistema Único de Saúde (SUS); da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Promoção da Saúde; do Planejamento e Organização dos Serviços de Saúde; da Vigilância e Avaliação em Saúde; de Metodologia da Pesquisa Científica; de Família, Gênero e Etnia; de Educação Popular e Educação Permanente em Saúde.

Vivências de Território dizem respeito aos cenários de prática dos residentes que, diante da imersão nos territórios, se debruçam para compreender as diversas realidades socioculturais-epidemiológicas da população sobralense. Sob a forma de estratégias educacionais práticas, as ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social, correspondem a 80% da carga horária total dos residentes.

Nesse sentido, torna-se estratégico vivenciar o território como uma clara escolha metodológica, pois o residente acessa a realidade viva, dinâmica e potente dos territórios, possibilitando movimentos de ação-reflexão-ação no saber-fazer em saúde.

O eixo da Vivência de produção científica é compreendido enquanto construção de uma produção científica, advinda de reflexões do processo de trabalho cotidiano, sendo de competência do residente a escolha e delimitação do projeto de intervenção para a elaboração do Trabalho de Conclusão da Residência (TCR). Neste ponto, é importante ressaltar que o TCR é produto das intervenções realizadas pelos residentes no dia a dia nos territórios e compõe os 20% da carga horária teórica e teórico-prática.

Por fim, o último eixo contempla a dimensão da Vivência de Extensão, que se propõe aprimorar o fazer profissional de cada categoria integrante da RMSF, a partir de experiências de intercâmbios institucionais. O estágio obrigatório é a oportunidade dos residentes vivenciarem, a partir do desejo e das necessidades das respectivas categorias, os serviços do próprio município de Sobral para uma melhor compreensão dos fluxos da rede, assim como das expertises, tendo uma carga horária total de 80 horas. O estágio eletivo optativo é a possibilidade do residente conhecer e vivenciar experiências em outras cidades, estados ou países, podendo ser realizado em um período de até 30 dias.

A seguir compartilharemos as experiências vivenciadas durante o estágio obrigatório, no qual circulamos enquanto categoria de Psicologia por serviços de Saúde e da Assistência Social do município de Sobral.

RELATO DA EXPERIÊNCIA

A vivência de extensão obrigatória realizada pela categoria da Psicologia na 11ª turma da RMSF de Sobral, Ceará, teve carga horária de 80 horas distribuídas entre oito serviços, conforme Tabela 1 a seguir:

Tabela 1: Lista de serviços e carga horária da vivência de extensão obrigatória da categoria Psicologia da 11ª turma da RMSF de Sobral, Ceará.

| <i>Serviços</i> | <i>Carga horária</i> |
|---|----------------------|
| Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas – CAPS AD | 12 horas |

| | |
|---|-----------------|
| Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Geral | 12 horas |
| Estratégia Trevo de Quatro Folhas | 12 horas |
| Centro de Referência Especializado em Assistência Social – CREAS | 12 horas |
| Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua – Centro POP | 8 horas |
| Hospital Dr. Estevam | 8 horas |
| Santa Casa de Misericórdia | 8 horas |
| Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST | 8 horas |
| TOTAL | 80 horas |

Fonte: Produção própria

Neste relato, apresentamos elucidações que caracterizam a importância do estágio obrigatório para a integralidade do cuidado. Por isso optamos trazer apenas as cinco vivências mais expressivas à categoria profissional, a saber: CREAS, Centro POP, Hospital Geral Dr. Estevam, CAPS Geral e CAPS-AD.

A partir do que foi vivenciado pelos residentes, foram observados aspectos referentes à importância dos serviços para a população, o fazer dos profissionais inseridos nas diferentes equipes e como este fazer reflete no cuidado ao usuário, além de evidenciar as fragilidades ainda existentes nesses espaços.

Percebeu-se que um dos grandes desafios no cotidiano de trabalho está presente no fazer de profissionais que atuam diretamente com grupos de alta vulnerabilidade e historicamente à margem dos espaços sociais. Dentre esses serviços, destacamos a abordagem de rua realizada pelos profissionais do CREAS, o Centro POP e o CAPS-AD. Em todos esses serviços, percebeu-se a necessidade de desenvolver um olhar ampliado referente ao cuidado integral, à luz da Redução de Danos (RD) e a importância de compreender as escolhas feitas pelos usuários desses serviços.

Ao vivenciar a abordagem de rua dos serviços da Assistência Social, nota-se como esse tipo de abordagem exige dos profissionais ferramentas de trabalho como: sensibilidade, coragem, manejo, criação, conhecimento do território e os seus fluxos, olhar atento, dentre outras expertises, pois o público-alvo são objetos-sujeitos, empobrecidos, privados do direito de existir e que vivem à margem dos locais ditos civilizados, porém há aqueles que resistem e existem nos mercados públicos, ruas e vielas.

A abordagem de rua proporciona outro tipo de acesso, a partir de uma perspectiva de redução de danos onde, muitas vezes, a saída dessas pessoas das ruas não seja o foco da atuação, mas sim, o resgate de um mínimo de compreensão sobre seus direitos e da cidadania. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012)

Nesta perspectiva, dentre os serviços da saúde, o CAPS-AD proporciona um espaço instituído, onde os usuários que desejam realizar seus cuidados a partir do olhar da redução de

danos participam de um grupo semanal. Estes usuários apresentam dificuldades de lidar com a abstinência enquanto tratamento, relatando suas experiências sobre o final de semana, mencionando suas dificuldades e conquistas diante do que era acordado em encontros anteriores.

O momento representa um espaço de escuta acolhedora, onde há uma troca dessas experiências e a construção de um suporte por parte dos participantes e o mediador. Compreendendo a necessidade de se trabalhar a socialização através do lazer, esporte e cultura, o grupo encerra seu momento com atividades como: sinuca, ping-pong e outros jogos. O discurso de criminalização do uso de substâncias psicoativas sai de cena para dar espaço aos momentos de reflexão sobre a relação estabelecida com este uso.

Outro aspecto que percebemos durante a vivência de extensão foi a efetividade do trabalho em rede entre diversos serviços, fato que nos possibilitou experimentar a intersetorialidade e sua contribuição para potencializar as ações voltadas aos sujeitos que fazem uso dos serviços substitutivos em saúde mental do município, através da descentralização, por exemplo. Vimos que os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e a sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana, como preconizado pelo Ministério da Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Ainda nessa perspectiva, destacamos algumas oficinas ofertadas nos serviços dos CAPS-AD e CAPS Geral do município de Sobral, como o grupo de práticas aquáticas que tem por objetivos estimular experiências com jogos em equipe, refletir sobre a competitividade e o respeito pelos limites do outro para gerar transformação nos sujeitos e possibilitar novas formas de se relacionar com o outro dentro da própria comunidade. Nesse momento, foi possível imergir na reflexão sobre sair dos muros do CAPS.

Outro grupo que merece destaque, dentro da ótica da intersetorialidade é o de Educação em Saúde do CAPS Geral, o qual procura ultrapassar as paredes da instituição no intuito de estimular o conhecimento popular dos usuários sobre diversos assuntos do cotidiano, como as propriedades dos alimentos.

Desse modo, percebemos que as práticas intersetoriais além de se inserirem em um processo de reconstrução dos direitos e da vida cotidiana de usuários de serviços substitutivos, representam na atualidade um dos maiores desafios dos gestores da saúde, dos profissionais e da sociedade civil na busca da inclusão social. (AZEVEDO et al., 2012)

Em meio às experiências exitosas do trabalho em rede e a intersetorialidade, percebemos uma fragilidade no serviço do acolhimento do CAPS-AD, no que diz respeito à falta de comunicação entre os níveis de atenção à saúde, bem como com outros setores de atenção. Em outras palavras, tal serviço possibilita a identificação de demandas junto com o usuário, percebendo quais as motivações o levaram a buscar pelo serviço, assim como é avaliada qualquer queixa clínica, além de serem apresentados os possíveis espaços que contribuem para o tratamento. Porém, apesar de o acolhimento ter possibilitado encontrar usuários dos territórios nos quais os residentes atuam, foi perceptível o quanto a demanda de usuários de substâncias psicoativas não adentra as portas dos Centros de Saúde da Família (CSF). Muitas vezes são sujeitos, por nós, trabalhadores da atenção básica, desconhecidos.

Isso nos remete à dificuldade já conhecida da funcionalidade do trabalho em rede que, muitas vezes, só se torna possível quando há uma relação para além dos muros do trabalho entre os profissionais, fator este que viabiliza uma melhor comunicação para o cuidado em

saúde mental. Podemos vislumbrar possibilidades de ações que se articulem através do campo da intersectorialidade, aproximando ensino e saúde e possibilitando ao usuário o que lhe é de direito, o acesso aos espaços comuns a todos e o exercício de reforçar a importância de gerar espaços de bem-estar na busca do cuidado à saúde mental.

A vivência da atividade de educação em saúde em um supermercado da cidade constituiu-se como uma estratégia de Educação Popular em Saúde, visto que partiu do diálogo com o saber/conhecimento prévio dos usuários sobre alimentação saudável (temática discutida no encontro), estimulando a corresponsabilização, autonomia e o empoderamento desses sujeitos em relação aos aspectos cotidianos de suas vidas, portanto refletindo relações horizontalizadas entre profissionais e usuários. Nessa perspectiva, Vasconcelos (2001, p.125) refere que a educação popular em saúde:

[...] toma como ponto de partida do processo pedagógico o saber anterior das classes populares. No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo um entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza. Este conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria-prima da Educação Popular. A valorização do saber popular permite que o educando se sinta “em casa” e mantenha a sua iniciativa. Nesse sentido, não se reproduz a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais. Na Educação Popular não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário, se o processo de discussão se mantém vertical.

Neste sentido, é crucial destacar que as temáticas elencadas para serem discutidas nos encontros são escolhidas pelos profissionais do serviço, não sendo, dessa forma, centradas nas necessidades e desejos do coletivo, o que está por trás, muitas vezes, da não adesão e não engajamento dos usuários nessas atividades. Assim, corre-se o risco de reproduzir práticas tradicionais de Educação em Saúde. Conforme Vasconcelos (2001), a Educação em Saúde é o campo de prática e conhecimento do setor saúde que tem se ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população. Até a década de 1970, foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinada aos seus interesses. Voltava-se para a imposição de normas e comportamentos por elas considerados adequados, num tipo de educação que poderia ser chamada de:

[...] toca boiada, em que os técnicos e a elite vão tentando conduzir a população para os caminhos que consideram corretos, usando, para isto, tanto o berrante (a palavra) como o ferrão (o medo e a ameaça). (VASCONCELOS, 2001, p.123)

A assembleia de profissionais, usuários e familiares de usuários do CAPS, por sua vez, também se configura como um cenário de relações horizontalizadas e de empoderamento. Este é um espaço imprescindível no serviço, no qual os usuários, técnicos e familiares discutem ou deveriam discutir, acerca de assuntos que perpassam a dinâmica do CAPS. As pautas são construídas de duas maneiras: 1 - Pautas que a equipe deseja discutir sobre algum tema e/ou acontecimento; 2 - Pautas que os usuários e/ou familiares desejam discutir. As assembleias englobam desde reivindicações dos usuários (como, por exemplo, melhorias no acesso ao transporte do serviço), até uma demanda da equipe (que, por exemplo, deseja pactuar com os usuários regras de convivência).

Para Vasconcelos (2001), as atividades em saúde devem envolver tanto os profissionais quanto os usuários através de uma relação dialogada embasada pela reflexão, buscando o desenvolvimento de uma atitude crítica para favorecer a autonomia, mudanças de práticas de saúde e mudanças nos processos de trabalho.

Dessa forma, acreditamos que as assembleias exercem um papel fundamental para o empoderamento dos usuários, pois neste espaço eles podem falar o que pensam, contestar os técnicos e até mesmo propor mudanças para o serviço, exercendo, portanto, sua cidadania e, principalmente, ocupando um lugar de Sujeito de Ação.

Percebemos também com a vivência de extensão que fragilidades se fazem presentes em algumas instituições e/ou alguns serviços e atividades desenvolvidas nos espaços vivenciados. A existência de práticas com ideologias inovadoras, porém que se operacionalizam no molde de paradigmas tradicionais, ultrapassados e de exclusão de coletivos, merece destaque, apontado para a necessidade de problematização, reflexão e transformação de tais práxis, de modo a reverberarem em ações que não foquem apenas nos interesses profissionais, mas especialmente no desejo e nas necessidades singulares a cada sujeito e que se voltem para o exercício da cidadania, dos direitos humanos e da aproximação entre os dois sujeitos instituintes (profissionais e usuários).

O Hospital Dr. Estevam faz parte da rede de Saúde Mental do município. É uma instituição privada, conveniada ao SUS, referência para urgência, emergência, internação e pronto-atendimento psiquiátrico, objetivando oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faz necessária. Entendemos a manutenção desse espaço pela ausência de outros equipamentos substitutivos que potencializem a rede de saúde mental nas situações de suporte à crise, por exemplo. Porém, observamos nesse espaço, dito de cuidado, a produção e reprodução de vários discursos, técnicas e dispositivos institucionais com o intuito de normatizar, oprimir, punir e excluir as pessoas que não se encaixam no modelo de normalidade imposto pelas sociedades.

Nesse sentido, Sá, Barros e Costa (2007) já pontuavam que o Modelo Manicomial em Sobral ainda não foi superado, visto que, apesar da criação de dispositivos substitutivos apresentar experiências exitosas e consistentes, ainda há na rede de atenção integral à saúde mental a reprodução de antigos paradigmas, como o modelo hospitalocêntrico de exclusão social e atenção curativa, centrado na figura do psiquiatra.

Merece destaque a observação quanto à ausência de atividades coletivas de expressão, socialização, criação, escuta e elaboração do sofrimento nesse espaço, ficando os usuários ociosos em grande parte do tempo, o que poderá contribuir significativamente para elevar seu quadro de adoecimento psíquico/psiquiátrico, havendo ainda a compreensão de que os usuários devem ficar quietos, evitando “incomodar” visitantes e familiares dos demais internos.

Dessa forma, ressaltamos mais uma vez a reprodução, no referido hospital, de alguns padrões de atendimento estabelecidos e prevalentes em instituições psiquiátricas clássicas no Brasil, caracterizados pelo isolamento social, cronificação de patologias, exclusão social, configurando-se como um pseudoequipamento terapêutico e um exímio sequestrador de identidades, que condena os internos a um doloroso processo de intensificação de sofrimento psíquico, trancafiando-lhes em um degradante ostracismo existencial, o que resulta em malefícios nos mais variados aspectos de suas vidas.

No CREAS, por sua vez, ao acompanharmos os profissionais, que vão com os adolescentes e jovens em situação de conflito com a lei e cumprindo medidas socioeducativas,

ao Fórum, presenciamos atuações que não suscitam momentos para a escuta e compreensão das relações interpessoais e familiares e muito menos das histórias de vida daqueles adolescentes. Não são geradas, ou melhor, não presenciamos situações para que os jovens pudessem problematizar e/ou refletir acerca das atitudes realizadas por eles, levando-nos a perceber que as medidas ocupam um lugar-função mais de punição e controle dos corpos do que de socialização e educação.

Conforme Cassandre (2008), nos dias atuais, as medidas socioeducativas não cumprem o caráter pedagógico previsto, mas sim um caráter punitivo pelo ato infracional cometido, (re)afirmando a posição de exclusão e marginalidade do adolescente, perpetuando relações de poder entre profissionais e usuários, favorecendo, inclusive, a continuidade da prática do ato infracional, após o cumprimento de qualquer medida.

No entanto, acreditamos que a aproximação com a realidade do sujeito facilita a compreensão de algumas atitudes por eles tomadas e potencializa o vínculo com o mesmo. É necessário sair da zona de conforto reafirmada pelos espaços institucionais e pelo lugar ocupado por algumas profissões.

Silva e Gueresi (2003) ainda acrescentam que a visão de um suposto caráter punitivo das medidas socioeducativas não pode prosperar, sob pena de desvirtuar o verdadeiro sentido educativo da medida e ferir diretamente uma grande gama de direitos fundamentais garantidos aos adolescentes.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Compreende-se a importância da realização dos estágios de vivência dentro do município em que se atua, pelas dimensões pedagógica, de logística e de articulação, necessárias para o trabalho em rede. Conhecer as instituições que prestam serviços à comunidade nos seus diversos níveis de atenção amplia o olhar do profissional, propiciando que este assimile melhor como realizar a articulação em rede, de maneira que o usuário possa ter garantido o seu acompanhamento continuado.

Reconhecer as potencialidades e os limites de cada serviço, as dificuldades administrativas e processos de trabalho envolvidos, também facilita o diálogo, evitando muitas vezes encaminhamentos que não levarão o usuário à resolutividade, no sentido de lhes proporcionar maior autonomia, responsabilidade e consciência de si. A integralidade e intersectorialidade tendem a funcionar, não pelas vias tradicionais de comunicação, mas pela possibilidade de contato direto com os profissionais dos outros setores. Vivenciar estes espaços é, também, apresentar um pouco da realidade na qual estamos inseridos enquanto Estratégia Saúde da Família. A troca de experiências e o relato da realidade vivenciada desconstroem, em muitos casos, o processo de culpabilização de um serviço para com outro e aproxima-os para a atuação conjunta.

É válido ressaltar a maior efetividade da vivência de extensão na RMSF quando realizada logo após o processo de territorialização nos bairros de atuação. Isso possibilita uma melhor compreensão da rede de atenção ao usuário e não quebra a inserção dos profissionais na dinâmica de funcionamento do CSF, já que as visitas às instituições aconteceriam no início do primeiro ano dos residentes.

A compreensão do fluxo de cada serviço, tanto na saúde quanto na assistência, foi de suma importância dentro do processo formativo da RMSF. O reconhecimento dos limites e das potencialidades, a troca de experiências entre os profissionais que fazem com que as instituições sejam espaços vivos e ativos, possibilita que o profissional também seja um

multiplicador da compreensão da rede. Isso interfere diretamente no fazer, no tecer aquilo que costumamos chamar de rede, porém muitas vezes, ainda se caracterizam como ilhas.

Por fim, concluímos que a vivência de extensão, em outra perspectiva, proporcionaria aos profissionais que tecem essa rede, elementos importantes de tal forma que possibilitaria aos mesmos outras compreensões dos serviços e das instituições. É preciso disponibilizar estratégias e ferramentas que produzam novos olhares onde estes construam as conexões entre as ilhas para que, assim, elas se tornem pontos de uma rede de atenção ao usuário e de produção do cuidado.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.783-836.

AZEVEDO, E.B. et al. Práticas intersetoriais que favorecem a integralidade do cuidado nos centros de atenção psicossociais. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 33, n. 1, p.93-9, mar. 2012.

BARRETO, I.C.H.C et al. Residência em saúde da família: desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária. SANARE – Revista de Políticas Públicas, v. 1, n. 1, p.18-26, out./dez. 1999.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS n. 5 de 7 de novembro de 2014. Retificação. 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, publicado no DOU de 10/04/2015. Diário Oficial da União, Brasília, 10 abr. 2015. Disponível em: <http://www.lex.com.br/legis_26664630_RESOLUCAO_N_5_DE_7_DE_NOVEMBRO_DE_2014.aspx>. Acesso em: 20 ago 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial União, Brasília, 24 out. 2011. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3232.pdf>>. Acesso em: 28 ago 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multi_profissional.pdf>. Acesso em: 7 jan 2016.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento, Planejamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População. 2014. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 05 jun 2015.

CASSANDRE, A.C.C. A eficácia das medidas socioeducativas aplicadas ao adolescente infrator. 2008. 57 f. Monografia (Graduação em Direito/Bacharel) - Faculdades Integradas Antonio Eufrásio de Toledo, Faculdade de Direito, Minas Gerais, 2008.

MARTINS JÚNIOR, T. et al. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral/CE. SANARE – Revista de Políticas Públicas, v. 7, n. 2, p.23-30, jul./dez. 2008.

SÁ, R.A.R.; BARROS, M.M.M.; COSTA, M.S.A. Saúde mental em Sobral-Ceará: atenção com humanização e inclusão social. SANARE – Revista de Políticas Públicas, v. 6, n. 2, p.26-33, jul./dez. 2007.

SOBRAL. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Projeto pedagógico da residência multiprofissional em saúde da família. Sobral: [s.n.], 2015.

VASCONCELOS, E.M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de Educação Popular nos serviços de Saúde. Interface (Botucatu), v. 8, n. 1, p.121-6, 2001.

Residência Multiprofissional em Saúde da Família e PRÓ-PET-Saúde: Contribuições para o trabalho na Estratégia Saúde da Família¹

*Ana Osmarina Quariguasi Magalhães Frota
Francisco Timbó de Paiva Neto
Márcia Maria Santos da Silva
Liélma Carla Chagas da Silva
José Jeová Mourão Netto*

INTRODUÇÃO

Como formadora na área da saúde, a Universidade vem passando por alterações que implicam na formação de um profissional apto a responder as atuais demandas da saúde, preparado para lidar com as mudanças enfrentadas, sendo notório que há um tensionamento para que as instituições busquem maior relevância social, tanto no contexto da produção de conhecimentos como no campo da formação profissional. (NAMEN; GALAN; CABREIRA, 2007) Verifica-se a demanda por um novo profissional, que esteja apto a desenvolver suas atividades, mas que também esteja em constante aperfeiçoamento e, assim, preparado para lidar com os processos dinâmicos dos serviços de saúde.

A partir da reestruturação curricular em todos os níveis do ensino superior, em especial nos cursos de graduação na área da saúde, por meio da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) que orientou as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), os cursos propuseram uma aproximação da academia aos serviços de saúde, sobretudo do Sistema Único de Saúde, além de promover a atuação em coletivos com capacidade de incidir sobre as políticas públicas, oportunizando assim a melhorias na qualidade do ensino. (BRASIL, 1996; SILVA; SENA, 2008)

Para operacionalizar os programas de ensino em serviço, o governo federal estabeleceu parcerias com Instituições de Ensino Superior (IES), com o objetivo de promover a formação profissional em harmonia com a realidade local, como é o caso da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

Nesse intuito, foi criado o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.802, de 26 de agosto de 2008, e regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010, inspirado no Programa de Educação Tutorial (PET), do Ministério da Educação. (HADDAD et al., 2009)

O Ministério da Saúde (MS) vem incentivando a formação profissional. Projetos como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) sinalizam a ação indutora do MS para promover mudanças na formação inicial, com a aproximação entre instituições formadoras e serviços de saúde. Ao encontro desses movimentos, na modalidade de pós-graduação *lato sensu*, o MS tem apoiado o desenvolvimento das Residências em Saúde, por

¹ Texto elaborado por coordenadores, residentes, preceptores dos Programas de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET) e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) e usuários de serviços de saúde, tendo como foco o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

sua potencialidade de contribuição para a formação do novo profissional da saúde. (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010)

As Residências em Saúde se constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu*, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos. Podem se organizar na modalidade de área específica e multiprofissional, contemplando no mínimo três profissões da saúde. (CASTRO, 2013)

As residências multiprofissionais em saúde e em área profissional da saúde, existentes desde 1975, tiveram sua regulamentação em 2005, com a Lei nº 11.129. São orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde.² (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016)

Em 2011, o MS propõe a integração entre o PRÓ-Saúde e o PET-Saúde, visando contribuir para a qualificação de práticas e o fomento aos processos de aprendizagem no SUS. Em Sobral/CE, o PRÓ-PET-Saúde da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) propôs-se a promover a formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), caracterizando-se como um instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde. Entende-se como continuidade deste processo o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, contribuindo com a revisão do modelo assistencial, na medida em que formam um novo perfil do profissional de saúde, humanizado e preparado para responder às reais necessidades de saúde do usuário, família e comunidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2011)

Ambos contribuem para a construção de novos paradigmas de assistência à saúde, ampliando a resolutividade da ESF e dos Núcleos de Apoio ao Saúde da Família (NASF), que se configuram como

[...] equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2014, p.13)

O PRÓ-PET-Saúde, assim, busca influenciar na formação final dos estudantes, tornando-os mais aptos para integrar as equipes multiprofissionais propostas pelo SUS.

Tendo em vista que o PRÓ-PET-Saúde e a RMSF se caracterizam por considerarem as vivências práticas como essência de seu processo formativo e lócus de aprendizagem, esse estudo objetiva relatar a experiência do PRÓ-PET-Saúde (UVA) e da RMSF de Sobral na

2 Conforme Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077 de 12/11/2009, são consideradas profissões da área da saúde, para fins de participação nas Residências Multiprofissionais em Saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

formação para o trabalho na ESF, adotando em suas premissas a compreensão do pensar/agir multiprofissional no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).

Considera, ainda, a importância da inserção precoce dos estudantes de graduação nos serviços de saúde por meio de programas como o PRÓ-PET-Saúde para formação de profissionais comprometidos com o SUS e que visualizam na Residência Multiprofissional em Saúde da Família a continuidade de sua formação como trabalhador da APS. São formados profissionais mais sensíveis às necessidades dos usuários, das famílias e da comunidade, com o intuito de compreender a complexidade do serviço público de saúde, desde as atividades ofertadas até as necessidades da população, incluindo seus determinantes e condicionantes em saúde e contribuindo para o acesso universal, integral e equitativo.

METODOLOGIA

Optou-se pela abordagem qualitativa, de caráter descritivo-exploratório, fundamentado no referencial dialético-crítico, configurando-se em um relato de experiência. Segundo Cavalcante e Lima (2012), o relato de experiência é uma ferramenta da pesquisa descritiva que apresenta uma reflexão sobre uma ação ou um conjunto de ações que abordam uma situação vivenciada no âmbito profissional/acadêmico de interesse da comunidade científica.

A dialética parte do conceito fundamental de que o mundo não pode ser considerado um complexo de coisas acabadas, mas sim um processo de complexos, em que as coisas e suas representações refletem conceitos na mente, os quais estão em mudanças contínuas e ininterruptas. Ou seja, fundamenta-se no movimento, tanto do mundo exterior como do pensamento humano. E o que realmente importa é a produção de um conhecimento crítico que altere e transforme a realidade anterior, tanto no plano do conhecimento como no plano histórico social, de modo que a reflexão teórica sobre a realidade se dê em função de uma ação para transformar. (FRIGOTTO, 1991; SANFELICE, 2008)

O presente relato dá-se a partir da vivência dos autores durante inserções enquanto profissionais da Estratégia Saúde da Família de Sobral, no Ceará, pela RMSF. Os autores também participaram do PRÓ-PET-Saúde, enquanto monitores/bolsistas e preceptores.

As atividades dos dois programas são desenvolvidas no contexto da APS, em equipes multidisciplinares, sendo o processo formativo mais intensamente vivenciado no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, haja vista sua carga horária de 60 horas semanais e dedicação exclusiva exigida. No contexto do PRÓ-PET-Saúde, a carga horária estabelecida é de oito (8) horas semanais, sendo necessário conciliar o programa com a graduação.

Para a coleta das informações foi utilizada a observação participante conjugada com o diário de campo. As vivências correspondem a inserções no PRÓ-PET-Saúde ocorridas em 2013 e 2014. Quanto às vivências que subsidiam os relatos no contexto da RMSF, correspondem ao período de março de 2015 à janeiro de 2016. Ao final, as informações foram organizadas de forma descritiva e contrapostas à literatura pertinente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A construção dos resultados se ampara nas atividades realizadas e nos diários de campo que os residentes confeccionam após as ações e as reuniões de equipe. A oportunidade de vivenciar a prática profissional, ainda na graduação, atuando no SUS, trouxe grande avanço no desenvolvimento profissional, facilitando a articulação com os diversos setores e núcleos de

saberes, além da interação com a comunidade. A avaliação é desenvolvida de forma continuada nas rodas de conversa e confecção de diários de campo referente às atividades. Assim, o diário de campo permitiu aos residentes refletirem sobre seu envolvimento e compreenderem o processo de formação; e à preceptoria e tutoria, fornece um retrato da vivência dos residentes.

O trabalho em equipe implica em responsabilidade compartilhada, criando certa interdependência entre os membros, cada um responsável pelo seu saber, mas em prol de um bem comum que seja a assistência de qualidade e o bem-estar do usuário. Atuando dessa maneira se percebe e se apodera melhor do fazer do outro, havendo a troca de conhecimentos.

Tudo isso reflete na atenção ao usuário, dispensando-lhe um cuidado integral, mais humanizado, de modo a melhorar sua qualidade de vida. Dessa forma, tem-se observado que a aproximação com o usuário fortalece os vínculos, fazendo com que haja corresponsabilização pelo cuidado em saúde.

O diário de campo foi, nesta pesquisa, um dispositivo de informação e de formação, uma ferramenta de trabalho que permitiu e permite a consulta nos arquivos das ideias que nele são depositadas. Na maioria das vezes, fica incompatível observar, conversar, entrevistar e fazer as notas de campo ao mesmo tempo, em alguns momentos pode causar desconforto para os sujeitos envolvidos, sejam estes usuários ou profissionais. Aprender a criar notas mentais e termos à mão em um pequeno bloco para anotarmos as palavras-chaves, é um recurso de grande ajuda.

Pesquisar é um ato que envolve a investigação, a reflexão e a criatividade. Esses foram os mais significativos aspectos que as (entre)linhas do diário de campo revelaram. As informações escritas e descritas em cada linha possibilitaram a circularidade entre os campos empírico e teórico da pesquisa. Nessa perspectiva (e em outras também), o diário de campo constituiu-se como lugar de informação da pesquisa e de instrumento de formação auxiliar para o residente que logo mais necessita fazer uso de suas impressões e de seus relatos.

Interfaces entre PRÓ-PET-Saúde e RMSF

O PRÓ-PET-Saúde se caracteriza como uma estratégia para fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas prioritárias para o SUS, inserindo os estudantes das graduações em saúde nos espaços dos serviços. Esse projeto incentiva a integração entre ensino, serviço e comunidade, objetivando a interação com o cotidiano para a formação de profissionais cientes das necessidades dos serviços de saúde. (MORAIS et al., 2012)

Assim, ainda na graduação, os estudantes são incentivados a desenvolver competências relacionadas à atenção em saúde, tomada de decisões, comunicação, educação permanente. Além das atividades de ensino tradicionais (sala de aula), os programas financiados pelo Ministério da Saúde possibilitam adquirir experiências dentro dos serviços de saúde, conhecendo a realidade dos territórios. O PRÓ-PET-Saúde é um dos programas que viabiliza essa vivência.

Visando desenvolver habilidades necessárias para uma atuação em equipes multiprofissionais, o PRÓ-PET-Saúde se utiliza de metodologia de observação, vivência e pesquisa para a construção do conhecimento. A articulação entre ensino-serviço-comunidade proporciona uma aprendizagem significativa aos acadêmicos, aos profissionais da rede de atenção à saúde e à própria comunidade. Partindo das diretrizes curriculares dos cursos de Enfermagem e Educação Física da UVA, buscou-se um eixo comum ou campo de atuação,

sendo eleitas a promoção da saúde e a prevenção de doenças como foco, perspectivas presentes em todos os processos da RMSF e também do PRÓ-PET-Saúde.

A experiência vivenciada no PRÓ-PET-Saúde sensibiliza os estudantes para o contexto de vida no qual os indivíduos estão inseridos, compreendendo a importância de horizontalizar as relações de cuidado, formando profissionais mais comprometidos com a pessoa e não com a doença.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família é apontada como um contribuinte importante para a continuidade deste processo de comprometimento com os usuários. Busca não somente o crescimento profissional dos residentes, mas também promover a transformação do serviço de saúde que os recebe, incentivando a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites para transformá-la. (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010)

Neste contexto, a RMSF tem contribuído para a qualificação dos profissionais da saúde que guardam o interesse de se inserirem na Estratégia Saúde da Família, configurando-se uma força potente para operacionalizar as mudanças necessárias para a efetivação dos princípios do SUS e, com isso, contribuindo para a superação do modelo de atenção ainda hegemônico, marcado pelo foco na doença e centrado no profissional médico.

Transformação das práticas

A transformação da formação e das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais de profissionais e usuários dos serviços. Apenas o diálogo e a aproximação das práticas e das concepções de atenção à saúde vigente tornarão possível construir um novo modo de trabalho em saúde, centrado no usuário, com qualidade, resolubilidade e equidade. Neste sentido, enquanto parte das estratégias de formação permanente para o SUS, a RMSF apresenta potencialidades pedagógicas e políticas para transformação do modelo de atenção e das práticas de cuidado em saúde a partir da aprendizagem vivenciada no contexto real do trabalho em saúde em Centros de Saúde da Família. (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010)

A inserção e a atuação conjunta de diferentes estudantes de graduação nos campos de prática, possibilitando o desenvolvimento de diferentes competências, rompe com o modelo tradicional de formação em saúde e traz a importância da atuação multiprofissional, orientado por um aprender a fazer crítico e reflexivo da realidade, tendo em vista a promoção da saúde dos indivíduos e coletividades. Essa estratégia propicia maior conscientização e preparo para a prática. A iniciativa também estimula, por sua vez, a produção de trabalhos científicos e participação em eventos. Tais produções revelam a oportunidade de reflexão sobre

[...] ações vivenciadas cotidianamente de modo a sistematizar o vivido, reconhecer as questões geradoras e o contexto em que se instituem os processos saúde-adoecimento, enfatizando a elaboração de estratégias de superação nos processos de trabalho. (PIZZINATO et al., 2011, p. 104)

A inserção dos estudantes nos serviços tem demonstrado ser uma excelente oportunidade para conhecer o funcionamento integral das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a realidade do SUS e seus princípios, bem como os serviços prestados e as necessidades dos usuários, permitindo maior integração da teoria com a prática, a interprofissionalidade e a possibilidade de compartilhar saberes. Desse modo, deve ser estimulada continuamente a

atitude de querer aprender e a proatividade em busca da autonomia, evidenciada por muitos dos estudantes que propõem e desenvolvem estratégias e ações de inserção profissional no cenário do PRÓ-PET-Saúde.

Interprofissionalidade como ferramenta de trabalho

A Educação Interprofissional (EIP) apresenta-se atualmente como uma estratégia para formar profissionais aptos para o trabalho em equipe, prática essencial para a integralidade no cuidado em saúde. A EIP contribui para a formação de profissionais de saúde mais bem preparados para uma atuação integrada em equipe, na qual a colaboração e o reconhecimento da interdependência das áreas predominam adiante da competição e da fragmentação. (BATISTA, 2012)

A EIP consiste de oportunidades de formação conjuntas para o desenvolvimento de aprendizagens compartilhadas nas quais duas ou mais profissões aprendem juntas com e sobre as outras. Como proposta de formação, a EIP vem sendo discutida nos últimos 30 anos, especialmente nos Estados Unidos e na Europa, com o intuito de estimular o aprimoramento do cuidado em saúde por meio do trabalho de equipe. Os princípios da EIP se aplicam tanto para a graduação das diferentes profissões de saúde quanto para a educação permanente dos profissionais componentes de uma equipe de trabalho multiprofissional. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010)

No PRÓ-PET-Saúde, observou-se uma maior aproximação entre os cursos de saúde da UVA, o que tem motivado os estudantes ao trabalho em equipe multiprofissional. Comparando com a relação existente antes dos referidos projetos, pode-se dizer que houve um crescimento exponencial nesse âmbito, pois em algumas áreas os integrantes mantinham frágeis canais de diálogo.

Assim, a iniciativa da implementação do PRÓ-PET-Saúde na Universidade Estadual Vale do Acaraú proporcionou, além de tudo, um alinhamento entre as áreas de conhecimento quanto às atividades pedagógicas nos cenários das práticas da rede de serviços de atenção básica do município de Sobral, assim como desencadeou o repensar dos currículos para adequá-los à formação para o trabalho no SUS.

Para a RMSF, a atuação interprofissional possibilita um importante campo de aprendizado do fazer das demais categorias profissionais, e assim, viabiliza a troca de conhecimentos, atuando de forma conjunta, o que se reflete em uma abordagem integral dos sujeitos. Isso não implica em interferir no fazer individual do outro profissional, mas sim como um complemento, um auxílio, uma vez que ao abordar o usuário se tem a ciência de como agir e qual a rede de atenção é a mais adequada para a resolução de seu problema.

Contribuições para o fortalecimento da APS

Os princípios da promoção da saúde permitem a construção do cuidado por meio de trocas solidárias, críticas, capazes de envolver a comunidade, desenvolver as habilidades pessoais, criar ambientes saudáveis e reorganizar os serviços de saúde, integrando as instâncias práticas da vida das pessoas ao seu estado de saúde. (GUEDES; GUIMARÃES, 2007) Tal possibilidade se dá também por meio dos espaços de experiências vivenciadas no PRÓ-PET-Saúde que acabam por contribuir com o fortalecimento da APS, tendo a ESF como eixo estruturante do programa.

Portanto, são formados profissionais mais sensíveis às necessidades dos usuários, das famílias e da comunidade. Profissionais estes que entendem a complexidade do serviço público de saúde, desde as atividades ofertadas até as necessidades da população.

É possível observar a integração de diversas áreas do conhecimento no contexto da APS, envidando esforços no sentido da promoção da saúde e da prevenção de doenças. Muitas atividades têm sido sugeridas pelos estudantes, que, ao vivenciar as novas modalidades, motivam-se a fazer a integração dos conhecimentos e acabam provocando os docentes a participar dessa nova realidade, potencializando os espaços existentes. Como consequência, observa-se a crescente identificação dos estudantes com a APS, os quais demonstram um forte interesse de inserção profissional em serviços públicos, atendendo aos princípios e diretrizes do SUS, como é o caso da RMSF. Como um importante potencial, deve ser destacada a necessidade de ampliar a divulgação dos resultados de trabalhos e pesquisas realizadas por acadêmicos para as equipes, comunidade e sociedade de um modo geral.

Desafios na integração ensino-serviço-comunidade

Há a necessidade de se ampliar o número de intervenções realizadas conjuntamente por estudantes de graduação e profissionais de duas ou mais áreas. Esse fato decorre, dentre outros fatores, da rotina dos serviços, de horários de aulas não coincidentes entre os diversos cursos e da falta de hábito de alguns trabalhadores e docentes para desenvolver atividades multiprofissionais, engendradas por uma concepção interdisciplinar. Percebe-se que a sobrecarga de trabalho nos serviços de saúde, sobretudo nos Centros de Saúde da Família, dificulta a participação dos trabalhadores em atividades com os estudantes, bem como em reuniões de planejamento e de capacitação.

Os profissionais da saúde não podem ficar prisioneiros de seu campo específico de saberes e práticas, limitando o processo de trabalho à aplicação das estruturas rígidas do conhecimento técnico-estruturado. A articulação dos saberes por meio de uma interação comunicativa e horizontal é um requisito indispensável no cotidiano do trabalho em equipe. (ARAÚJO; ROCHA, 2007)

Além do campo da responsabilidade e do saber específicos de cada profissão ou ocupação, é necessário desenvolver práticas que contribuam com a qualidade do fazer cotidiano do profissional e com a troca do conhecimento entre os membros da equipe. (VASCONCELLOS; GRILLO; SOARES, 2009)

Torna-se evidente a necessidade de se trabalhar com a resistência, por parte de alguns trabalhadores, em viabilizar a integração ensino-serviço-comunidade ou compreender a inserção de uma equipe multiprofissional na Estratégia Saúde da Família. Observa-se que alguns trabalhadores apresentam dificuldades em participar das ações desses programas, talvez pela falta de conhecimento ou clareza quanto aos objetivos dos projetos ou ainda como um reflexo da formação preponderantemente influenciada pelo modelo flexneriano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os programas de ensino em serviço em questão têm contribuído para a qualificação do processo de formação e atenção em saúde dos sujeitos envolvidos: graduandos, pós-graduandos, docentes, trabalhadores e usuários do SUS.

O desenvolvimento de processos de trabalho em saúde integrando ensino e serviço repercute na preparação teórica e prática para consolidar o caráter público da política de

saúde, na perspectiva de direito social com acesso integral. Nesse sentido, destacam-se as contribuições desses programas no aprimoramento do processo de trabalho, a partir de ações interdisciplinares mais condizentes com a realidade social dos usuários, tendo em vista a efetivação da saúde de forma integral.

A atuação no cenário da Atenção Primária à Saúde passa necessariamente pela formação. Para trabalhar nesse cenário é preciso preparar profissionais que sejam sensíveis aos problemas da realidade e que incorporem em sua prática uma perspectiva de trabalho conjunta que se valha de muitos saberes. Aprender métodos que viabilizem ações de educação em saúde, bem como a inserção nas Unidades Básicas de Saúde, têm permitido aos estudantes identificar as necessidades de saúde do coletivo em conjunto com a equipe de saúde, executar e avaliar planos de cuidado/intervenção, priorizando as ações de promoção e prevenção.

Outra perspectiva é estimular o debate e as práticas relativas à educação permanente em saúde e a interação entre educação e processos de trabalho, a partir da realidade vivenciada, levando em consideração os conhecimentos e as experiências de todos os profissionais. Além disso, deve ser incentivada a reflexão e a discussão sobre o papel de programas moldados nas experiências de ensino-serviço-comunidade como ferramenta que desperta o interesse de seguir em formação no contexto da APS, o que é o caso da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Município de Sobral.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 2, p.455-64, mar./abr. 2007. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0304.pdf>>. Acesso em: 20 fev 2016.

BATISTA, N.A. Educação Interprofissional em saúde: concepções e práticas. *Caderno Fenepas*, n. 22, p.528, 2012. Disponível em: <http://www.sbfa.org.br/fnepas/artigos_caderno/v2/educacao_interprofissional.pdf>. Acesso em: 20 fev 2016.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União, Brasília*, 23 dez. 1996. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm>. Acesso em: 20 fev 2016.

BRASIL. Ministério da Educação; BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Diário Oficial da União, Brasília*, 13 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: 10 jan 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Brasília, 2016. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/residencia_multiprofissional.php>. Acesso em: 20 fev 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de apoio à saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica n. 39). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_39.pdf>. Acesso em: 19 fev 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Políticas e ações. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://antigo.saude.es.gov.br/download/SGETS_Politicas_e_Acoes.pdf>. Acesso em: 19 fev 2016.

CASTRO, M.M.C. O serviço social nos programas de residência em saúde. *Temporais*, v. 13, n. 26, p.153-71, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/5309/4944>>. Acesso em: 19 fev 2016.

CAVALCANTE, B.L.L.; LIMA, U.T.S. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. *Journal of Nursing and Health*, v. 1, n. 2, p.94-103, jan./jun. 2012. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/3447/2832>>. Acesso em: 20 fev 2016.

FRIGOTTO, G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, I. (Org.). *Metodologia da pesquisa educacional*. São Paulo: Cortez, 1991.

GUEDES JÚNIOR, R.; GUIMARÃES, S.G. O tripé da assistência do enfermeiro de PSF ao portador de transtorno mental: equipe, família e comunidade. *Revista Meio Ambiente e Saúde*, v. 2, n. 1, p. 181-94, 2007. Disponível em: <[http://www.faculdade dofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%20\(1\)%20181-194..pdf](http://www.faculdade dofuturo.edu.br/revista/2007/pdfs/RMAS%20(1)%20181-194..pdf)>. Acesso em: 18 fev 2016.

HADDAD, A.E. et al. Programa de Educação Pelo Trabalho para Saúde - PET-Saúde. *Cadernos ABEM*, v. 5, n. 1, p.6-12, 2009.

MORAIS, F.R.R. et al. A importância do PET-Saúde para a formação acadêmica do enfermeiro. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 10, n. 3, p.541-51, nov. 2012.

NAMEN, F.M; GALAN, J.R; CABREIRA, R.D. Educação, saúde e sociedade. *Espaço Saúde*, v. 9, n. 1, p.43-55, 2007.

NASCIMENTO, D.P.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências profissionais e o processo de formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, v. 19, n. 4, p.814-827, 2010.

PIZZINATO, A. et al. Vivências integradas no serviço. In: CORBELLINI, V.L. et al. (Orgs.). *Atenção primária em saúde: vivências interdisciplinares na formação profissional PUCRS*. Brasília: ABEn, 2011.

SANFELICE, J.L. Dialética e pesquisa em educação. In: LOMBARDI, J.C.; SAVIANI, D. (Orgs.). *Marxismo e educação: debates contemporâneos*. 2.ed. Campinas: Histedbr, 2008.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 42, n. 1, p.48-56, 2008.

VASCONCELLOS. M.; GRILLO. C.J.M.; SOARES, M.S. Práticas pedagógicas em atenção básica à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. Belo Horizonte: UFMG/NESCON, 2009. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World Health Report 2010: working together for health*. Geneva: WHO, 2010.

Intervenção de residentes multiprofissionais no processo de trabalho em uma unidade de saúde da família na cidade do Recife, Pernambuco

*Liliane Elise Souza Neves
Mabelle Moraes Cordeiro
Priscila Mergulhão Silveira*

No início da década de 1980, alguns países como o Canadá, Cuba, Inglaterra dentre outros, foram pioneiros nas mudanças nos serviços primários de saúde com reconhecida resolutividade e impacto. A partir das experiências mundiais e as realizadas em vários pontos do território brasileiro, foi elaborada a estratégia de reorganização da Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica à Saúde (ABS). (MENDES, 2002)

Neste cenário, e diante das conquistas das políticas públicas de saúde, que contribuíram para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos últimos 20 anos, pode-se destacar a inserção do agente comunitário de saúde (ACS) por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), institucionalizado pelo Ministério da Saúde (MS), efetivando as ações da ABS, promovendo melhorias na qualidade e na expectativa de vida, reduzindo proporcionalmente os índices de mortalidade materno-infantil. (SILVA et al., 2010)

A partir de 1994, surge o Programa Saúde da Família que posteriormente passa a ser uma política estratégica de atenção à saúde denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), que visa efetivar os princípios da integralidade, universalidade e equidade propostos pelo SUS. Preconiza-se para seu funcionamento uma equipe de trabalho composto por: um médico, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e de quatro a seis ACSs, sendo esses profissionais fundamentais para o desenvolvimento da estratégia. (PERES et al., 2011)

Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de uma população adstrita, localizada em uma área delimitada através de ações de promoção de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes.

A territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF, a esta confere ao menos três sentidos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ambiente; população e dinâmica social existente nessas áreas; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência. (DUNCAN; SCHMIDT; GIULIANI, 2004)

O ACS possui algumas atribuições que foram declaradas pelo MS em 1999, sendo elas: o trabalho em equipe, visita domiciliar, planejamento das ações de saúde, promoção da saúde, prevenção e monitoramento de situações de risco e do meio ambiente. Este profissional exerce o papel de “elo” entre a equipe e a comunidade, devendo residir na área de atuação da equipe, vivenciando o cotidiano das famílias/indivíduo/comunidade com mais intensidade em relação aos outros profissionais. (FORTES; SPINETTI, 2004; RIBEIRO et al., 2006)

Isto faz com que o agente seja um componente essencial para que haja de fato ampliação do conceito de saúde e a incorporação de uma visão mais holística de sujeito. O termo holístico ou holista é uma palavra grega que significa “O TODO” - O termo holístico se refere a uma abordagem de conhecimento que visa estabelecer pontes entre as fronteiras das

ciências físicas, humanas, biológicas e espirituais. (WEIL, 1987) O holismo é um conceito criado por Jan Christiaan Smuts em 1926, que o descreveu como a "tendência da natureza de usar a evolução criativa para formar um 'todo' que é maior do que a soma das suas partes". Na abordagem holística, o todo não é concebido apenas como a soma das partes, pois neste todo buscam-se propriedades que transcendem cada uma das partes e, neste caso, a visão holística do sujeito pode ser definida como a visão do todo de uma pessoa, levando em consideração todos os fatores que podem influenciá-lo. (TELLES; PIMENTA, 2009)

Como os agentes comunitários de saúde, que conhecem profundamente a realidade local porque são parte da comunidade. Conhecem os valores, a linguagem, os perigos e as oportunidades. Representam uma possibilidade muito especial de trazer para dentro das equipes de saúde o olhar da população. Um olhar que revela necessidades de um ponto de vista diferente e que, portanto, abre as portas para um universo novo de intervenção. (TELLES; PIMENTA, 2009)

Visto que o ACS seria um profissional estruturante na atuação da equipe de saúde da família, sendo muitas vezes o primeiro a ser acionado na comunicação com o SUS. Desta forma, diversas demandas são trazidas diretamente a esses profissionais, desde informações simples, às soluções mais complexas. É então esperado (e cobrado) desse profissional uma resposta, e isso nem sempre se estabelece de forma pacífica. (TELLES; PIMENTA, 2009)

Fica evidente que o ACS possui uma prática de trabalho diferenciada que incorpora afetos e senso de comunidade aos procedimentos e ações resolutivas necessárias ao funcionamento do Sistema Único de Saúde. Apesar das vantagens estratégicas, este aspecto híbrido faz com que o ACS passe a lidar com um conjunto de circunstâncias peculiares de forma muito próxima. Vivenciam diariamente situações para as quais muitas vezes os profissionais de saúde não têm um treinamento sistematizado e explícito de atuação ou suporte. A abordagem às famílias, o contato direto com a precariedade, com a desigualdade social e casos de violência, são exemplos cotidianos disso. (SILVA; DALMASO, 2002)

As expectativas projetadas no ACS advêm tanto da unidade de saúde quanto da comunidade, trazendo o imaginário de um profissional que deve articular diversas características, tais como observar, transmitir conhecimentos, integrar, produzir, resolver, buscar, registrar. A divergência entre o "ACS ideal" e o "ACS real" pode causar frustração e um sentimento de incompetência e prejudicar a relação estabelecida. (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010)

Ao instalar-se o conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico dos homens, quando estão bloqueadas todas as possibilidades de adaptação entre a organização do trabalho e o desejo dos sujeitos, emerge o sofrimento patológico. A não adequação da personalidade do sujeito ao trabalho aumenta a carga exercida e gera sofrimento psíquico. (DEJOURS, 1999)

A relação entre o ACS e a comunidade se apresenta tanto como um grande ponto fortalecedor, reforçando a importância desta função, como um nó crítico. O fato de o ACS ser um morador da comunidade cria uma relação mais profunda entre o território e a unidade de saúde, de forma a empoderar a voz comunitária e melhorar a comunicação dentro do sistema. No entanto, há de se considerar que morar no mesmo lócus de atuação profissional faz com que o agente esteja constantemente em seu local de trabalho, sendo, desta forma, a referência de saúde da população a qualquer momento. Há, portanto, inexistência de limites entre o ambiente de trabalho, seu conteúdo e o local de moradia do agente, promovendo um contágio da vida cotidiana pelo trabalho. (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013)

Este fator traz uma sobrecarga física e emocional e compromete o tempo destinado ao descanso – essencial para manutenção da saúde mental – e a socialização do agente enquanto vizinho, amigo e membro da comunidade. (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010)

O ACS também tem sido o epicentro quanto à discussão do tema da precarização do emprego, pois exige que sejam consideradas algumas conexões que envolvem as relações de trabalho e poder. Sendo uma delas o contexto em que se reproduzem as relações sociais específicas no âmbito das práticas de trabalho. Essas relações ganham especificidades pelas formas como se constroem e se reproduzem por meio de elementos políticos e ideológicos. (NASCIMENTO, 2005)

É importante realçar que o crescimento, e não um surgimento, dessas relações “atípicas”, “(...) [que] não eram necessariamente novas, teve em linhas gerais, o caráter de precariedade do pré-assalariamento”, assumindo apenas nova visibilidade e novos significados. (LIMA apud NASCIMENTO, 2005, p.9)

As características da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) exigem modalidades de contratação compatíveis com seus propósitos de trabalho, assegurando, acima de tudo, sua identificação e relacionamento com a comunidade. (NASCIMENTO, 2005)

Evidentemente, o tipo de desproteção sociolegal implicado pela noção de precariedade do trabalho estava associado a certos aspectos excludentes do processo de desenvolvimento econômico, que atualmente tende a ser pautado pela globalização/mundialização do capital, com fortes influências sobre as condições individuais e coletivas de vida e de trabalho. De modo geral, as características econômicas desse tipo de desenvolvimento faziam com que o ACS fosse levado a “aceitar” a relação contratual precária. (NASCIMENTO, 2005)

Apenas em 2014, o Ministério da Saúde criou um Grupo de Trabalho (GT) através da Portaria nº 1.833, de 2 de setembro de 2014, para discutir a regulamentação da lei do piso salarial dos agentes.

O grupo foi criado para analisar e definir as melhores estratégias de implantação da lei em todo o Brasil e para apontar diretrizes e ações fundamentais na melhoria das relações de trabalho dos agentes, de modo a avançar ainda mais para uma assistência à saúde com qualidade. As discussões realizadas no âmbito dessa instância subsidiaram a elaboração do decreto e foram essenciais para tornar democrático este processo, com a participação das categorias envolvidas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014)

E mesmo com todas as conquistas alcançadas quanto às condições de trabalho, diversas pesquisas vêm mostrando que o ACS continua um profissional propenso às vulnerabilidades que trazem sofrimento psíquico ao exercício do trabalho. É assim identificado que estes profissionais no seu dia a dia apresentam dificuldade de lidar com o tempo, o excesso de trabalho, a preservação do espaço familiar, descanso, e o cansaço físico. (NASCIMENTO, 2005)

O desgaste proveniente deste ambiente é correlacionado na literatura à determinação de diversos transtornos mentais nos quais se incluem: ansiedade, transtornos de humor, fobias, síndrome de Burnout, entre outros. (TELLES; PIMENTA, 2009)

Quando o estresse é vivido cronicamente, o sujeito precisa desenvolver mecanismos para se adaptar às situações de forma que consiga continuar em atividade. Uma das formas encontradas para lidar com isto é a falta de investimento de energia no desenvolvimento das

atividades. O que leva a uma perda do sentido do trabalho e cria um ciclo vicioso de desmotivação, no qual os resultados do processo passam a não ser relevantes para o trabalhador. (FERRARI et al., 2013)

Por isso, há de se levar em conta a dualidade enfrentada pelos ACSs, já que, sendo parte das atividades assistenciais de saúde, mas também parte da própria comunidade, os mesmos convivem com as cobranças de ambas as partes, causando-lhes agravos à saúde, tais como estresse, ansiedade e inúmeras outras doenças. (VASCONCELLOS; COSTA-VAL, 2008)

Neste sentido, o andamento no processo de cuidado à saúde do trabalhador deriva do crescente adoecimento desta parcela populacional, ao qual estão inseridos os que cuidam da saúde da população onde estes, por vezes, esquecem-se de cuidar da própria saúde e das condições de seu ambiente de trabalho. (DISSEN et al., 2011)

Diante do exposto, e considerando a relevância do processo de trabalho desenvolvido pelo ACS no âmbito da Estratégia de Saúde da Família, buscou-se realizar um estudo que compreendesse a percepção dos mesmos acerca do processo de trabalho após suas vivências em grupo de intervenção, direcionadas por residentes de uma equipe multiprofissional em saúde da família.

As atividades foram realizadas em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município do Recife, no período de fevereiro a dezembro de 2015. Participaram deste projeto todos os ACSs que compõem as duas equipes da unidade, perfazendo 11 participantes. Foi possível identificar nos discursos dos agentes: “O maior problema no nosso trabalho é que não temos voz ativa” (ACS1); “Aqui só é escutado quem tem nível superior, ninguém dá valor ao que achamos” (ACS2). Expressões como estas surgiram inúmeras vezes, sendo observada a falta de diálogo entre os ACSs e o restante da equipe da qual faziam parte, e, em conjunto a essa problemática, percebeu-se também uma relação conflituosa entre os profissionais de nível superior com os agentes comunitários. Isto despertou aos pesquisadores o interesse de incluir os demais profissionais da equipe de saúde nos encontros, a fim de contribuir mais efetivamente com a melhora do trabalho em equipe. Desta forma, a pesquisa foi concluída com um total de 18 participantes.

No decorrer dos encontros, dada a dinamicidade do grupo e a maior fluidez nas relações interpessoais, os demais profissionais das equipes de saúde traziam em sua fala o desejo de continuarem a participar das atividades grupais, uma vez que viam os benefícios que o grupo estava trazendo para as relações interpessoais e com sua qualidade de vida.

As intervenções aplicadas foram divididas em quatro etapas, a primeira correspondente a uma entrevista direcionada por dois pesquisadores, onde foi aplicado um questionário semiestruturado, a fim de registrar dados relativos à dinâmica de trabalho, à qualidade de vida e às relações interpessoais dos ACSs. Esta foi a primeira etapa do projeto. A partir dela, pretendeu-se designar ações mais adequadas na condução do projeto de intervenção. O questionário foi aplicado de forma individual, levando em consideração a disponibilidade dos ACSs no período de uma semana.

Após a conclusão das entrevistas, iniciou-se o processo de intervenção, que consistia na segunda etapa do estudo. Sendo realizados onze encontros grupais que aconteceram mensalmente, com duração estimada de duas horas por encontro. Os temas designados para as discussões foram sugeridos, pelos próprios agentes comunitários durante o primeiro encontro. No entanto, partindo da compreensão de que o processo grupal é dinâmico, houve a possibilidade de negociação das temáticas a serem trabalhadas a partir das reflexões trazidas pela equipe de residentes para com os ACSs.

No segundo momento do projeto de intervenção, houve a realização do primeiro encontro com a apresentação da pesquisa e seus objetivos, a criação do pacto de convivência e discussão das temáticas de interesses mútuos para os encontros subsequentes. As intervenções desenvolvidas nessa fase tiveram como métodos e técnicas, a realização de atividades lúdicas e educativas que consistiam em rodas de conversa, palestras, convidado externo, exposição de materiais, oficinas, entre outros.

Para que haja uma melhor compreensão de como realizou-se o projeto de intervenção, será explicitado como se deu cada encontro:

1º Encontro: Tema – Acolhimento e cuidado

Objetivo: Acolhimento dos ACSs, explicando a proposta do grupo; refletir o significado do “cuidado” dentro da atenção básica, criação do pacto de convivência e discussão das temáticas de interesses mútuos para os encontros subsequentes.

Método proposto: Receber os participantes do grupo de forma acolhedora, preparação de ambiência; definição coletiva do nome do grupo, do pacto de convivência e discussão sobre os temas a serem abordados; construção coletiva de um tapete para compor a ambiência e ficar no centro do grupo com o tema “cuidado” utilizando colagens e tintas; discussão do significado de cuidado.

2º Encontro: Tema – Família

Objetivos: Discutir acerca das concepções de família dentro da comunidade; fazer um resgate histórico das transformações do conceito de família; explorar os tipos de família através das concepções de gênero.

Método proposto: Dinâmica de grupo das “capas de revistas”, na qual os agentes construiriam a noção do que para eles significa família dentro da comunidade; discussão mediada pela psicóloga e assistente social, a partir dos conceitos trazidos; intervenção terapêutica com argila sobre as representações de cada um sobre família.

3º Encontro: Tema – Trabalho em equipe

Objetivos: Discutir os processos de trabalho em grupo específicos da equipe de saúde; compreender suas dificuldades e potencialidades.

Método proposto: Dinâmica de grupo, roda de conversa e confraternização.

4º Encontro: Tema - Comunicação

Objetivo: Discutir a comunicação da equipe, refletindo a possibilidade de conflitos gerados por ruídos de comunicação e estimulando a empatia.

Método proposto: Dinâmica de grupo, roda de conversa e a criação de um varal de comunicação.

5º Encontro: Tema – Cuidando de quem cuida

Participação de todos os profissionais da unidade.

Objetivo: Trazer uma reflexão mais profunda sobre o cuidado de si e do outro.

Método proposto: Convidado externo.

6º Encontro: Tema – Cuidados com a voz

Objetivos: Capacitar e promover saúde aos profissionais no que diz respeito aos cuidados necessários com a voz; capacitar para identificar comunitários com demandas relacionadas à fonoaudiologia.

Método proposto: Dinâmica de grupo e reflexões mediadas pela fonoaudióloga; contação de história sobre o cuidador e o cuidado de si.

7º Encontro: Tema – Alimente sua saúde

Participação de todos os profissionais da unidade.

Objetivo: Empoderar os profissionais acerca dos cuidados necessários com a alimentação para que estes possam orientar a comunidade e exercer o cuidado de si.

Método proposto: Dinâmica do “mito ou verdade” com condução da nutricionista, utilizado como ponto de apoio o uso de recurso visual para demonstração da pirâmide alimentar e equivalência das porções dos grupos alimentares referidos; dinâmica “rotulando alimentos”, trabalhando assim a interpretação de rótulos alimentares; contação de histórias sobre o poder da transformação.

8º Encontro: Tema – Alimente sua saúde (2º etapa – Diabetes e hipertensão)

Participação de todos os profissionais da unidade.

Objetivo: Concluir o matriciamento em alimentação saudável, desta vez com foco na hipertensão e diabetes.

Método proposto: Dinâmica de grupo da alimentação, com exposição dos teores de cloreto de sódio e açúcar dos alimentos mais comumente consumidos na região. Favorecendo a construção coletiva de conhecimentos acerca do que seria alimentação saudável. Orientações e mediação realizadas pela nutricionista.

9º Encontro: Tema – Saúde Bucal

Participação de todos os profissionais da unidade.

Objetivo: Matriciamento em saúde bucal com o intuito de promover hábitos saudáveis, autocuidado e capacitação para orientação da população.

Método proposto: Utilização de recursos visuais e materiais ilustrativos para trazer informações e elucidar dúvidas a respeito do tema; Mediação da dentista.

10º Encontro: Tema – Visita domiciliar

Objetivo: Discutir a visita domiciliar, suas potencialidades e suas dificuldades específicas. Refletir sobre os recursos e instrumentos a serem utilizados (Escala de risco).

Método proposto: Roda de conversa mediada pela assistente social, trazendo conceitos relativos ao uso da escala de risco.

11º Encontro: Tema – Avaliação do grupo

Objetivo: Fazer um *feedback* do grupo, fechar os encontros e confraternizar com a equipe.

Método proposto: Roda de conversa e confraternização.

O terceiro momento da pesquisa correspondeu à “Semana do cuidado”, que acontecia após cada encontro, objetivando o acolhimento individualizado e especializado correspondente à demanda solicitada pelos participantes, em que eram consideradas as falas relatadas pelos ACSs que participaram do grupo, como é possível observar nos trechos: “A gente cuida de todo mundo, menos de si” (ACS3); “Preciso de uma nutricionista para melhorar minha alimentação e não consigo ter esse atendimento” (ACS4).

O surgimento do interesse de disponibilizar dentro da agenda de todos os residentes multiprofissionais dois atendimentos semanais direcionados aos ACSs gerou repercussão positiva entre os participantes: “A gente se sente valorizado em saber que vocês se preocupam com a nossa saúde” (ACS5); “Eu também preciso cuidar da minha saúde”.

A quarta e última etapa consistiu na reaplicação do questionário inicial.

Durante o processo de intervenção, e após a reaplicação dos questionários, foi possível observar uma melhora na relação interpessoal entre os ACSa e os demais profissionais. Discursos como: “Aqui nós somos uma equipe e precisamos estar unidos para ter voz ativa” (ACS); “Antes eu nem abria a boca, mas agora eu consigo expressar minha opinião nas reuniões de equipe, somos todos profissionais” (ACS), reforçam a importância de incentivar o trabalho em equipe, mesmo diante das dificuldades e conflitos diários. É fundamental favorecer uma relação harmônica entre esses indivíduos, uma vez que, os mesmo visam um resultado em comum, o atendimento qualificado, integral e contínuo aos usuários.

Os ACSs também se tornaram mais participativos e ativos, não apenas apoiando ações de prevenção e promoção à saúde, mas, realizando atividades de intervenção como grupos de cuidados e salas de espera. “Me surpreendi quando cheguei na unidade e vi dois ACSs realizando uma sala de espera sobre doenças sexualmente transmissíveis, há muito tempo não via uma cena assim” (Médica 2); “Uma ACS me convidou para ajudá-la na realização de um grupo sobre alimentação complementar com gestantes, fiquei surpresa!” (Enfermeira 1). Relatos como esses demonstram pequenas mudanças que agregam benefícios à comunidade.

Além disso, foi possível verificar também um maior cuidado com a saúde e com o bem-estar dos participantes. Os profissionais adotaram hábitos alimentares saudáveis associados à prática de atividade física, que propiciou mudanças perceptíveis, como redução de peso, regularização dos níveis séricos de colesterol total, triglicerídeos, glicemia, entre outros exames bioquímicos. Também foi discutido aspectos relacionados à melhora na convivência familiar, a partir do acompanhamento psicológico. Redução e controle de dores físicas, advindas dos atendimentos fisioterapêuticos. Cuidados com a voz, a partir da atenção fonoaudiológica, evitando gritos que se faziam presente nos acolhimentos e visitas domiciliares.

Repercussões direcionadas ao autocuidado dos profissionais da USF estimulam a disseminação do saber aos usuários do serviço de saúde, que conseqüentemente aderem com maior entusiasmo condutas que favorecem a promoção da saúde e uma melhor qualidade de vida. Podem-se verificar essas mudanças, como no referido exposto: “Semana passada um paciente me parou na rua e disse, você está bem mais magra, quero essa dieta. E eu respondi, não é dieta, estou fazendo uma reeducação alimentar, e a partir disso conversamos muito sobre a importância de uma alimentação saudável” (ACS 6); “A partir desses encontros, esclareci as dúvidas que tinha sobre a alimentação de diabéticos e hoje utilizo tudo que aprendi nas consultas” (Médica 1).

Diante do exposto, observa-se que a realização de grupos de intervenção que possuam como foco o ACS merece destaque, pois propicia a este profissional, que é o alicerce da ESF, subsídios para que os mesmos possa continuar realizando o seu trabalho com maior qualidade e motivação. Nesse sentido, evidencia-se a necessidade de fortalecer ações de educação permanente, visando à construção de práticas profissionais que respondam às necessidades de saúde da população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.833, de 2 de setembro de 2014. Institui o Grupo de Trabalho Tripartite para elaborar proposta de regulamentação da Lei n. 12.994, de 17 de junho de 2014. Diário Oficial da União, Brasília, 3 set. 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1833_02_09_2014.html> Acesso em: 13 abr 2016.

CARDOSO, A.S.; NASCIMENTO, M.C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 1, p.1509-20, jan./jun. 2010.

DEJOURS, C. A banalização da injustiça social. 4.ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.

DISSEN, C.M. et al. Cargas físicas no trabalho de agentes comunitários de saúde. *Revista Contexto & Saúde*, v. 10, n. 20, p.807-12, jan./jun. 2011.

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIULIANI, E.R.J. (Org.). *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências*. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FERRARI, A.J. et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. *Journal Pubmed*, 05 nov. 2013.

FORTES, P.A.C.; SPINETTI, S.R. A informação nas relações entre os agentes comunitários de saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 2, p.70-5, ago. 2004.

MASCARENHAS, C.H.M.; PRADO, F.O.; FERNANDES, M.H. Fatores associados à qualidade de vida de agentes comunitários de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 5, p.1375-86, maio 2013.

MENDES, E.V. *A atenção primária à saúde no SUS*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

NASCIMENTO, C.M.B. *Precarização do trabalho do agente comunitário de saúde: um estudo em municípios da região metropolitana do Recife*. 2005. 25 f. Monografia (Especialização) - Curso de Saúde Pública, Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2005.

PERES, C.R.F. et al. O agente comunitário de saúde frente ao processo de trabalho em equipe: facilidades e dificuldades. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 45, n. 4, p. 905-11, ago. 2011.

RIBEIRO, M.C.S.A. et al. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 4, p.1011-22, 2006.

SILVA, C.A. et al. Formação técnica do agente comunitário de saúde: desafios e conquistas da escola técnica de saúde do Tocantins. Trabalho, Educação e Saúde, v. 7, n. 3, p.609-21, fev. 2010.

SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

TELLES, S.H.; PIMENTA, A.M.C. Síndrome de Burnout em agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. Saúde e Sociedade, v. 18, n. 3, p.467-78, 2009.

VASCONCELLOS, N.P.C.; COSTA-VAL, R. Avaliação da qualidade de vida dos agentes comunitários de saúde de Lagoa Santa - MG. Revista Aps, v. 11, n. 1, p.17-28, jan./mar. 2008.

WEIL, P. Nova Linguagem Holística. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

A experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde em Santos, São Paulo¹

Macarena Urrestarazu Devincenzi

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Mariana Chaves Aveiro

Ieda Ávila Vargas Dias

Terezinha de Fátima Rodrigues

INTRODUÇÃO

Desde a instalação do *Campus Baixada Santista* da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), na cidade de Santos, em 2005, no contexto do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI), foi feita uma aproximação e parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município para a realização de atividades de ensino no Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo estágios e atividades do Eixo Trabalho em Saúde da graduação, Programas de Residências Multiprofissionais e Programas de Educação pelo Trabalho (PET) Saúde, nos anos de 2012 a 2015.

O Projeto Político-Pedagógico da UNIFESP/*Campus Baixada Santista* propõe importante contribuição para reorientar à formação de profissionais de saúde, ao priorizar uma educação sustentada na busca da integralidade e interdisciplinaridade, articulando o ensino, extensão e pesquisa, de modo a promover competências para o trabalho em equipe. (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. CAMPUS BAIXADA SANTISTA, 2006)

Estas premissas revelam um compromisso com princípios e diretrizes do SUS, em resposta às demandas por profissionais sensíveis às necessidades de saúde de indivíduos e populações e que reconheçam a complexidade do processo saúde-doença-cuidado, articulando as discussões mais gerais no âmbito da política de saúde em defesa do SUS. A integração ensino-serviço vem se fortalecendo e permitindo a educação permanente e a reflexão das práticas dos trabalhadores do SUS. (CAPPOZZOLO et al., 2013; MEDEIROS.; BRAGA-CAMPOS; MOREIRA, 2014; VASCONCELOS; STEDEFELDT; FRUTUOSO, 2016)

Nesse contexto, a elaboração do Projeto da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS) envolveu profissionais da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santos e da UNIFESP. Como previa o Edital², ao ser aprovado, foi necessário estabelecer contatos com o Conselho Municipal de Saúde de Santos (CMS), com a Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e a Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço (CIES) da Divisão Regional de Saúde (DRS) IV – Baixada Santista. (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. CAMPUS BAIXADA SANTISTA, 2006)

Merece destaque esta prerrogativa estabelecida pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Ministério da Saúde (SGTES/MS), pois permitiu o início da aproximação com o controle social e com os núcleos de educação permanente de outros municípios da Baixada Santista, importantes interlocutores no processo de acompanhamento da implantação

1 Programa de Residência Multiprofissional, texto elaborado por tutores e coordenadores.

2 Edital de Convocação nº 24, aberto pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), intitulado “Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde” em dezembro de 2009.

do Programa e posteriormente de outras políticas indutoras do Ministério da Saúde que seriam pleiteadas pelo Campus. (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. CAMPUS BAIXADA SANTISTA, 2006)

O PRMAS: DESAFIOS EM SUA CONSTRUÇÃO E CONSOLIDAÇÃO

A proposta do PRMAS foi desafiadora por envolver oito áreas profissionais ao longo de seu funcionamento (educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional); incluir diferentes linhas de cuidado: saúde da mulher e do recém-nascido; saúde da criança e do adolescente; saúde do adulto e do idoso e saúde mental; e os três níveis de atenção à saúde: primária, especializada e hospitalar.

Inspirados no conceito de construção de linha do cuidado, a ideia era oportunizar que o residente e os demais atores envolvidos no Programa pudessem repensar o processo saúde-doença-cuidado quanto aos seus determinantes e condicionantes, e a intervenção em toda a cadeia de produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação. A ideia era, também, garantir que a construção do cuidado fosse centrada nos usuários e suas necessidades. (MALTA; MERHY, 2010)

Em 2010, o Programa iniciou suas atividades na atenção hospitalar na ISCMS e na atenção básica na Zona Noroeste da cidade de Santos, em Unidade Básica de Saúde (UBS Rádio Clube) e na região dos Morros, em Unidade de Saúde da Família (USF Vila Progresso). Para 2011, foi proposta a ampliação para mais duas regiões da cidade, Centro (UBS Martins Fontes) e Orla (UBS Embaré).

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Para tanto, utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância no território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012)

Considerando essas diretrizes e a realidade do município de Santos, as ações do PRMAS na atenção básica concentraram-se na assistência pré-natal e atenção à hipertensos e diabéticos, predominantemente por meio de ações educativas em grupo e desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares; apoio na construção do sistema de referência e contrarreferência entre a atenção básica e a atenção especializada, especialmente em casos de saúde mental; e entre a atenção básica e hospitalar para casos de pediatria e de adultos com doenças crônicas.

Na atenção hospitalar, na ISCMS, as atividades foram desenvolvidas nas unidades de internação da maternidade, pediatria, oncologia e clínica médica, com momentos de atuação junto aos preceptores de núcleo específico e momentos de discussões da equipe de referência, gestão do cuidado, construção dos projetos terapêuticos e implementação das ações multiprofissionais.

Destacam-se na esfera do controle social, a participação em diferentes instâncias, com o acompanhamento das discussões no âmbito dos Conselhos Locais e Municipal de Saúde de Santos, em ações ligadas aos Fóruns como o da Frente da Luta Antimanicomial, o da População em Situação de Rua e no âmbito dos serviços, no estímulo e apoio ao “exercício da cidadania

para além dos espaços instituintes, recorrendo ao tema em suas diversas intervenções, principalmente no trabalho com grupos.” (SANTOS et al., 2013, p.14)

A estratégia da Clínica Ampliada e Compartilhada serviu de base para o trabalho da equipe multiprofissional de residentes, uma vez que busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar. A capacidade de escuta, os vínculos e afetos, o diálogo e a autonomia dos usuários foram instrumentos e abordagens utilizados pelos residentes em seus processos de trabalho. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS, 2009)

Todavia, a inexistência de um trabalho integrado, ainda que multiprofissional, e o modelo médico-centrado e curativo nos espaços onde os residentes desenvolviam as práticas, foram processos que demandaram intensas articulações, em todo o percurso do Programa, buscando afinar concepções, o que necessariamente exigiu a abertura para o diálogo objetivando consolidar uma proposta inovadora, interdisciplinar, em diferentes espaços no campo da saúde pública, abrangendo a formação em serviços (proposta pela Residência) e a potência do trabalho em rede, articulando desde atenção básica até a hospitalar.

A construção interdisciplinar foi marca central do PRMAS embasada nos pressupostos presentes no Projeto Político-Pedagógico do *Campus* Baixada Santista, que apresenta como diretrizes “a prática profissional como eixo norteador”, “a interdisciplinaridade”, a “postura ativa na construção do conhecimento” e fundamentalmente, “a integração com a comunidade”. (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. CAMPUS BAIXADA SANTISTA, 2006)

Estes elementos, presentes no PRMAS permearam o esforço coletivo na tessitura da proposta em seus desafios cotidianos.

Por que apontamos como desafios? Porque queremos destacar, com ênfase, que o PRMAS em todo o seu percurso existencial, configurou-se em uma vivência real de inserção na rede de serviços de saúde de Santos, o que implicou compromissos em termos do afinamento das concepções teóricas e articulação das ações na perspectiva da formação interprofissional.

Os desafios, de diferentes naturezas, exigiram disposição e compromisso em transitar nas diferentes áreas de formação, articular o saber específico – multiprofissional, compartilhar as ações, o que consideramos, oportunizou “otimizar os recursos e ampliar o reconhecimento e a atenção às necessidades de saúde próprias de usuários e população de cada território e serviço.” (PEDUZZI, 2013, p.978)

Para ampliar as potencialidades da proposta para além das práticas de atenção à saúde nos serviços, organizou-se uma vivência na gestão em saúde que permitisse a compreensão da estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e organização de conhecimentos do setor, completando a formação dos residentes no âmbito da saúde coletiva. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

O planejamento da “vivência na gestão em saúde” aconteceu de forma conjunta entre a Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde/Secretaria Municipal de Saúde (COFORM/SMS) e o Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) da ISCMS e a UNIFESP, sendo oferecida nos meses finais do Programa. Na SMS inicialmente foram organizados seminários, com duração de até duas semanas, onde as chefias apresentavam os setores, sua gestão e financiamento. Após as apresentações os residentes deveriam escolher o setor em que iriam permanecer durante um ou dois meses. Ao final da vivência, o residente apresentava um Plano de Ação para o setor escolhido, descrevendo as competências, pontos positivos, nós críticos e sugestões de melhorias.

Na ISCMS, as vivências de gestão contemplaram áreas que possibilitassem ao residente entender o fluxo de entrada do paciente, o período de internação e o processo de alta hospitalar e sua articulação com a rede. Também foram inseridas algumas áreas de apoio, uma vez que os residentes tinham dificuldades em entender algumas situações da prática assistencial que eram influenciadas diretamente por questões de autorização do SUS, como fornecimento de materiais e insumos, burocracia, falta de leitos e dificuldade de articulação com a rede.

O período de gestão no cenário hospitalar foi dividido da seguinte forma: uma semana na área específica; de três a cinco dias em cada setor, rodiziando os residentes em duplas; duas semanas no setor escolhido e uma semana para elaboração dos relatórios, abordando os seguintes pontos: descrição do setor, finalidade, localização, recursos humanos, organograma hierárquico, atividades desenvolvidas e fluxograma, dificuldades observadas, pontos facilitadores e sugestões de melhorias.

A CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE: REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA

Pensando que a integralidade no cuidado demanda um trabalho em saúde que transcende os fazeres individualizados de cada profissão, projetando para a importância da equipe, a proposta foi pensada para possibilitar o preparo de profissionais de saúde para o trabalho em equipe interdisciplinar na perspectiva da integralidade no cuidado. Tal ponto de vista buscou agregar o ensino com o serviço, voltando-se para a criação de valores que priorizassem a saúde em relação à doença avançando para além dos processos centrados somente nas ações hospitalares, curativas e individuais. (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. CAMPUS BAIXADA SANTISTA, 2014)

Desta forma, acreditando na construção da identidade profissional de uma área da saúde a partir da exposição a situações comuns de aprendizagem com outras áreas, este Programa investiu na educação interprofissional, tendo como ponto de partida o trabalho em equipe e a integralidade no cuidado, a qual demandou um trabalho em saúde que fosse além dos fazeres individualizados de cada profissão.

Assim, os residentes foram organizados em equipes multidisciplinares, variando entre as diferentes áreas, atuando interprofissionalmente em cenários distintos, tanto em equipamentos de atenção básica da SMS de Santos quanto em diferentes alas na ISCMS. Suas atividades buscaram sempre a construção de projetos terapêuticos singulares, para casos ou grupos, integrados nas linhas de cuidado e na Rede de Atenção à Saúde.

O PRMAS previa que o residente se movimentasse na rede e nos territórios, em direção à Política Nacional de Promoção de Saúde que veio a ser publicada em novembro de 2014. Um de seus eixos operacionais é a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que favorece práticas de cuidado humanizadas, pautadas nas necessidades locais, na integralidade do cuidado, articulando com todos os equipamentos de produção da saúde do território. Além de incluir as demais redes de proteção social, vinculando o tema a uma concepção de saúde ampliada, considerando o papel e a organização dos diferentes setores e atores, que, de forma integrada e articulada por meio de objetivos comuns, atuem na promoção da saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA À SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, 2014)

Para tanto, foram pensadas algumas estratégias, nos cenários, para construção das práticas integradas. No contexto hospitalar, os tutores juntamente com o NEP/ISCMS iniciaram as primeiras reuniões denominadas de “Integralidade”, que tinham como objetivo reunir

diferentes profissionais, além de residentes e preceptores, para ações voltadas à construção do cuidado integral.

A partir da proposta de “Integralidade” na ISCMS nasceu a demanda de ampliá-la para a atenção básica, pensando no cuidado em Rede de Atenção à Saúde por meio da construção de momentos de encontro entre atenção básica, hospital e universidade, com a participação de seus atores: residentes, preceptores e tutores. Segundo Kastrup (2013, p.152),

[...] o encontro com os serviços de saúde, com suas políticas, dispositivos e tecnologias, possibilita a experiência direta da realidade atual, das condições do atendimento à população, além de fomentar o desejo e o desafio da invenção e reinvenção das rotinas de trabalho e das práticas cotidianas, em função das exigências concretas do terreno.

Para os preceptores da ICSMS e SMS, essa proposta proporcionou o reconhecimento das peculiaridades dos diferentes cenários, até o momento desconhecidas, para repensar suas práticas cotidianas para o cuidado em rede. Os tutores, por sua vez, conseguiram efetivamente participar da gestão do cuidado e pensar novas possibilidades de trabalho em saúde, juntamente com as equipes dos serviços e residentes.

Entretanto, essa proposta apenas foi efetivada quando a centralização da articulação dos dois cenários foi assumida pelos tutores e aprovada pelos membros do Colegiado Interno do PRMAS, constituído por tutores de área, residentes e representantes das SMS e ISCMS.

Como as reuniões de “Integralidade” abrangeram apenas casos das UBS onde a Residência estava presente com suas equipes interprofissionais, foram utilizadas outras estratégias para o cuidado integral, em rede, dos demais usuários, internados nas enfermarias da ISCMS.

Como a ausência de regulação e de fluxos formais para a atenção hospitalar pode ser um importante entrave à garantia de cuidado integral, tornando incompleto o processo de integração da rede, (ALMEIDA et al., 2010) a equipe de residentes, que estava na atenção hospitalar, construiu um instrumento de “Contrarreferência” que apresentava dados como a identificação do usuário (nome do usuário e de sua mãe; endereço, data de nascimento e idade), data da internação e alta, motivo e resumo da internação, processo saúde-doença, situação socioeconômica, dinâmica familiar, rede de suporte, histórico de atendimentos e intervenções realizadas na instituição hospitalar. Após discussão do caso com a equipe de preceptores e/ou tutores, consentimento do usuário e contato telefônico com o serviço, o instrumento preenchido era encaminhado para a unidade de referência.

No início dessa trajetória, o instrumento causou inúmeros estranhamentos nos profissionais. No entanto, após sua familiarização, verificou-se a aproximação dos diferentes serviços relacionados ao cuidado integral.

As estratégias construídas com os residentes proporcionaram um cuidado integral a curto prazo e para um grupo reduzido de usuários. Entretanto, reconhecemos que as mesmas favoreceram a sensibilização de profissionais de referência a esses usuários, residentes, preceptores e tutores que podem vir a ser multiplicadores dessas propostas em diferentes cenários de atenção e formação em saúde. No estudo de Tomanik et al. (2015), desenvolvido no âmbito do Programa, em que foram analisadas as percepções dos usuários acompanhados pela equipe de residentes, destacaram-se algumas falas importantes que indicaram essa

dedicação e o empenho por parte das equipes de residentes na busca do cuidado integral dos usuários e o incentivo para a mudança das equipes dos serviços.

Os residentes, ao utilizarem suas vivências e conhecimentos adquiridos nas práticas em saúde, assumiram uma postura que foi além da formação profissional específica e contagiaram aqueles que trabalhavam no mesmo ambiente. (TOMANIK et al., 2015)

A EXPERIÊNCIA DA GESTÃO DO PROGRAMA

O Programa inicialmente envolveu a direção do *Campus*, a SMS-Santos e a Gestão da ISCMS; incluindo seus respectivos núcleos de ensino e integração ensino-serviço, COFORM e NEP, para operacionalização da proposta, bem como os docentes do *Campus* e chefias dos serviços. A apropriação pelos demais envolvidos, os que de fato conduziram o Programa na prática, foi acontecendo ao longo do processo, concomitante à entrada dos residentes nos serviços.

Optou-se por criar um Comitê Gestor, intitulado “Colegiado Interno”, para a organização e gestão do PRMAS, que se reunia mensalmente na própria UNIFESP-BS e era composto por representantes dos gestores das instituições (um da SMS e um da ISCMS), coordenação do programa, tutores (um de cada área profissional), docentes (Eixo comum, Trabalho em Saúde), preceptores (um da atenção básica e um da hospitalar) e residentes (representantes dos residentes R1 e R2), que juntos constituíram um coletivo forte, conseguindo uma gestão compartilhada. Este Colegiado foi aprovado na instância maior do *Campus* Baixada Santista, a Congregação, em abril de 2011, e o mesmo passou a ter assento formal no Conselho do *Campus*, além da representação dos residentes, como discentes de pós-graduação.

A eleição para a coordenação do Programa/presidência do Colegiado Interno se dava a cada dois anos e foi convencionado ser sempre alguém da Universidade. Os demais membros eram substituídos à medida da necessidade. As reuniões contavam com lista de presença e atas assinadas pelos membros, tendo como exemplo de deliberações desse colegiado: o andamento e mudanças da semana padrão e calendário letivo, sobre a saída e participação em eventos, estágios optativos, avaliações dos residentes, frequência, afastamentos, situações e conflitos da prática nos serviços, acompanhamento do andamento dos Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR), dentre outros.

O Colegiado Interno organizou o seu regulamento próprio, a partir de um Grupo de Trabalho com alguns de seus membros que se reuniram ao longo de 2011 e que foi submetido à Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU-UNIFESP), sendo aprovado em novembro de 2011. O regulamento foi um ganho positivo para o PRMAS, pois além de definir papéis (coordenação, tutor, preceptor, docente e residente), também deliberava sobre situações cotidianas, em seus quarenta e nove artigos. (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. CAMPUS BAIXADA SANTISTA, PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE, 2011)

Nos anos de 2010 e 2011, as bolsas dos residentes do PRMAS foram credenciadas pelo MS. A partir de 2012 passaram a ser credenciadas pelo MEC, em função do indicativo de unificação das bolsas pela condição da Unifesp como Instituição Federal de Ensino Superior (IFES) com Hospital Universitário (HU). A diferença em função do financiamento (MEC ou MS) acabou por explicitar singularidades no formato e condução das propostas, ainda que compondo uma única COREMU na UNIFESP. Os programas ligados diretamente ao MEC são estruturados em sua maioria por especialidades, enquanto que os programas geridos pelo MS são relacionados às demandas e linhas de cuidado prioritárias do SUS.

Em um percurso que envolveu diferentes atores, a gestão do Programa teve papel central: articular as demandas, ser o elo entre três diferentes instâncias: Campus Baixada Santista/Universidade e instituições parceiras (ISCMS e SMS); viabilizar processos e percursos interdisciplinares, pautar as discussões no âmbito da UNIFESP e do Campus Baixada Santista, sobre o lugar da “Residência”.

Tal discussão se fez necessária pelos crescentes processos de desligamento do Programa de vários de seus atores, sejam residentes, preceptores, tutores e o mais preocupante, áreas profissionais presentes na proposta inicial, o que tensionou, por diversos momentos, exigindo posicionamentos do *Campus* e do Programa em suas instâncias deliberativas.

Cabe ressaltar que uma proposta na dimensão construída pelo Programa exigiu, cotidianamente, o esforço de seus atores no “mergulho” na rede de serviços de Santos, fazendo parte deste cotidiano, a precarização do trabalho e a insuficiência de recursos humanos, aliados a inserção em territórios de elevada vulnerabilidade social. Ademais, a sobrecarga de um pequeno grupo de tutores/docentes aliada a uma demanda crescente em suas outras vinculações acadêmicas passou a comprometer a proposta, com cobranças das mais diferentes ordens: dos residentes, das instituições parceiras, da universidade e principalmente, do compromisso pessoal/profissional com os processos e com todos os envolvidos.

A desistência de participação de algumas áreas, a ausência de preceptores de áreas específicas, a intensificação do trabalho para o reduzido número de tutores, dentre outras, forjou a discussão da oferta de novas vagas para o ano de 2013. Após várias discussões não só no âmbito do Programa como *Campus/Universidade*, a decisão foi pela abertura de edital, compondo nova turma. Neste período, intensos debates ocorreram sempre pautados na necessidade de ações voltadas à consolidação da proposta, dentre essas, a reinserção das áreas desistentes e recomposição do corpo de tutores/docentes. As discussões prosseguiram ao longo do ano de 2013, sem avanços.

Em 2014, o *Campus* apontou nova direção quanto aos seus Programas de Residências Multiprofissionais: propostas envolvendo um número menor de áreas, constituindo assim dois novos Programas, o de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia (2014) e o de Redes de Atenção Psicossocial (2015).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O PRMAS em todo seu percurso (2010-2015) apontou questões centrais no âmbito da vida acadêmica que, consideramos, ultrapassam os muros da UNIFESP *Campus* Baixada Santista e se colocam a todos os Programas de Residência Multiprofissional ou outros de natureza similar. Especialmente o papel docente, na condição de também tutores/preceptores, aliado às suas outras inserções vinculadas ao ensino, à pesquisa e gestão universitária. Como valorizar o trabalho docente nestes Programas?

Consideramos fundamentais os editais de fomento lançados pelo Ministério da Saúde, com os Programas que buscam a “integração ensino-serviço-comunidade”. Mas, quem faz esta articulação? Quem é o sujeito desta ação para além da propositura institucional de uma universidade? Com certeza um destes sujeitos é o docente.

Programas como o PRMAS impõem a inserção na rede de serviços do município, o alinhar de propostas, a discussão constante e complexa de processos de trabalho que articulam o fazer disciplinar/multi e interprofissional. Categorias, que consideramos, por si só, exigem estudos, alinhamentos teóricos, abertura para o novo e fundamentalmente

compromissos com a formação de novos profissionais para o SUS, na perspectiva do direito à saúde.

Verificamos que a participação nestes Programas é pouco considerada no âmbito da valorização da carreira docente e este foi um dos elementos, no percurso do PRMAS, que potencializou a saída de seus vários docentes/tutores, com dificuldades na continuidade da proposta.

É relevante lembrar a articulação inicial existente entre o MEC e MS nos Programas de Residência. Ressalta-se a necessidade desta rearticulação compondo outras discussões, potencializadas com as experiências dos Programas existentes. Como articular com o MEC e entidades organizativas dos docentes, em relação à valorização da carreira docente? Em tempos de produtivismo acadêmico, é desafiante àqueles que se envolvem em proposituras desta natureza, potencializar ações que realmente insiram-se na realidade da rede de serviços que, como dissemos, exige intenso trabalho.

O PRMAS formou sua última turma em fevereiro de 2015 e dentre seus tantos pontos positivos, fica a crença na possibilidade da construção de percursos interdisciplinares que envolvam não só a universidade em seus pressupostos epistemológicos, no campo da educação interprofissional, como também uma rede de serviços e seus usuários. Demonstrou também a potência da aprendizagem oportunizada na vivência concreta, no “mergulho” nas contradições da política pública de saúde e fundamentalmente, permitiu reflexões e ações na saúde como direito social.

Enfim, para a Universidade fica o desafio de organizar os cenários na rede pública de saúde, em seus diferentes níveis de formação para o SUS. Como potencializar as ações em territórios onde já são desenvolvidas atividades de ensino, pesquisa e extensão? Como efetivar a integração das ações, ainda que em diferentes modalidades de formação? Questões que ficam como desafios a serem problematizados no *Campus* Baixada Santista que tem em seu projeto político-pedagógico a perspectiva da educação interprofissional e a inserção na rede de serviços.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P.F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 26, n. 2, p.286-98, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS: revisão da Portaria MS/GM n. 687, de 30 de março de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CAPOZZOLO, A.A. et al. Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde. *Interface (Botucatu)*, v. 17, n. 45, p. 357-70, 2013.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004.

KASTRUP, V. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. In: CAPOZZOLO, A.A.; CASETTO, S.J.; HENZ, A.O. (Orgs.) Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: HUCITEC, 2013. p.151-62.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Interface (Botucatu), v. 14, n. 34, p.593-605, jul./set. 2010.

MEDEIROS, M.A.T.; BRAGA-CAMPOS, F.C.; MOREIRA, M.I.B. A integralidade como eixo da formação em proposta interdisciplinar: estágios de nutrição e psicologia no campo da saúde coletiva. Revista de Nutrição, v. 27, n. 6, p.785-98, 2014.

PEDUZZI, M. et al. Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. Revista Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 4, p.977-83, 2013.

SANTOS, D.O. et al. O controle social como disparador de mudanças nos serviços de saúde. Revista da ANPG –Ciência, Tecnologia e Políticas Educacionais, v. 1, n. 1, p.12- 17, 2013.

TOMANIK, C.V.A. et al. A percepção do usuário sobre a abordagem de uma equipe de residentes multiprofissionais. Saúde em Debate, v. 40, n. 107, p.1117-26, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. CAMPUS BAIXADA SANTISTA. PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE. Regulamento do programa de residência multiprofissional em atenção à saúde. Santos, 2011.

_____. Projeto Político Pedagógico da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixada Santista: a educação interprofissional na formação em saúde e a competência para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado. Santos, 2006.

_____. Relatório dos cenários de prática profissional do programa de residência multiprofissional em atenção à saúde da UNIFESP *campus* Baixada Santista. Santos, 2014.

VASCONCELOS, A.C.F; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M.F.P. Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde. Interface (Botucatu), v. 20, n. 56, p.147-58, 2016.

Encontros e desencontros do trabalho no Sistema Único de Saúde: Uma cartografia sobre o ser/estar residente em saúde indígena¹

*Tanise de Oliveira Fernandes
Cátia Martins Paranhos*

Neste capítulo, relatamos a nossa experiência no percurso de dois anos de formação no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), com ênfase em Saúde Indígena, do Hospital Universitário da Grande Dourados (HUGD), de Mato Grosso do Sul. Ao longo da escrita direcionamos a atenção para as riquezas, os conflitos e os questionamentos que se fizeram presentes ao longo deste caminho, abordando os encontros e os desencontros nos fazeres e nas vivências do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). A análise do percurso na RMS, na condição de psicóloga residente em saúde, e, em um campo de grande complexidade que é a ênfase em Saúde Indígena, deu-se a partir de um olhar cartográfico (ROLNIK, 1989) e da análise institucional, a partir da análise de implicação. (COIMBRA; NASCIMENTO, 2008)

A perspectiva cartográfica implica habitar um determinado território a partir de uma receptividade, do envolvimento e da abertura aos encontros com o campo pesquisado. (ALVAREZ; PASSOS, 2012) Ao cartografar alguns territórios que compõem a RMS, discutiremos o processo de educação em saúde no SUS, problematizando a modalidade da Residência Multiprofissional em Saúde, e, as singularidades e os desafios do trabalho na Saúde Indígena.

NOSSO CENÁRIO: A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE (RMS) DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA GRANDE DOURADOS (HUGD)

A RMS do HUGD foi implantada em 2010, tendo como áreas de concentração a Saúde Indígena e Atenção Cardiovascular, compostas pelos núcleos profissionais da enfermagem, psicologia e nutrição. No período de dois anos, a RMS possibilita o desenvolvimento de competências orientadas a partir das diretrizes da integralidade e do modelo de vigilância à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), articulando a integração de conhecimento e ações entre as áreas profissionais. (UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 2009)

A realidade local e da rede de atenção à saúde em que a RMS está inserida se apresenta de maneira intensamente complexa, com atravessamentos culturais, sociais, políticos e éticos, dentre outros, que configuram e influenciam as práticas de produção de saúde na região.

A cidade de Dourados, com cerca de 200 mil habitantes, está localizada na região sul do Estado do Mato Grosso do Sul. A base da economia da cidade é a agroindústria, caracterizada pela monocultura de grãos, criação de gado e a plantação da cana-de-açúcar, com a presença de usinas de álcool na região. Também há a proximidade com o Paraguai, o que possibilita o trânsito livre entre os habitantes dos dois países através da fronteira seca. (MARTINS; LUZIO, 2011)

¹ Este capítulo é um Relato de Experiência sobre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, ênfase em Saúde Indígena do HUGD/UFGD. É um recorte do Trabalho de Conclusão de Curso da Residência.

A característica que mais chama a nossa atenção e que torna a realidade da cidade muito peculiar é a forte presença da população indígena. Dourados tem uma das maiores populações indígenas do Brasil, são quase 12 mil indígenas, (CAVALCANTE, 2013) das etnias Guarani-Nhandeva, Guarani Kaiowá e Terena. Esta população se encontra em diversos contextos: na Terra Indígena Panambizinho homologada em 2002, em acampamentos nas rodovias, e, ainda, na cidade. Contudo, grande parte da população localiza-se na Reserva Indígena Francisco Horta Barbosa ou Reserva Indígena de Dourados (RID), composta pelas aldeias Jaguapiru e Bororó.

Outro aspecto importante é a proximidade geográfica da Reserva com o perímetro urbano de Dourados, o que possibilita encontros e interações da população indígena com os demais sujeitos que compõem esta realidade. Porém, a representação do indígena para a sociedade Douradense se dá na descaracterização destes no cenário local, através de estereótipos preconceituosos e pejorativos (bêbados, sujos, incapazes, violentos, dentre outros). Mesmo participando ativamente nas dinâmicas da cidade, os indígenas são invisibilizados nos cenários, ocorrendo a delimitação de fronteiras entre o indígena e o não indígena. (MOTA, 2011)

Somamos ainda a essa problemática, as inúmeras dificuldades que a população das aldeias enfrenta de longa data. São acometidas por graves problemas sociais, como a falta de espaço físico, superpopulação, índices elevados de violência, falta de acesso à educação, a água potável e a insegurança alimentar. (PEREIRA, no prelo)

Em um cenário marcado pela violação de direitos, os desafios que se apresentam à rede SUS são diversos, como a desnutrição infantil, o uso abusivo de bebidas alcoólicas e outras drogas, as doenças de cunho emocional e/ou espiritual, o suicídio, as inúmeras formas de violência, dentre outras questões, que provocam e convocam os serviços de saúde da cidade a atuarem junto a estas populações.

Nesse sentido, a RMS vem ao encontro das demandas no âmbito da saúde da população indígena da região, como uma estratégia para qualificar a atenção. A presença de profissionais residentes nos mais diversos espaços de trabalho da rede de saúde de Dourados é uma forma de marcar e afirmar a Saúde Indígena como um dos desafios do SUS, construindo e fortalecendo estratégias que considerem as singularidades destes povos.

A ÊNFASE EM SAÚDE INDÍGENA E O ENCONTRO COM A DIFERENÇA

A Residência do HUGD está organizada de modo a permitir a circulação por vários campos de prática. Na ênfase em Saúde Indígena, os campos são diversos, partindo de estágios mais generalistas, como setores do hospital, a Atenção Básica, a Atenção à Saúde Indígena no contexto da SESAI (Secretaria Especial de Saúde Indígena) até o campo específico da ênfase, realizado em um hospital filantrópico localizado nos limites da Reserva Indígena.

Para problematizar a RMS, e as formas que tal experiência nos afetou e compôs o cenário da formação, utilizamos como ferramenta a análise de implicação. A análise de implicação se propõe a observar atentamente “as pertencas, as referências, as motivações, os investimentos libidinais sempre produzidos nos encontros, nas relações, na história.” (COIMBRA; NASCIMENTO, 2007, p.30)

Inicialmente, consideramos a importância em pensar acerca da nossa implicação com a Saúde Indígena. Esta escolha nos representou a possibilidade do encontro com a diferença, com o diverso. Era oportunidade para discutir saúde de forma ampliada, considerando aspectos culturais, políticos, históricos, étnicos, dentre tantos outros envolvidos.

Nesse sentido, trabalhar com a população indígena consistiu em nos encontrar com uma cultura distinta da nossa. Mendonça (2010) ressalta que conhecer o diferente nos leva à reflexão sobre nossa prática enquanto profissional da saúde, confirmando a necessidade de se dispor a ouvir e a dialogar com o outro. Para a autora, essa habilidade consiste em um importante recurso que devemos utilizar na Saúde Indígena.

Na condição de psicóloga, incontáveis vezes nos deparamos com nosso arsenal de teorias e técnicas psicológicas impotentes, diante da complexidade da compreensão de mundo das etnias com as quais trabalhamos. Nestes momentos, percebíamos que tínhamos muito mais a aprender com aquele usuário, família ou comunidade, do que desenvolver técnicas para dar conta do nosso desconhecimento. Aos poucos fomos compreendendo que o melhor recurso a ser utilizado era a escuta, a abertura para o encontro em um campo tão diverso e complexo que é a questão indígena. Tal movimento foi uma estratégia bem-sucedida que nos auxiliou na busca pelo entendimento da cosmologia e das concepções dos processos da vida dos povos indígenas da região de Dourados.

Stock (2011), ao discutir sobre a saúde mental e os povos indígenas, refere que colocar os saberes em simetria (Saúde Indígena e saúde mental, saberes tradicionais e saberes biomédicos, de índios e não índios), além de permitir pensar alternativas de cuidado em conjunto, também é a possibilidade de ampliar a compreensão sobre o adoecimento subjetivo e emocional. Este movimento dá acesso para um campo problemático de questionamentos éticos, vistos como fundamentais para o trabalho intercultural, que representa uma postura ética diante da diversidade cultural e das interações, diálogos e trocas entre grupos humanos diferenciados, pautados no respeito à diferença. (RAMOS, 2015)

A Residência nos possibilitou o encontro com a diferença de modo muito intenso. Deparamo-nos com uma cultura e uma língua distinta da nossa e com o desafio de atuar na produção de saúde, juntamente com o usuário indígena. Aproximarmo-nos da realidade desta população também foi outra estratégia bem-sucedida que encontramos para lidar com tais desafios, através do estudo da língua Guarani, das conversas com os trabalhadores e usuários indígenas, e principalmente conhecendo seus modos de vida através da participação de atividades culturais e vivências nas aldeias da região e também nos acampamentos compostos por pessoas e famílias que buscam a retomada de suas terras tradicionais e que aguardam decisão judicial.

Outro aspecto importante a ser destacado é sobre a delicadeza que se deve ter no encontro com o usuário, neste caso, especialmente o indígena, pois aquilo que para nós é visto como comum, necessário e inquestionável, para essa comunidade pode causar estranhamento. Acreditamos na importância da nossa aproximação à vida dos usuários, buscando compreender quais os sentidos atribuídos por eles quanto às ações em saúde que desenvolvemos. Este movimento nos possibilita avaliar e qualificar nosso trabalho junto aos usuários, a partir do momento em que discutimos conjuntamente a efetividade das ações.

A disposição para conhecer as culturas indígenas é de grande importância para o cuidado em saúde. No entanto, esta habilidade se fazia rara nos serviços nos quais circulamos, assim como nos muitos encontros entre o trabalhador e o usuário indígena. Um episódio, em especial, exemplifica a necessidade de nos atentarmos para as intervenções e o trabalho junto a esta população.

Em um dos campos de prática, uma mãe havia adentrado no serviço para tratamento nutricional de seu bebê e desde o início de sua estadia preferia dormir no chão a ocupar o leito e o berço destinado ao seu filho. Para a equipe, tal movimento era inaceitável e a mãe era constantemente orientada a repousar no leito. Com muita insistência ela cedeu e deixou de

dormir no chão, mas continuou a ficar junto a seu filho, dormindo com ele na cama. A relação entre a jovem mãe e a equipe já estava bastante frágil e desgastada e ficou mais delicada quando o bebê caiu da cama.

Em reunião de equipe discutimos sobre o ocorrido e como poderíamos agir diante desta situação. O assistente social do local, indígena da etnia Kaiowá, destacou aspectos significativos sobre a maternagem. Segundo ele, a relação da mãe indígena com seus filhos se dá de modo diferente, sendo a criança educada para ser independente desde pequena. O colega nos provocou a pensar o quanto era preciso ter atenção sobre a realidade de origem da jovem mãe. As condições da aldeia desta família eram de muita pobreza, havendo escassez de água e muitas vezes até de alimento. A relevância em se ter uma cama poderia ser nenhuma já que, muitas vezes, a cama é feita apenas com palha e no chão.

Ao apresentar este fragmento de experiência que nos marcou, podemos identificar o movimento da equipe em colocar como verdade apenas a sua percepção, utilizando de um único entendimento de cuidado. São práticas que impõem concepções não indígenas de compreensão da vida, que geram desrespeito, inviabilizando e desqualificando qualquer tipo de diferença.

Assim, destacamos a necessidade da delicadeza no encontro do trabalhador com os usuários indígenas. Este desafio nos convoca a relativizar crenças diante de outras formas de perceber e experienciar o mundo, que são estratégias fundamentais para a compreensão da saúde e da doença destes povos.

Ao longo da RMS, vivenciamos algumas experiências nas realidades Guarani e Kaiowá, para além dos contextos dos campos de prática previstos pelo Programa. Espaços de encontro com outras temáticas, pouco presentes no contexto hospitalar, como a saúde na concepção indígena pautada na medicina e na cultura tradicional de rezadores e as histórias de luta e resistência nos acampamentos da região.

Uma vivência bastante significativa foi a participação em um encontro entre rezadores de diversas comunidades indígenas Guarani e Kaiowá da região de Dourados. Estes rezadores, conhecidos como o Ñanderu e a Ñandesy, representam aqueles que sabem rezar e que mantêm o contato entre a terra e o mundo espiritual. Nesta atividade, rezadores e suas comunidades se reuniram para compartilhar músicas tradicionais, danças e rezas.

A diminuição do uso da medicina tradicional, em função da escassez das ervas para fazer os remédios, é um dado preocupante e foi destacado pelos rezadores. A mata tem diminuído cada vez mais e, por consequência, tem se tornado mais difícil encontrar as ervas necessárias para a produção de remédios. Esta realidade gera preocupações quanto aos desafios que as comunidades têm enfrentado para manter suas práticas tradicionais de cuidado, diante da derrubada de matas, com o predomínio do agronegócio.

Embora a situação dos povos da região seja marcada pela violação de seus direitos, nesse encontro havia muitas crianças envolvidas nas danças, rezas e brincadeiras típicas, o que demonstrava a afirmação da cultura destes povos. Percebíamos como a força da resistência se caracterizava na compreensão tradicional indígena do adoecimento e do cuidado, olhar que destaca a singularidade da medicina tradicional, como é colocado na fala de uma Ñandesy: “Existem muitas doenças que somente a reza acalma o corpo (sic)”. Desse modo, ainda existem inúmeros pontos de resistência da cultura tradicional indígena às intervenções não indígenas no processo de saúde e doença, mantendo vivo o modo de ser Guarani e Kaiowá.

Os nossos encontros com a realidade indígena, na Reserva Indígena e nos acampamentos na beira da estrada, nos fizeram perceber a complexidade da questão da terra,

mais especificamente para os Guarani e Kaiowá. A relação afetiva com o *Tekoha*, ou seja, o território tradicional em que seus antepassados viveram é muito intensa, assumindo uma grande importância na dimensão integral da vida destes povos. Desse modo, o *Tekoha* contribui na constituição da identidade do grupo em relação ao território vivido, uma identidade cultural e territorial. (MOTA, 2011)

Com estas vivências, passamos a pensar e compreender um pouco mais sobre as influências do território nos processos de vida destes sujeitos, e como as dinâmicas de saúde e doença são influenciadas pela presença ou distanciamento do *Tekoha*. Percorrer estas realidades, sentir a resistência em suas diversas e distintas formas, nos inspiraram para continuar o encontro e o diálogo com estes povos, trazendo um pouco desta energia da luta e da resistência para a construção de nosso trabalho, compreendendo que saúde, terra e espiritualidade são dimensões indissociáveis na vida dos Guarani e Kaiowá.

NOS ENCONTROS E DESENCONTROS: A CONDIÇÃO DE *SER/ESTAR*² RESIDENTE

Os encontros com trabalhadores, colegas da RMS e acadêmicos de diversas áreas nos provocavam e intrigavam quanto às suas concepções e modos de desenvolver o trabalho no SUS. Tais atuações eram diversas, tendo práticas envolvidas pelo cuidado e atenção ao usuário/paciente, atuações distantes e mecânicas, e também condutas normatizadas, às vezes representadas pelo preconceito e violência.

A imersão no contexto do trabalho nos fez perceber a complexidade envolvida em cada ponto da Rede SUS. Inicialmente pela caracterização do foco de atuação: desenvolvemos intervenções com o objetivo da produção de saúde. Há o envolvimento e o contato direto com outras pessoas, sujeitos assim como nós. Outra questão diz respeito ao que se produz a partir das ações do trabalhador, ou seja, do resultado do trabalho neste âmbito. Pode haver a produção do cuidado e a autonomia, e também o sofrimento, a opressão e o adoecimento. Os modos e os caminhos em que se tece a saúde para o outro estão diretamente relacionados com as concepções de cada profissional sobre o que é saúde e qual a forma de desenvolver tal bem.

Estas crenças são consequências da formação profissional, o contexto e as condições de trabalho que se tem, e, também, um elemento de grande importância, a possibilidade de construir espaços para a educação permanente em saúde.

Ceccim e Ferla (2009) colocam que a educação permanente em saúde é uma prática de ensino-aprendizagem e uma política de gestão federal que aproxima o ensino das reais necessidades para a efetivação do SUS. É uma proposta desafiante, ao problematizar as ligações entre a educação e o trabalho, colocando em questão a relevância social do ensino e as articulações da formação com a mudança no conhecimento e na prática profissional.

A RMS é uma estratégia de educação permanente que visa à formação de profissionais comprometidos com o SUS, envolvidos em um processo crítico e reflexivo sobre os modos de fazer e pensar saúde. A inquietação, a crítica e a criatividade, próprias de nosso grupo de residentes, contribuem na oxigenação dos serviços da Rede SUS e de seus trabalhadores.

Ao longo da experiência na RMS, notamos alguns conflitos no que se refere ao papel e o olhar sobre o residente. A condição de residente assume uma característica muito peculiar, somos trabalhadores da saúde pública e também pós-graduandos. Tal qualidade gerou

² O *ser/estar* neste capítulo define a posição transitória da condição de residente, que ao longo desta experiência esteve em constante construção e desconstrução diante dos atravessamentos e transformações ocorridos.

confusões quanto à compreensão do que é ser residente, principalmente acerca do papel a ser desempenhado no trabalho em saúde. Este dilema era enfrentado por nós, pelos preceptores e o restante da equipe dos serviços.

Em diversos momentos, havia a polarização em ser “ora estudante de pós-graduação, ora trabalhador”. Nas circunstâncias em que as condições de estudante pós-graduando e de trabalhador estavam distantes uma da outra e não dialogavam, assumíamos a posição de trabalhadores. A confusão quanto à proposta de formação na RMS gerava constantes tensões quanto aos papéis a serem desenvolvidos nos campos de prática, que decorria na precarização do processo educativo e também o sofrimento emocional, físico e a sobrecarga de tarefas. O quadro insuficiente de trabalhadores e a grande demanda de serviço também influenciavam na compreensão dos residentes apenas como trabalhadores do serviço.

Por outro lado, em situações em que havia maior entendimento sobre o papel da RMS tínhamos a possibilidade de circular entre as instâncias de trabalho e educação mantendo viva a correlação entre as duas dimensões. A percepção e a crítica da posição da academia enriqueciam os nossos olhares sobre a prática, acrescentando uma postura reflexiva sobre as atuações.

Assim, a beleza da proposta da RMS estava justamente na possibilidade em ampliar a compreensão sobre como se pode produzir saúde, partindo de um olhar criativo e transformador sobre as atuações enquanto profissional. Essa experiência nos possibilitou explorar a ousadia e a sensibilidade no encontro com os usuários e com os demais membros da equipe na construção de estratégias para trabalhar juntamente com estes na produção de saúde e cuidado.

Ao cartografar este território, percebemos que as realidades dos campos em que habitávamos eram diversas e sofriam constantes transformações. Imersos nestes contextos, também éramos afetados pelos atravessamentos que a Residência, o SUS, a Saúde Indígena, a assistência e o cuidado em saúde sofriam.

A RMS é composta por uma diversidade de tensões, que possibilita processos de subjetivação e modos de compreender e fazer saúde. No transcorrer desta vivência, ampliamos nossas percepções quanto aos atravessamentos que a Residência e nós residentes sofremos. Assim, a mais efetiva e perspicaz estratégia para se manter nesta complexidade foi buscar a compreensão de como as realidades nas quais circulamos se organizavam.

POR MAIS ENCONTROS E (TRANS)FORMAÇÕES...

Ao longo deste capítulo, problematizamos a condição de residente em saúde, suas implicações, suas adversidades, considerando a Saúde Indígena na cidade de Dourados como nosso cenário. A cartografia dos territórios nos quais circulamos durante a RMS, possibilitou-nos dar formas às constantes transformações dos lugares que habitamos, retratando os modos de subjetivação que se deram na condição de residente em Saúde Indígena.

De modo geral, podemos dizer que a Residência foi uma possibilidade de encontros e desencontros. A oportunidade de explorar os mais diversos territórios, escutando histórias, compartilhando experiências e ampliando o olhar para a multiplicidade. Representou a constante desterritorialização, ao nos reinventarmos cotidianamente enquanto trabalhadores e trabalhadoras da saúde, vivendo intensas experimentações das adversidades da vida profissional e sentindo na pele o que é ser trabalhador na saúde pública neste país.

Ao longo desta trajetória, percebemos que valorizar o âmbito subjetivo do trabalho na saúde é um potencial recurso para a mudança. Compartilhar experiências, construir estratégias de forma conjunta, considerando os bons encontros, são táticas riquíssimas para trabalhar na educação permanente em saúde. Valorizar e explorar estas vivências, principalmente os afetos decorrentes destes encontros são estratégias pedagógicas para a (trans)formação no e do SUS.

O contato com a diversidade, no caso a Saúde Indígena, possibilitou-nos conhecer outras formas de perceber e experienciar processos de vida. Além disso, impulsionou-nos a acessar novos campos de discussões como a diversidade cultural, a injustiça social e a violação de direitos humanos. Encontramos-nos com outras ciências, como a Antropologia, Ciências Sociais, Direito, dentre outras, que contribuíram para pensarmos e agirmos diante da complexidade que é a situação indígena na região de Dourados.

Também fortalecemos nossa compreensão de que saúde é um direito humano constitucional e a nossa convicção ético-política enquanto trabalhadores e trabalhadoras da saúde na garantia e manutenção deste direito. No âmbito indígena, devemos nos atentar que o direito à saúde envolve também o direito à terra, como fatores indissociáveis na promoção de saúde.

O SUS e nós, trabalhadores e trabalhadoras, ainda temos um longo caminho a percorrer junto aos usuários indígenas na construção de uma saúde que valorize a singularidade e a diversidade cultural desses povos. O encontro e a construção conjunta devem ocorrer marcados pela singularidade de cada etnia, e também como a possibilidade de se construir algo novo, pautado na diversidade e no respeito.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, J.; PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividades*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p.131-49.

CAVALCANTE, T.L.V. *Colonialismo, território, e territorialidade: a luta pela terra dos Guarani e Kaiowa em Mato Grosso do Sul*. 2013. 471 f. Tese (Doutorado em História) -Faculdade de Ciências e Letras de Assis, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Assis, 2013.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J.C.F. (Orgs.). *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2.ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009. p.162-7. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>>. Acesso em: 29 jan 2015.

COIMBRA, C.M.B.; NASCIMENTO, M.L. Análise de implicações: desafiando nossas práticas de saber/poder. In: GEISLER, A.R.; ABRAHÃO, A.L.; COIMBRA C.M.B. (Orgs.). *Subjetividade, violência e direitos humanos: produzindo novos dispositivos na formação em saúde*. Niterói: EDUFF, 2008. p.143-53.

MARTINS, C.P.; LUZIO, C.A. Considerações sobre o processo de humanização no HU de Dourados/MS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos HumanizaSus – atenção hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. v. 3. p.63-79. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizausus_atencao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 24 jan 2015.

MENDONÇA, S.B.M. Saúde indígena: distâncias que aproximam... In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos HumanizaSus – atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. v. 2. p.179-94. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizausus_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 24 jan 2015.

MOTA, J.G.B. Territórios e territorialidades Guarani e Kaiowa: da territorialização precária na reserva indígena de Dourados à multiterritorialidade. 2011. 406 f. Dissertação. (Mestrado em Geografia) - Programa de Pós-Graduação em Geografia da Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD), Dourados, 2011.

PEREIRA, L.M. A reserva indígena de Dourados: a atuação do estado brasileiro e o surgimento de figurações indígenas multiétnicas. (No prelo).

RAMOS, A.D. Interculturalidade. In: TEDESCHI, L.A.; COLLING, A. (Orgs.). Dicionário crítico de gênero. Dourados: EDUFGD, 2015. p.383.

ROLNIK, S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. 2.ed. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

STOCK, B.S. Os povos indígenas e a política de saúde mental no Brasil. Cadernos IHU Ideias. v. 9, n. 145. 2011. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/ideias/145cadernosihuideias.pdf>>. Acesso em: 18 de jan 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Projeto Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário da UFGD. Dourados: UFGD/HU, 2009.

Desafios e perspectivas da formação em Atenção Integral ao Usuário de Drogas na modalidade residência em saúde

*Mitieli Vizcaychipi Disconzi
Márcio Silveira da Silva
Marília Borges Osório*

A proposta de formação em serviço pela modalidade de residência multiprofissional em saúde procura aliar a dimensão do conhecimento técnico à política e social, procurando mobilizar a compreensão da realidade por meio de outras fontes de produção de conhecimentos, como das ciências sociais e humanas. (LOPES, 2014)

Nessa perspectiva, a residência multiprofissional compreende uma proposta educativa de formação dos profissionais de saúde que vai além de uma educação que prepare exclusivamente para o conhecimento técnico-científico; assim, deve assumir mecanismos de ensino que proporcionem uma melhoria na qualidade de saúde da população, por meio da integração dos saberes concretizados em novas práticas de convivência, constituindo, dessa forma, um espaço de formação e produção de tecnologias do cuidado e gerenciais.

A Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS) constitui uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, destinada às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, sob supervisão de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, conforme disposto na Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e na Portaria Interministerial nº 1.077 MEC/MS, de 12 de novembro de 2009. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é certificado como Hospital de Ensino pelos Ministérios da Educação e da Saúde, tendo definido, como um dos objetivos de sua missão institucional, a formação de trabalhadores em saúde, desenvolvendo a RIMS desde 2009, entre outras atividades de educação. (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2009)

A RIMS/HCPA cumpre a responsabilidade de formação para o Sistema Único de Saúde (SUS) e tem suas áreas de concentração definidas, correspondendo às estratégias da atenção à saúde, a partir dos indicadores epidemiológicos existentes no Brasil. (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013) O programa é realizado com 20% da carga horária em atividades teóricas e 80% em atividades práticas na formação em serviço.

O corpo docente é composto por profissionais pertencentes ao quadro funcional da instituição e professores da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. As áreas de concentração são distribuídas em sete ênfases: Adulto Crítico, Atenção Cardiovascular, Saúde Mental, Controle de Infecção Hospitalar, Onco-Hematologia, Saúde da Criança e Atenção Integral ao Usuário de Drogas. O preceptor de núcleo tem a função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou de especialidade profissional. Já o preceptor de campo exerce a função de supervisão docente-assistencial, envolvendo saberes profissionais da área da saúde e desenvolvendo papel integrativo entre os preceptores dos diversos núcleos profissionais.

A participação como preceptores de núcleo e campo é direcionada aos profissionais de saúde com curso de graduação e, no mínimo, três anos de experiência na área ou titulação acadêmica de especialização ou residência, que exerçam atividade de organização do processo

de aprendizagem especializado e de orientação técnica aos profissionais residentes, pertencentes à equipe local de assistência e presentes nos cenários de práticas onde são desenvolvidas as ações de aprendizagem em serviço.

Em 2013, o grupo de trabalho coordenado pela então chefe do Serviço de Enfermagem em Adição, professora Agnes Olschowsky, e formado por preceptores de núcleo da ênfase da Saúde Mental, bem como outros profissionais da Unidade de Internação e Ambulatório de Adição, apresentou junto à CORIMS o projeto da Ênfase Atenção Integral ao Usuário de Drogas. A ênfase teve início em março de 2014.

Este capítulo tem como objetivo relatar a experiência de enfermeiros, como preceptores, na realização de ações de ensino em serviço com residentes (R1 e R2) da RIMS na ênfase de Atenção Integral ao Usuário de Drogas, que conta atualmente com oito residentes de seis áreas diferentes (enfermagem, psicologia, educação física, nutrição, serviço social e terapia ocupacional).

Sabe-se que os cenários nacional e internacional do uso e abuso de drogas têm testemunhado um expressivo aumento no consumo, especialmente em países em desenvolvimento e, na última década, o crack se tornou um problema de saúde pública, principalmente pela gravidade da dependência que essa forma do uso da cocaína desencadeia.

A política pública brasileira de saúde mental vem, nos últimos anos, realizando um conjunto de esforços para o enfrentamento desse problema de saúde pública. Em 23/12/2011, o Ministério da Saúde promulgou a Portaria nº 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Os objetivos dessa Rede de Atenção são: I - Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; II - Promover a vinculação das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e III - Garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Frente a esse contexto político, de ampliar e qualificar a rede de atenção à saúde mental, o HCPA, em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), estruturou um Centro Colaborador de Atenção aos Usuários de Drogas, com finalidade de assistência, ensino e pesquisa na Unidade Álvaro Alvim. Além disso, em março de 2012, inaugurou uma Unidade de Adição com 20 leitos masculinos e um Ambulatório para Atenção aos Usuários de Crack e outras Drogas.

O Centro Colaborador prevê, entre suas responsabilidades, desenvolver programas integrados de capacitação profissional, programas de mestrado e doutorado, graduação e programas de residência médica e multiprofissional. Eis que então nasce a proposta da criação da ênfase em Atenção Integral ao Usuário de Drogas dentro do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HCPA, tendo como objetivos:

- Oferecer formação especializada e multiprofissional para atenção integral a usuários de drogas, por meio da formação em serviço, para atuar em equipe de saúde interdisciplinar, assegurando os princípios do SUS.
- Desenvolver práticas multiprofissionais e interdisciplinares no campo de atenção integral a usuários de drogas, propiciando a integração e a construção de competências compartilhadas.

- Promover cenários de aprendizagem configurados em linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde e intersectorialidade.
- Ampliar as iniciativas multiprofissionais visando fortalecer a pesquisa acadêmica no contexto das práticas de atenção integral a usuários de drogas.
- Articular as necessidades de formação profissional em áreas estratégicas da atenção integral a usuários de drogas, contemplando as demandas locais regionais.

A ênfase da Atenção Integral ao Usuário de Drogas contempla a carga horária de 5.760 horas, distribuídas entre atividades teórico-práticas (20%) e práticas (80%). (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 2013) Os cenários de prática envolvem a unidade de internação masculina e o ambulatório de adição do HCPA, em articulação com serviços da rede de atenção psicossocial (Consultório na Rua, Serviços da Atenção Básica, Equipe de Saúde Mental, Gestão Municipal, entre outros). Esses cenários de prática configuram-se como rede de apoio aos usuários com demandas de cuidado específicas para prevenção, promoção, tratamento e educação no contexto da atenção integral. O objetivo desse itinerário é que o residente estabeleça vínculo com as equipes assistenciais, usuários e familiares, assumindo responsabilidades na construção e efetivação de linhas de cuidado em saúde, bem como promova a continuidade e a integralidade da atenção. Busca-se, então, que o residente, por meio de conhecimento teórico e prático, muna-se de tecnologias em saúde para que atue em equipe interdisciplinar nos processos terapêuticos, execute e avalie atividades prestadas aos usuários sob sua responsabilidade, além de prestar assistência aos familiares na perspectiva do autocuidado e da corresponsabilidade.

Os preceptores são responsáveis pela orientação dos residentes nas atividades comuns a todas as áreas profissionais (campo) e nas atividades que são específicas de cada profissão (núcleo), devendo promover a integração entre os diferentes profissionais em formação e destes com as equipes de saúde e a população. Na preceptoria de campo com os residentes, o preceptor enfermeiro acompanha a realização de atividades como entrevista e/ou consulta individual e com familiar, contato telefônico com familiares e com a rede de serviços de saúde e intersectorial, atividades em grupo (acolhimento, prevenção de recaída, psicoeducação, etc.) e atividades de pesquisa. Na preceptoria do núcleo da enfermagem, o preceptor enfermeiro realiza as seguintes funções: acompanhamento direto do residente nas atividades da sua área de concentração, nas ações de cuidado do usuário de drogas e sua família (por exemplo, admissão e consulta de enfermagem), e na gestão do trabalho de enfermagem na unidade e no ambulatório; contribuição na elaboração e no acompanhamento das atividades teóricas de núcleo e na supervisão contínua do residente; e colaboração na gestão da RIMS, mediante participação no colegiado de preceptores e no processo seletivo de novos residentes. Na supervisão dos residentes, utiliza-se continuamente o diálogo, o compartilhamento de ideias e as percepções sobre a prática profissional, mediadas por seminários e filmes com fundamentação na literatura científica. Os preceptores de enfermagem da RIMS têm favorecido o processo de ensino-aprendizado junto aos residentes, operando com os conceitos teóricos de campo e núcleo.

Espera-se que o profissional egresso da ênfase Atenção Integral ao Usuário de Drogas desenvolva as seguintes competências: conhecer e integrar a estrutura da rede de atenção integral para usuários de drogas; efetivar ações de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, articulando-as com o Sistema Único de Assistência Social (SUAS); integrar as políticas intersectoriais de atenção aos familiares e usuários; atuar na prevenção, tratamento e reinserção social dos usuários; implementar a estratégia de Redução de Danos; desenvolver habilidades em abordagens terapêuticas no tratamento ao usuário de drogas; planejar ações

de articulação, gestão e construção de estratégias inovadoras de cuidado; atuar na perspectiva da integralidade em saúde; desenvolver ações permanentes de pesquisas acadêmicas, produzindo conhecimento na área de atenção aos usuários de drogas no contexto de práticas do SUS; e contribuir com a formação em ensino e serviço, qualificando os processos de trabalho no SUS.

Com relação ao perfil específico do egresso enfermeiro, busca-se o desenvolvimento das seguintes competências: desenvolver ações de cuidado de enfermagem, na perspectiva da integralidade e interdisciplinaridade aos usuários de drogas e suas famílias, favorecendo e qualificando o ensino, a pesquisa e as práticas assistenciais no contexto do SUS; executar as ações estabelecidas no planejamento da área sob sua responsabilidade, problematizando os processos acerca dos sofrimentos psíquicos individuais e coletivos, sensível aos contextos sociais e familiares; identificar as necessidades e as perspectivas do usuário da área de abrangência sob sua responsabilidade, considerando o perfil epidemiológico da população, em consonância com os princípios do SUS e as micro e macropolíticas em Saúde Mental, visando excelência na assistência ao usuário e família; assegurar a qualidade do cuidado, por meio dos processos e sistematização da assistência de enfermagem, na perspectiva da integralidade e do trabalho em equipe interdisciplinar; coordenar e supervisionar as ações de enfermagem direcionadas aos usuários e suas famílias; desenvolver ações educativas visando o aprimoramento da equipe interdisciplinar, por intermédio de um olhar humanista, crítico e reflexivo, pautado nos princípios éticos de responsabilidade social e reconhecimento das necessidades do ser humano; atuar na gestão dos cuidados de enfermagem, participando do gerenciamento dos recursos humanos, físicos, materiais e de equipamentos, buscando a otimização e o melhor aproveitamento das tecnologias leves, leve-duras e duras; participar e apoiar as atividades de ensino e pesquisa relacionados com a atenção integral ao usuário de drogas no contexto do SUS; participar de atividades de apoio matricial, intersetorial e controle social; contribuir ativamente na articulação dos diferentes níveis de atenção integral ao usuário de drogas; conhecer as redes de serviços em saúde e sociais, contribuindo para transformações significativas nos processos de saúde-doença dos indivíduos, na promoção da autonomia, resgate da cidadania e reinserção social; e utilizar postura proativa e flexível, em relação à equipe interdisciplinar, favorecendo o ambiente de trabalho e contribuindo para a excelência nas ações de enfermagem.

O texto da Constituição do Brasil afirma ser dever do Estado garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação. Nesse mesmo texto, o que chamamos de integralidade aparece como um dos princípios do SUS: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Ambos os trechos têm em comum o fato de articularem diversas dimensões ou lógicas das ações e dos serviços de saúde: promoção, proteção e recuperação, no primeiro, e atividades preventivas e assistenciais, no segundo. (MATTOS, 2004)

O mesmo autor reforça que, para a prática da integralidade acontecer, não basta desenvolver protocolos ou rotinas capazes de identificar e oferecer ações preventivas não demandadas diretamente pelas pessoas que procuram os serviços de saúde, pois é necessário compreender o contexto específico de cada encontro entre membros da equipe de saúde e as pessoas. É preciso que se adote uma postura que, a partir do conhecimento técnico, identifique as necessidades de prevenção e as assistenciais e que selecione as intervenções a serem ofertadas no contexto de cada encontro.

A ênfase Atenção Integral ao Usuário de Drogas busca a aproximação do residente com o usuário, utilizando dispositivos bem conhecidos dentro dos programas de RIMS, como, por

exemplo, o Programa Terapêutico Singular, para que o residente elabore um plano de cuidados considerando o contexto no qual o usuário vive.

Destaca-se ainda a importância de multiplicar e divulgar tais experiências para o fortalecimento da interação entre as diversas categorias profissionais, a articulação das ações para promoção da saúde, o aprimoramento da formação profissional e a consolidação do SUS, por meio do conhecimento interdisciplinar. (REGINA; VALLAD, 2010)

Essa ênfase tem-se mostrado relevante para o SUS, como demonstrado pelos dados epidemiológicos dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, mas, sobretudo, pela necessária qualificação profissional para o cuidado integral na área de adição.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação; BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 13 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: 09 jan 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 24 dez. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 11 jan 2016.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Regimento interno: Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do HCPA (RIMS). Porto Alegre: HCPA, 2009.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Residência Integrada Multiprofissional em Saúde - Ênfase: Atenção Integral a Usuários de Drogas. Porto Alegre: HCPA/ UFRGS, 2013.

LOPES, E.F.S. A formação em serviço no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (PRIMS/HCPA). 2014. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2014.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cadernos de Saúde Pública, v. 20, n. 5, p.1411-16, set./out. 2004.

REGINA, B.; VALLADÃO, F. O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde fortalecendo a interdisciplinaridade na formação dos profissionais da área da saúde. Revista Ciência & Saúde, v. 3, n. 1, p.1, jan./jun. 2010.

Residência em Enfermagem Obstétrica no Hospital Sofia Feldman: Uma estratégia de formação no e para o Sistema Único de Saúde¹

*Danúbia Mariane Barbosa Jardim
Débora Rodrigues Lima
Gabriela Maciel dos Reis
Fabiana Ramos Menezes
Amanda Ferreira Monteiro Mercês*

INTRODUÇÃO

A formação de enfermeiros especialistas para promover a assistência à mulher, no ciclo gravídico, puerperal e ao neonato, tem sido alvo de políticas nacionais nos últimos anos. Esse fato compõe o escopo de demandas da formação de trabalhadores para o Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo o envolvimento, o compromisso e a parceria de diferentes atores envolvidos, instituições de ensino, serviços de saúde, entidades de classes e profissionais.

Nesse contexto, o enfermeiro obstetra configura-se como o especialista habilitado para essa assistência, por possuir uma visão humanista, ampliada, crítica e reflexiva, pautada na premissa de que a gravidez e o nascimento são eventos da vida e fazem parte da experiência humana, em um contexto social indivisível, atuando na assistência ao trabalho de parto, parto, puerpério e recém-nascido de risco habitual.

Em sua formação, esse profissional deve ser capaz de conhecer e intervir sobre as diversas situações que permeiam a saúde da mulher, bem como ao neonato e sua família, com ética, senso de responsabilidade social, compromisso com a cidadania e culturalmente sensível às diferenças existentes na população assistida. (INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2010)

O investimento do Ministério da Saúde (MS) para a qualificação de enfermeiros obstetras inicia na década de 1990, período em que se estabeleceu normas para a criação de cursos de Especialização em Enfermagem Obstétrica. Assim, foram financiados 55 cursos dessa especialidade em todo o Brasil, capacitando 854 profissionais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS, ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER, 2001a) A partir de 1999, o Ministério da Saúde, Escolas de Enfermagem, instituições de saúde e a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (ABENFO) se empenharam na formação de enfermeiros obstetras para atender a demanda nacional. Esse fato foi importante para o resgate, a formação e a inserção do profissional, com vislumbre de múltiplas possibilidades, especialmente de sistematização e consolidação da sua atuação na atenção ao parto e ao nascimento no Brasil.

A formação do enfermeiro obstetra tem se fortalecido nos últimos anos, principalmente através de políticas nacionais de atenção à Saúde da Mulher, com destaque para a Rede Cegonha, lançada em todo o território nacional em 28 de março de 2011, como uma estratégia que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e às

1 Residência Uniprofissional - Enfermagem Obstétrica. Capítulo elaborado pelas residentes, coordenadoras e preceptoras do Programa de Enfermagem Obstétrica do Hospital Sofia Feldman.

crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

Nesse contexto, a implementação de Programas de Residência em Enfermagem Obstétrica coloca-se como instrumento essencial para o alcance das metas propostas pelo MS, formando enfermeiros que respondam com a qualidade desejada e exigida às necessidades assistenciais da mulher e do recém-nascido no território nacional. Entretanto, deve-se ressaltar que, tanto as Residências Multiprofissionais em Saúde, quanto a Enfermagem Obstétrica na assistência direta ao parto e ao nascimento se localizam na contra-hegemonia do modelo positivista, flexneriano e tecnocrata que predomina nas práticas em saúde cotidiana e nos modelos de formação tradicionais que, conforme Duarte et al. (2006), não atendem mais as demandas de saúde fundamentadas na integralidade do cuidado assistencial.

Para a compreensão das propostas atuais de educação em serviço, torna-se necessário refletir sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, proposta na Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004, modificada em 2007 pela Portaria GM/MS nº 1996, que norteia a construção das ações educativas em saúde, visando as demandas para a formação e desenvolvimento dos trabalhadores no SUS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; 2007)

Nesta Política Nacional, a Educação Permanente em Saúde é compreendida como uma estratégia

[...] para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado, na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007)

Assim, as necessidades formativas para os profissionais de saúde são um processo de qualificação do cuidado assistencial, que produzirá impactos positivos na transformação das práticas de saúde individuais e coletivas.

Nesse sentido, os Programas de Residências Multiprofissionais e as Residências em Área Profissional da Saúde, Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de Novembro de 2009, são orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e pela realidade socioepidemiológica do País, contribuindo para o fortalecimento do sistema por meio da formação de profissionais especialistas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Trata-se de uma modalidade de formação em serviço, com uma carga horária semanal de sessenta horas, com duração mínima de dois anos. Ao final, totaliza-se uma carga horária de 5.760 horas, divididas em 1.152 horas de estratégias educacionais teóricas, e 4.608 horas sob a forma de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2014) O residente configura-se como um profissional em aperfeiçoamento, sob orientação de um corpo docente assistencial, que se utiliza de estratégias pedagógicas para promover cenários de aprendizagem nas diferentes linhas de cuidado, integrando ensino-serviço-comunidade e refletindo sobre o saber e o fazer cotidiano em saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Corroborando as afirmativas anteriormente referidas, no texto **Residências em Saúde**, os autores as referenciam como um “tripé das inovações”, propostas para a formação de

profissionais em saúde, no qual diferentes atores estão envolvidos e se beneficiam mutuamente:

[...] instâncias de ensino participam com a formação; instâncias de trabalho expressam sua urgência e necessidade de quadros e tecnologias; e o governo assegura incentivo e fomento no interesse da sociedade. (FAJARDO; ROCHA; PASINI, 2010, p.19)

Orientado por tais diretrizes, o Hospital Sofia Feldman (HSF) vem contribuindo para a formação de enfermeiros obstetras, inicialmente com as Especializações *lato sensu* e, a partir de 2015, com o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, orientado pelas propostas pedagógicas e resoluções da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) e pelos valores institucionais. Tais valores se fundamentam na atenção humanizada e integral à mulher, no ciclo gravídico e puerperal, bem como ao recém-nascido e sua família, baseada em evidências científicas.

O Projeto Político-Pedagógico construído para sustentar o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, em andamento no HSF, destaca que:

[...] as estratégias educacionais propostas permitem ao aluno vivenciar na teoria e na prática temas relevantes para a formação profissional que contribuirão de forma significativa na mudança do modelo de assistência obstétrica e na consolidação das políticas públicas em vigor no nosso país, a exemplo do que é proposto pela Rede Cegonha. (FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE. HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2015a, p.17)

Com essa proposta formativa, contemplam-se ações de profissionais independentes e interdependentes, em uma equipe multiprofissional, nos diferentes níveis de complexidade da assistência e em atividades de gestão e de pesquisa.

Atualmente, o Programa possui dezenove residentes de diversas regiões do país, que recebem uma bolsa educacional financiada pela própria instituição. As atividades práticas dos residentes são realizadas nos diferentes espaços de atuação do enfermeiro obstetra, como: pronto-atendimento com classificação de risco em obstetrícia; sala de pré-parto e parto; alojamento conjunto; enfermaria de casos clínicos e ambulatório.

No entanto, como todo projeto que se propõe a ser construído e reconstruído cotidianamente, enfrentamos desafios para a formação do residente com a qualidade almejada, como também colhemos frutos das vitórias já alcançadas nesta experiência de formação acadêmica.

Nesse sentido, neste capítulo, buscaremos responder à seguinte indagação: Como vem sendo construído o processo de formação do enfermeiro obstetra no HSF, ao longo dos anos, a fim de refletirmos sobre a proposta de formação a partir da experiência com o oferecimento do Programa de Residência.

TRAJETÓRIA HISTÓRICA DE FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO OBSTETRA NO HSF

O HSF, pertencente à Fundação de Assistência Integral à Saúde (FAIS), é uma instituição filantrópica de direito privado, localizado no Distrito Sanitário Norte do Município de Belo

Horizonte. O hospital é especializado na atenção integral e humanizada à saúde da mulher no ciclo gravídico e puerperal e da criança no período neonatal, através de equipes multiprofissionais, contando com recursos financeiros provenientes, exclusivamente, da prestação de serviços para o SUS.

Contextualizando o cenário assistencial, o HSF é referência obstétrica para uma população de aproximadamente 500.000 pessoas, dos Distritos Sanitários Norte e Nordeste de Belo Horizonte, Região Metropolitana e para outros municípios do interior do estado de Minas Gerais. A Instituição conta com 87 leitos para atendimento obstétrico e 85 para atendimento de neonatologia, distribuídos em um prédio com seis andares e duas casas anexas à Instituição, denominadas Casa da Gestante Zilda Arns e Casa do Bebê.

Em 2014, foram assistidos 11.212 partos, com uma média de 900 partos por mês. Os indicadores assistenciais revelam que cerca de 70% dos partos são normais. Destes, 90% são assistidos por enfermeiros obstetras. Cerca de 90% dos partos ocorrem na presença de um acompanhante de escolha da mulher e a interação mãe e filho na sala de parto ocorre em aproximadamente 87% dos partos. (FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE. HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2015b)

O hospital, desde a sua criação, vem contribuindo substancialmente para a formação de profissionais da área da saúde, buscando incentivar o processo de capacitação dos seus trabalhadores e, sobretudo, contribuindo para a formação de profissionais para a saúde, por meio de parcerias estabelecidas com diversas instituições de ensino, nacionais e internacionais. Duarte et al. (2006, p.336), abordando o compromisso do HSF com a formação afirmam que o Hospital,

[...] atendendo as definições estatutárias e tendo sua missão e os valores que norteiam a assistência como referência, se coloca como parceiro na formação de recursos humanos na área da saúde, seja por meio das atividades de ensino, pesquisa ou extensão.

Assim, na instituição há uma compreensão de que o processo ensino-aprendizagem deve se dar no cotidiano da assistência. Por isso, é necessário o envolvimento de todos os trabalhadores. Reforça-se o propósito de cooperação intersetorial, que favorece a qualificação e inserção de profissionais de saúde no trabalho em saúde, com melhor qualificação e aptos a lidar com as diferentes situações que o complexo cotidiano assistencial na saúde proporciona.

É importante pontuar que, desde o início das atividades assistenciais na década de 1980, o HSF adota uma filosofia humanista em seu atendimento, voltada para o resgate das práticas naturais de assistência ao parto e ao nascimento, permitindo que a mulher retome sua posição de sujeito ativo desse momento, e considera o recém-nascido e sua família atores essenciais nesse processo.

Outra característica histórica marcante é a atuação significativa do profissional enfermeiro nos diferentes espaços assistenciais, a se destacar a atuação dos enfermeiros obstetras nesta Instituição, como instrumento consolidador da atenção humanizada ao nascimento, baseada em evidências científicas. O referido profissional possui autonomia para atuar, diretamente, no parto normal sem distocia, no acompanhamento puerperal, na assistência direta ao recém-nascido, além da promoção de atividades educativas para saúde da mulher e planejamento reprodutivo.

Atraídos pelas inovações e singularidades institucionais, em 1986, o HSF iniciou sua parceria com a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFGM) ao receber alunos da graduação para estágio curricular na maternidade do Hospital, também com o objetivo de atender as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em enfermagem no país. (DUARTE et al., 2006)

No fim da década de 1990, atendendo à exigência da Lei do Exercício Profissional de ter o enfermeiro especialista em obstetrícia em sua equipe para atuar no parto normal sem distocia, tanto o HSF como a EE-UFGM se depararam com a necessidade de oferecer o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica, tendo a primeira turma iniciada em 1999. (DUARTE et al., 2006) Ao longo dessa parceria com a EE-UFGM, foram ofertadas quatorze especializações com formação de aproximadamente 230 especialistas em Enfermagem Obstétrica, que hoje atuam em maternidades públicas e privadas, estratégias de Saúde da Família, Secretarias Estaduais e Municipal de Saúde em todo o território nacional.

No ano de 2012, a EE-UFGM, em parceria com o Ministério da Educação (MEC) e MS, abre o primeiro Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica com 25 vagas para a formação do especialista, sendo a Escola responsável pela elaboração, execução da seleção e a formação dos residentes. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. ESCOLA DE ENFERMAGEM, 2012) O HSF, mantendo a parceira já existente, tornou-se um dos campos de prática para os residentes, junto aos outros Hospitais: Risoleta Tolentino Neves (HRTN) e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFGM). Este primeiro programa foi concluído em março de 2014. Uma nova turma teve início em 2014 com 12 vagas e previsão de término em março de 2016, com 9 residentes concluintes.

Sentindo a necessidade de ampliação dos cursos para a formação do enfermeiro obstetra e almejando a organização do Programa de Residência na Instituição, o HSF em parceria com o Centro Universitário UNA ofertou o Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica na modalidade de residência no ano de 2013, com proposta pedagógica orientada pelas diretrizes da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), com 25 alunos ingressantes e 19 concluintes em 2015.

O reconhecimento do HSF, pelos Ministérios da Educação e Saúde, como Hospital de Ensino, através da Portaria Interministerial nº 2.768, de 16 de dezembro de 2014, consolida e fortalece a experiência exitosa na formação multiprofissional construída pela Instituição ao longo de sua existência nas diferentes áreas de ênfase, com enfoque nas especializações em Obstetrícia e Neonatologia. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE; BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2014)

Assim, no ano 2015, é ofertado o primeiro Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica, cuja estrutura curricular foi construída por uma equipe multiprofissional da Instituição, embasados nas experiências anteriores de formação, em parceria com a Faculdade da Saúde e Ecologia Humana (FASEH). O curso foi cadastrado no Ministério da Educação e Cultura (MEC), com custeio integral da bolsa educacional para as residentes pelo Hospital. As atividades pedagógicas da Residência tiveram início em março de 2015 e tem previsão de término em março de 2017, com carga horária semanal de 60 horas, em regime de dedicação exclusiva. Inicialmente, foram ofertadas 25 vagas com preenchimento total e ao longo do primeiro ano ocorreram seis desistências. No momento, contamos com 19 residentes atuando nos diferentes espaços assistenciais de atenção à mulher, recém-nascido e família.

Para o ano de 2016, estava prevista a oferta do segundo Programa de Residência, tendo como instituição proponente o próprio HSF, e custeio de 25 bolsas educacionais pelo MS. (Portaria nº 379, de 24 de dezembro de 2015) O processo seletivo é aberto para candidatos de

todo o território nacional e há previsão de início das aulas para março de 2016. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE, 2015)

Além da Enfermagem Obstétrica, atualmente estão em andamento na Instituição, o Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia com entrada de cinco residentes/ano, o Programa de Residência Médica em Neonatologia, também com cinco residentes/ano e o Programa de Residência Multiprofissional em Neonatologia, com 25 vagas e todas as bolsas custeadas pelo MS. Neste Programa, são contempladas as seguintes profissões: Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Ao longo dos anos, na trajetória de formação no HSF, ressaltamos importantes experiências estabelecidas com o MS, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde para o aperfeiçoamento e qualificação de diferentes profissionais da saúde com o intuito de desenvolver ações de humanização da atenção ao parto e ao nascimento, implementadas na Instituição. Assim, o HSF tem sido cenário de visitas técnicas para profissionais de diversos serviços de saúde do Brasil e do mundo, na perspectiva da multiplicação das tecnologias assistenciais já implantadas e que apresentam resultados positivos na atenção à mulher e ao recém-nascido.

Destacamos três parcerias exitosas, a primeira ocorrida em 2010, trata-se do Plano de qualificação da atenção em maternidades e rede perinatal do Nordeste e Amazônia Legal (PQM), organizado e coordenado pela Política Nacional de Humanização (PNH) e o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), para aprimorar as redes de cuidados perinatais em 16 estados da Amazônia Legal e do Nordeste, com o desafio de promover a redução da morbimortalidade materna e infantil por meio da mudança nos processos de assistência e gestão. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GRUPO DE TRABALHO EM HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO, 2011)

A segunda parceria, estabelecida em 2012 entre Brasil-Japão, operacionalizada pela Agência Brasileira de Cooperação/Ministério das Relações Exteriores (ABC/MRE) e pela Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA), promoveu o Programa de Treinamento de Terceiros Países (TCTP), com o objetivo de capacitar trabalhadores em saúde, gestão e docência dos países parceiros para as práticas humanizadas na assistência ao parto e ao nascimento, baseada em evidências.

A terceira parceria, firmada em 2014 entre MS, EE-UFMG, HSF, trata-se da oferta do Curso de Aprimoramento para Enfermeiras(os) Obstétricas(os), com enfoque no componente parto e nascimento, da Rede Cegonha/MS. Esse curso teve como objetivo qualificar enfermeiros obstetras para a implantação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e ao recém-nascido no país, com vistas à melhoria na qualidade da assistência ao parto e ao nascimento e fortalecimento do trabalho em equipe na atenção obstétrica. Em todas essas iniciativas, o HSF é cenário de prática e de inspiração para profissionais em formação ou em fase de aprimoramento, ressaltando sua importância política e histórica no cenário nacional da produção em saúde.

EIXOS NORTEADORES PARA A CONSTRUÇÃO DAS ESTRATÉGIAS EDUCACIONAIS

A construção do Projeto Político-Pedagógico para o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica do HSF baseou-se em diferentes documentos, a citar, primeiramente, a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a criação do SUS, seus princípios

doutrinários e organizativos; nas Políticas Públicas de Atenção Materno-Infantil, propostas pelo MS, especialmente a Rede Cegonha; nas Portarias e Resoluções Ministeriais da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional; nos documentos de orientação para a formação do especialista, com enfoque nas diretrizes da *International Confederation of Midwives*, de 2012, e nas Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem que regem o exercício profissional. (FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE. HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2015a; BRASIL. 1990; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS, ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER, 2001b; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2006)

O objetivo do Programa é

[...] qualificar enfermeiros para atuarem no cuidado à saúde da mulher nos processos de reprodução, gestação, parto e nascimento, puerpério, ao neonato e família, compreendendo seus aspectos sociais, culturais, emocionais, éticos e fisiológicos, orientados pelas boas práticas e evidências científicas e pelos princípios e diretrizes do SUS. (FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE. HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2015a, p.15)

Nesta proposta do programa, o Enfermeiro Residente durante a sua formação, vivencia diferentes espaços de aprendizagem teórica e prática, no exercício de uma assistência integral, humanizada e cientificamente fundamentada, visando à mudança do modelo de assistência obstétrica e neonatal no país e contribuindo para a consolidação das políticas públicas vigentes.

Ao final do curso, espera-se formar profissionais que prestem cuidado integral à mulher em ginecologia, no planejamento reprodutivo, no ciclo gravídico puerperal e ao recém-nascido, no trabalho de parto, parto sem distocia e no processo de abortamento, baseando-se nos protocolos institucionais, ministeriais e tendo por base os princípios éticos e legais da Enfermagem. Este profissional, em seu processo de formação como especialista, deve estar apto a construir e desconstruir conceitos e práticas, por meio da sistematização e problematização dos casos assistidos, obtendo-se, assim, melhores resultados na assistência direta a usuária. (FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE. HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2015a)

O perfil esperado do egresso visa atender as diretrizes de formação propostas pelo *International Confederation of Midwives* (2010), que define as competências essenciais para o exercício básico da profissão, norteados por seis eixos que incluem a promoção e a prevenção em saúde, a atuação na gestação, o parto normal, o puerpério e a assistência ao RN, a detecção e atuação nas complicações clínicas que envolvem mãe e bebê. Abrange, ainda, os conceitos-chave para o exercício da obstetrícia propostos pelo Centro Latino-Americano de Perinatologia e Saúde da Mulher e Reprodutiva, que destaca o papel singular do profissional na:

[...] promoção de autocuidado e da saúde das mulheres, seus filhos e suas famílias; respeito à dignidade humana; defesa das mulheres cujas vozes tenham sido silenciadas; empoderamento das mulheres para obter um melhor cuidado da saúde; sensibilidade cultural; ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças, de maneira a considerar a gravidez como um evento normal da vida. (CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA E SAÚDE DA MULHER E REPRODUTIVA, 2014, p.85)

A metodologia utilizada para a construção das estratégias educacionais do Programa de Residência leva em consideração a integração fundamental entre o ensino e a prática clínica para formação do residente, levando-o, a todo o momento, a refletir sobre o objeto a ser apreendido. Além disso, a proposta pedagógica se orienta pelo conceito de formação por competências. Segundo Nascimento et al. (2003), esse conceito se refere ao modelo de formação sustentado pela tríade do saber-saber, saber-ser e saber-fazer, fundamentando as estratégias pedagógicas nos conhecimentos, habilidade e atitudes a serem adquiridos pelo profissional, entendendo que o processo de aprendizagem é mutante e ocorre nos mais diferentes cenários da prática cotidiana. Para Valente e Viana (2009), este modelo de formação se compromete como uma prática reflexiva, no qual atores envolvidos refletem sobre seu próprio fazer cotidiano, na tentativa de formular e reformular o seu exercício profissional.

Para assegurar a implementação das estratégias educacionais teóricas e práticas, contamos com um corpo docente assistencial, composto por tutores, docente e preceptores vinculados ao Programa de Residência, com titulações variadas, desde especialistas, mestres, doutores e pós-doutorandos da área da saúde materno infantil, saúde coletiva e áreas afins de diferentes profissões.

Ressaltamos que para o desenvolvimento das atividades práticas, contamos com 96 enfermeiros obstetras preceptores, em média, com 10 profissionais por plantão, distribuídos nos diferentes espaços assistenciais, *locus* da prática dos residentes. A figura do preceptor se configura como elemento-chave para o sucesso das estratégias educacionais da Residência, promovendo o ensino e supervisionando diretamente as atividades desenvolvidas. Segundo a definição proposta pela Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, em seu artigo 13 e 14, o preceptor é o profissional com formação mínima de especialista, cuja função caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, sendo, necessariamente, da mesma área profissional do residente sob sua supervisão. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. SECRETARIA DE EDUCAÇÃO SUPERIOR. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012)

Vale ressaltar que as atividades de preceptoria são exercidas paralelamente às atividades assistenciais cotidianas, entendendo-se que as ações integram o processo de trabalho desses profissionais. Portanto, a proposta de formação em serviço requer que a preceptoria seja exercida em tempo integral e por profissionais capacitados para esta função.

O residente em Enfermagem Obstétrica participa, ativamente, da assistência direta à mulher, do recém-nascido e da família, articulando o conhecimento teórico com a realidade de cada usuário. Em todos os espaços institucionais são designadas funções assistenciais, gerenciais e administrativas que permitem o desenvolvimento de suas habilidades e competências, fazendo jus ao perfil do egresso que o curso tem por objetivo de formação. (FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE. HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2015b)

Alguns espaços de atuação na assistência direta são: Núcleo de Terapias Integrativas e Complementares, Pronto-atendimento com Classificação de Risco em Obstetrícia, Sala de pré-parto, Centro de Parto Normal Intra-hospitalar Helena Greco, Centro de Parto Normal Davi Capistrano da Costa Filho, Bloco Cirúrgico Obstétrico, Unidade de Gestação de Alto Risco, Alojamento Conjunto, Casa da Gestante Zilda Arns, Enfermaria de casos clínicos, Hospital Dia, Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco e Ambulatório de Aleitamento Materno, Central de Materiais Esterilizados, dentre outros.

A participação do residente em espaços de avaliação e discussão com os usuários sobre o cuidado prestado, como na reunião de acompanhantes e na reunião de puérperas, ambas realizadas diariamente e coordenadas por profissionais do Serviço Social, Psicologia, Enfermagem e representantes do controle social do HSF representam espaços de escuta e reflexão sobre a assistência prestada, a partir da perspectiva dos usuários.

A organização das atividades práticas dos Residentes é feita no sentido de vinculá-los não só ao Hospital como à Instituição responsável pelo Programa, mas também a outros espaços de atuação que proporcionarão a vivência de diferentes realidades assistenciais e organizacionais. Assim, podem ser citadas as parcerias firmadas com a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMS/BH) para a inserção do aluno na Rede de Básica de Saúde, a participação em atividades, como: Projeto BH pelo Parto Normal (SMS/BH), Comitê Municipal de Mortalidade Materna e Neonatal, a assistência a mulheres e gestantes privadas de liberdade, do Centro de Referência à Gestante Privada de Liberdade, dentre outros espaços de atuação.

POTENCIALIDADES E DESAFIOS DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

Escrever sobre as potencialidade e desafios do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica do HSF é refletir sobre nosso caminhar e reafirmar o compromisso com o processo de formação do enfermeiro obstetra. Nesse movimento, identificamos como ponto forte do Programa a imersão profunda do residente nos princípios doutrinários e diretrizes do SUS, por meio de experiências de ensino-aprendizagem inovadoras, com a prática baseada em evidências científicas e com possibilidades de se formar em uma modalidade considerada “padrão ouro” pelo Ministério da Saúde, que é a residência. Tal proposta de formação é congruente com o que defendem Ceccim e Feuerwerker (2004, p.43), ao afirmarem que

[...] a atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da qualificação das práticas e não seu foco central. A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS.

O trabalho em equipe multiprofissional é uma característica marcante na cultura organizacional do HSF e na assistência que é prestada. As discussões clínicas multidisciplinares, reuniões de equipe, interconsultas são espaços de inserção dos residentes que fortalecem, qualificam e reafirmam a importância do olhar interdisciplinar e de continuidade dos cuidados prestados à mulher, ao recém-nascido e para a família na Instituição. Ademais, permite a formação do residente baseado no modelo colaborativo de trabalho, que busca modificar a realidade de forma compartilhada entre todos os atores, propiciando um ambiente de reflexão, de problematização dos processos e da qualidade da assistência, que vem a funcionar com um importante dispositivos de mudança na organização institucional.

A autonomia conquistada pelo enfermeiro obstetra para a atuação nos diferentes espaços assistenciais do hospital, também é reconhecida como uma potencialidade para a formação dos especialistas. A preceptoria exercida por este profissional permite que o residente vivencie uma realidade que vai além da assistência obstétrica tradicional, centrada na figura do médico, o que leva o profissional a se preparar para atuar de maneira independente e interdependente, como parte da equipe assistencial. A autonomia do profissional intensifica nossa responsabilidade na formação do enfermeiro obstetra, quando recebemos residentes de todo país com perspectivas de retorno às suas cidades de origem,

levando consigo os ensinamentos aprendidos e difundindo, assim, o modelo de assistência centrada na mulher e baseada em evidências científicas.

Reconhecemos, também, a existência de desafios a serem trabalhados para a qualificação da formação oferecida pelo Programa. Atualmente, o conteúdo teórico é organizado em disciplinas que em determinadas situações ainda utilizam a abordagem clássica de ensino, por meio de estratégias de transmissão do conhecimento. Tal fato é destaque na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, onde se afirma que o uso de estratégias tradicionais de ensino

[...] obedece não somente ao fator cultural ou aos 'modelos mentais', mas a uma visão muito restrita dos conceitos de aprendizagem e da aprendizagem do adulto nas organizações, de acordo com a mesma teoria educacional em saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2009, p.45)

Por entendermos as Residências em Saúde como um dispositivo de mudança na formação, esta forma de abordagem torna-se incompatível e inviável. Em função disso, o Programa tem experimentado, a partir de algumas disciplinas, a adoção de metodologias ativas de ensino e aprendizagem na concepção da construção de conhecimento, partindo da interação contínua entre residentes-docente-serviço-usuário.

O exercício da preceptoria no Hospital também representa um “nó crítico”, merecendo reflexões com vistas à remodelação das atividades cotidianas. Tal necessidade, por diversas vezes, fica sufocada pelas demandas do processo de trabalho e, sobretudo, pela urgência na identificação e ampliação de oportunidades de atuação dos preceptores em outras atividades docentes. Há consenso institucional de que os preceptores são determinantes na construção desses processos formativos, contribuindo para o fortalecimento da instituição formadora, no que diz respeito à construção de práticas de saúde, comprometidas com a qualidade da assistência e o exercício à cidadania.

Em 2015, pensando na qualificação contínua dos preceptores, foi ofertado pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG), o Curso de Capacitação em Preceptoria com a proposta de qualificação de preceptores e pela promoção da construção de novos sentidos para os Programas de Residência. Neste curso, os participantes (preceptores do HSF), identificaram fragilidades no exercício da preceptoria, que merecem ser trabalhadas, visando avanços e qualificação desta atividade. Dentre os pontos identificados, destacam-se: a necessidade de identificação e uniformização das estratégias pedagógicas utilizadas no curso, o aprimoramento dos processos avaliativos com estratégias com os *feedbacks*, o portfólio reflexivo, a realização de discussões sobre o cotidiano da Residência, promovendo a interação entre coordenadores de curso, preceptores, docentes e residentes e o reconhecimento, por parte de cada ator, de seu papel na construção do processo ensino-aprendizagem.

Reconhecemos, também, a necessidade de incluir, formalmente, e de maneira mais democrática os residentes nos espaços deliberativos do Programa de Residência e da Instituição para que possam opinar e decidir, conjuntamente, com a coordenação as questões que envolvem o ensino, a gestão e o serviço. Inclui-se, aqui, a demanda de reformular a composição da COREMU (Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde), para que seja paritário entre as categorias, ou seja, que tenha proporcionalidade numérica na composição, equiparando a coordenação do programa, os preceptores e os próprios residentes. Ademais, consideramos que o empoderamento desses sujeitos fortalece o sentimento de pertencimento ao coletivo e qualifica todo o processo de formação na Instituição.

Pensando nessa necessidade, no ano de 2015, foi instituída uma reunião mensal com o diretor administrativo da Instituição e os residentes para promover discussões coletivas sobre os pontos de avanço para as residências, tendo como foco os processos assistenciais e gerenciais da Instituição.

Por fim, pontuamos nossas constantes reformulações dos procedimentos avaliativos que envolvem o residente e o preceptor, mutuamente, pensando na formação por competência do residente, abordando o saber, saber-ser-fazer, como também a participação de todos os atores nas diferentes etapas do processo de formação, visando a melhoria contínua da formação do enfermeiro obstetra na Instituição.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resgatar pontos-chave na história da formação do enfermeiro obstetra no HSF é reafirmar o compromisso institucional que temos em formar especialistas para o SUS e pelo SUS. Ao mesmo tempo, é olhar para os nossos avanços e desafios pensando num processo de construção e reconstrução diária do ensino em serviço, com a qualidade almejada, objetivando à formação de profissionais que contribuam, verdadeiramente, com a mudança do modelo de atenção obstétrica e com a consolidação das políticas públicas de saúde vigentes no país.

Novas discussões tornam-se urgentes para que os Programas de Residência no Brasil compartilhem suas experiências de formação, suas estratégias de ensino-aprendizagem, suas lutas cotidianas, fortalecendo, assim, o ensino em serviço como estratégia singular e de destaque para a formação de especialistas comprometidos com a produção da saúde e aptos para intervir com habilidade técnica, política e gerencial nos diferentes cenários assistenciais.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 15 maio 2015.

BRASIL. Ministério da Educação; BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 13 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: 22 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS n. 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, Brasília, 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: 22 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Diário Oficial da União, Brasília, 14 fev. 2004. Disponível em: <<https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=&espv=2&ie=UTF-8#q=Portaria+N%C2%BA+198%2FGM%2FMS%2C+de+13+de+fevereiro+de+2004>>. Acesso em: 15 maio 2015.

_____. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, 25 jun. 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 22 mar 2015.

_____. Portaria GM/MS n. 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 21 ago. 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html>. Acesso em: 22 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde; BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 2.768, de 16 de dezembro de 2014. Certifica 6 (seis) unidades hospitalares como hospitais de ensino. Diário Oficial da União, Brasília, 17 dez. 2014. Disponível em: <ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpssp/bibliote/informe_eletronico/2014/iels.dez.14/Iels240/U_P T-INTERM-MS-MEC-2768_161214.pdf>. Acesso em: 22 mar 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo de Trabalho em Humanização do Parto e Nascimento. Atenção hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos HumanizaSUS, v. 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Portaria n. 379, de 24 de dezembro de 2015. Homologa o resultado do processo de seleção dos projetos que se candidataram ao programa nacional de bolsas para residências em área profissional da saúde nos termos do edital de convocação nº 12, de 28 de agosto de 2015. Diário Oficial da União, Brasília, 28 dez. 2015. Disponível em: <http://sigresidencias.saude.gov.br/documentos/PORTARIA_379_24122015.pdf>. Acesso em: 22 mar 2015.

_____. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher: manual técnico. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 14, n. 1, p.41-65, 2004.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA E SAÚDE DA MULHER E REPRODUTIVA. Competências para o exercício da obstetrícia. In: _____. Conjunto de ferramentas para o fortalecimento da parteria nas Américas. 3.ed. Montevideu: CLAP/SMR, 2014. p.79-93.

DUARTE, E.D. et al. A experiência do Hospital Sofia Feldman na construção da rede serviço-ensino. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2006.

FAJARDO, A.P; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Orgs.). Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE. HOSPITAL SOFIA FELDMAN. Indicadores hospitalares. Belo Horizonte: HSF, 2015b. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/indicadores-hospitalares/>>. Acesso 09 jan 2016.

_____. Linha de Ensino e Pesquisa. Projeto pedagógico: residência em enfermagem obstétrica. Belo Horizonte: 2015a. Não publicado.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. Essential competencies for basic midwifery practice. The Netherlands: ICM, 2010. Disponível em: <<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>>. Acesso em: 14 jan 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Escola de Enfermagem. Edital n. 107/2012: convocação para o processo seletivo da residência em enfermagem obstétrica. Belo Horizonte: EEUFMG, 2012. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_50cf073532e91.pdf>. Acesso em: 14 jan 2016.

VALENTE, G.S.C.; VIANA, L.O. Da formação por competências à prática docente reflexiva. Revista Iberoamericana de Educación, v. 48, n. 4, p.1-7, feb. 2009.

Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer: cinco anos de experiência¹

*Fernando Lopes Tavares de Lima
Gracinete Rodrigues de Castro
Mario Jorge Sobreira da Silva
Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro
Rosilene de Lima Pinheiro*

INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) é órgão auxiliar do Ministério da Saúde no desenvolvimento e coordenação das ações integradas para prevenção e controle do câncer no Brasil. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2016)

As ações de formação e qualificação desenvolvidas pelo Instituto são condizentes com as atuais políticas de Educação Permanente em Saúde e de Prevenção e Controle do Câncer no país. Dentre essas ações, destacam-se as de longa duração, como os programas de mestrado/doutorado e de residência médica, os cursos de formação em técnico de radioterapia e citopatologia e o Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia.

É importante sinalizar que, apesar de sua longa história em cursos de especialização realizados com integração de aulas teóricas e atividades práticas nos serviços, voltados às diversas categorias profissionais da saúde, somente em 2010 o INCA iniciou a experiência de um programa multiprofissional voltado a diferentes categorias profissionais da saúde. Assim, os distintos programas de especialização *lato sensu* existentes na instituição, que ofereciam cerca de 30 vagas anuais, passaram a ser um programa de residência único, integrado, chegando a oferecer 48 vagas em 2016.

Longe de ter sido um processo simples, essa mudança gerou profundas transformações no processo de ensino, baseando-se na construção de uma prática interdisciplinar, multiprofissional e centrada na necessidade do usuário. Desta forma, o objetivo desse texto é descrever o processo de implantação e implementação do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA, apresentando-o como resultado de construção coletiva dos corpos docente-assistencial e discente e como modelo de qualificação de profissionais para atuarem na rede de atenção ao paciente oncológico do Sistema Único de Saúde (SUS).

O DESAFIO DA MULTIPROFISSIONALIDADE

O Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA teve início oficialmente em 2010, com a publicação do resultado do Edital de Convocação nº 24, de 02/12/2009, do Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde. Foram aprovadas 18 bolsas, distribuídas em sete categorias profissionais: enfermagem (6 vagas); farmácia (2 vagas); fisioterapia (2 vagas); nutrição (2 vagas); odontologia (2 vagas); psicologia (2 vagas) e serviço social (2 vagas). Após a publicação

¹ Este capítulo descreve a trajetória do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA.

do resultado do edital (em fevereiro de 2010), o instituto teve seis meses para iniciar o programa. A primeira turma teve início em agosto de 2010.

Conforme descrito anteriormente, o INCA trazia uma longa história de ações de ensino desenvolvidas em serviço, ofertando cursos de especialização, nos moldes de residência, separados por categoria profissional. Com a instituição da residência, surgia como desafio transpor as barreiras disciplinares existentes em prol de uma formação multiprofissional em modelo interdisciplinar. Naquela época, um conjunto de reuniões foi realizado com o propósito de planejar e implantar todas as atividades a serem desenvolvidas, buscando criar articulação entre os diferentes saberes. Embora fosse percebida a necessidade de um projeto norteador antes do início das atividades, só foi possível aprimorar o plano de curso no ano de 2011 e publicá-lo em 2012.

A construção desse plano se deu por meio de oficinas realizadas junto a profissionais da assistência de todas as categorias incluídas no programa, profissionais da Coordenação de Ensino do INCA e representação de residentes, com o apoio de consultoras externas ao instituto com expertise em Educação Profissional em Saúde. O árduo e prazeroso trabalho realizado resultou na elaboração e publicação do primeiro Plano de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2012)

O desenho do plano de curso, naturalmente, teve como bases norteadoras, as diretrizes apontadas pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) na Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Segundo o artigo 2º, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde devem ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais. Devem contemplar, entre outros, os seguintes eixos norteadores:

[...] IV - abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;

V - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;

VI - integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;

VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde;

[...] XI - estabelecimento de sistema de avaliação formativa, com a participação dos diferentes atores envolvidos, visando o desenvolvimento de atitude crítica e reflexiva do profissional, com vistas à sua contribuição ao aperfeiçoamento do SUS;

XII - integralidade que contemple todos os níveis da Atenção à Saúde e a Gestão do Sistema. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

A partir dessas diretrizes, estabeleceram-se consensos sobre a organização curricular de forma interdisciplinar, com a integralidade do cuidado como eixo comum e a educação problematizadora como concepção pedagógica adotada, além dos pressupostos da educação permanente em saúde. Além disso, foi definido o perfil de conclusão do egresso e efetivada a

construção das competências a serem desenvolvidas pelos residentes. Estabeleceu-se assim a busca pela formação de profissionais crítico-reflexivos, formados com base no rigor científico, aptos a atuar na atenção oncológica de forma interdisciplinar, em toda a linha de cuidado.

Inicialmente, foi organizado o eixo transversal, composto por nove módulos, com conteúdos comuns a todos os discentes, abordando temas essenciais que favorecem a troca de saberes e estimulam a interdisciplinaridade: Fundamentos de Oncologia; Abordagem Multiprofissional ao Paciente Oncológico; Políticas Públicas de Saúde e Oncologia; Bioética; Fundamentos de Metodologia Científica; Gestão em Saúde; Educação em Saúde; Seminários Integrados de Acompanhamento de Trabalho de Conclusão de Curso; Práticas Integradas.

Além desses conteúdos comuns a todas as categorias, entendendo ser imprescindível o desenvolvimento de atividades específicas, que valorizem e respeitem as particularidades de cada profissão, foram organizados os eixos específicos, que se referem aos conhecimentos próprios de cada área profissional. Sua organização se deu a partir de encontros com as comissões de ensino de cada uma das categorias profissionais envolvidas no programa, tendo como base a expertise de seu corpo docente-assistencial na elaboração dos conteúdos.

Para o desenvolvimento das estratégias de ensino práticas, correspondendo a 80% da carga horária do programa, foram incluídos os diversos cenários de aprendizagem dos serviços do instituto. Diante da importância desses cenários para o desenvolvimento do programa, faremos uma breve contextualização da estrutura oferecida aos residentes.

O instituto conta com cinco unidades hospitalares de saúde, além de outras unidades destinadas à administração, ao ensino e à pesquisa. Dispõe de cerca de 390 leitos de internação distribuídos em diversas clínicas destinadas ao tratamento de todos os tipos de câncer, realização de transplante de células tronco-hematopoéticas (TCTH), cuidados intensivos e cuidados paliativos. A parte assistencial do INCA conta, também, com ambulatórios, centrais de quimioterapia e radioterapia, centros cirúrgicos, unidades de diagnóstico e assistência domiciliar a pacientes submetidos a cuidados paliativos exclusivos.

Cabe destacar que no INCA, o Centro de Transplante de Medula Óssea (Cemo), é responsável pelo Registro Nacional de Doadores Voluntários de Medula Óssea (Redome), Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea (Rereme) e da Rede Nacional de Bancos Públicos de Sangue de Cordão Umbilical e Placentário para Transplantes de Células-Tronco Hematopoéticas (BRASILCORD).

Nas unidades hospitalares I, II e III do instituto, localizam-se as bibliotecas, nas quais os alunos têm acesso a livros e periódicos. Em todos os computadores da instituição é possível acessar à plataforma de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

O instituto realiza ações estratégicas de prevenção e controle do câncer, desenvolvidas pela Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV), em que um dos principais temas abordados é o estímulo à adoção de comportamentos considerados preventivos ao surgimento do câncer, tais como prática de atividade física regular e alimentação saudável, incentivando a busca de uma melhor qualidade de vida. Com esse foco, a Conprev elabora ações pontuais (eventos) e contínuas (programas) com o objetivo de informar e alertar sobre os fatores de risco de câncer, dentre os quais se destaca o tabagismo, por sua associação direta com alguns tipos de câncer. Realiza, ainda, ações de vigilância e análise de situação, apoio às redes de atenção ao câncer e pesquisas populacionais sobre câncer.

A Coordenação de Pesquisa e Educação (COPEP) é responsável pelo desenvolvimento das diferentes linhas de pesquisa realizadas no instituto. Coordena o programa de pós-

graduação *Stricto sensu* (mestrado, doutorado e pós-doutorado) em oncologia, que em 2014 recebeu nota 6 na avaliação da CAPES, sendo o único programa de pós-graduação em oncologia do país com avaliação de excelência.

Para os residentes, desde 2011 passou a ser oferecida a possibilidade de ingresso em uma das linhas de pesquisa desenvolvidas por essa coordenação, tendo como produto o trabalho de conclusão de residência. A depender do desempenho e interesse do residente, após o término do programa é oferecida bolsa de pesquisa de pós-residência, por um período de um ano, possibilitando que o mesmo continue no instituto, desenvolvendo um projeto a ser submetido no processo seletivo em um dos programas de mestrado.

Assim, no desenvolvimento do plano do curso do programa, a estrutura disponível no instituto foi considerada, possibilitando desenvolver no residente toda a competência necessária para atuação nas diversas modalidades de tratamento e nos diferentes tipos de câncer e, ainda, estimular a participação em grupos de pesquisa e ações de prevenção e detecção precoce do câncer. Porém, apesar de toda essa estrutura de excelência, uma das diretrizes do programa é a integralidade da atenção ao paciente oncológico, sendo então necessário desenvolver com os discentes algumas atividades extramuros.

INTEGRAÇÃO À REDE DE ATENÇÃO

Esta iniciativa parte do princípio de que, se o objetivo da residência é qualificar jovens profissionais da saúde para atuarem no SUS, é fundamental que durante o processo educativo os residentes tenham vivências em cenários de aprendizagem que contemplem as diferentes instituições que compõem o itinerário terapêutico dos usuários, perpassando toda a rede de atenção. Para tanto, se fez necessário construir uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ). Entretanto, como o programa já estava em andamento, buscou-se inicialmente integrar as ações com atividades já realizadas pelas duas instituições.

Dentre as possibilidades elencadas, foi definida a participação dos residentes do INCA em atividades realizadas nas unidades básicas de saúde municipais que visam o tratamento do tabagismo e que seguem a metodologia preconizada pelo instituto. Em um primeiro momento, os discentes participaram do mesmo processo de qualificação oferecido aos profissionais do município e, em um segundo momento, aplicaram a metodologia com os grupos de tabagistas, sendo preceptorados por profissionais do município.

Apesar de a experiência ter sido considerada positiva, foi atribuído um valor limitado à compreensão do funcionamento das ações realizadas na atenção primária voltadas à prevenção e controle do câncer. Assim, essa atividade extramuros deveria, no futuro, ser planejada de forma mais ampla, contemplando não apenas o tratamento do tabagismo, mas viabilizando uma compreensão mais sistêmica do funcionamento da rede de atenção ao paciente oncológico.

A oportunidade de aperfeiçoar essa atividade surgiu em 2013. Conforme identificado na avaliação, a nova atividade não se limitaria mais ao tratamento do tabagismo, mas teria o objetivo de possibilitar aos residentes conhecer o funcionamento da rede, compreendendo suas limitações. Para tanto, a carga horária desta atividade foi ampliada de 20 para 200 horas e distribuída em três módulos do eixo transversal.

Em um primeiro momento, ao término do primeiro ano de residência, como parte integrante da carga horária prática do módulo de Políticas Públicas de Saúde e Oncologia, os residentes realizam um diagnóstico de situação em unidades hospitalares habilitadas para tratamento de câncer, unidades básicas de saúde, unidades de apoio diagnóstico e centrais de

regulação e de gestão localizadas em determinadas regiões de saúde do município. A definição do campo é compartilhada com a SMS-RJ.

A partir dessas visitas, os residentes realizam um mapeamento do funcionamento da atenção ao câncer naquela região de saúde municipal. Passam a compreender o itinerário de seus pacientes e familiares, e que os usuários atendidos no INCA possuem uma história prévia à instituição, bem como continuarão essa história após o tratamento.

A experiência seguinte dos residentes com os demais pontos de atenção da rede ocorre no início do segundo ano de residência, durante as atividades práticas do módulo de Educação em Saúde. Após passarem pelo módulo teórico realizando um planejamento educacional, os residentes retornam às regiões de saúde visitadas anteriormente para realizar uma prática educativa junto aos agentes comunitários de saúde. O tema principal denominado “Fundamentos em Oncologia” é abordado pelos residentes de forma criativa, utilizando métodos participativos de aprendizagem. Com isso, conseguem realizar uma troca de conhecimentos com os agentes, construindo novos saberes.

A última ação ocorre no terceiro trimestre do segundo ano e consiste no desenvolvimento de atividades relacionadas à oncologia junto a equipes de saúde da família do município. A carga horária total é de 120 horas, realizadas em duas semanas ininterruptas. Essas atividades são planejadas com as equipes, a partir da realidade e necessidade local. Durante esse processo, além da troca de saberes e práticas com os profissionais da unidade de referência, os residentes também vivenciam o contato direto com os usuários. A vivência dessa realidade se contrapõe à experiência de formação exclusivamente hospitalar, permitindo que as questões sobre a integralidade do cuidado sejam melhor apreendidas.

Assim, cada turma passa por um ciclo de três atividades em determinadas regiões de saúde do município. Com o amadurecimento da atividade foi possível, em 2015, passar por todas as regiões de saúde do município, construindo um mapeamento do funcionamento de toda rede municipal. Esse modelo tem atendido às diretrizes propostas pelo programa e às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde.

AVALIAÇÃO DO PROGRAMA

Visando ao constante aprimoramento do programa de residência foram realizados dois ciclos de avaliação e monitoramento. A avaliação, que é feita a cada dois anos, tem como objetivo identificar necessidades de mudanças e definir as estratégias para implementá-las. O monitoramento, por sua vez, também é realizado a cada dois anos, no intervalo entre as avaliações e tem como objetivo verificar a implementação das mudanças.

Em 2012, dois anos após o início do programa, foi realizada a primeira avaliação. Utilizou-se como norteador do processo o documento “Fluxo e Instrumento de Avaliação”, enviado pela Coordenação Geral de Residências de Saúde/MEC. Esse documento organizava a avaliação dos programas em diferentes dimensões: organização didático-pedagógica; corpo docente-assistencial; instalações físicas e outros pontos que poderiam ser objeto da avaliação de forma complementar (Regimento interno; Tempo de dedicação ao programa de residência por parte do coordenador, docentes, preceptores e tutores; Acervo bibliográfico de acordo com áreas de concentração e núcleos profissionais; Certificação das Unidades Hospitalares como Hospital de Ensino pelo MEC/MS; Previsão na carga horária do programa de participação dos residentes em diferentes fóruns e colegiados institucionais ou não institucionais como: conselhos gestores, das instituições, conselhos profissionais, conselhos de saúde e movimentos populares; Relação entre número de residentes e formação nos serviços de saúde).

Esse processo orientou o redirecionamento de algumas atividades teóricas e práticas do programa. Um ponto abordado com muita ênfase nesta avaliação foi a necessidade de capacitação didático-pedagógica da preceptoria, o que levou a Coordenação de Ensino a incluir essa pauta no seu planejamento.

Cabe destacar que, ainda em 2012, foi autorizada a inserção da Física Médica aos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde. Assim sendo, a Coordenação de Ensino do INCA, por meio da Área de Ensino Multiprofissional, desenvolveu junto aos profissionais da Comissão de Ensino em Física Médica os procedimentos para elaboração e implementação do Programa de Residência em Física Médica, com ênfase em radioterapia e em imagem, que teve início em 2013. Os dois programas, Residência Multiprofissional em Oncologia e Residência em Física Médica têm como parte comum as atividades do eixo transversal.

Em 2013, apesar dos avanços alcançados, no primeiro ciclo de monitoramento do programa foram identificados alguns desafios a serem superados: qualificação de preceptores para o exercício da docência, utilização adequada dos instrumentos de avaliação do discente, adequação de conteúdos e redefinição de carga horária.

O segundo ciclo de avaliação ocorreu em 2014. Neste, algumas mudanças mais robustas foram realizadas, a iniciar pela mudança do nome da publicação, que passou a “Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia e Residência em Física Médica: plano de curso”. Outra alteração importante foi a inclusão do módulo Segurança do Paciente no eixo transversal, que, embora ainda não fosse obrigatório, havia indicação da necessidade por parte da CNRMS. O eixo transversal passou então a ser constituído por dez módulos. Além dessas mudanças, foi deliberada pela COREMU a inclusão de instrumentos de avaliação do programa pelos discentes.

Em 2015, um segundo ciclo de monitoramento dos programas demonstrou que a maior parte dos módulos, tanto do eixo transversal quanto dos eixos específicos, transcorreu adequadamente. Porém, ainda existe a necessidade de pequenos ajustes na carga horária, nas estratégias pedagógicas e na avaliação da aprendizagem. Houve melhoria na utilização dos instrumentos de avaliação da aprendizagem após realização de oficina com os preceptores e foi identificada como positiva a utilização da estratégia de ensino a distância em alguns conteúdos.

QUALIFICAÇÃO DOCENTE

Além de toda estrutura necessária para garantir a qualidade do programa, também se fez essencial garantir a qualidade do processo ensino-aprendizagem. Neste sentido, a sensibilização e qualificação dos profissionais da casa para atuar como docentes, tutores e preceptores dentro da lógica de formação multiprofissional foi imprescindível.

Com esse objetivo, foram realizadas ao longo do programa algumas atividades que visavam a qualificação do corpo-docente assistencial. Foi incentivada e viabilizada a participação dos profissionais nas oficinas para a construção e avaliação do Plano de Curso, bem como organizada e oferecida uma qualificação didático-pedagógica. Em todos os encontros pensados para essa construção havia momentos voltados a reflexões pedagógicas e avaliação da aprendizagem.

Em 2014, foram realizadas oficinas voltadas especificadamente a um grupo de preceptores do INCA. Essas oficinas foram dedicadas ao aprimoramento dessa função, que é o cerne do trabalho docente nos programas de residência. Além disso, tendo em vista o desenvolvimento das atividades extramuros, foram também realizados encontros com os

preceptores da rede municipal de saúde que estariam acompanhando os residentes nas atividades práticas nas unidades de saúde municipais.

Essas iniciativas parecem ter se refletido na melhoria do programa considerando os resultados do monitoramento realizado no ano de 2015.

DESAFIOS E POSSIBILIDADES FUTURAS

Dentre os principais desafios que persistem na implementação do programa, destacamos: o aprimoramento das ações dos docentes, tutores e preceptores; a institucionalização da função docente; e o refinamento do processo de avaliação de aprendizagem.

No que tange ao aprimoramento das ações do corpo docente-assistencial enfatiza-se a compreensão sobre suas responsabilidades e a adoção de práticas baseadas na educação problematizadora e na interdisciplinaridade. A institucionalização da função docente perpassa pela garantia de carga horária para a realização das atividades de ensino e a pactuação de metas institucionais e individuais relativas à prática educacional.

Já o refinamento do processo de avaliação da aprendizagem envolve o reconhecimento da importância desta ação para a consolidação do processo formativo, demandando maior amadurecimento do corpo docente-assistencial e dos discentes.

Como possibilidades futuras vislumbra-se a ampliação das ações realizadas, das categorias profissionais envolvidas, a articulação de atividades com os residentes dos programas de residência médica da instituição e a aproximação com outros programas de residência visando o desenvolvimento de estratégias conjuntas que objetivam o aprendizado integrado sobre as ações de prevenção e controle do câncer.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Educação; BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 13 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: 10 jan 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Plano de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

_____. Sobre o instituto. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/sobreinca/site/oinstitut>>. Acesso em: 08 jan 2016.

Relato da primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde em um hospital de pronto-socorro¹

*Priscilla Wolff Moreira
Adriana Córdova Costa
Maria Augusta Moraes Soares*

As Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde se constituem em programas de cooperação intersetorial que objetivam favorecer a inserção de jovens profissionais no mercado de trabalho. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir das necessidades e realidades locais englobam catorze categorias profissionais, como Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Serviço Social, entre outras. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1998)

As Residências Multiprofissionais estão vinculadas à necessidade urgente de se reverter a visão reducionista, fragmentada e biomédica do cuidado à saúde, disseminada pelo avanço vertiginoso das especializações. Para além do trabalho multiprofissional, as residências devem tensionar uma integração entre as disciplinas onde a troca de saberes produza um novo conhecimento que garanta a compreensão integral do ser humano reorientando o cuidado fragmentado para um cuidado integral.

Nessa perspectiva, foi criado o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência (PRIMURGE), por meio da parceria firmada entre o Centro Universitário Metodista do Sul-IPA e o Hospital de Pronto-Socorro, um dos hospitais da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS), cuja missão é “prestar atendimento universal e igualitário em urgência e emergência, com excelência em trauma, integrando o ensino e a pesquisa à assistência, melhorando a qualidade de vida.” (PORTO ALEGRE. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO, 2016a)

O Programa de Residência do qual fizemos parte tem como objetivo

[...] formar profissionais de saúde, por meio do desenvolvimento de competências, conhecimentos e habilidades fundamentadas nos princípios e diretrizes do SUS para o exercício de uma prática de excelência e transformadora de ações com base na humanização e na integralidade de assistência de processos de cuidado na urgência e emergência. (PORTO ALEGRE. SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO, 2016b)

O PRIMURGE encontra-se em consonância também com a Política Nacional de Atenção às Urgências, na lógica de funcionamento do sistema em rede de atenção e no fomento do desenho da linha de cuidado ao trauma.

Atualmente, ser profissional de saúde é um grande desafio. A necessidade de constante atualização dos conhecimentos resulta em novos conceitos que subsidiam novas práticas. Em contrapartida, a implementação exponencial de novas tecnologias se depara com antigas

1 Residência Multiprofissional Integrada em Saúde. Capítulo elaborado pelas residentes e coordenação.

dificuldades como a falta quantitativa e a formação deficitária de profissionais que atuam nos serviços de saúde.

Isto posto, esse relato objetiva compartilhar a experiência, as angústias e os desafios dos Residentes que fizeram parte da primeira turma do PRIMURGE.

Durante a residência, tivemos a oportunidade de observar de forma crítica o atendimento em saúde que é prestado e identificar os desafios e as dificuldades enfrentadas pelos profissionais que atuam em um hospital que opera suas rotinas seguindo culturalmente o modelo biomédico de atenção à saúde, onde a execução rápida de procedimentos técnicos pressupõe a vida.

Nesse contexto, a residência multiprofissional destaca-se propondo novos paradigmas de atuação, onde a excelência técnica se concilie a um atendimento humanizado e integral, onde os usuários e seus familiares tenham voz sobre seus corpos e que lhes seja permitido participar dos cuidados onde o resgate da saúde seja também o resgate dos direitos e da cidadania.

O sentimento de sair da graduação ou de outra experiência profissional e entrar numa residência multiprofissional nos causaram medo do desconhecido e ansiedade diante de novas perspectivas pessoais e profissionais. Entrar no “novo”, despir-se de valores e concepções e, a partir disso, construir novos saberes e práticas foi um exercício difícil e conflitante.

A metodologia de trabalho do Programa propõe que os residentes atuem em equipes compostas por um profissional de cada área que compõe a residência: Enfermagem, Fisioterapia, Nutrição e Serviço Social. Essa metodologia se mostrou um grande desafio, que nos permitiu a percepção do quanto somos formados, na graduação, dentro de nossas “cercas profissionais”, e que, em vez de ampliar nossa percepção acerca dos seres humanos, impedem-nos de perceber os diferentes olhares e saberes. Muitos de nossos colegas não experienciaram, ao longo de sua formação acadêmica, metodologias de ensino pautadas no trabalho multiprofissional, o que dificultou ainda mais o trabalho interdisciplinar. Percebemos entre nós mesmos uma grande resistência em entender como trabalhar de forma multi e interdisciplinar. Em um primeiro instante, parece que temos um desempoderamento, um desconstruir do pouco que construímos durante a graduação. Nossos conhecimentos ficam fragilizados diante da possibilidade de que sejamos questionados. É um longo caminho entre essa desconstrução e a reconstrução. No entanto, a necessidade de diálogos constantes com outros profissionais, com os pacientes e com seus familiares, a iminência de ser questionado, obrigou-nos a refletir constantemente e não raro abrir mão de velhas verdades para a construção de novos saberes, indo ao encontro da proposta do Programa.

Como resultado desse processo, percebemo-nos hoje mais fortes como profissionais e mais desprendidos de respostas prontas, bem como mais capazes de duvidar e mudar de planos, entendendo que cuidar é respeitar a vontade de quem está sendo cuidado e creditar também a esse a sua protagonização no processo. Hoje podemos afirmar que a atuação interprofissional não pretende abolir ou desvalorizar o que é específico de cada área profissional, mas sim vem a valorizar e utilizar as diferenças técnicas, os diferentes olhares para enriquecer o cuidado humano.

Além disso, estar em uma primeira turma de residência multiprofissional nos oportunizou vivenciar a complexidade de conquistar o espaço, o respeito e a confiança no nosso trabalho e alinhar todos esses aspectos com a proposta do programa e as nossas expectativas pessoais e profissionais. Destaca-se como desafio nossa integração com as equipes de profissionais da instituição, o que acreditamos constituir parte fundamental para o

desenvolvimento do trabalho e implementação das ações planejadas pelas equipes de residentes. Percebemos que existe uma resistência inicial de permitir que os residentes desenvolvam suas atividades em conjunto com os servidores. A figura dos residentes desperta sentimentos de desconforto e o desconforto diante da possibilidade de que as fragilidades profissionais e pessoais sejam percebidas.

No entanto, cabe ressaltar que durante esses quase dois anos, avanços foram conquistados, a exemplo do aumento da participação dos servidores nas atividades teóricas da residência e discussão de casos à beira do leito possibilitando mudanças de paradigmas nos atendimentos.

O trabalho em equipe exige dos profissionais o domínio de sua área específica, de tal forma que, na relação de trabalho com as demais áreas, possibilite não só atenção integral às demandas como também à construção de processos de aprendizado contínuo. Parte dos conhecimentos é pautada nas especificidades, mas deve abrir possibilidades para a propagação de práticas compartilhadas entre as diferentes áreas.

Outro desafio que cabe salientar neste relato foi a difícil integração e manutenção de preceptores e tutores no programa, haja vista a inexistência de plano de carreira institucional e mesmo a falta de conceitos estabelecidos na legislação que rege os Programas de Residência sobre os papéis exercidos por estes. O aumento da carga de trabalho sem remuneração, a falta de capacitação para o exercício dessa atividade e a quantidade insuficiente de informações disponíveis sobre o papel dos preceptores e tutores se mostra como uma fragilidade para o alcance de alguns dos objetivos.

A parceria entre uma instituição de saúde e a academia tem a riqueza de se complementar propiciando a diminuição da dicotomia entre o saber e o fazer, aproximando conhecimentos. A entrada de professores, enquanto tutores, nos campos de prática, reflete nas salas de aula onde os mesmos atuam. O conhecimento do cotidiano hospitalar em suas possibilidades cria espaço de discussão e reflexão sobre e entre teorias e práticas, determinando um ensino significativo. O reconhecimento dos processos de trabalho *in loco*, por parte dos professores facilitou a compreensão do que é fundamental a ser discutido em sala de aula, quais os elementos que ainda estão carentes de aprofundamento.

A percepção acerca das dificuldades dos residentes, em sua maioria recém egressos das universidades, em reconhecer o Sistema Único de Saúde, de trabalhar em equipe, principalmente multiprofissional, e em compreender a produção do conhecimento inter e transdisciplinar fez com que fossem revistos os currículos, reforçando a importância da criação de disciplinas multiprofissionais para os cursos da saúde já nos primeiros semestres das graduações.

Ao mesmo tempo, a presença de professores no âmbito do trabalho abriu espaço para que os trabalhadores, em seu papel de preceptores e supervisores de campo pudessem refletir sobre suas práticas à luz das ciências que as devem resguardar, qualificando significativamente os processos de trabalho.

Na mesma perspectiva, acreditamos que propostas para que egressos de residências continuem participando dos programas de residências, como supervisores de campo, preceptores e tutores, são caminhos que podem fortalecer a implantação da educação permanente, sendo mais uma estratégia para qualificação dos serviços. (SILVA et al., 2010)

Corroboramos com essa possibilidade o fato de que exercemos um papel muito próximo ao de preceptoria ao passarmos para o segundo ano de residência, o que nos parece ser um

privilégio aos residentes, pois o papel de educador está intimamente ligado a qualquer uma das profissões da saúde.

Salienta-se, também, a riqueza de se vivenciar ações de saúde extramuros do hospital, o que nos propiciou um conhecimento da Rede de Atenção à Saúde e compreensão das diferentes trajetórias, muitas vezes impostas aos usuários. Percebemos que nossos cuidados fazem diferença na caminhada que pode ser imposta aos usuários, posterior ao atendimento de urgência recebido dentro do hospital, entretanto, compreender o sujeito em seu contexto social, econômico e cultural nos trouxe a certeza de que somos uma parte do processo de saúde e doença que a vida pode impor a todos, mas existe muito mais a ser conhecido e concebido durante um atendimento de saúde.

Outro ponto a ser destacado foi a criação do Núcleo de Orientação para a Alta Hospitalar (NOAH), que visa subsidiar a família dos pacientes, a partir da internação com vistas à alta hospitalar, de modo que, por meio de escuta ativa, sejam ofertadas orientações acerca dos cuidados de saúde.

O NOAH é um diferencial do Projeto Político-Pedagógico do PRIMURGE, que acredita que a transição entre o hospital e domicílio deva acontecer no momento em que o paciente é internado, garantindo um acompanhamento contínuo e um aprofundamento no conhecimento do contexto de vida do usuário e de seus familiares, para além das suas necessidades relacionadas aos cuidados hospitalares.

O projeto prevê que as equipe de residentes abordem as famílias e/ou os próprios usuários, o mais breve possível após sua internação, tão logo esteja com quadro estável a ser discutido, e a partir de escutas contínuas, identifique preocupações, dúvidas e demandas, contribuindo para que o usuário e seus familiares participem ativamente do planejamento de seus cuidados durante e após sua internação hospitalar.

Por fim, para encerramento das atividades ao final dos dois anos e para a obtenção da certificação, assim como outras residências, há a obrigatoriedade da apresentação de um Trabalho de Conclusão de Residência.

Para tanto, nossa turma elaborou e publicou o livro ***Pronto - Socorro: estudos de caso - Atuação da Residência Multiprofissional no Pronto-Socorro***, que narra a evolução de 14 casos de pacientes que foram atendidos por nós durante a residência. Para a escrita dos casos, todas as condutas foram discutidas à exaustão e fizeram grande diferença no nosso aprendizado teórico, contribuindo fortemente para respaldar práticas e qualificar ainda mais a assistência prestada.

Consideramos, portanto, que a Residência nos instigou a uma busca constante pelo conhecimento interdisciplinar, a possibilidade de refletir sobre as individualidades de cada paciente em um contexto árido como o da emergência e para além desse momento.

As reflexões acerca do contexto de saúde, no Sistema Único de Saúde, em sua ampla concepção, preencheram lacunas de conhecimento como nunca ofertado em momentos de ensino anteriores à Residência. O reconhecimento e a compreensão da Rede de Atenção, a partir do olhar de quem atua na emergência, apresentaram-se como experiência ímpar.

Acreditamos, assim, que Programas de Residência Multiprofissional, como o PRIMURGE, permitem reflexões e vivências das relações entre ensino e saúde que potencializam a construção de novas ferramentas de atuação no SUS. Podemos reinventar o aprendizado, a partir da perspectiva de articulação dos saberes, no aprofundamento de práticas comuns e específicas que agregam valor à formação dos profissionais.

Um Programa que se propõe a criar alternativas de formação de profissionais para o SUS, compartilhando responsabilidades, aproximando o ensino e o trabalho dentro do próprio Sistema, cria incertezas e inseguranças, desestabiliza o estável, mas inevitavelmente resulta em mudanças de paradigmas, em que o sujeito passa a protagonizar sua história, seja ele cuidado ou cuidador.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei n. 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.o Programa Nacional de Inclusão de Jovens ProJovem; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1 jul. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 14 jan 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 287, de 08 de outubro de 1998. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Octogésima Primeira Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de outubro de 1998, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, relaciona categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Diário Oficial da União, Brasília, 9 out. 1998. Disponível em: <[http:// conselho.saude.gov.br/docs/Reso287.doc](http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso287.doc)>. Acesso em: 12 jan 2016.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. Hospital de Pronto Socorro. Hospital de Pronto Socorro. 2016a. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/hps/default.php?p_secao=46#>. Acesso em: 15 jan 2016.

_____. Projeto Político Pedagógico da Residência Multiprofissional em Urgência e Emergência. Porto Alegre: [s.n.], 2016b.

SILVA, L.A.A. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 31, n. 3, p.557-61, 2010.

O Projeto Terapêutico Singular como dispositivo de promoção da integralidade do cuidado em um serviço de emergência¹

*Priscila Viegas Kercher
Alice Magagnin Neves
Franciele Plachi
Sabrina da Cunha Godoy
Sofia Palagi
Cristianne Maria Famer Rocha*

INTRODUÇÃO

A integralidade é um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), podendo ser compreendida, pelo menos, por meio de três perspectivas. A primeira corresponde à abordagem integral do sujeito, superando a visão fragmentada curativa, buscando a compreensão das suas dimensões biopsicossociais. A segunda se refere às práticas de saúde oferecidas a partir da integração e articulação das ações de prevenção, promoção, reabilitação e cura. Por último, considera-se o acesso continuado às redes de atenção conforme as necessidades da população, que deve ser garantido mediante a organização dos serviços. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012) Para dar conta da complexidade desse princípio, torna-se necessária a ampliação da clínica, no sentido de considerar a singularidade do sujeito. (CAMPOS; AMARAL, 2007) Dessa forma, é fundamental que a equipe de profissionais de saúde possa se instrumentalizar tecnicamente, utilizando-se de ferramentas de produção de relação como o acolhimento, a escuta ativa e a construção de vínculo e de afeto com o sujeito. (BRASIL, 2008) Assim, é possível reconhecer, além das características comuns, o conjunto de sinais e sintomas que se expressam no sujeito, ampliando as possibilidades de atuação e de intervenção. (CARVALHO; CUNHA, 2012)

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) aparece como um importante dispositivo de cuidado, sendo definido como um conjunto de propostas terapêuticas articuladas e interdisciplinares, resultado da discussão coletiva de uma equipe multiprofissional, visando à singularidade do sujeito. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2008) Para Foucault (2010), o termo dispositivo engloba elementos heterogêneos, como discursos, leis, decisões regulamentares, proposições filosóficas, morais, filantrópicas entre outros. O dito e o não dito são os elementos que compõem o dispositivo, caracterizando-se como a rede que se estabelece entre eles. Segundo Deleuze (1990), o dispositivo faz ver e falar e funciona acoplado a regimes históricos de enunciação e de visibilidade. Barros (1997) se baseia nas considerações de Deleuze para mencionar as quatro linhas que compõem um dispositivo: a visibilidade, a qual torna visível o invisível; a enunciação, que faz emergir a potencialidade da fala e do que é dito; a força, que está relacionada com a dimensão do saber-poder; e a subjetividade, responsável pelos novos modos de criar-se e inventar-se.

O acesso continuado às redes de atenção, conforme as necessidades de cada usuário, implica na elaboração e adaptação do dispositivo do PTS frente às peculiaridades dos diversos

¹ Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, ênfase Adulto Crítico. Texto escrito por ex-residentes e uma ex-tutora.

cenários de prática. A utilização dessa estratégia de cuidado, além da contribuição para o usuário, tem-se mostrado uma ferramenta importante na formação de profissionais para o SUS, uma vez que propicia a convivência interdisciplinar e o exercício da ampliação da clínica.

Nesse texto, pretendemos relatar a utilização do PTS, como um dispositivo de atenção/cuidado em saúde, em um Serviço de Emergência (SE) de um hospital geral universitário no Sul do Brasil. O PTS foi realizado, nesse Serviço, por uma equipe de saúde composta por diferentes profissionais residentes (psicóloga, enfermeira, farmacêutica, fisioterapeuta, assistente social e nutricionista), sob a supervisão de preceptores e tutoras de um Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde com ênfase em Adulto Crítico.

O PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR: UM DISPOSITIVO EM AÇÃO

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) foi realizado ao longo do período de formação do referido Programa de Residência, enquanto atividade obrigatória, tendo como atores principais os residentes multiprofissionais e como facilitadores do processo, preceptores e tutores. Apesar de a equipe que realizava o PTS não contar com um profissional médico, o médico responsável pelo usuário sempre foi informado e convidado a participar da realização do Projeto. O SE em que o PTS aconteceu se caracteriza como porta de entrada para situações clínicas, não recebendo usuários com condições psiquiátricas ou traumatológicas, visto estarem presentes na rede saúde do município hospitais específicos para o atendimento dessas demandas.

As reuniões para a produção dos PTS eram realizadas de forma coletiva e semanalmente, em dia e horário específicos com duração aproximada de duas horas. Esse espaço de análise e discussão dos casos se iniciou com a instrumentalização teórica de todos os participantes a respeito do PTS, com a finalidade de que todos pudessem compreender o Projeto como dispositivo de cuidado diferenciado. Entre as discussões inicialmente realizadas, uma das pautas levantadas era como viabilizar essa proposta em um SE, tendo em vista as peculiaridades desse local. Após algumas vivências práticas, definiu-se que a população que se beneficiaria com a execução do Projeto seriam usuários com acessos frequentes ao SE e com múltiplas demandas, a fim de entender as causas de tal acontecimento.

Essas necessidades eram constatadas por qualquer um dos profissionais envolvidos no Projeto e não tinha obrigatoriamente relação direta com sua formação profissional, pois, na medida em que a equipe amplia sua clínica, trabalhando interdisciplinarmente, todos os profissionais sentem-se apropriados a analisar a possibilidade de realização do PTS para garantir a integralidade do cuidado do usuário. O acompanhamento do usuário iniciava durante sua hospitalização e, por meio de ações de matriciamento² buscava-se a longitudinalidade³ do cuidado. Essas ações procuravam contemplar as suas diversas necessidades, considerando suas dimensões biopsicossociais, a partir do seu contexto familiar, socio-sanitário, biológico, psicológico e cultural. As ações de apoio matricial permitem maior articulação entre os serviços envolvidos, troca de conhecimento, além de potencializar os

2 Matriciamento (ou apoio matricial) em saúde visa assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde. O apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

3 Segundo Bárbara Starfield, longitudinalidade do cuidado é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde. (STARFIELD, 2002)

canais de comunicação, facilitando o diálogo entre equipes e o usuário. (CAMPOS; DOMITTI, 2007)

Escolhido o usuário pela equipe, cada integrante realizava uma avaliação minuciosa, desde sua respectiva área de conhecimento, a partir das demandas apresentadas. Após, no espaço destinado para o planejamento das ações, essa análise/avaliação era compartilhada com todos os demais participantes da equipe para que o usuário fosse compreendido na sua totalidade e não de forma fragmentada. Nesse momento, era realizada a avaliação multiprofissional, pensada/discutida primeiramente entre a equipe e, após, conjuntamente com o usuário e seus familiares. Na maioria das vezes era os familiares que tomavam as decisões referentes às ações a serem realizadas na continuidade do cuidado no domicílio, principalmente devido ao usuário apresentar-se debilitado.

Na reunião inicial da equipe, definia-se o profissional de referência, isto é, aquele que possuía maior vínculo afetivo com o usuário, bem como eram divididas as responsabilidades entre os demais profissionais. Antes da execução efetiva do Projeto, o profissional de referência apresentava a proposta de cuidado ao usuário e sua família para que eles pudessem compreender, decidir, sugerir e participar ativamente do processo. Todas as atividades desenvolvidas eram devidamente registradas no prontuário do usuário. Durante um ano de execução do PTS⁴, os usuários e seus familiares se mostraram receptivos a participar dessa proposta de cuidado.

Estratégias para modificar a atenção à saúde no Brasil e seu modelo de cuidado hospitalocêntrico foram propostas ao longo dos anos. (CECÍLIO, 1997) Entre elas a Estratégia de Saúde da Família, implantada em 1996, com o objetivo de modificar esse modelo curativista, ineficaz e de alto custo, centrado no cuidado hospitalar. (MERHY, 2000) Apesar dos avanços alcançados, alguns usuários ainda desconhecem suas Equipes de Referência (ER). Enquanto a ER do território não os acolhe, os mesmos devem ser considerados como responsabilidade da ER da urgência que, além de iniciar o plano de cuidado, deve iniciar os contratos com as unidades externas ao hospital para que as equipes de Atenção Básica saibam que um paciente sob sua responsabilidade está usando uma unidade de urgência, ou apresentou complicações de um problema crônico (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2008). Dessa forma, o hospital pode fortalecer as ações de Atenção Básica e ajudar a reverter o modelo hospitalocêntrico. Sob essa perspectiva, além da avaliação multiprofissional e da realização de uma clínica de cuidado ampliada, outro objetivo do Projeto era buscar vincular, de forma mais efetiva, o usuário à ER do seu território, a fim de que fosse possível garantir o seguimento do cuidado no pós-alta hospitalar. Para estreitar e fortalecer o vínculo com essa Equipe, as profissionais residentes do SE, envolvidos na realização do PTS, utilizavam a visita institucional (VI), a fim de conhecer a rede de cuidado do indivíduo. A VI é uma estratégia de visita *in loco* que não só melhora o fluxo de informações, buscando a qualificação da alta hospitalar, como também realiza a integração entre as equipes do SE e de Referência, possibilitando a formação de redes de conversação (TEIXEIRA, 2003).

Na visita, as residentes eram acompanhadas por um preceptor e o deslocamento era realizado por meio de carro fornecido pela Instituição Hospitalar, mesmo quando se tratassem de usuários no interior do Estado. A visita era agendada com antecedência e o processo de comunicação com a ER já se iniciava por meio de contatos telefônicos, tão logo o usuário e familiares concordassem em participar do PTS. A VI ocorria dentro da carga horária da

4 O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Adulto Crítico, desenvolve-se em dois espaços de formação diferentes: no primeiro ano, os residentes desenvolvem suas atividades no Serviço de Emergência e, no segundo ano, no Centro de Terapia Intensiva.

Residência e durava o tempo necessário para que as equipes realizassem as trocas de informações, a fim de considerar as necessidades do usuário. Durante a VI, o serviço era conhecido de forma geral (Unidade Básica de Saúde/Estratégia de Saúde da Família) e, em um momento posterior, as pautas giravam em torno das especificidades do usuário. Percebemos que algumas ER estranhavam esse movimento de articulação de um hospital geral com os serviços/equipes de atenção básica. Mas logo percebiam e reconheciam a importância de um maior diálogo entre os diferentes pontos da rede de saúde, visto a longitudinalidade do cuidado e a resolutividade⁵ das demandas do usuário.

As VIs tinham, pelo menos, dois objetivos: vincular o usuário a sua ER e conhecer o funcionamento da unidade de saúde para futuros matriciamentos. Em alguns casos, além de vincular o usuário a sua ER, dentro do setor saúde, eram articuladas também algumas ações com a Assistência Social. Para isso, realizávamos VI no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) da região/ou município de residência do usuário, considerando as necessidades sociais do usuário. Durante a realização das VIs, fazíamos o movimento de colocar os serviços de referência do usuário em diálogo, uma vez que as ações intersetoriais somente são resolutivas quando os profissionais trabalham em conjunto de forma integrada.

A visita domiciliar (VD) era outra ferramenta utilizada pelas residentes. Realizada logo após a alta hospitalar do usuário, era combinada previamente e, sempre que possível, na presença da ER que daria continuidade ao cuidado. A VD tinha como objetivo compreender o cotidiano do usuário e adaptar o seu cuidado de saúde a essa realidade. Eram apresentadas as ações já desenvolvidas a partir do SE (agendamentos de possíveis consultas, por exemplo), bem como era realizada a pactuação entre as equipes, usuário e familiares quanto às prioridades a serem trabalhadas a partir daquele momento. É importante salientar que nem todos os profissionais envolvidos com o PTS participavam da VD, por entendermos que poderia se tornar invasivo ou não produtivo muitas pessoas em, algumas vezes, restritos espaços físicos, com tantas informações a serem repassadas/pactuadas entre usuário, familiares e trabalhadores. Ainda que nem todas estivessem presentes, nessa ocasião, as profissionais que realizavam a VD tinham a oportunidade de efetivar o trabalho na perspectiva multiprofissional, através da execução do plano realizado de forma conjunta, garantindo a integralidade da intervenção.

Importante salientar que, durante todo o processo de execução do PTS, as metas eram definidas em curto, médio e longo prazos. Esse movimento de reavaliação se tornava muito importante, pois nem sempre o que se planejava era viável ou mudanças e adaptações se faziam necessárias durante o percurso, tal como preconiza o texto do Ministério da Saúde sobre “Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2008) Afinal, a integração com a ER desde os primeiros movimentos do PTS é uma estratégia que deve ser levada em consideração para a definição das metas de médio e longo prazos. A concordância e análise da viabilidade de execução das ações devem ser consideradas pela equipe que será responsável pela continuidade do cuidado. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2008) Particularmente com relação ao PTS realizado a partir de SE, no qual geralmente o tempo de permanência do usuário é curto, essa integração mostra-se vital para a efetivação do plano de cuidado.

O PTS propicia que a produção de cuidado em saúde combine ações e intervenções que desloquem a díade sujeito-objeto para sujeito-sujeito, tornando possível uma pluralidade

⁵ Resolutividade das demandas do usuário é aqui apresentada como o plano de intervenções a serem realizadas para resolver ou melhorar algum(ns) problema(s) do usuário. (STARFIELD, 2002)

dialógica por meio do encontro subjetivo e do acolhimento da diferença e da singularidade do outro. Possibilidades de escolha e estímulo à autonomia do usuário podem favorecer um cuidado em saúde com mais liberdade e com maior exercício de cidadania (MARTINES; MACHADO, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como referimos anteriormente, a equipe que realizava o PTS não contava com um profissional médico. A despeito das muitas críticas à clínica tradicional na redução dos sujeitos a objeto/doença, não se pode negar a importância dos médicos no prolongamento e melhoria da qualidade de vida das pessoas, ao realizar a cura e a reabilitação. Entendemos que a ausência do profissional da medicina despotencializa – entretanto não inviabiliza – o Projeto, já que não é possível superar o paradigma biomédico sem a contribuição desses profissionais. (CARVALHO; CUNHA, 2012)

Ao longo de um ano de realização do PTS no SE, foi possível perceber que esse dispositivo qualificou o cuidado, aproximando-o do conceito de integralidade, uma vez que permitiu considerar os usuários em suas singularidades. O PTS propiciou intensa troca de saberes entre profissionais e serviços em direção à construção coletiva e corresponsável do cuidado, tornando a prática do matriciamento mais próxima da realidade, especialmente em um SE. A dialogicidade intersetorial foi um dos maiores desafios encontrados, pois atuar de forma integrada pressupõe uma relação dinâmica entre os diferentes setores para que a saúde possa ser compreendida em seu conceito ampliado. Sendo assim, o PTS contribuiu de forma significativa para a formação multiprofissional dos residentes, pois foi o exercício multiprofissional mais intenso realizado, o qual exigia troca de saberes e construção conjunta das ações a serem desenvolvidas.

Da mesma forma, encontramos dificuldades na sua realização, como a comunicação entre profissionais, baixa articulação entre os diferentes pontos da rede, trabalhadores pouco implicados com essa proposta – muitas vezes por não conhecer a potência desse dispositivo –, insuficiência de equipes que acompanham o usuário após sua alta hospitalar, além da impossibilidade de realizar o PTS com um número maior de usuários. Destaca-se ainda a peculiaridade da execução do PTS em um SE, local onde, muitas vezes, o sujeito emerge e que, ao mesmo tempo, parece (in)visível aos que ali circulam. Humanizar o cuidado é direcionar o olhar para os usuários do SE como sujeitos de direitos, capazes de exercer sua autonomia, participando ativamente do seu processo terapêutico, sendo capazes de produzir o cuidado de si. O PTS fortalece o exercício de entender a complexidade dos sujeitos e a multicausalidade das questões que envolvem a produção de saúde, possibilitando a compreensão das demandas objetivas e subjetivas de cuidado. (SILVA et al., 2013)

Diante da vivência relatada, concluiu-se que, para promover a integralidade da atenção à saúde dos usuários, é necessária a construção de estratégias de intervenção que considerem a intersetorialidade. Assim, torna-se fundamental a articulação e a corresponsabilização de todos os atores envolvidos no processo de construção de redes que produza a diferença e se produza na diferença. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E GESTÃO DO SUS, 2010) O desenvolvimento do PTS pela equipe multiprofissional, no SE, propiciou a experimentação desse desafio, contribuindo para uma melhor formação profissional em benefício do usuário. Além disso, permite⁶ que o hospital cumpra seu papel na Rede de Atenção à Saúde, por meio do

⁶ As autoras desse estudo não têm conhecimento sobre a continuidade do PTS enquanto atividade obrigatória do Programa de Residência.

atendimento e devolução corresponsável do usuário à sua ER, auxiliando na reversão do modelo de atenção hospitalocêntrico.

REFERÊNCIAS

BARROS, R.D.B. Dispositivos em ação: o grupo. In: SILVA, A. et al. (Orgs.). Subjetividade: questões contemporâneas. São Paulo: Hucitec, 1997. p.183-91.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de Saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAMPOS, G.W.S.; AMARAL, M.A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p.849-59, 2007.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p.399-407, 2007.

CARVALHO, S.R; CUNHA, G.T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs.). Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2012. p.837-68.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, n. 3, p.469-78, jul./set. 1997.

DELEUZE, G. *Que és um dispositivo?* Barcelona: Gedisa, 1990.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal, 2010.

MARTINES, W.R.V.; MACHADO, A.L. Produção de cuidado e subjetividade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 2, p.328-33, 2010.

MERHY, E. E. Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo. *Livre docência*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2000.

SILVA, E.P. et al. Projeto terapêutico singular como estratégia de prática de multiprofissionalidade nas ações de saúde. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, v. 17, n. 2, p.197-202, 2013.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2003. p.89-111.

Residência Multiprofissional Integrada em Saúde com ênfase em urgência, emergência e intensivismo

Aline Josiane Waclawovsky

Carine Muniz

João Gabriel Nunes

Dulciane Nunes Paiva

Tania Cristina Malezan Fleig

O CONTEXTO DA CRIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA NO BRASIL

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) e em área profissional da saúde constituem-se em ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado à formação baseada no treinamento em serviço para profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização. Prover o ensino em serviço requer a implementação de ação orientadora de profissionais qualificados, estrutura física adequada e atividades sistematizadas de pesquisa e aperfeiçoamento. Tal modalidade de formação especializada, que ocorre através da aquisição do conhecimento pela ação prática, representa um dos métodos potenciais para se repensar o processo de formação em saúde. (CECCIM, 2010)

A origem da Residência como modalidade de ensino está relacionada com moradia, pois nos primórdios do seu surgimento o requisito básico para os candidatos era residir na instituição onde desenvolvia suas atividades de educação em serviço, ficando à disposição do hospital em período integral. (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010) Tal modalidade de formação foi criada a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) a partir das necessidades e realidades locais e regionais e abrangendo as profissões da área da saúde, conforme Resolução CNS nº 287/1998, em regime de dedicação exclusiva e com carga horária mínima de 2.880 horas anuais, distribuídas em 60 horas por semana, totalizando no mínimo 5.760 horas no período de dois anos com abrangência de 80% da carga horária destinada às atividades de prática em serviço e 20% às atividades teóricas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012)

Inicialmente, os programas de residência eram voltados exclusivamente para a área médica, mas, a partir de então, os programas de residência multiprofissional assumiram algumas características do modelo médico instituído como o forte treinamento em serviço através da instituição de extensa carga horária. (FRANCO; BARROS; NOGUEIRA-MARTINS, 2005; FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010)

Em meados de 1977, surgem no Brasil os primeiros Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde e, nesse contexto, o Programa de Residência em Saúde Comunitária da Unidade Sanitária São José do Murialdo, da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, é considerado pioneiro, pois já evidenciava um formato que abrangia mais de uma classe profissional. Essa experiência ímpar serviu de exemplo para diferentes programas de residência multiprofissional em todo o território brasileiro. (HAUBRICH et al., 2015)

A partir de 1999, o Ministério da Saúde e o Movimento Sanitário passaram a se organizar a fim de criar um modelo de Residência Multiprofissional em que seria empregada uma área

comum a todas as especialidades, mantendo, entretanto, as especificidades de cada profissão envolvida. (CAMPOS, 2006) Em 2002, o Ministério da Saúde passou a financiar 19 programas de Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, tendo os mesmos formatos diversificados e com a concepção de trabalho integrado com todas as áreas de formação em saúde. O financiamento regular disponibilizado aos programas de Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil foi criado com o objetivo de possibilitar a formação de profissionais melhor qualificados que contribuíssem para a mudança técnica e assistencial do SUS. (CAMPOS, 2006)

Com a promulgação da Lei nº 11.129, em 30 de junho de 2005, instituiu-se o Programa Pró-Jovem e criou-se a Residência em área Profissional da Saúde (uniprofissional), sendo também estabelecida a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), dando início a regulamentação das Residências Multiprofissionais em Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2006).

INSERÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SAÚDE NO HOSPITAL SANTA CRUZ, EM SANTA CRUZ DO SUL, RIO GRANDE DO SUL

Reunindo alta qualificação profissional e de corpo docente, bem como adequada estrutura física, no ano de 2014, o proponente Hospital Santa Cruz (HSC), mantido pela Associação de Pró-Ensino em Santa Cruz do Sul (APESC) e tendo a Universidade de Santa Cruz do Sul como Instituição de Ensino Superior vinculada, recebeu parecer favorável para dar início à Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do HSC na área de Concentração em Urgência e Trauma – Área Temática: Urgência, Emergência e Intensivismo. O referido programa foi desenvolvido no bojo da parceria entre gestores e instituições formadoras de acordo com a realidade local, orientado pelos princípios e diretrizes do SUS, tendo sido uma das grandes conquistas obtidas na área da saúde e educação para o município de Santa Cruz do Sul.

O Programa oferece vinte vagas nas áreas da Nutrição (2 vagas), Fisioterapia (4 vagas), Enfermagem (4 vagas), Farmácia (4 vagas), Psicologia (2 vagas), Odontologia (2 vagas), Educação Física (1 vaga) e Serviço Social (1 vaga). A duração do programa é de dois anos, com atividades realizadas nas dependências do Hospital, da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC) e da Secretaria Municipal de Saúde, parceiros na implantação do programa. Tal evento constituiu um marco importante na busca da qualificação profissional para atuarem em sistemas e serviços públicos no âmbito de um Hospital de Ensino e da Rede de Saúde, abrangendo os momentos pré-hospitalar, hospitalar e pós-hospitalar nos diferentes níveis de complexidade da área de Urgência, Emergência e Intensivismo, que visa oferecer aos residentes o aprimoramento na assistência dos problemas mais frequentes apresentados no Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), pronto-atendimento/emergências, Unidades de Terapia Intensiva (UTI) adulto e neonatal, bem como nas enfermarias de retaguarda do Hospital Santa Cruz e nas unidades básicas de saúde do município de Santa Cruz do Sul.

O HSC está situado na cidade de Santa Cruz do Sul/RS e foi fundado em 22 de maio de 1908. Atualmente dispõe de 23 mil metros quadrados de área construída, 234 leitos, em torno de 900 funcionários e 211 médicos na composição de seu corpo clínico. Trata-se de uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, que realiza atendimentos a pacientes internados, bem como procedimentos ambulatoriais em sua maioria vinculados ao SUS. No ano de 2012, o HSC conquistou o credenciamento como unidade de assistência em alta complexidade cardiovascular e a certificação definitiva como Hospital de Ensino. Além disso, também é

referência em alta complexidade em Traumatologia e Ortopedia realizando cirurgias eletivas e de urgência para os municípios que compõem a 8ª Coordenadoria Regional de Saúde (sede Cachoeira do Sul), 13ª Coordenadoria Regional de Saúde (sede Santa Cruz do Sul) e para gestantes de alto risco 13ª Coordenadoria Regional de Saúde. (HOSPITAL SANTA CRUZ, 2015)

No contexto exposto, a educação em serviço realizada pelo PRMS do HSC visa o desenvolvimento de habilidades específicas para a assistência em saúde sob a responsabilidade de preceptores e tutores qualificados e que tem o objetivo de contribuir para o desenvolvimento de competências clínico-assistenciais, considerando o indivíduo em seu contexto biopsicossocial e, para além das atividades no serviço hospitalar, está previsto o reconhecimento da rede de serviço em saúde do município de Santa Cruz do Sul a partir da inserção dos residentes em ações vinculadas à atenção primária em saúde na Rede Básica, junto às Unidades Básicas de Saúde, Estratégias de Saúde da Família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, bem como nos serviços de apoio no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS), Centro de Atendimento Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPSIA), Centro Municipal de Atendimento à Sorologia (CEMAS) e Farmácia Municipal, com o intuito de reconhecer os campos de atuação profissional, vivenciar a relação entre os diferentes níveis de atenção à saúde, o processo de referência e contrarreferência, bem como o sistema público de gestão em Rede de Atenção à Saúde do município.

O Programa de Residência Multiprofissional do HSC tem por base os princípios e diretrizes do SUS e tem por objetivo fornecer aos residentes uma visão ampliada do processo saúde-doença, em todos os níveis de atenção à saúde. Tal fato é de grande importância para a formação profissional, garantindo aos residentes conhecer com mais intensidade o SUS e as relações na rede de saúde. Albuquerque et al. (2008) destacam que mesmo com as infinitas possibilidades que existem nos espaços de integração ensino-serviço, ainda é preocupante constatar que a formação em saúde, que adentra os serviços públicos de saúde para suas práticas, ainda mantém uma inserção caracterizada por um certo distanciamento dos princípios e das diretrizes do SUS.

Frente a isso, percebe-se que o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Hospital Santa Cruz proporciona uma formação centrada no sujeito, buscando atender as demandas de saúde de maneira integral, tornando os trabalhadores da saúde, prestadores de assistência às pessoas, centrados nas Políticas Públicas, em atenção à Política Nacional de Humanização, obedecendo os princípios fundamentais para a atenção integral e humanizada nos serviços de saúde.

Cabe ressaltar ainda que o trabalhador da saúde é o recurso mais importante que o SUS necessita para garantir o cuidado. Porém, a formação tradicional dos profissionais que atuam no sistema de saúde muitas vezes vai de encontro ao sistema, resultando num profissional despreparado e desqualificado para atuar neste sistema, sendo fundamental a criação de espaços potentes de formação de profissionais capazes de direcionar suas práticas para a defesa inexorável do SUS. (SALVADOR et al., 2011)

Os Programas de Residência procuram promover sua inserção social nos moldes das exigências dos conselhos profissionais contrapondo-se à conjuntura hegemônica da formação de profissionais da área da saúde, com o intuito de suprir as necessidades em um Sistema Único de Saúde. Assim sendo, tais programas devem garantir a qualidade do ensino-aprendizagem, o exercício da interdisciplinaridade e contribuir para a evolução de um perfil profissional mais engajado com as políticas públicas e com a resolução dos problemas de saúde da população. (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010)

De acordo com Silva e Caballero (2010), o desenvolvimento de trabalhadores para o SUS, formados no âmbito dos Programas de Residência Multiprofissionais, parte do pressuposto de que a área da saúde não é um campo privado de um profissional, haja vista que os espaços terapêuticos do cuidado são estabelecidos pela relação e encontro dos diferentes atores, profissionais, sujeitos e educadores envolvidos na produção do cuidado, o que torna possível compreender que os problemas de saúde vivenciados na prática cotidiana não são resolvidos individualmente por um único profissional, mas por todos os profissionais do campo da saúde que devem promover a interação de subjetividades e saberes.

COMPROMISSO COM A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FORMA DE INTEGRAÇÃO ENTRE ENSINO E SERVIÇO

A Educação Permanente é um processo de reestruturação dos locais de trabalho baseada nos determinantes sociais, culturais, econômicos e ainda nos valores e conceitos dos profissionais que direcionam para a construção da prática em saúde, permitindo a inserção dos trabalhadores da saúde na relação ensino-aprendizagem e o reconhecimento dos mesmos como sujeitos desse processo. (BALDISSEROTTO et al., 2006)

Neste sentido, a proposta das Residências em Saúde como Multiprofissionais e Integradas ao SUS apresenta-se como uma concepção teórico-pedagógica convergente com os princípios de integralidade da atenção e de intersetorialidade do SUS, e com as restantes políticas que se aplicam nos determinantes e condicionantes de saúde individual e coletivas. Tal estratégia promove não apenas o contato entre o mundo do trabalho e o da formação, mas permite mudanças no modelo técnico-assistencial, por meio da atuação multiprofissional ou integrada e ajustada às demandas locais, como também possibilita a afirmação do profissional em seu universo de trabalho e na sociedade em que vive. (CECCIM, 2010)

Diante disso, o processo de Educação Permanente parte da percepção de que para haver uma efetiva integração entre ensino e serviço torna-se necessário unir docentes, estudantes e profissionais da saúde focados na pessoa, permitindo que a divisão entre o ensino e a produção do cuidado em saúde se atenuem. (LUCENA et al., 2015)

A Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) do HSC, a qual o PRMS está vinculado, tem sua estrutura de formação profissional baseada no processo de ensino-aprendizagem, sendo composta por um coordenador e um vice-coordenador da COREMU, coordenador do PRMS, representante dos profissionais residentes, representante do corpo docente-assistencial (preceptor) e tutores de cada uma das áreas profissionais que compõem o Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde, representante dos professores-docentes, Diretor de Ensino, pesquisa e Extensão do Hospital Santa Cruz e pelo Diretor das Ações de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde. Todos os atores descritos compõem o Núcleo Docente Assistencial Estruturante (NDAE) que presta importante suporte pedagógico à COREMU.

Segundo normativas da CNRMS, os tutores desenvolvem atividades de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes, bem como as discussões no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa, sendo exercida por profissional com formação mínima de mestre e com experiência de no mínimo três anos. Os preceptores por sua vez, são vinculados à instituição formadora ou executora, possuem a

atribuição de desenvolver supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde, onde se desenvolve o programa.

No PRMS do HSC, a Tutoria de Campo se desenvolve nas ações transversais discutidas em *Rounds* Clínicos que integram as oito áreas da saúde no âmbito do HSC; na Rede Básica as reuniões de Equipe, semanalmente, agregam para a tomada de decisão sobre casos especiais, bem como, para a eleição de situações específicas que contam com o apoio do NASF e dos Serviços da Rede de Atenção à Saúde do município.

A Tutoria e Preceptorial de Núcleo se desenvolvem em suas oito áreas da saúde, e, nesse sentido, Campos et al. (2014) expõem que os conceitos de núcleo e de campo são úteis para construir ou estabelecer a interdisciplinaridade, sem dissolver ou desfazer a especificidade dos saberes, permitindo identificar os saberes e práticas particulares de cada profissão quanto aos seus saberes, práticas e responsabilidades que são compartilhadas por todos os profissionais de saúde. Assim sendo, no núcleo há uma agregação de conhecimentos e práticas, configurando as identidades profissionais e certas formas de comprometimento com a produção de saúde, dos saberes, responsabilidades e práticas característicos e específicos de cada profissão. O campo por sua vez, poderia ser definido como o espaço de encontro entre os saberes, onde há a justaposição dos limites entre todas as especialidades e suas práticas, onde os profissionais devem atuar independentemente de sua categoria ou formação. Neste contexto, para atuar no campo, os diversos profissionais devem buscar apoio em outras áreas para suprir as demandas que se apresentam o que reforça a interdisciplinaridade. (CAMPOS et al., 2014)

Segundo a CNRMS, na Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, há duas categorias de tutorias, a de campo que corresponde a atividades de orientação acadêmica direcionadas à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões. E a tutoria de núcleo apresenta como função a orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012) Ainda orientam que o preceptor tem como função a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde, local do programa, sendo necessariamente da mesma área de formação profissional do residente sob sua supervisão. (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2012)

Para além das atividades de ensino em serviço, o PRMS do HSC possibilita também a formação teórica através da oferta de aulas teóricas expositivas e dialogadas desenvolvidas em sala de aula, bem como, através de encontros semanais ou quinzenais para apresentação de artigos científicos com excelência científica (Clube da Revista) por parte dos residentes. Nas aulas teóricas, são abordados temas comuns às áreas envolvidas assim como conteúdos específicos de cada profissão, o que possibilita um conhecimento mais abrangente no que tange às especificidades de todas as áreas profissionais, ou seja, o conhecimento específico de cada área contribui para a aprendizagem dos outros, integrando saberes por meio de um espaço de campo comum.

As atividades teórico-práticas se desenvolvem em momentos de discussões de casos clínicos (*Rounds*), na participação em importantes Comissões, como a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplante (CIHDOTT), Comissão Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, Comissão Interna de Gerenciamento de Risco e

Segurança do Paciente (CIGERSP) dentre outras, bem como no desenvolvimento de outros momentos onde se torna possível a aplicação do conteúdo teórico em situações práticas como nas reuniões de discussão de casos clínicos para aprimoramento das linhas de cuidados das oito áreas que compõem o PRMS.

As características citadas corroboram com Ramos et al. (2006), que destacam que os PRMS devem ser organizados de forma a oportunizar o desenvolvimento dos núcleos específicos de saberes e práticas de cada área/profissão que compõem o programa e também o campo do cuidado, que é partilhado por todas as profissões da saúde, mantendo campo e núcleo harmonizados para o desenvolvimento de competências comuns, por um lado, e de competências específicas, por outro.

O PRMS do HSC também possibilita a realização de intercâmbio, um período em que o residente pode desenvolver suas atividades em outra instituição de saúde que não a executora do programa, sendo escolhida pelo residente o local onde desenvolverá o intercâmbio, mediante aceite da instituição que receberá o profissional e com a prerrogativa de que tal período seja desenvolvido na ênfase do programa de origem do residente. Este período possibilita ao residente conhecer novas realidades de trabalho e a viver desafios em contextos diferentes dos vivenciados no dia a dia do campo hospitalar do programa de residência. Cabe ressaltar que o intercâmbio somente é realizado no segundo ano do programa e que após concluir tal período, os residentes compartilham suas experiências entre seus pares no hospital de origem.

DESAFIOS ENCONTRADOS NO DECORRER DA CAMINHADA

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HSC está prestes a formar sua primeira turma de especialistas multiprofissionais em Intensivismo, Urgência e Emergência e, certamente, a percepção é de que a implantação e desenvolvimento do PRMS construiu uma nova concepção de formação em saúde. Indubitavelmente, houve desafios/dificuldades que necessitaram de enfrentamento para a consolidação do programa, dentre eles, a demanda crescente de implantação da integralidade do cuidado e do trabalho multi e interdisciplinar, bem como ter que modificar a compreensão equivocada dos profissionais da instituição sobre o papel do profissional residente.

O desafio do cuidado integral permeia a compreensão do conceito de integralidade. Dessa forma, é preciso que os profissionais de saúde conheçam a fundo sua definição. Machado et al. (2007), afirmam que integralidade é o reconhecimento dos indivíduos como totalidades, considerando todas as perspectivas possíveis que se pode intervir, pelo acesso permitido por eles próprios. Dessa maneira, o cuidado integral se amplia pela qualidade real da atenção, tanto individual quanto coletiva, e que proporciona aos sujeitos o compromisso com o aprendizado contínuo e com a atividade multiprofissional.

De acordo com Souza et al. (2012), a integralidade ou o cuidado integral envolve o ato de cuidar dos sujeitos através de ações consistentes, homogêneas e interligadas, que busquem instigar práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos, sem prejuízos das práticas assistenciais. Frente a isso, a integralidade é um desafio a ser superado. Por ser este um programa de residência com ênfase na Urgência, Emergência e Intensivismo, ainda se encontram dificuldades em desenvolver, no ambiente hospitalar, ações que visem à promoção da saúde e à prevenção de agravos. Torna-se necessário desenvolver a concepção da promoção/prevenção tanto dos profissionais de saúde quanto dos sujeitos para que se possa superar esse desafio.

Há também o desafio do aperfeiçoamento do trabalho em equipe multidisciplinar. Trabalhar em equipe exige respeito e cooperação, pois cada membro tem suas características particulares, formação, crenças e opiniões, mas todos têm um objetivo comum, o cuidado do sujeito. Exige também uma mudança de paradigma e a reestruturação dos serviços de saúde, requerendo a interação de todos os profissionais envolvidos no cuidado, permitindo a observação do sujeito por múltiplos olhares. Neste contexto, o programa de residência tem um papel fundamental, pois, cabe destacar que a inserção da residência nos serviços surge como uma estratégia com potencial para promover a mudança nas práticas cristalizadas das equipes de saúde, ocasionando a criação de novos espaços de planejamento, de clínica, de cuidado, de promoção, de prevenção e de educação em saúde. Assim sendo, a atribuição dos formadores não se limita a desenvolver habilidades técnicas, mas tem como objetivo, estimular o pensamento, a busca pelo conhecimento, a emoção, a crítica e as novas premissas. É fundamental destacar que o pensamento crítico só é possível com o diálogo entre os diferentes sujeitos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2006)

Salvador et al. (2011) afirmam que o trabalho em equipe multiprofissional na área da saúde emerge como uma possibilidade para viabilizar o acesso ao cuidado em saúde de forma integral, sendo que há necessidade de reconhecer que o processo multiprofissional é construído no interior de cada equipe. Ao se observar o cotidiano dos serviços de saúde, muitas vezes se percebe a contradição entre a formação recebida pelos profissionais, frequentemente delimitada pela divisão em setores do saber e autocentrada, como um obstáculo para a possibilidade de acesso ao cuidado em saúde de maneira integral. Um dos principais aspectos do trabalho em saúde é, certamente, o trabalho em equipe multiprofissional.

Reconhecendo que o trabalhador da saúde é o maior recurso que o SUS requer para assegurar o cuidado integral em saúde, vem-se discutindo o processo de formação desses profissionais chamando atenção para o formato de incompatibilidade assumido por vezes, distanciando este mesmo profissional do sistema de saúde vigente no país, o que culmina com a formação de profissionais despreparados para atuar em todos os níveis de atenção do sistema. Frente a isso, é necessário criar espaços eficientes de formação de profissionais de saúde que possam orientar suas práticas para a proteção do SUS. (SALVADOR et al., 2011)

Assim, o trabalho em equipe multiprofissional é uma das estratégias para se garantir um cuidado integral aos sujeitos, tendo como objetivo a prática integrada entre os diversos profissionais da saúde, sendo por esse motivo, uma estratégia que precisa ser cada vez mais estimulada, permitindo entre os trabalhadores o compartilhamento de saberes e o planejamento de ações que permeiam o cuidado de forma plena.

Para além das questões expostas, o desconhecimento do papel dos residentes é uma dificuldade experimentada por todos os profissionais residentes em programas de residência, mesmo nas instituições credenciadas como Hospital de Ensino, evidenciando por parte da equipe, uma compreensão equivocada da prática desses profissionais. Percebe-se a ambiguidade no reconhecimento do residente como profissional apto ao exercício das competências para o qual foi formado, tendo ingressado no estágio de atualização em processo de formação continuada na especialização, mesmo sob a supervisão de tutores e preceptores. Trata-se de um ser híbrido no sentido de se tratar de um profissional com atribuições voltadas a uma Pós-Graduação *Lato Sensu* e, aos poucos, acredita-se que a equipe assimilará essa nova inserção.

SEM CONCLUIR, MAS DESTACANDO AINDA QUE...

O Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do HSC, apesar do pouco tempo de implantação, tem contribuído de maneira considerável para a formação e o desenvolvimento de profissionais conscientes do seu papel na sociedade e conhecedores das profundas e atuais transformações que norteiam os princípios e as diretrizes do SUS.

A experiência obtida no desenvolvimento dos dois primeiros anos de atividades do PRMS-HSC tem demonstrado que há um potencial transformador na formação de profissionais de saúde qualificados numa atuação coerente, responsável, comprometidos com o sujeito biopsicossocial e com a ética profissional. Tais ações podem ser traduzidas pela abertura de novas frentes de atuação no âmbito do HSC, a potencialização das comissões, a formação de grupo de abordagem pré-operatória, a organização de feiras de saúde com participação massiva dos residentes e de suas ações a favor da comunidade, o que potencializa sobremaneira, a formação de profissionais de excelência voltados ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde através do desenvolvimento de ações abrangentes e específicas de educação e saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, V.S. et al. 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.356-62, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022008000300010&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso em: 15 dez 2015.

BALDISSEROTTO, J. et al. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS n. 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*, Brasília, 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: 22 dez 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, F.E. Apresentação. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G.W.S. et al. A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. *Interface (Botucatu)*, v. 18, p.983-5, jul. 2014. Suplemento 1.

CECCIM, R.B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Orgs.). Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

FERREIRA, S.R.; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Orgs.) Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

FRANCO, G.; BARROS, A.L.B.L.; NOGUEIRA-MARTINS, L.A. Qualidade vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. Revista Latino-Americana Enfermagem, v. 13, n. 2, p.139-44, mar./abr. 2005.

HAUBRICH, P.L.G. et al. Intenções entre tensões: as residências multiprofissionais em saúde como *locus* privilegiado da educação permanente em saúde. Saúde em redes, v. 1, n. 1, p.47-56, jan. 2015. Disponível em: <<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/304>>. Acesso em: 22 dez 2015.

HOSPITAL SANTA CRUZ. O hospital. Santa Cruz, 2015. Disponível em: <<http://www.hospitalstacruz.com.br/sobre/>>. Acesso em: 17 abr 2016.

LUCENA, C.M.F. et al. Análise da formação pós-graduada em moldes de residência multiprofissional sob a ótica de preceptores/tutores e residentes. In: JORNADA INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PÚBLICAS, 8., 2015, São Luis. Anais... São Luis: UFMA, 2015. p.1-11. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo13/analise-da-formacao-pos-graduada-em-moldes-de-residencia-multiprofissional-sob-a-otica-de-preceptores-tutores-e-residentes.pdf>> Acesso em: 19 dez 2015.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 2, p. 335-42, mar./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232007000200009> Acesso em: 17 dez 2015.

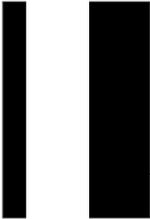
RAMOS, A.S. et al. Residências em saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SALVADOR, A.S. et al. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, v. 15, n. 3, p. 329-38, jul./set. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10834>> Acesso em: 17 dez 2015.

SILVA, Q.T.A.; CABALLERO, R.M.S. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: FAJARDO, A.P.; ROCHA, C.M.F.; PASINI, V.L. (Orgs.) Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

SOUZA, M.C. et al. Integralidade na atenção à saúde: um olhar da equipe de saúde da família sobre a fisioterapia. O Mundo da saúde, v. 36, n. 3, p.452-60, jul./set. 2012. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/integralidade_antecao_saude_olhar_equipe.pdf> Acesso em: 16 dez 2015.



***Recursos pedagógicos
& A formação em serviço***

Oficinas de criatividade e tessitura de narrativas: Instrumentos de reflexão e avaliação de critérios e metodologias do trabalho de residentes em saúde¹

Ana Paula Wilke França
Liara Saldanha Brites
Fábio Mello da Rosa
Daiane Silveira
Liane Beatriz Righi
Teresinha Heck Weiller

A paixão de dizer/2

Esse homem, ou mulher, está grávido de muita gente. Gente que sai por seus poros. Assim mostram, em figuras de barro, os índios no Novo México: o narrador, o que conta a memória coletiva, está todo brotado de pessoinhas. (GALEANO, 1991, p.18)

Para reorganizar redes e serviços de atenção à saúde, é fundamental pensar na formação dos profissionais que farão parte da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse tema de formação de trabalhadores para o SUS vem sendo abordado de forma constante e contínua tanto na legislação quanto pelo controle social (por meio das Conferências Nacionais de Saúde). Nessa perspectiva de redirecionar modelos de gestão, atenção e de formação acadêmica e profissional, e para enfrentar os desafios da operacionalização dos processos interdisciplinares e a consolidação da garantia dos princípios estruturantes do SUS, inserem-se os Programas de Residências em Saúde Coletiva, ou em Sistema Público de Saúde, incluindo-se aí as Residências Multiprofissionais em Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE, 2006)

O Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) foi implantado em 2009. Seu projeto político-pedagógico continha inovações, como o trabalho norteado pela proposta de Clínica Ampliada (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2007) e pelos dispositivos de Equipe de Referência (ER) e Apoio Matricial (AM). (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2008)

Por Clínica Ampliada entende-se um compromisso radical com o sujeito doente, visto de modo singular; assumir a responsabilidade sobre os usuários dos serviços de saúde; buscar ajuda em outros setores, ao que se dá nome de intersetorialidade; reconhecer os limites dos conhecimentos dos profissionais de saúde e das tecnologias por eles empregadas e buscar outros conhecimentos em diferentes setores; assumir um compromisso ético profundo. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2007)

Já o AM e a ER são arranjos organizacionais e, ao mesmo tempo, uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde que permitem alargar as possibilidades de se realizar a Clínica Ampliada. Além disso, possibilitam a integração dialógica entre distintas especialidades e profissões, como deve ocorrer em Residência Multiprofissional. (CAMPOS; DOMITI, 2007)

¹ Capítulo produzido por residentes, tutora e colaboradora de um Programa de Residência Multiprofissional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), RS, Brasil.

Deste modo, a proposta do PRMISPS em se constituir como provocador de mudanças nos modos de pensar-fazer saúde individual e coletiva, (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA, 2010) aliada aos inúmeros questionamentos quanto à operacionalização dos processos de trabalho orientados pelas metodologias referidas, colocou aos residentes desafios técnico-políticos de proporções consideráveis. Os questionamentos sobre quais pressupostos deveriam subsidiar a elaboração de critérios e metodologias capazes de contribuir com a construção do processo de trabalho de AM na Estratégia de Saúde da Família (ESF) do PRMISPS cunharam o Projeto de Pesquisa (PP) “Apoio Matricial em Saúde da Família: ações desenvolvidas e sinalização de caminhos para a organização de critérios e metodologias de trabalho na Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde”.

Salienta-se que estes dispositivos de gestão do trabalho em saúde eram, de modo geral, desconhecidos aos profissionais que passam a integrar o PRMISPS. Ainda, a produção teórica relacionada e os relatos de experiência disponíveis à época já apontavam para diversos desafios ao método.

Considerando-se que se tratava de uma nova tecnologia no campo da saúde, e que não trazia em seu bojo um método predeterminado para operacionalização (necessitava de experimentação), o PP voltou-se não apenas para o método, mas também para a formação do ator social responsável por sua construção no cotidiano de trabalho. Pensou-se na necessidade de reflexão a partir das vivências e experiências dos residentes, atendendo aos princípios da educação continuada e permanente.

Esta terminologia refere-se:

[...] à educação de profissionais durante sua experiência de emprego no setor e aparece nos vários documentos citados sob diferentes designações, tais como educação contínua ou continuada, educação permanente, reciclagem, capacitação, aperfeiçoamento, treinamento e motivação. (CECCIM; ARMANI; ROCHA, 2004, p.157)

E difere em significado da terminologia formação, que:

[...] se refere à educação formal que gera uma certificação/habilitação profissional específica, podendo estar voltada ao pessoal inserido no serviço ou não, aparecendo, geralmente, sob essa mesma designação ou sob a identificação dos programas e cursos de educação profissional, educação superior e educação pós-graduada. (Ceccim; ARMANI; ROCHA, 2004, p.157)

Retomando-se a explanação sobre o PP, faz-se importante elucidar que o objetivo deste capítulo não é apresentar o conteúdo da narrativa ou os dados coletados em pesquisa, mas realizar o relato de caminhos percorridos na construção da pesquisa. Desta forma, apresenta-se aqui a metodologia adotada para sistematização da experiência da produção de narrativas. Trata-se de um estudo qualitativo descritivo, realizado no município de Santa Maria/RS, nos espaços de atuação da ênfase Atenção Básica (AB) em ESF do PRMISPS e caracteriza-se como um estudo de caso.

Em um primeiro momento, a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas (MINAYO, 2010) que contemplavam questões relativas aos processos e metodologia de trabalho que balizavam as práticas dos residentes. Esse instrumento foi

aplicado a três segmentos: Equipes de Referência (profissionais das equipes de ESF nas quais atuavam e residentes de Enfermagem e Odontologia), Apoio Matricial (residentes de profissões distintas daquelas que pertencem às equipes mínimas de ESF) e Informantes-chave (moradores dos territórios onde trabalham essas equipes, indicados pelas agentes comunitárias de saúde).

No percurso da elaboração do projeto de pesquisa, constatou-se que os residentes pareciam trazer demanda por avaliação do processo de trabalho. Esta ainda não estava contemplada pela realização de entrevistas, ou mesmo pelos espaços então oferecidos em seminários de campo e núcleo, que se propunham como espaços de reflexão acerca das práticas.

Havia algo mais que precisava ser problematizado e elaborado pelos residentes para que as práticas pudessem se constituir como provocadoras de mudanças nos modos de pensar-fazer saúde individual e coletiva. Era preciso refletir e elaborar demandas relacionadas a desafios cotidianos de trabalho e aos efeitos que produziam sobre as subjetividades dos residentes, conseqüentemente impactando em suas práticas, na residência e após a formação.

Deste modo, foi incluída ao projeto uma dimensão qualitativa, voltada para autoavaliação dos processos de formação em serviço e dos resultados obtidos a partir de tais processos. Optou-se, para isto, pela realização de oficinas de criatividade, cuja produção documental deveria ser submetida à análise de conteúdo. Para a produção dos documentos, os residentes foram convidados a participar de um Projeto de Intervenção (PI) constituído por uma sequência de quatro encontros de grupo, de aproximadamente 2h30min de duração cada, nos quais se realizaram as oficinas.

O PI tinha como objetivo geral sistematizar as experiências e acepções resultantes do processo de trabalho dos residentes em Saúde da Família da primeira turma do PRMISPS, de modo a possibilitar aos residentes um espaço de reflexão e registros sobre suas experiências individuais e coletivas em seus diferentes campos de atuação e, assim, coletar e reunir informações, posteriormente organizadas em um banco de dados. Desta forma, buscar-se-ia também contribuir com elementos para reflexão sobre caminhos para a organização de critérios e metodologias de trabalho dos residentes.

Assim, pode-se trazer para análise aquilo que foi considerado elemento de registro relevante da produção até aquele momento das oficinas. Para tal, buscou-se proporcionar espaços para expressão e criatividade, evidenciando aquilo que dizia algo novo para o funcionamento institucional e que emergia da produção oriunda da subjetividade de cada um dos sujeitos residentes envolvidos no processo.

Inicialmente, foi feito um convite para a experiência de uma oficina de criatividade pré-elaborada e, na sequência, para a discussão relativa a essa experiência e ao planejamento das próximas oficinas. Desta maneira, a dinâmica do PI pode propiciar espaços de comunicação, troca, participação e expressão criativa para os atores sociais envolvidos. As oficinas foram fotografadas, registradas em diário de campo dos pesquisadores e, em alguns momentos, filmadas.

O referido projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em dezembro de 2010 (sob protocolo nº CAAE 0313.0.243.000-10) e todo o conteúdo teve seu uso autorizado por Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Termo de Autorização de Uso de Imagem.

O quadro a seguir apresenta uma síntese da metodologia aplicada nas oficinas:

Quadro 1 – Metodologia das oficinas realizadas

| |
|--|
| <p>Oficina 1 <i>Realizada em etapas:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1) <i>Explicação sobre o PI;</i>2) <i>Momento de relaxamento conduzido por residente fisioterapeuta;</i>3) <i>Dinâmica realizada na sequência, em que se pediu aos participantes que pensassem em “algo que cada um pôde realizar no trabalho e que tenha realmente feito sentido, por ter sido realizado da forma que cada um acreditava ter a ver com o seu jeito de trabalhar”. Logo em seguida, pediu-se que cada um construísse material artístico/criativo individual que respondesse à pergunta: “O que realmente fez sentido nessa trajetória?”. Contou com 11 participantes.</i> |
| <p>Oficina 2 <i>Abordou as dificuldades encontradas na implantação do AM em ESF. Foi pedido aos participantes que, em duplas, discutissem sobre essas dificuldades e escrevessem de forma visível algo que representasse o que tinham discutido, podendo ser palavras, expressões, frases, parágrafos, etc. Em seguida, pediu-se que cada dupla elaborasse uma dramatização relacionada ao que havia sido discutido e apresentasse aos colegas. Ao final, foi produzido um cartaz com os escritos dos residentes sobre as dificuldades tratadas no encontro. Contou com 11 participantes.</i></p> |
| <p>Oficina 3 <i>A dinâmica foi elaborada com inspiração na criação de um dos participantes que produziu uma ilustração de um trem que, por sua vez, serviu como metáfora para a residência e a trajetória construída através da mesma. Assim, pediu-se ao grupo que realizasse uma produção coletiva em que os residentes deveriam relatar sua trajetória através da metáfora do trem passando por seu caminho/trilho ao longo do tempo que foi vivenciado. Contou com 10 participantes.</i></p> <p><i>Ao final da Oficina 3, foi pedido aos residentes que realizassem a produção de um relato de vivências individual. Para isto, o grupo de pesquisadores produziu um vídeo que continha registros fotográficos das produções das oficinas anteriores e um roteiro com as seguintes questões:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1) <i>Qual critério para distribuição dos residentes nas unidades?</i>2) <i>Como foi sua entrada no campo de atuação?</i>3) <i>Refletindo sobre o campo: Que bom que...! Que pena que...! Que tal se...?</i>4) <i>Refletindo sobre o núcleo: Que bom que...! Que pena que...! Que tal se...?</i> <p><i>Cinco relatos foram entregues por email em forma de documento textual.</i></p> |
| <p>Oficina 4 <i>Este encontro se deu em etapas:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1) <i>Dinâmica de grupo (temática: residência e matriciamento). Os residentes colocaram o que a experiência de trabalho inserida nos moldes do AM trouxe de bom. Para este exercício, colocaram-se bonecos nos quais havia papéis com os nomes “residência” e “matriciamento” escritos. Cada um podia se dirigir aos bonecos como “seres com quem conviveram durante todo o tempo de residência, a quem deveriam dirigir elogios”, tendo em mente o que a convivência com ambos lhes trouxe de bom durante o processo.</i>2) <i>Exposição de vídeo, confeccionado pelos pesquisadores, com fotos das oficinas anteriores deste PI e a música Camarada D’água (O Teatro Mágico);</i>3) <i>Leitura do significado da expressão “camarada” e da simbologia do elemento água na filosofia oriental;</i>4) <i>Dinâmica de grupo (temática: qualidades percebidas nos colegas em seu exercício</i> |

profissional na residência). Cada residente recebeu um número, sem que soubesse qual, escrito em um papel colado em suas costas. Depois, cada um sorteou três números correspondentes a números colados em três colegas. Sorteados os números, o residente deveria escrever nas costas desses três colegas “uma ou mais qualidades que tenha percebido naquelas pessoas durante o exercício de trabalho como residente”. Após, fez-se uma roda com os participantes que, cada um à sua vez, pegaram os papéis grudados em suas costas e receberam comentários, tanto dos colegas que escreveram quanto dos demais. Esse último grupo contou com oito participantes.

5) *Exposição das fotos e assinatura, do Termo de Autorização de Uso de Imagem.*

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados da pesquisa

Em princípio, pensava-se em tratar os dados através da técnica de Análise de Conteúdo, de acordo com aquilo que estava previsto no PP originário do presente estudo. Nesse sentido, já com os dados coletados, trabalhou-se na “exploração do material”, sendo essa uma das etapas da sequência operacional proposta por Minayo, (2010) para a realização da análise temática. Buscou-se, então, de forma classificatória, alcançar o núcleo de compreensão do texto através da formulação de categorias organizadoras do conteúdo.

Contudo, ao analisar o material produzido, evidenciou-se que nele estavam contidos diversos fragmentos narrativos. E, em alguns momentos dessa exploração, percebeu-se, inclusive, a elaboração de nexos entre esses fragmentos, gerando uma produção de sentidos através da noção de trajetória. A produção de uma narrativa parecia alargar as possibilidades desse estudo de fazer-se representativo do conteúdo produzido pelos residentes, significando suas vivências relacionadas à construção de modos de trabalho como primeira turma de um Programa de Residência.

Buscando-se autores cujos estudos produzidos versavam sobre narrativas, percebeu-se que, a partir do caminho metodológico, houve uma aproximação da narrativa como possibilidade metodológica de pesquisa qualitativa em saúde, conforme propõem Onocko Campos e Furtado (2008, p.1095):

As narrativas, fora de seu esquema tradicionalmente vinculado a estudos etnográficos, nos quais tomam um caráter mais descritivo e cronologicamente arranjado, poderiam contribuir na pesquisa qualitativa em saúde coletiva se explorássemos sua capacidade de dispositivo poroso de comunicação, se tentássemos “densificá-las”, se construíssemos novos olhares narrativos.

No artigo em que se encontra a reflexão citada, Onocko Campos e Furtado (2008) realizam uma revisão bibliográfica sobre as várias correntes do pensamento que se ocuparam de narrativas. Dentre os autores revisitados, encontra-se Paul Ricoeur, cujo entendimento da narrativa aponta para a possibilidade de mediação entre discurso e ação.

Ricoeur (1994), afirma que a narrativa (assim como a metáfora) é dotada da potencialidade de realizar uma síntese do heterogêneo. Sendo assim, permite que o novo – o ainda não dito, inédito – surja na linguagem. Possibilita, então, a construção daquilo que denomina de intriga: “uma nova congruência no agenciamento dos incidentes.” (RICOEUR, 1994, p.11) Dessa forma, a narrativa “‘toma conjuntamente’ e integra uma história inteira e

completa os eventos múltiplos e dispersos e assim esquematiza a significação inteligível que se prende a narrativa considerada como um todo.” (RICOEUR, 1994, p.10)

O uso da narrativa, portanto, abriria possibilidades de síntese das diferentes experiências de cada sujeito em seu processo de formação: como profissional para o SUS, como residente da primeira turma do PRMISPS, como trabalhador em saúde envolvido com os papéis de profissionais de ER e AM em SF. Considera-se, ainda, o andar dos acontecimentos, eventos múltiplos e dispersos ao longo de determinado tempo, os atores sociais envolvidos e seus setores de trabalho, de um contexto sócio-histórico, social e geopolítico.

A construção dessa narrativa busca “tomar conjuntamente” os diversos elementos supracitados em busca de uma significação inteligível ou uma compreensão para a história narrada. Tal exercício de tentar compreender, por sua vez, é o ato sobre o qual se funda a hermenêutica. De acordo com Minayo (2010), a hermenêutica ocupa-se da arte de entender textos (incluindo-se as narrativas).

Na abordagem hermenêutica a unidade temporal é o presente onde se marca o encontro do passado com o futuro, ou entre o diferente a diversidade dentro da vida atual mediada pela linguagem que pode ser transparente ou compreensível, permitindo chegar a um entendimento (nunca completo e total) ou intransparente, levando a um impasse na comunicação. (MINAYO, 2010, p.329)

Entende-se que o percurso narrado trazia tanto fragmentos compreensíveis quanto outro tanto de eventos ou situações que, na iminência do final do período de residência para a primeira turma, ainda careciam ser pensadas ou refletidas para que houvesse a solução de impasses na comunicação existentes entre os sujeitos envolvidos nessa trajetória.

Nessa unidade temporal de quase dois anos de experiência de Programa de Residência Multiprofissional, nem tudo foi desacerto ou incompreensão. Mas também, há que se deixar claro, houve diversos desacertos e muitas coisas careciam de nexos e de significação para se tornarem um pouco mais compreensíveis pelos envolvidos.

Para Gadamer, compreender jamais é apenas um comportamento subjetivo frente ao objeto dado, pois esse movimento pertence ao ser daquilo que é compreendido: “compreensão é, em princípio, entendimento e compreender significa entender-se uns aos outros”. Assim, uma das ideias centrais que fundamenta a hermenêutica é de que os seres humanos, na maioria das vezes tendem a fazer um movimento interior e relacional para se porem de acordo. A compreensão se transforma numa tarefa quando há algum transtorno no entendimento, um estranhamento que se concretiza numa pergunta: A necessidade de uma hermenêutica aparece, pois, com o desaparecimento do compreender-por-si mesmo. (GADAMER apud MINAYO, 2010, p.329)

Ainda, sobre o ato de compreender, Gagnebin (1997, p.266), ao analisar a obra de Ricoeur, afirma que o autor coloca a tarefa hermenêutica como a “interpretação e compreensão não apenas do(s) sentido(s) já dado(s), mas igualmente dos processos de criação de sentido(s)”.

Esse estudo, de acordo com a proposta de Ricoeur, objetivou compreender não aquilo que já parecia dado ou definido, mas o processo de produção de sentidos, especialmente em torno da formação do residente enquanto trabalhador para o SUS.

Dessa forma, buscou-se:

[...] experimentar uma modalidade de pesquisa-intervenção cujos rumos e caminhos não estariam desenhados *a priori* pelos pesquisadores. Uma estratégia a ser explorada que talvez possa ser considerada um pouco mais aberta ao mundo da vida. (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008, p.1095)

Assim, o traçado do caminho metodológico desse estudo foi feito ao longo do desenvolvimento do próprio estudo. A opção pela tessitura de uma narrativa, bem como sua relação com a concepção hermenêutica trazida por Paul Ricoeur, foi se revelando conforme a exploração do material estudado avançava.

Pode-se dizer, portanto, que a construção metodológica deste estudo se deu pela reversão do método, pois foi a resposta dos participantes à metodologia proposta nas oficinas, juntando-se às falas proferidas nas entrevistas, que acabaram por revelar material que sugeri aos pesquisadores a tessitura de uma narrativa, sendo isso percebido “ao caminhar” nas vias abertas pela pesquisa e pela intervenção.

Sobre a reversão do método, Passos, Kastrup e Escóssia (2010, p.17) colocam que:

[...] o desafio é o de realizar uma reversão no sentido tradicional de método – não mais um caminhar para alcançar metas pré-fixadas (méta-hodos), mas o primado do caminhar que traça no percurso suas metas. A diretriz cartográfica se faz por pistas que orientam o percurso da pesquisa sempre considerando os efeitos do processo do pesquisador sobre a pesquisa, o pesquisador e seus resultados.

Para tal tessitura e sistematização dos resultados, o material pesquisado foi dividido em três temas. São eles: *Emaranhamento e Estranhamento, Sofrimento e Aprendizado e Emergência dos Sujeitos Implicados*. Tais etapas não representam uma sequência temporal, mas, sim, se dispõem de acordo com uma lógica de temporalidade humana. Ricoeur, (1994, p.15) ao tratar do círculo entre a narrativa e temporalidade, relata que inserido na narrativa o tempo torna-se “tempo humano, na medida em que está articulado de modo narrativo”.

Dessa forma, buscou-se aqui trazer os traços dessa experiência de forma a apresentar uma narrativa de maior densidade, em que estivesse contido o “tempo humano” (RICOEUR, 1994, p.85) e não apenas uma mera disposição dos fatos em ordem cronológica e, assim, contribuir para dar forma a uma apresentação de experiência de “alta porosidade”, (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008) cujo principal objetivo é contar a história de formação dos sujeitos-trabalhadores em busca de novas metodologias e nova lógica de gestão para o SUS.

Salienta-se ainda, que se fez interessante estar atento às formas que se criaram nessa narrativa: formas de emaranhar-se e de estranhar-se com o que se coloca como cenário e com os fragmentos narrativos trazidos pelos sujeitos (“pano de fundo”); formas de sofrer ao experimentar (sentir-se tomado pelo que se passa) e, com isso, aprender; e, por fim, formas de emergir como sujeito implicado (ator social atuante e criativo) através da produção de sentidos que compõem a narrativa.

Buscou-se, então, para além do conteúdo expresso, atentar para as forças em movimento, que permitiram que essas formas se gerassem. É a trajetória o que mais se desejou poder pensar: a trajetória de formação desses sujeitos em busca da operacionalização de modos de viver e realizar seu trabalho em saúde em torno das tecnologias novas que se procurava utilizar para tal.

Por fim, sobre os PP e PI, percebeu-se que estes se revelaram potenciais espaços de comunicação e reflexão acerca da prática. E a narrativa, uma metodologia e um espaço articulador para produção de significados pautados no saber da experiência dos sujeitos.

Utilizando-se das palavras dos autores que propuseram que as narrativas pudessem contribuir para a pesquisa qualitativa em saúde (ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2008), acredita-se ter sido possível abordar a temática da subjetividade na formação de trabalhadores para o SUS, na busca por transformar a história potencial em história narrada, dando voz aos sujeitos responsáveis pela operacionalização das metodologias. Espera-se ter feito justiça à temporalidade humana por meio da narrativa desse “tempo intenso”.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p.399-407, fev. 2007.
- CECCIM, R.B.; ARMANI, T.B.; ROCHA, C.F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos no Brasil. Em Projeto VER-SUS/Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- GAGNEBIN, JM. Uma filosofia do cogito ferido: Paul Ricoeur. *Estudos Avançados*, v. 11, n.30, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ea/v11n30/v11n30a16.pdf>>. Acesso em: 29 maio 2015.
- GALEANO, E. O livro dos abraços. São Paulo: L&PM, 1991.
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- ONOCKO CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 6, p.1090-6, 2008.
- PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2010.
- RICOEUR, P. Tempo e narrativa. São Paulo: Papirus, 1994. tomo I.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. Projeto do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde. Santa Maria: [s.n], 2008. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/prpgp>>. Acesso em: 29 de maio de 2015.

_____. Residência Multiprofissional em Sistema Público de Saúde. Versão Preliminar do Projeto Matriz. Santa Maria: [s.n], 2010.

O Estudo de Caso como recurso pedagógico para pensar a prática do assistente social em saúde: a construção de um roteiro para o campo da oncologia

*Ana Laura Borges Aranda
Cláudia Domingues Guimarães
Eliane Figueiredo de Lima
Jéssica de Jesus Kós
Sandra Corrêa de Almeida Diniz*

INTRODUÇÃO

A Residência Multiprofissional em Saúde, regulamentada pela Lei 11.129 de 30 de Junho de 2005 consiste em uma modalidade de ensino em serviço voltada para a formação coletiva de profissionais que atuam no mesmo campo de trabalho – o da Saúde – sendo a multidisciplinaridade sua inovação, pela inclusão de várias profissões atuantes nesta área¹, sem deixar de contemplar o enfoque sobre os saberes específicos de cada uma dessas profissões. (BRASIL, 2005)

Historicamente, os profissionais de saúde têm recebido, em seus cursos de graduação, uma formação baseada em metodologias de ensino e aprendizagem conservadoras, com predomínio da transmissão de conhecimentos fragmentados, sem crítica e reflexão sobre determinantes sociais do processo de adoecimento, imprescindíveis para o desenvolvimento de uma atuação em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

Visando uma mudança significativa nesta perspectiva de formação profissional, as tendências das últimas décadas na área da educação, apontam para a utilização da Pedagogia da Problematização e das metodologias ativas de aprendizagem, fundamentadas em uma concepção pedagógica crítica e reflexiva.

Segundo Pereira (2003, p.1531), nesta vertente,

[...] a educação é uma atividade em que professores e alunos são mediatizados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo da aprendizagem, atingem um nível de consciência dessa realidade, a fim de nela atuarem, possibilitando a transformação social.

Tais estratégias de ensino permitem leitura e intervenção sobre a realidade, favorecendo a interação entre docentes e discentes, numa perspectiva de valorização da construção coletiva do conhecimento nos mais diferentes cenários de aprendizagem, sendo o campo de trabalho das profissões da Saúde fecundo para o desenvolvimento desta proposta, principalmente através dos cursos de residência multiprofissional.

1 Conforme a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 287 de 8 de outubro de 1998, são considerados profissionais de saúde: Assistentes Sociais; Biólogos; Biomédicos; Profissionais de Educação Física; Enfermeiros; Farmacêuticos; Fisioterapeutas; Fonoaudiólogos; Médicos; Médicos Veterinários; Nutricionistas; Odontólogos; Psicólogos; e Terapeutas Ocupacionais. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

A Residência Multiprofissional em Oncologia desenvolvida no Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) destina-se à capacitação em serviço de profissionais de saúde para atuarem na área da oncologia, tendo como proposta pedagógica a Educação Problematicadora, conforme disposto no Plano de Curso:

Sua abordagem pedagógica parte do empírico (vivência) para o mediatizado (reflexão e ação – práxis); não separa método, teoria e prática; privilegia o educando como sujeito do processo de ensino-aprendizagem, a diversificação dos cenários de aprendizagem, o uso de metodologias ativas e a avaliação formativa. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2012, p.3)

Como uma das metodologias ativas de ensino, destacamos a proposta da Aprendizagem Baseada em Problemas (*Problem-Based Learning – PBL*) que, segundo Vignochi et al., (2009, p.46-7) “[...] tem sido reconhecida mundialmente como uma abordagem instrucional capaz de promover a aquisição de conhecimentos pelos alunos ao mesmo tempo em que os ajuda a desenvolver habilidades e atitudes profissionais”. Dentro desta perspectiva, o preceptor assume a função de facilitador, estimulando os residentes ao processo de reflexão sobre a realidade, de tal modo que possam construir os seus itinerários de aprendizagem até a elaboração de suas sínteses, sendo os problemas entendidos, nesse contexto, como:

[...] descrições de um fenômeno ou evento a ser analisado pelo grupo, usando, inicialmente, o conhecimento prévio. A partir daí, os estudantes procuram entender os processos subjacentes, surgindo as interrogações. Essas constituem os objetivos do aprendizado e servirão como conteúdo de estudo individual e coletivo. (BATISTA et al., 2005, p. 232).

O estudo de caso, enquanto apresentação de uma situação real, envolvendo um problema ou tomada de decisão, constitui-se, dentro desta perspectiva, numa importante estratégia pedagógica que permite aos residentes desenvolverem atitudes que lhes serão exigidas profissionalmente, a partir da reflexão sobre o caso ou sobre as ações de quem atuou nele, analisando que outros meios buscariam na tomada de decisão, se estivessem atuando na situação estudada. (CESAR, 2005)

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de formação de profissionais de saúde orientam que os conteúdos e estratégias curriculares desenvolvam nestes profissionais competências, habilidades e atitudes gerais de: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração/gerenciamento e educação permanente². Na condição de modalidade de ensino em serviço, os cursos de residência multiprofissional em saúde devem ocupar seu espaço na formação de tais competências, através de um processo pedagógico que extrapole a mera transmissão de protocolos, procedimentos e técnicas no cuidado em saúde e proporcione reflexão crítica sobre os determinantes sociais do processo de adoecimento.

Por competência entende-se, de acordo com Perrenoud (1999), a capacidade de agir eficazmente para responder às demandas da realidade, construída tanto na formação

² Parecer Conselho Nacional de Educação (CNE) / Câmara de Educação Superior (CES) nº. 1.133, de 07 de agosto de 2001 (BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. CÂMARA DA EDUCAÇÃO SUPERIOR, 2001).

acadêmica quanto nas diferentes situações da prática profissional, buscando apoio em conhecimentos prévios. Ou seja, é algo que não se reduz à mera execução de tarefas e atividades em sua dimensão técnica, mas engloba a atitude de assumir responsabilidades diante de situações complexas, como as do cuidado em saúde, agregando um conjunto de habilidades profissionais a uma concepção ética e política.

Dessa maneira, vislumbramos no estudo de caso um relevante recurso didático para desenvolver tanto as competências e atitudes mencionadas como as habilidades de análise (no estudo individual do caso); de negociação de decisões (a partir da discussão do caso em equipe multidisciplinar) e também para propiciar a conexão entre a experiência profissional e a teoria que fundamenta a intervenção sobre a realidade.

Com esta perspectiva, o presente capítulo retrata o caminho pedagógico que resultou na construção do roteiro para estudo de caso de Serviço Social no campo da Oncologia, através de oficina realizada em oito encontros nos meses de abril e maio de 2013, com a participação de cinco assistentes sociais (uma preceptora e quatro residentes) do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA, com o objetivo geral de contribuir para o aprofundamento teórico-metodológico, através de grupos para estudo de casos individuais atendidos. Seus objetivos específicos eram: (a) promover entre os residentes, à luz da bibliografia, o debate sobre o estudo de caso como metodologia de pesquisa científica e também como recurso pedagógico para desenvolver a atitude de tomada de decisões e autonomia profissional; (b) contribuir para o desenvolvimento da habilidade de problematizar, nos atendimentos individuais, não só os dilemas do acesso a direitos sociais, mas também as questões objetivas e subjetivas determinantes desde o tratamento até os cuidados paliativos em oncologia.

A construção deste roteiro surgiu a partir de duas necessidades principais: (a) a de se ter um instrumento pedagógico para a apresentação e análise de casos atendidos pelas residentes de Serviço Social no programa supracitado, subsidiando o preceptor no papel de fomentar a relação entre teoria e prática; (b) pela carência de sistematizações do Serviço Social acerca da temática, o que pode ser explicado por tímida produção bibliográfica sobre a prática profissional na área.

As proposições apresentadas neste texto, longe de recaírem no equívoco de centrar no indivíduo as possibilidades de solução das questões de saúde, problematizam a relevância da análise dos determinantes sociais no processo de adoecimento, com base em casos concretos, à luz do referencial teórico-metodológico do materialismo histórico e dialético que fundamenta o Projeto Ético-Político do Assistente Social³ situando, na construção do roteiro, os aspectos sociais envolvidos no adoecer.

ETAPAS PERCORRIDAS NA CONSTRUÇÃO DO ROTEIRO PARA O ESTUDO DE CASO

A primeira etapa consistiu em levantamento bibliográfico, utilizando-se as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tendo como critério de inclusão referências em língua portuguesa sobre duas temáticas: estudo de caso como técnica de pesquisa e como estratégia de ensino em ciências sociais aplicadas, humanas e da saúde, excluindo-se obras com mais de 10 anos de publicação. O objetivo não foi realizar revisão bibliográfica sistemática, mas buscar fundamentação sobre as duas temáticas citadas. O resultado evidenciou

³ Segundo Reis (2008, p.82-3), três elementos garantem a materialidade deste projeto: a) a produção de conhecimentos no interior do Serviço Social; b) a dimensão político-organizativa da profissão; c) a dimensão jurídico-política, expressa no atual Código de Ética da Profissão, na Lei de Regulamentação da Profissão (Lei 8662/93) e nas Diretrizes Curriculares vigentes para o ensino de Serviço Social.

referências na área da pesquisa qualitativa, onde o estudo de caso é apresentado como técnica, com vantagens e desvantagens próprias. (YIN, 2001; MARTINS, 2008) Quanto à aplicação recente do estudo de caso no ensino, foram identificadas obras na área da Administração (CESAR, 2005; FREITAS; JABBOUR, 2011), Educação (ANDRÉ, 2005), Pedagogia Médica (VENTURA, 2007) e Enfermagem. (GALEANO; ROSSI; ZAGO, 2003)

A segunda etapa caracterizou-se pela leitura e discussão das referências bibliográficas, apresentadas pelas residentes em aula sob a forma de seminários, com produção de sínteses coletivas para apropriação da metodologia do estudo de caso e sua relevância para a pesquisa e o ensino. Apesar de aparecer nas obras consultadas, como um antigo meio de investigação empírica e de aprendizado, somente a partir da década de 1990, foi sistematizado como método de pesquisa qualitativa, tornando-se Robert Yin um dos autores de referência. Na perspectiva deste autor, o estudo de caso:

[...] enfrenta uma situação tecnicamente única em que haverá muito mais variáveis de interesse do que pontos de dados [...] baseia-se em várias fontes de evidências, com os dados precisando convergir em um formato de triângulo, [...] beneficia-se do desenvolvimento prévio de proposições teóricas para conduzir a coleta e a análise de dados. (YIN, 2001, p.32-3)

É, portanto, uma técnica de pesquisa voltada para o aprofundamento de uma situação, onde o uso de fontes diversificadas de evidência (triangulação de métodos) e aportes teóricos é fundamental para análise do caso com o mesmo rigor metodológico exigido nas induções de uma pesquisa. Para Gil (1994, p.79), porém, “a impossibilidade de generalização dos resultados obtidos com o estudo de caso constitui séria limitação deste tipo de delineamento.” Por isso, o autor considera que esta técnica tem maior utilidade nas pesquisas exploratórias, não se aplicando em levantamentos amostrais.

A apropriação destes conceitos possibilitou o conhecimento acerca da temática e sua consequente adaptação para o ensino em Serviço Social, contribuindo para o desenvolvimento da terceira etapa, que consistiu na síntese coletiva do instrumento, cujos eixos temáticos selecionados expressam o referencial teórico-metodológico que embasa a profissão.

Nessa perspectiva, propomos que o estudo de caso, além de técnica de pesquisa, seja utilizado como recurso pedagógico para o ensino em serviço, permitindo a participação de residentes e preceptores na reflexão sobre a intervenção profissional, a partir de um caso, e propiciando a articulação entre teoria e prática na compreensão de um fenômeno, desde que empregado com o mesmo rigor metodológico aplicado às pesquisas científicas. Ou seja, deve seguir etapas e roteiro para coleta de dados muito semelhantes ao utilizado na pesquisa qualitativa, na qual são enfocados dados objetivos e subjetivos pela análise de prontuários, entrevistas e triangulação de métodos para contextualizar a situação e compreender o problema principal, relacionando as evidências do caso a uma teoria inicialmente proposta.

A última etapa consistiu na apresentação e discussão em grupo de casos atendidos pelas autoras, a partir da aplicação do roteiro construído coletivamente. Isso possibilitou a reflexão sobre as situações apresentadas, discussão sobre as potencialidades e os desafios da prática profissional no campo da saúde e as especificidades do Serviço Social neste contexto.

O ROTEIRO PARA ESTUDO DE CASO DE SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA ONCOLOGIA

O instrumento pedagógico, que é objeto deste texto, foi elaborado tendo a preocupação de considerar desde as motivações da escolha do caso até os fundamentos teórico-metodológicos que embasaram a prática dos profissionais atuantes nele, com a devida caracterização das questões sociais identificadas e análise dos determinantes sociais, sendo composto por cinco elementos centrais.

O primeiro deles, que denominamos “eixos norteadores do estudo caso”, destina-se à exposição do(s) motivo(s) que levaram à seleção do caso para a análise e discussão. Esta categoria deverá ser respondida no início do estudo de forma clara e objetiva, a fim de caracterizar a importância do mesmo para o ensino e a aprendizagem.

O segundo elemento, “identificação do caso”, apresenta os dados considerados relevantes para problematização das questões de gênero, faixa etária, religião, territorialidade, escolaridade, estado civil, profissão e diagnóstico, bem como informações complementares, quando se fizer necessário para melhor apresentação do caso.

O terceiro eixo temático refere-se aos “aspectos sociais” e visa caracterizar a realidade social do usuário atendido, bem como sua inserção em redes de proteção e apoio, acesso a políticas públicas e a direitos sociais, condições de moradia, trabalho e renda para enfoque dos determinantes sociais do adoecimento. Destina-se ainda a apresentação da trajetória na busca pela assistência à saúde, os entraves para acesso e garantia a esse direito nos cenários de prática. Também aborda o plano de cuidados, identificando se o mesmo foi construído a partir de um conceito ampliado de saúde ou pautado em um plano terapêutico individualizado; se houve construção de uma conduta pela equipe multiprofissional e entendimento do usuário como sujeito deste processo ou não.

Este eixo é fundamental para a compreensão da racionalidade que embasa a assistência à saúde desde o diagnóstico, passando pelo tratamento até a indicação de cuidados paliativos. Na problematização de todos estes elementos, o residente deverá buscar nas fontes consultadas (prontuários, entrevistas, documentos, etc.) as informações do caso, refletindo sobre as diretrizes do SUS e sobre a intervenção profissional realizada, seus limites e possibilidades na garantia de direitos, permitindo a discussão sobre os entraves para inserção dos cidadãos nas políticas de saúde, assistência, habitação, educação, assim como os obstáculos por eles enfrentados no acesso ao diagnóstico precoce e tratamento das neoplasias malignas em tempo hábil, nos termos da legislação vigente.⁴

Considerando que nenhum saber e nenhuma prática profissional são neutros, o quarto eixo temático denominado “fundamentação teórica”, destina-se à apresentação sobre o referencial teórico, ético e político que orientou não só a intervenção, mas também a análise sobre o caso estudado, com indicação dos autores e das referências bibliográficas que embasaram o estudo.

Por fim, o quinto eixo temático, denominado “discussão”, tem como objeto a abordagem dos fatores e circunstâncias facilitadoras ou que geraram dificuldades para a intervenção e os encaminhamentos, tanto no nível individual quanto no âmbito mais amplo, relacionado à esfera das políticas sociais. Objetiva a mediação entre a intervenção prática e o universo

4 De acordo com a Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012, em seu artigo 2º: “O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único” (BRASIL, 2012).

teórico, refletindo sobre habilidades adquiridas para o profissional no caso estudado. A seguir, apresentamos o roteiro de estudo de caso construído.

**ROTEIRO PARA ESTUDO DE CASO
SERVIÇO SOCIAL NO CAMPO DA ONCOLOGIA**

I. EIXOS NORTEADORES DO ESTUDO DE CASO (objeto do estudo / justificativa da escolha / relevância do caso)

II. IDENTIFICAÇÃO – codificação para garantir anonimato; idade; estado civil; naturalidade; procedência (estado / município de domicílio ou área programática); religião; escolaridade (paciente / cuidador); profissão / ocupação; diagnóstico.

III. ASPECTOS SOCIAIS

1. Situação familiar (composição familiar, caracterização dos vínculos familiares)

2. Redes de apoio (primária ou secundária)

3. Condições de moradia e acesso (situação habitacional / saneamento / meios de acesso à unidade de saúde)

4. Situação econômica – situação trabalhista (problematizar se houve a perda ocupacional ocasionada pela doença); situação previdenciária; renda mensal familiar.

5. Situação de saúde / diagnóstico

5.1. Trajetória na busca de atendimento ao problema de saúde (dificuldades de acesso à rede de saúde para o diagnóstico e tratamento / compreensão do diagnóstico / estadiamento da doença e dificuldades na transição para o cuidado paliativo);

5.2. Conduta clínica / plano terapêutico / plano de cuidado paliativo

6. Situação problema / demandas sociais

7. Intervenção realizada pelo Serviço Social (articulação com a rede / inserção em políticas sociais / encaminhamento para acesso a direitos sociais)

IV. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA (referencial teórico-metodológico que conduziu a intervenção e o estudo do caso)

V. DISCUSSÃO (limites e possibilidades na intervenção realizada)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão sobre o estudo de caso como instrumento pedagógico para a formação profissional em serviço, assim como a construção do roteiro apresentado, significou para as assistentes sociais incluídas nesta atividade (preceptora e residentes), mais do que a descrição

de situações atendidas nos cenários de prática. Consistiu num recurso para o desvelamento da realidade, através do pensar reflexivo e crítico acerca das expressões da questão social subjacentes a cada caso de adoecimento e sobre as políticas sociais nas quais se encontram inseridos ou excluídos os cidadãos, tendo em vista os determinantes socioeconômicos e políticos.

Através deste recurso pedagógico foi possível identificar as consequências da redução da intervenção estatal sobre a questão social, as expressões das desigualdades no Brasil e suas relações com incidência e morbimortalidade por câncer – em situações singulares – atingindo, assim, os objetivos da Oficina de Estudo de Casos, na medida em que

[...] a compreensão da saúde como resultante de políticas sociais e econômicas demanda a apreensão da realidade em que estão inseridos os usuários e o estabelecimento de nexos entre essa realidade, os riscos de adoecimento e as indicações de tratamento (SILVA, 2010, p. 184).

Além disso, a realização de estudos de caso com o roteiro apresentado contribuiu para ampliar nos profissionais envolvidos a compreensão de que, no cotidiano dos serviços de atenção oncológica, há uma complexidade que perpassa o acesso dos usuários à assistência necessária (pela desagregação entre os níveis de atenção à saúde) e os processos de trabalho da equipe multiprofissional (pela fragmentação dos saberes e práticas). Contribuiu para a formação profissional também por ampliar a compreensão sobre adoecimento por câncer, os impactos objetivos e subjetivos do diagnóstico e do tratamento para o usuário, sua rede de apoio e para aqueles que exercem o cuidado em saúde, considerando as relações sociais de trabalho, de gênero, étnico-raciais, culturais, religiosas, etc., e as representações sociais sobre a doença e a morte em condições desfavoráveis. Esse exercício foi favorável ainda para aumentar a autonomia profissional em situações complexas, no trabalho em equipe multiprofissional e na tomada de decisões diante das demandas sociais apresentadas, sendo, por isso, instrumento facilitador para pensar e repensar a prática do assistente social no campo da Oncologia.

Portanto, na correlação da teoria com a prática cotidiana, entendemos o estudo de caso como um importante recurso pedagógico, podendo-se afirmar que o roteiro apresentado contribuiu para:

- qualificar a formação do profissional de Serviço Social em saúde, especificamente nos cenários de prática em oncologia;
- estimular o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes do residente na tomada de decisões diante de situações reais;
- pensar a importância da atuação em saúde, na perspectiva interdisciplinar, com vistas à atenção integral;
- refletir sobre limites e possibilidades de intervenção profissional no contexto da restrição de direitos na sociedade contemporânea.

A vivência da oficina sobre estudo de caso, que culminou com a elaboração coletiva do roteiro apresentado, foi uma importante experiência de ensino e aprendizagem para a equipe envolvida, iluminada pela concepção pedagógica problematizadora que muito contribuiu para relacionar a prática profissional às teorias que norteiam o trabalho do assistente social. Resultou na construção coletiva de um instrumento pedagógico para reflexão crítica sobre a

atuação do Serviço Social no campo da Oncologia e também com aplicabilidade concreta para a discussão sobre as práticas em saúde de um modo geral.

Destacamos a potencialidade desta experiência para as demais profissões integrantes dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde no sentido de qualificar o processo de formação em serviço por meio de: (a) oficinas de estudos de casos em equipes multiprofissionais em que o roteiro apresentado possa contribuir para ampliar a concepção de saúde dos outros profissionais, fomentando a compreensão sobre os determinantes sociais do adoecimento; (b) atividades teórico-práticas multiprofissionais em que residentes e preceptores de diversas categorias possam trocar saberes na construção de metodologias coletivas de ensino, considerando a utilização das técnicas de pesquisa qualitativa como ferramentas úteis também para o ensino e a reflexão sobre práticas integradas em saúde.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, M.E.D.A. Estudo de caso em pesquisa e avaliação educacional. Brasília: Liber Livro, 2005.

BATISTA, N. et al. O enfoque problematizador na formação de profissionais de saúde. Revista de Saúde Pública, v. 2, n. 39, p.231-7, 2005.

BRASIL. Lei n. 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.o Programa Nacional de Inclusão de Jovens ProJovem; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1 jul. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em: 11 abr 2015.

_____. Lei nº 12.732 de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União, Brasília, 23 nov. 2012. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm>. Acesso em: 18 abr 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara da Educação Superior. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Diário Oficial da União, Brasília, 3 out. 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.pdf>>. Acesso em: 06 abr 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 287 de 08 de outubro de 1998. Dispõe sobre a regulamentação das profissões da saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 8 out. 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1998/res0287_08_10_1998.html>. Acesso em: 06 abr 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Plano de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

CESAR, A.M.R.V.C. Método do estudo de caso (Case studies) ou método do caso (*Teaching Cases*)? Uma análise dos dois métodos no ensino e pesquisa em administração. Revista Eletrônica Mackenzie de Casos, v. 1, n. 1, p.1, 2005. Disponível em: <http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCSA/remac/jul_dez_05/06.pdf>. Acesso em: 06 abr 2015.

FREITAS, W.; JABBOUR, C. Utilizando estudo de caso(s) como estratégia de pesquisa qualitativa: boas práticas e sugestões. Estudo & Debate, v. 18, n. 2, p.7-22, 2011.

GALEANO, L.E.; ROSSI, L.A.; ZAGO, M.M.F. Roteiro instrucional para elaboração de um estudo de caso clínico. Revista Latino-americana de Enfermagem, v. 11, n. 3, p.371-5, maio/jun. 2003.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1994.

MARTINS, G.A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. Revista de Contabilidade e Organizações, v. 2, n. 2, p.9-18, 2008.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cadernos de Saúde Pública, v. 19, n. 5, p.1527-34, set./out. 2003.

PERRENOUD, P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

REIS, M.B. Notas sobre o projeto ético político do Serviço Social. In: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL (Orgs.). Assistente social, ética e direitos. 5.ed. Rio de Janeiro: CRESS/RJ, 2008.

SILVA, L.B. Condições de vida e adoecimento por câncer. Libertas, v. 10, n. 2, p.172-187, jul./dez. 2010.

VENTURA, M.M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. Revista SOCERJ, v. 20, n. 5, p.383-6, set./out. 2007.

VIGNOCHI, C. et al. Considerações sobre aprendizagem baseada em problemas na educação em saúde. Revista HCPA & Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, v. 29, n. 1, p.45-50, maio 2009.

YIN, R.K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Vivenciando o Processo de Territorialização em uma Unidade de Atenção Primária em Saúde no município de Fortaleza, Ceará¹

Ana Cibelli Nogueira Soares

Karine Moreira de Melo

Inah Paula Silva da Costa

Roana Façanha da Silva

Maria Elisa Machado Ferreira Marcelo

INTRODUÇÃO

O presente texto apresenta a vivência no Processo de Territorialização desenvolvido pela equipe da Residência Integrada em Saúde (RIS), com ênfase em Saúde da Família e Comunidade. O processo de territorialização permitiu conhecer melhor a área de atuação da Unidade de Atenção Primária em Saúde (UAPS) e, assim, facilitar a implementação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito da denominada Atenção Primária em Saúde. A identificação da população e o planejamento local de ações de saúde proporcionaram novas maneiras de interação do serviço com a comunidade. O processo de territorialização ocorreu em cinco fases: imersão no município e cenários de prática; imersão comunitária; mobilização no território e execução de oficinas de territorialização; sistematização das oficinas; realização de oficinas de planejamento participativo. Através desse processo foi possível visualizar as potencialidades, fragilidades e desafios do território e, a partir dessas informações, os dados da situação de saúde da UAPS foram pautados e organizados de forma a se poder executar o planejamento participativo das ações de saúde.

COMPREENDENDO A CENTRALIDADE DO TERRITÓRIO NA ATENÇÃO À SAÚDE DE BASE COMUNITÁRIA

A territorialização constitui importante princípio norteador da organização do trabalho e das práticas de saúde desenvolvidas em diversas estratégias do SUS, especialmente na Estratégia Saúde da Família (ESF). (BARCELLOS, 2005) Dessa forma, é o caminho para reconhecer o território vivo. É o lócus onde se desenvolvem as nuances subjetivas, as crenças e os valores da comunidade (RIBEIRO et al., 2010) e onde se dá a interação da população com os serviços de saúde (GONDIM et al., 2008) com vistas à organização do processo de trabalho.

O território, por conseguinte, também resulta de uma acumulação de situações históricas, ambientais e sociais que geram condições privadas para a produção de doenças. (PEREIRA; BARCELLOS, 2006) Além disso, esse espaço encontra-se em constante construção, desconstrução e reconstrução. Por todas essas questões, esse espaço não pode ser isolado em um conceito físico e estanque. O território, portanto, é vivo e está em constante movimento. (OLIVEIRA; FURLAN, 2008)

Nesse âmbito, o Processo de Territorialização é um dos elementos essenciais para implantação da ESF, sendo desenvolvido por Equipes de Saúde da Família (EqSF) e profissionais

¹ O texto consiste na experiência vivenciada pela equipe da Residência Integrada em Saúde (RIS-CE) com ênfase em Saúde da Família e Comunidade do município de Fortaleza. Sendo elaborado durante o Processo de Territorialização realizado no cenário de prática em que os profissionais residentes foram inseridos, onde receberam o apoio da preceptoría da residência.

de saúde que atuam na Atenção Básica e tem servido para aproximá-los da realidade em que atuam, podendo propiciar ações mais pertinentes às necessidades do território e, como consequência, das demandas da comunidade. (SILVA; OLIVEIRA; SAMPAIO, 2011)

A Política Nacional de Atenção Básica estabelece como atribuições comuns a todos os profissionais, participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. Logo, a territorialização é uma ação primordial, pois dela decorre a análise da situação de saúde, planejamento e a implantação de ações estratégicas, que garantam resolubilidade ao sistema. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

A Política Nacional de Promoção da Saúde considera prioritária a promoção do uso de metodologias de reconhecimento do território, em todas as suas dimensões: demográfica, epidemiológica, administrativa, política, tecnológica, social e cultural, como instrumento de organização dos serviços de saúde. Por outro lado, as políticas norteadoras do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS) orientam a realização de ações para grupos específicos, como criança, adulto, idoso, mulher e trabalhador. Essa situação contribui para a fragmentação das ações na rotina dos serviços, priorizando a assistência, com ações programáticas, e pouco enfoque na integralidade da atenção e promoção da saúde. (PESSOA et al., 2013)

Nesse contexto, a residência multiprofissional em sua prática de atuação coloca-se como estratégia, uma vez que a ESF se caracteriza como a porta de entrada prioritária de um sistema de saúde, cujo principal propósito é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias, e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

O presente relato narra a experiência deste processo, vivenciado e desenvolvido em uma UAPS, no território da Serrinha, situada no município de Fortaleza, Ceará. A relevância desse relato está na criação de uma ferramenta que poderá facilitar o trabalho dos profissionais-residentes e conhecer a história da Serrinha que é repleto de potencialidades, fragilidades e desafios. Os residentes buscaram compreender como os serviços constituem-se enquanto pontos de atenção das redes de saúde e como se articulam na perspectiva da integralidade da atenção.

Diante da necessidade de conhecer o território foi proposto pelo módulo denominado Território e Saúde da RIS a realização de um processo de territorialização com o objetivo de que a equipe de residentes dispusesse de informações sistemáticas, sendo estas a matéria-prima para se desenvolver um trabalho específico na comunidade territorializada.

O estudo foi realizado no período de junho a julho de 2014, onde se buscou compreender o território em que a equipe da RIS atuaria, para que, assim, pudessem programar as ações de forma pertinente e se apropriar de suas características físicas, sociais, econômicas, epidemiológicas e ambientais. Para isso foram realizadas oficinas, cujas práticas vividas pela equipe de residência serão descritas e discutidas ao longo deste relato.

Desta forma, o processo de territorialização vivenciado ocorreu em cinco fases: imersão no município e cenários de prática comunitária; em seguida, houve a imersão comunitária; logo após, aconteceu a mobilização no território e a execução de oficinas de territorialização; após essas fases, houve a sistematização das oficinas; e finalizou-se o processo com o planejamento participativo para condensar os eixos de necessidade de saúde da população. A partir do que foi observado com a realização deste processo, pode-se analisar os dados

obtidos, a fim de sistematizar a organização do processo de trabalho que os residentes iniciariam em sua vivência prática no território.

É certo, entretanto, que as etapas constituintes do processo de territorialização se interpenetram e não precisam encaixar-se nessa divisão estanque, por isso algumas ações propostas na primeira etapa podem acontecer apenas na segunda e também algumas ações propostas para serem executadas posteriormente podem já iniciar ou serem finalizadas em etapas anteriores. Essa dinamicidade característica do território influenciará também o processo de territorialização aqui proposto aos residentes. O que se espera, apesar dessas peculiaridades de cada processo de territorialização, é que, ao final das cinco semanas, os objetivos propostos para cada etapa sejam obtidos e que a equipe disponha das informações sistematizadas, sendo assim matéria-prima para o trabalho que será desenvolvido naquele território.

Nesse sentido, para os residentes envolvidos nesta ação, a territorialização foi algo vital para iniciar seu processo formativo, pois foi a partir dessa experiência que foi possível organizar as temáticas que deveriam ser consideradas ao preparar a agenda de trabalho no âmbito da unidade de saúde, sendo possível visualizar as maiores necessidades de intervenções que a população estava precisando. Deste modo, a atuação profissional se torna facilitada, bem como a formação dos residentes no âmbito da ESF.

VIVENCIANDO A TERRITORIALIZAÇÃO NA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A experiência foi delineada através de fases que caracterizaram o processo de territorialização na unidade de saúde. Na primeira fase do processo, a equipe de residência imergiu no território e no cenário de prática. Foi sugerido o desenvolvimento de reuniões com as EqSF que já atuavam naquele território para obter um retrato inicial do território e informações gerais das equipes e de sua população adscrita, bem como a obtenção de um mapeamento da rede de saúde, socioassistencial, entre outros equipamentos sociais. Foi proposto também nessa fase conhecer as coordenações locais que se envolviam com o cenário de prática dos residentes. Por fim, definiu-se o momento de integração entre a equipe de saúde da UAPS e a equipe da RIS.

Esse mapeamento inicial teve o objetivo de fornecer não só um panorama geral como também viabilizar a realização das visitas previstas na segunda etapa. Antes dela, foi proposto, ainda, conhecer as secretarias e principais chefias e coordenações locais que se envolvem com o cenário de práticas dos residentes. Sugeriu-se, por fim, momentos de integração entre equipe da unidade de saúde e a equipe recém-chegada de residentes.

Dentre os elementos que devem constar como observados nessa primeira fase contamos com: consulta aos mapas existentes sobre a divisão das áreas de responsabilidade sanitária das EqSF e documentos escritos sobre a história do território. Durante a territorialização, os profissionais residentes juntamente com as equipes locais apropriaram-se da caracterização do perfil epidemiológico, ambiental e social da comunidade, além de obter um diagnóstico da situação de saúde.

Essa fase inicial proporcionou à equipe não só o contato com os dados objetivos e quantitativos sobre a área adscrita, mas experiências dotadas de subjetividade, uma vez que, ao conversar com os profissionais de saúde e pessoas da comunidade, revelou-se o olhar que cada um desses atores tinha sobre o território, os momentos de luta e de conquista que fizeram parte de sua história, os sentimentos de identificação e de pertencimento comunitário. Tais informações exigiram uma escuta atenta e sensível, de modo que o ato de caminhar pelo

território durante as visitas, deu sentido à sua vivacidade tão discutida na literatura. (OLIVEIRA; FURLAN, 2008; SANTOS; RIGOTTO, 2011)

O reconhecimento do território foi um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. (GONDIM et al., 2008) Assim, definiu-se que a equipe da RIS faria o reconhecimento do território do Bairro Serrinha. Para isso, algumas estratégias foram esquematizadas, tais como: reunião integrada com a EqSF da unidade de lotação e levantamento de informações junto aos órgãos da Prefeitura Municipal de Fortaleza.

Tendo posse do mapeamento do território e após observação da dinâmica da unidade facilitou-se a realização da segunda fase: a imersão comunitária no território. Nesta segunda fase, foi possível identificar sujeitos e instituições-chave na área adscrita da unidade, como a presença de abrigo para crianças vítimas de vulnerabilidades sociais; instituições voltadas para desenvolvimento de atividades sociais, esportivas e artísticas; oficina de reciclagem; igrejas atuantes; movimentos comunitários, dentre outros equipamentos sociais.

Os locais acompanhados e observados na Serrinha foram instituições e organizações próprias da saúde, da educação, dos movimentos sociais, artístico-culturais, das organizações sociais, da assistência social e dos departamentos administrativos da Prefeitura de Fortaleza. Esse mapeamento teve o objetivo de fornecer um panorama geral do território e viabilizar as ações que poderiam ser realizadas. Observou-se também durante as caminhadas de territorialização: ruas sem saneamento, com esgoto a céu aberto, ruas asfaltadas, áreas de diversas classes sociais, aglomerados de casas, uso de drogas, violência urbana e doméstica, pontos comerciais, áreas de invasão e alagamento e domicílios com diversas estruturas.

A análise territorial implicou na coleta sistemática de dados que informaram sobre situações-problema e necessidades em saúde da população de um território específico, indicando as inter-relações espaciais. Possibilitou ainda identificar vulnerabilidades, populações expostas e a seleção de problemas prioritários para intervenções. (GONDIM et al., 2008) Desta maneira, defendemos que o estabelecimento de vínculos da UAPS com a população também indica esta concepção ampliada de território.

Após o reconhecimento mais detalhado do território, seguimos para a terceira fase caracterizada pela mobilização do território e execução de oficinas de territorialização. Nesse momento, a equipe de residentes realizou as primeiras articulações comunitárias na unidade de saúde e em seus territórios, convidando as instituições, projetos sociais e pessoas visitadas na etapa anterior, bem como os profissionais das EqSF, equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e gestores locais para participarem de oficinas de territorialização, que foram realizadas pelos residentes.

A mobilização comunitária, muito além do convite feito à comunidade para participar de alguma atividade, consistiu no envolvimento dos diversos atores no processo. Foi preciso que as oficinas de territorialização fizessem sentido para as pessoas, pois elas necessitavam identificarem-se como sujeitos ativos nesse processo de territorialização. Dessa forma, a mobilização, na verdade, inicia na primeira etapa, pois essa intencionalidade da territorialização foi ficando clara a cada contato, em cada visita e até mesmo na sistematização das informações. O convite para o momento de oficina foi praticamente a última subetapa da mobilização comunitária.

As oficinas caracterizam-se como um momento para análise dos problemas levantados nos encontros com a EqSF, os atores sociais e a comunidade, a fim de construir um plano de ação. Conforme Paim e Almeida-Filho (2014), o incentivo à realização de oficinas de

territorialização acompanhadas de um planejamento participativo é uma das maneiras mais reais de complementar a análise da situação de saúde de uma população e dos serviços de saúde oferecidos, uma vez que proporcionam a criação de espaços de diálogo entre a gestão, trabalhadores e comunidade, onde estes participam opinando sobre os principais problemas de saúde da população do bairro ou distrito sanitário, sendo sintetizados posteriormente em um quadro.

A quarta fase caracterizou-se pela sistematização das oficinas. Nesse momento, os residentes avaliaram as oficinas executadas, a fim de identificar os aspectos positivos e negativos de seu desenvolvimento. As informações trazidas pelos sujeitos ao longo das oficinas foram sistematizadas e divididas em eixos, conforme a aparição de elementos da realidade. Os eixos foram formados a partir da proximidade identificada entre as temáticas trazidas pela população. Os dados sistematizados nessa fase serviram de fundamento para a execução da quinta fase referente ao planejamento participativo, que foi a base norteadora das ações de saúde a serem desenvolvidas no território.

É importante ressaltar que a distribuição das informações em eixos permitiu identificar a repetição de determinadas características ou a peculiaridade de algum aspecto apontado em um único grupo. Alguns exemplos dos eixos observados foram: Qualidade dos Serviços de Saúde (exemplo: alta demanda de saúde, assistência à saúde precária, estrutura física das Unidades de Saúde inadequada, EqSF incompletas); saúde ambiental (ausência de saneamento básico, falta de educação ambiental, problemas com lixo); articulação comunitária (comunicação fragilizada entre os líderes comunitários e desconhecimento dos equipamentos sociais); qualidade de vida (violência, tráfico de drogas, falta de espaços de lazer, morte prematura dos jovens e exploração sexual de crianças e adolescentes).

A participação dos profissionais de saúde da unidade na quarta etapa de sistematização foi de grande relevância para envolvê-los de forma mais prática na territorialização e no posterior planejamento de ações que foi levado a cabo pela equipe de residentes. Os dados sistematizados nesta etapa serviram de fundamento para a execução da quinta etapa referente ao planejamento participativo, que foi a base norteadora das ações de saúde a serem desenvolvidas nos territórios de lotação.

Na quinta fase, referente às oficinas de planejamento participativo, houve a realização de oficinas em equipamentos sociais estratégicos do território de atuação, visando à construção de um projeto comum e adequado às necessidades de saúde da população. Os atores sociais foram convidados a participar das oficinas de territorialização, sendo operacionalizada uma mobilização prévia pelos residentes. Em suma, essas oficinas caracterizam-se como um momento para análise dos problemas levantados nos encontros anteriores e para construção de um plano de ação. A grande riqueza desse processo de planejamento foi seu dimensionamento participativo.

Esta fase colaborou para o desenvolvimento posterior de ações mais efetivas de saúde no território da Serrinha e todo o processo colaborou para a construção de elos e fortalecimento da intersetorialidade que puderam ser observadas nas ações conjuntas que foram desenvolvidas entre a equipe e outras instituições.

Nesse sentido, o planejamento participativo em saúde foi uma ferramenta capaz de produzir níveis crescentes de autonomia e incentivar o protagonismo dos diversos atores sociais envolvidos com o sistema de saúde. O ato de planejar deixou de ser burocrático e se tornou uma ação político-pedagógica na medida em que foi proporcionado a esses atores o exercício de sua condição enquanto sujeitos reflexivos da realidade, solidários coletivamente e comprometidos com mudanças nas suas práticas de trabalho e com seus processos de saúde.

Os olhares sobre o território foram múltiplos e diferentes. Nenhum deles sozinho, de fato, conseguiu abranger a imensidão e o mistério do que acontece e é vivido no território. O grande desafio do Processo de Territorialização estabeleceu-se na necessidade de reunir, diferenciar e somar as várias nuances desses olhares. Por isso, não foi fácil. Perpassam questões de saúde claramente palpáveis, como a hipertensão e a diabetes, mas também inclui em seu roteiro questões sociais que, por certo, influenciam diretamente na saúde. O Planejamento Participativo permite à equipe tocar com mais concretude essas dimensões e agir pautado naquilo que é apontado pelo coletivo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência realizada possibilitou rico conhecimento do território, identificando seus equipamentos sociais, aspectos culturais e hábitos da comunidade. Além disso, permitiu-se obter conhecimentos das vulnerabilidades e potencialidades do território da Serrinha, bem como a identificação das necessidades das famílias e dos indivíduos.

O processo de territorialização possibilitou incontáveis aprendizagens à equipe de residentes, bem como aos demais profissionais da rede, na medida em que observamos uma ampliação do olhar destes atores em relação às potencialidades do território. Durante as oficinas os profissionais referiram desconhecimento acerca de atividades e ações de alguns equipamentos, possibilitando trocas de informações com outros sujeitos, resultando em futuras parcerias, como foi o caso de educadores sociais do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Para conhecer a realidade da Serrinha e da UAPS, no que se refere ao cotidiano, às vivências, fragilidades e potenciais, a equipe utilizou diversas estratégias e metodologias, como: observação participativa, oficinas por ciclos de vidas, reuniões, visitas e caminhadas pelo território, visitas institucionais e coletas de dados. Para que esses métodos acontecessem, contamos com a participação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dos diversos profissionais, da gestão, dos usuários e de estudantes. A equipe de residência se propôs, diante do desânimo e da resistência em relação à imersão da residência na Unidade de Saúde, desenvolver atividades sensíveis à escuta, ao acolhimento das pessoas, na formação e no fortalecimento dos vínculos interprofissionais que garantissem uma livre participação.

Nas oficinas de territorialização, percebemos como os participantes se implicavam com o processo, apropriando-se dos distintos saberes e fazeres da comunidade.

A equipe de residentes, imersa nessa vivência, afetou-se por falas, posturas, posicionamentos, sorrisos, indignações, sinais de esperança e motivações de cada um desses atores homens, mulheres, crianças, adolescentes, idosos e profissionais que vivem, trabalham e movimentam a Serrinha. Foi impossível ficar alheio a todos estes sentimentos tão presentes e intensos. Na realização deste processo, pode-se sentir o afeto das pessoas e seus desejos de mudança, de movimento e de esperança em dias melhores.

No processo de trabalho, foi possível para os residentes perceberem a influência que o processo de territorialização tem sobre as práticas de atuação, bem como propiciou um afeto e maior vínculo dos profissionais residentes com a população, após o conhecimento de sua realidade, pensamentos e sentimentos.

A equipe passou a compreender os anseios e desejos tanto da população comunitária como dos profissionais da unidade de saúde, pôde socializar com estes conhecendo muitas de suas dificuldades e superações. Deste modo, atuar em saúde na comunidade se tornou algo prazeroso aos residentes, deixando-os seguros do ambiente em que estavam vinculados.

A territorialização foi importante também para a desconstrução do rótulo do Bairro Serrinha como localidade que se restringe ao risco e à vulnerabilidade social, dominada pela pobreza, criminalidade e violência, podendo-se perceber que a comunidade é construída por diversas vivências, contextos socioeconômicos, famílias dignas e inúmeras potencialidades.

REFERÊNCIAS

BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 3, p.898-906, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes do NASF- Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Cadernos de atenção básica, n. 27).

GONDIM, G.M. et al. O território da saúde: a organização dos sistemas de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A.C. et al. (Org). *Território, ambiente e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p.237-55.

OLIVEIRA, G.N.; FURLAN, P.G. Co-produção de projetos coletivos e diferentes “olhares” sobre o território. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. *Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. Brasília, : [s.n], 2008. p.247-72.

PAIM, J.S.; ALMEIDA-FILHO, N. (Org.). *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

PEREIRA, M.P.B.; BARCELLOS, C. O território no Programa Saúde da Família. *Hygeia. Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*, v. 2, n. 2, p.47-55, 2006.

PESSOA, V.M et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 8, p.2253-62, 2013.

RIBEIRO, M.T.A.M. et al. Abordagem comunitária pelo médico de família e comunidade. *PROMEF – Programa de Atualização em Medicina de Família e Comunidade*, v. 5, p.107-45, 2010.

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*, v. 6, n. 3, p.387-406, 2010.

SILVA, D.R.; OLIVEIRA, L.C.; SAMPAIO, J.L.F. o processo de territorialização da Residência Multiprofissional em Saúde da Família/comunidade, Fortaleza, Ceará, Brasil. *Revista Geográfica de América Central*, n. esp., p.1-17, 2011.

SOBRE OS AUTORES E AS AUTORAS

Adriana Córdova Costa

Enfermeira. Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Urgência e Emergência do Hospital pronto Socorro (PRIMURGE/HPS), em Porto Alegre/RS. Email: adriccosta@gmail.com

Alcindo Antônio Ferla

Médico, Doutor em Educação, Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), junto ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva e ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol/UFRGS). Editor-Chefe da Editora da Rede UNIDA. Email: ferlaalcindo@gmail.com

Alice Magagnin Neves

Nutricionista. Mestranda em Nutrição e Alimentos. Ex-Residente da Ênfase em Adulto Crítico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS/HCPA). Email: alice-mn@hotmail.com

Aline Josiane Waclawovsky

Fisioterapeuta. Residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz. Email: alinewaclawovsky1@unisc.br

Amanda Ferreira Monteiro Mercês

Enfermeira. Residente em Enfermagem Obstétrica do Hospital Sofia Feldman (HSF). Email: amandafmmo@gmail.com

Ana Cibelli Nogueira Soares

Nutricionista. Especialista em Gestão da Qualidade em Serviços de Alimentação. Residente da Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Email: anacibellisoares@gmail.com

Ana Karina de Sousa Gadelha

Psicóloga. Preceptora de Núcleo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral/CE. Email: karina_gadelha@yahoo.com.br

Ana Laura Borges Aranda

Assistente Social. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Email: laura.aborges@hotmail.com

Ananyr Porto Fajardo

Odontóloga. Mestre em Odontologia. Doutora em Educação. Coordenadora-Adjunta e Docente Permanente do Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS do Grupo Hospitalar Conceição/Escola GHC, em Porto Alegre/RS. Coordenadora em 2005 e orientadora de pesquisa da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC). E-mail: aportofajardo@gmail.com

Ana Osmarina Quariguasi Magalhães Frota

Enfermeira. Discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em Sobral/CE. Email: osma_rina@hotmail.com

Ana Paula Wilke François

Psicóloga. Mestranda em Psicanálise: Clínica e Cultura. Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (ênfase em Saúde da Família) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), de 2009 a 2011. Email: anawfrancois@gmail.com

Anna Letícia Ventre

Psicóloga. Especialista em Saúde Mental Coletiva. Assessora da Secretaria de Cultura de Novo Hamburgo/RS. Preceptora da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: leventre@gmail.com

Carine Muniz

Profissional de Educação Física. Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Hospital Santa Cruz. Email: carinemuniz@unisc.br

Cátia Martins Paranhos

Professora do Curso de Psicologia da Universidade Federal da Grande Dourados (UFGD) e tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, ênfase em Saúde Indígena do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HUGD/UFGD). Email: catiaparanhos@hotmail.com

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

Doutora em Enfermagem. Docente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará (UFC). Email: cibellyaliny@gmail.com

Cláudia Domingues Guimarães

Assistente Social e Tecnologista do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Preceptora e Tutora no Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do INCA. Email: cdguimaraesrj@gmail.com

Cristianne Maria Famer Rocha

Doutora em Educação. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Ex-Tutora da Ênfase em Adulto Crítico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS/HCPA). Email: cristianne.rocha@ufrgs.br

Daiane Silveira

Fisioterapeuta. Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (ênfase em Saúde da Família) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), de 2009 a 2011. Email: daianesilveira85@yahoo.com.br

Daniela Dallegrave

Enfermeira. Doutora em Educação. Orientadora no Mestrado Profissional em Avaliação e Produção de Tecnologias para o SUS e no Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição/Escola GHC. Email: danidallegrave@gmail.com

Daniele Noal Gai

Educadora Especial. Doutora em Educação (UFRGS). Professora da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora Orientadora da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva/UFRGS. Email: daninoal@gmail.com

Danielle Celi dos Santos Scholz

Enfermeira. Residente da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: dani.scholz@hotmail.com

Danúbia Mariane Barbosa Jardim

Enfermeira Obstetra. Mestre em Enfermagem. Coordenadora e Preceptora do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica do Hospital Sofia Feldman (HSF). Email: danubiamariane@yahoo.com.br

Débora Rodrigues Lima

Enfermeira Obstetra, Coordenadora Substituta e Preceptora do Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica do Hospital Sofia Feldman (HSF). Email: deborar265@gmail.com

Dulciane Nunes Paiva

Docente do Departamento de Educação Física e Saúde e do Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Hospital Santa Cruz. Email: dulciane@unisc.br

Eliane Figueiredo de Lima

Assistente Social. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Email: ecos.elima@gmail.com

Eloá Rossoni

Coordenadora do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS). Professora Adjunta da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: rossoniela@gmail.com

Fabiana Ramos Menezes

Enfermeira, Residente em Enfermagem Obstétrica do Hospital Sofia Feldman (HSF). Especialista em Saúde Coletiva. Email: menezesfaby1@gmail.com

Fábio Mello da Rosa

Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem. Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (ênfase em Saúde da Família) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), de 2009 a 2011. Email: enfmello07@yahoo.com.br

Fernando Lopes Tavares de Lima

Tutor de campo dos Programas de Residência Multiprofissional em Oncologia e Residência em Física Médica do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Email: flima@inca.gov.br

Franciele Plachi

Fisioterapeuta. Mestranda em Ciências Pneumológicas. Ex-Residente da Ênfase em Adulto Crítico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS/HCPA). Email: francielezp@gmail.com

Francisco Timbó de Paiva Neto

Profissional de Educação Física. Discente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia/Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em Sobral/CE. Email: timbonetto@gmail.com

Gabriela Maciel dos Reis

Enfermeira. Residente em Enfermagem Obstétrica do Hospital Sofia Feldman (HSF). Especialista em Avaliação em Saúde. Email: gmacielreis@gmail.com

Gaussianne de Oliveira Campelo

Mestre em Saúde da Família. Egressa da I Turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Piauí (RMSF/UESPI). Email: gaussianne.campelo@gmail.com

Gênesis Anjos Nunes

Psicólogo. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral/CE. Email: genesis.anunes@gmail.com

Gracinete Rodrigues de Castro

Consultora educacional dos Programas de Residência Multiprofissional em Oncologia e Residência em Física Médica do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Email: gracinetecastro74@yahoo.com.br

Hortência Veras Mangabeira

Psicóloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral/CE. Email: hortenciamangabeira@hotmail.com

Ieda Ávila Vargas Dias

Vice-Coordenadora e Tutora de Campo e do Núcleo Específico de Enfermagem do Projeto da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista (PRMAS/UNIFESP). Email: vargasdias@hotmail.com

Inah Paula Silva da Costa

Assistente Social. Residente da Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde da Família e Comunidade, Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Email: inah_paula@yahoo.com.br

Jéssica de Jesus Kós

Assistente Social. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Email: jessicajkos@gmail.com

João Gabriel Nunes

Enfermeiro. Residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Hospital Santa Cruz. Email: joaonunes@unisc.br

José Jeová Mourão Netto

Enfermeiro. Mestre em Saúde da Família. Preceptor do PET-Saúde. Secretaria de Saúde de Cariré/CE. Email: jeovamourao@yahoo.com.br

Karine Moreira de Melo

Enfermeira. Mestranda em Enfermagem. Residente da Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde da Família e Comunidade, Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Email: karinemelo_757@hotmail.com

Leira Salete Teixeira

Licenciada em História. Assessora do Setor de Inclusão e Diversidade da Secretaria Municipal de Educação de Novo Hamburgo/RS. Preceptora da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: saleteteixeira@novohamburgo.rs.gov.br

Liane Beatriz Righi

Professora Adjunta e Colaboradora no Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (ênfase em Saúde da Família) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email: lianerighi@gmail.com

Liara Saldanha Brites

Fonoaudióloga. Mestranda em Saúde Coletiva. Foi residente do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email: liarabrites@yahoo.com.br

Liélma Carla Chagas da Silva

Enfermeira. Mestranda em Saúde da Família. Docente da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral/CE. Email: lielma_carla@yahoo.com.br

Liliane Elise Souza Neves

Fonoaudióloga. Residente em Saúde da Família pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Email: lilianeneves21@gmail.com

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Coordenadora e Tutora de Campo e do Núcleo Específico de Terapia Ocupacional, do Projeto da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista (PRMAS/UNIFESP). Email: uchoalu@hotmail.com

Luciana Rodriguez Barone

Psicóloga do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), preceptora de campo da ênfase em Saúde da Família e Comunidade (SFC) e orientadora de pesquisa da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC). Email: lucianarbarone@yahoo.com.br

Mabelle Moraes Cordeiro

Nutricionista. Residente em Saúde da Família pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Email: mabellemoraes@hotmail.com

Macarena Urrestarazu Devincenzi

Coordenadora e Tutora de Campo e do Núcleo Específico de Nutrição do Projeto da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista (PRMAS/UNIFESP). Email: macarena.nut@gmail.com

Márcia Maria Santos da Silva

Assistente Social. Mestre em Ensino na Saúde. Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), em Sobral/CE. Email: marciamss@yahoo.com.br

Márcio Silveira da Silva

Enfermeiro chefe da Unidade de Internação e Ambulatório de Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Preceptor de Campo e de Núcleo, nos anos 2009 a 2011, da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na Ênfase Saúde Mental. Email: marcsilva@hcpa.edu.br

Maria Augusta Moraes Soares

Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Coordenadora do Programa de Residência Integrada em Urgência e Emergência do Hospital de Pronto Socorro (PRIMURGE/HPS), em Porto Alegre/RS. Email: mariagustas@gmail.com

Maria Elisa Machado Ferreira Marcelo

Cirurgiã-Dentista. Mestre em Saúde Coletiva. Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Preceptora da Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Email: ma-elisa@bol.com.br

Maria Emanuelle Freire Pessoa

Psicóloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral/CE. Email: manujjoca@hotmail.com

Maria Luci Esteves Santiago

Mestre em Ciências e Saúde. Tutora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Piauí (RMSF/UESPI). Email: mles_@hotmail.com

Mariana Chaves Aveiro

Vice-coordenadora e Tutora de Campo e do Núcleo Específico de Fisioterapia do Projeto da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Universidade Federal de São Paulo, Campus Baixada Santista (PRMAS/UNIFESP). Email: mariana.aveiro@unifesp.br

Marília Borges Osório

Enfermeira Assistencial do Serviço de Enfermagem em Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Preceptora de Núcleo, nos anos 2012 e 2013, da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na Ênfase Saúde Mental. Email: mosorio@hcpa.edu.br

Mario Jorge Sobreira da Silva

Coordenador da Comissão de Residência Multiprofissional do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Email: mario.silva@inca.gov.br

Mitieli Vizcaychipi Disconzi

Enfermeira Assistencial do Serviço de Enfermagem em Adição do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Preceptora de Núcleo, desde 2014, da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre na Ênfase Atenção Integral ao Usuário de Drogas. Email: mdisconzi@hcpa.edu.br

Nélia Beatriz Caiafa Ribeiro

Vice-coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Email: nelia.ribeiro@inca.gov.br

Pedro Gomes de Lima Brasileiro

Psicólogo, residente da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), ênfase em Saúde da Família e Comunidade (SFC). Email: peuglb@hotmail.com

Priscila Mergulhão Silveira

Tutora do Programa de Residência em Saúde da Família pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Email: primergulhao@hotmail.com

Priscila Viegas Kercher

Psicóloga. Atua no Hospital Universitário da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Ex-Residente da Ênfase em Adulto Crítico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS/HCPA). Email: priscila.kercher@gmail.com

Priscilla Wolff Moreira

Enfermeira. Residente do Programa de Residência Integrada em Urgência e Emergência do Hospital de Pronto Socorro (PRIMURGE/HPS), em Porto Alegre/RS. Email: priscillawolff@gmail.com

Rafaele Garcia Sonaglio

Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Bolsista de Iniciação Científica. Email: rafa-ele-10@hotmail.com

Roana Façanha da Silva

Cirurgiã-Dentista. Especialista em Ortodontia. Residente da Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP/CE). Email: roanaf_10@hotmail.com

Rosa Renata Araújo Dias

Psicóloga. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral/CE. Email: rr.araujodias5@gmail.com

Rosilene de Lima Pinheiro

Coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Email: rpinheiro@inca.gov.br

Sabrina da Cunha Godoy

Farmacêutica. Atua no Hospital Sanatório Partenon da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Ex-Residente da Ênfase em Adulto Crítico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS/HCPA). Email: sabrina-godoy@saude.rs.gov.br

Sandra Corrêa de Almeida Diniz

Assistente Social. Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia do Instituto Nacional de Câncer (INCA). Email: sandracadiniz@gmail.com

Simone Borges

Pedagoga. Especialista em Saúde Mental Coletiva. Assessora do Setor de Inclusão e Diversidade da Secretaria Municipal de Educação de Novo Hamburgo/RS. Preceptora da Residência em Saúde Mental Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Email: simone.borges@novohamburgo.rs.gov.br

Sofia Palagi

Enfermeira. Atua na Atenção Básica do município de Canoas/RS. Ex-Residente da Ênfase em Adulto Crítico da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RIMS/HCPA). Email: sofi.palagi@gmail.com

Tania Cristina Malezan Fleig

Docente do Departamento de Educação Física e Saúde da Universidade de Santa Cruz do Sul. Docente no Curso de Fisioterapia. Tutora e Professora no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do Hospital Santa Cruz. Email: tcmfleig@gmail.com

Tanise de Oliveira Fernandes

Psicóloga, Especialista em Saúde Indígena pelo Programa de Residência em Saúde, ênfase em Saúde Indígena do Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados (HUGD/UFGD). Email: tanise.fernandes@hotmail.com

Teresinha Heck Weiller

Professora Adjunta e Tutora do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (ênfase em Saúde da Família) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Email: weiller2@hotmail.com

Terezinha de Fátima Rodrigues

Tutora de Campo e do Núcleo Específico de Serviço Social do Projeto da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde da Universidade Federal de São Paulo Campus, Baixada Santista (PRMAS/UNIFESP). Email: terezinha.unifesp@gmail.com

Thais Norberta Bezerra de Moura

Mestranda em Ciências e Saúde. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Piauí (RMSF/UESPI). Email: thaisinha_moura@hotmail.com

Tiago Veloso Neves

Fisioterapeuta. Foi Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Programa Integrado de Residências em Saúde (PIRS), em Palmas/TO. Email: nevestv@gmail.com

Vera Lúcia Pasini

Doutora em Psicologia Social. Professora Adjunta do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tutora de Núcleo da Psicologia do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Criança do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas (PRIMSC/HMIPV). Email: verapasini@gmail.com

PARECERISTAS

Ana Lúcia Mandelli de Marsillac
Camila Luzia Mallmann
Claudia Weyne Cruz
Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira
Marcia Fernanda de Mello Mendes
Maria Henriqueta Luce Kruse
Rachel Cohen
Ramona Fernanda Ceriotti Toassi
Talita Abi Rios
Thais Maranhão

Este e-book foi compilado em junho de 2017,
no Laboratório de Editoração Digital do Amazonas,
da Universidade Federal do Amazonas.

