

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO NA SAÚDE – PPGENSAU**

**LEONARDO RODRIGUES PIOVESAN**

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE E OS PROCESSOS DE  
TRABALHO EM SAÚDE: CARTOGRAFIA DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA  
NO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL**

Porto Alegre

2019

Leonardo Rodrigues Piovesan

**INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE E OS  
PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE: CARTOGRAFIA DE UM  
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO  
SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino na Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde.

*Orientadora: Fabiana Schneider Pires*

Porto Alegre, 2019

## RESUMO

Utilizou-se a cartografia como método qualitativo para analisar a integração ensino-serviço-comunidade e os processos de trabalho em saúde de um programa de residência com ênfase em Atenção Básica. O campo de estudo foi Sapucaia do Sul/RS, e participaram preceptores, tutores, gestores e residentes entre março e agosto de 2018. A cartografia revelou um desenho analítico do processo de integração ensino-serviço-comunidade na constituição da Rede de Atenção em Saúde e execução das políticas públicas no município. A perspectiva dos atores aponta fragilidades na comunicação com a instituição formadora. O itinerário formativo se revela potente para a autonomia do residente, colaborando assim na reconstrução das redes de atenção e as políticas de saúde. Observou-se a potência deste modelo pelas vivências no cotidiano da Rede de Atenção em Saúde, que exigiu competência para enfrentar situações atípicas e não apenas o itinerário prescrito. Na interface com as políticas de saúde, a experiência de Sapucaia do Sul se mostrou inovadora pela gestão em colegiado, facilitando a comunicação entre atores e pontos da rede. A integração ensino-serviço-comunidade tem privilegiado espaços de discussão e busca compartilhada de caminhos tanto para a prática em saúde quanto para a cogestão de políticas públicas.

Palavras-Chave: Residência em Saúde, Cartografia, Formação em Saúde, Atenção Primária à Saúde

## ABSTRACT

By employing the cartographic qualitative method, we analyzed the teaching-service-community integration and the health work processes of a residence program with emphasis on Primary Care. The study was conducted in Sapucaia do Sul, RS, Brazil. The participants were preceptors, tutors, managers and residents. Data collection occurred from March to August, 2018. The cartography revealed an analytical design of the teaching-service-community integration process on the constitution of the health attention network and in the development of public policies of the municipality. The actors' perspective points out to weaknesses in the communication with the training institution. The formative itinerary proved to be potent to the autonomy of the residents, thus contributing to the reconstruction of the attention network and health policies. It was observed the power of this model by the daily experiences of the health attention network, which required competence to deal with atypical situations beyond the prescribed itinerary. In the interface with the health policies, the experience of Sapucaia do Sul showed to be innovative by employing a collective management, which made it easier the communication between the actors and the network points. The teaching-service-community integration has privileged discussion spaces and the shared search of pathways for both the health practice and the co-management of the public policies.

Keywords: health residence, cartography, health training; primary health care.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atendimento Psicossocial
CLEP	Conselho Local de Ensino e Pesquisa
CLISAM	Clínica de Saúde da Mulher
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
EASM	Equipe de Apoio em Saúde Mental
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
HMGV	Hospital Municipal Getúlio Vargas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PAD	Programa de Assistência Domiciliar
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PP	Projeto Pedagógico
RAS	Rede de Atenção em Saúde
RIS	Residência Integrada em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URTB	Unidade de Referência de Tuberculose

## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
2.1 GERAL.....	10
2.2 ESPECÍFICOS.....	10
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>11</b>
3.1 Residência Integrada em Saúde.....	11
3.2 Integração Ensino-Serviço-Comunidade.....	14
3.3 Apoio Institucional como ferramenta de gestão.....	15
3.4 Redes de atenção e os processos de trabalho em saúde.....	17
<b>4. PERCURSO METODOLÓGICO.....</b>	<b>21</b>
4.1 Considerações éticas.....	23
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>25</b>
5.1 Artigo: A construção de percursos de formação em Sapucaia do Sul: uma cartografia dos processos de gestão e da rede de atenção em saúde.....	26
<b>6 PRODUTOS.....</b>	<b>57</b>
6.1 Educação Permanente em Saúde estendida.....	57
6.2 Vídeo Institucional sobre a residência.....	58
6.3 Instrumento de Avaliação.....	59
6.4 Reorganização do SapucaRIS e a “tutoria com a gestão” .....	60
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS - EPÍLOGO.....</b>	<b>62</b>
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>67</b>
Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	72
Anexo 2 – Memorando Educação Permanente.....	73
Anexo 3 – Parecer Cosubstanciado CEP.....	74

## 1 INTRODUÇÃO

A Residência Integrada em Saúde (RIS) é uma modalidade de educação em serviço que objetiva formar profissionais para atuarem em equipe, segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). É uma estratégia para políticas de educação permanente em saúde que enfoca diversas categorias profissionais para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde.

A formação multiprofissional nos moldes da residência:

Apresenta-se como uma alternativa para promover a mudança da prática assistencial em saúde, capaz de favorecer o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010, p. 815).

Considerando esta formação em serviço no contexto atual, torna-se importante pensarmos sobre os programas de Residência, que experiências proporcionam para a formação dos egressos e quais os efeitos nas redes de saúde onde estão inseridos. Passa por essa discussão a avaliação da forma desta integração entre a instituição formadora e a Rede de Atenção à Saúde (RAS), acreditando que esta relação é essencial para o aproveitamento das potencialidades da Residência.

Sobre o processo de formação dos profissionais de saúde pelo programa de Residência, surge um questionamento: A integração ensino-serviço-comunidade tem se constituído como um espaço de fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde no município?

Esse questionamento surgiu no meu cotidiano ao me deparar com a prática de preceptor na unidade de saúde em que eu acabava de assumir como enfermeiro e coordenador, em fevereiro de 2012. Em janeiro do mesmo ano eu terminei a formação na RIS da Escola de Saúde Pública do RS (ESP) e dois anos antes havia me formado enfermeiro pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), ou seja, era minha primeira experiência profissional e após um mês de trabalho eu receberia minha primeira turma de residentes.

O fato de eu estar recentemente na residência me serviu enormemente para ter conhecimento dos fluxos, do regulamento e das exigências da ESP. Mas de que forma o residente iria se inserir neste processo? Como o percurso formativo do

residente poderia ser direcionado para contribuir com o desenvolvimento de um processo de trabalho da equipe mais adequado? De que forma as exigências pedagógicas da formação poderiam dialogar com as necessidades do município visando a efetivação da RAS?

Essas questões ecoam desde minha formação na residência que foi determinante e profundamente rica, o que sempre me fez defender esta modalidade de formação. Portanto, sempre me preocupei em proporcionar um espaço formativo adequado e que pudesse causar efeitos positivos no serviço de saúde e na rede de assistência.

A partir de 2016, ao iniciar o trabalho no grupo da gestão da Atenção Primária em Sapucaia do Sul, ocupando o cargo de apoiador institucional, fiquei como um dos responsáveis pelas questões da residência no município. Pude acompanhar que o processo como a RIS/ESP foi desenvolvida desde sua primeira turma era diferente se comparado aos outros municípios onde o programa é descentralizado, fazendo com que em Sapucaia do Sul houvesse espaços ricos e inovadores de construções coletivas, porém apresentando dificuldades semelhantes: pouca interlocução entre município, residentes e preceptores com a instituição formadora.

Desta forma, movido pela inquietude e pela inserção nos processos de gestão da Atenção Primária à Saúde (APS) e de formação em saúde, pela preceptoría dos residentes no município de Sapucaia do Sul, desenvolvi este estudo para, a partir da observação dos espaços existentes da integração ensino-serviço-comunidade no município, produzir uma cartografia que permita descortinar as dificuldades, fragilidades e potencialidades destes processos, procurando conhecer como a integração ensino-serviço-comunidade contribui ou dificulta a efetivação da RAS e das políticas de saúde no município.

Como residente e preceptor, percebi como a residência apresenta potência formativa e de mudança de realidade, estimulando a criação de espaços para a educação permanente em saúde, fortalecendo as práticas de controle social. Porém, noto dificuldades no processo coletivo que poderia se dar entre as instituições (instituição formadora e a rede de atenção - campo de prática) que por vezes têm objetivos dissonantes frente à inserção do residente, mostrando uma desarticulação para a formação.

Problematizando esta questão, estudos sobre integração ensino-serviço-comunidade apontam que a efetividade e impacto para as redes de atenção à saúde

são fundamentais, uma vez que as estratégias de aproximação entre ensino e serviços de saúde representam, cada vez mais, um importante avanço na redefinição e valorização dos papéis institucionais na formação em saúde.

Atualmente são observadas dicotomias fortemente instituídas entre ensino e serviço, desencadeando efeitos negativos nos processos de integração, como enfatizam Brehmer & Ramos (2014). As relações de força requerem discussão e reflexão para desenvolver instrumentos de ação para a construção e reconstrução de alternativas para superação dos entraves.

A fragilidade do vínculo entre as escolas e os serviços onde são desenvolvidas as práticas da residência também são reveladas por Maeda (2006). A autora detecta a ausência de projetos pedagógicos compartilhados e falta de maior envolvimento da instituição na capacitação dos preceptores, profissionais fundamentais na formação.

Ao estudar como tem se dado esta integração e que impactos tem gerado nas práticas de saúde, na constituição da RAS e nas políticas públicas no nível municipal, podemos dizer que a integração do ensino no serviço é um eixo fundamental dos processos de mudanças que vêm ocorrendo tanto no ensino superior como nos modelos e práticas públicos (WARMLING et al, 2011).

Neste ponto, este estudo se justifica pela premente necessidade de se analisar e divulgar as experiências desenvolvidas, os seus embates e as suas conquistas, como modo de compreender as possibilidades de uma formação ampliada e intencionalmente voltada para a afirmação de políticas públicas de saúde. A proposta de transformação do modelo tecnoassistencial proposto pelo SUS deve estar intimamente ligada às mudanças na formação dos profissionais de saúde. Neste sentido, os programas de Residência têm papel fundamental e a integração ensino-serviço-comunidade é um espaço privilegiado de reflexão sobre o ensino e as ações em saúde (CASTRO, 2009).

Este estudo buscou conhecer as interfaces que são produzidas pela formação nos espaços de saúde do município de Sapucaia do Sul, considerando as características de uma gestão organizada há quase 10 anos pelo trabalho de Apoiadores Institucionais e de que forma o município, por meio de seus trabalhadores e residentes, organiza sua Rede de Atenção à Saúde.

## 2 OBJETIVO

### 2.1 Objetivo Geral

Este estudo tem o objetivo de analisar a integração ensino-serviço-comunidade na construção e efetivação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no município de Sapucaia do Sul.

### 2.2 Objetivos específicos

- a. Descrever os espaços de integração ensino-serviço-comunidade desenvolvidos na RAS do município de Sapucaia do Sul, considerando os aspectos que envolvem a execução de um programa de residência integrada em saúde.
- b. Analisar a perspectiva dos diferentes atores do processo de integração ensino-serviço-comunidade na elaboração e condução da residência no município de Sapucaia do Sul.
- c. Analisar a integração ensino-serviço-comunidade, suas possibilidades e resistências em relação à implantação da RAS no município de Sapucaia do Sul.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 Residência Integrada em Saúde

A APS é um modelo de atenção que busca a redução das iniquidades sociais em saúde através da adoção de práticas de cuidado centradas nos sujeitos em seus territórios considerando sua integralidade. Para tanto as equipes de saúde deparam-se com uma prática profissional complexa, que abrange todos os aspectos da vida do sujeito envolvido com o cuidado. Este fazer exige do trabalhador competências específicas que muitas vezes são adquiridas pela vivência, mas que devem ser acima de tudo trabalhadas e aperfeiçoadas ao longo da formação deste profissional.

O SUS vem passando por diversas modificações ao longo de seus 30 anos de história e, neste período, ganhou força a discussão da formação dos trabalhadores voltada à atuação considerando seus princípios, uma vez que a Constituição Federal estabelece que a formação dos profissionais da saúde é uma das competências do SUS (BRASIL, 1988).

O Rio Grande do Sul mostra-se pioneiro na formação para a APS e desde 1976, no Centro Médico Social São José do Murialdo, que pertencia à Secretaria de Saúde do Estado, se desenvolveu o Programa de Treinamento em Saúde Comunitária que deu origem ao Programa de Residência em Medicina Geral Comunitária e a Residência Multiprofissional, conforme resgate histórico realizado nas teses de Rossoni (2010) e Fajardo (2011).

A partir da proposta de formação de trabalhadores da saúde em consonância com o SUS, no final dos anos 1990 foi instituída pela Portaria nº 16 de 1º de outubro de 1999 a Residência Integrada em Saúde. O texto relembra que compete aos gestores exercerem em seu âmbito administrativo o ordenamento da formação de recursos humanos da área, bem como a proposição de prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do SUS na esfera correspondente (RIO GRANDE DO SUL, 2001).

O plano de desenvolvimento institucional da Escola de Saúde Pública informa que a RIS se trata de:

Uma proposta que visa preparar e especializar profissionais para a atuação no SUS, buscando desenvolver aprendizagens para a atenção integral à

saúde, que venham se traduzir em acolhimento aos usuários, estabelecimento de vínculos terapêuticos, responsabilização pelo cuidado à saúde, ampliação permanente da resolutividade da ação e estímulo continuado à autonomia das pessoas na proteção a sua saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2014, p. 26).

A mesma publicação justifica o uso da denominação “integrada” (e não multiprofissional como em outros programas) por estabelecer a integração dos programas de pós-graduação na modalidade de formação em serviço da Secretaria Estadual da Saúde; a integração entre trabalho e educação; a integração de diferentes profissões na equipe de saúde (campo e núcleo de saberes e práticas profissionais em articulação permanente); a integração entre ensino, serviço, controle social e gestão do SUS; bem como a integração dos campos das ciências biológicas, humanas e sociais.

O Ministério da Saúde (MS), no ano de 2005, reassume a responsabilidade pelo ordenamento da formação dos profissionais desta área, ao aprovar a lei 11.129 que cria a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). É perceptível a intenção de uma formação que visa qualificar o cuidado de acordo com as necessidades de saúde da população, com a participação de diversas áreas profissionais possibilitando a troca sistemática e contínua entre saberes, assim como a construção coletiva de novos conhecimentos, sem que se perca as especificidades de cada núcleo profissional (BRASIL, 2006a).

Em 2012, a CNRMS institui as Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde, afirmando que constituem programas de integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidos por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, visando favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho (BRASIL, 2012a). Esta resolução estabelece as funções de docentes, tutores, preceptores e residentes, as quais julgo necessário apresentar aqui, visto que são atribuições que utilizarei no decorrer de todo o trabalho:

Docentes: são profissionais vinculados às instituições formadoras e executoras que participam do desenvolvimento das atividades teóricas e teórico-práticas previstas no Projeto Pedagógico (PP). Devem estimular a participação de

preceptores e residentes nas atividades de pesquisa e nos projetos de intervenção, assim como apoiar na elaboração e execução de projetos de Educação Permanente em Saúde (EPS) para a equipe de preceptores;

Tutores: A função de tutor caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo (voltada à discussão das atividades do núcleo específico profissional) e tutoria de campo (atividades no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões). Ao tutor compete promover a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes; participar do planejamento e implementação das atividades de EPS para os preceptores; participar do processo de avaliação dos residentes.

Preceptores: realizam a supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa. Compete a eles exercer a função de orientador de referência para o desempenho das atividades práticas; orientar e acompanhar o desenvolvimento do plano de atividades do residente, observando as diretrizes do PP; facilitar a integração do residente com a equipe de saúde e usuários; proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente; orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência.

Profissional de Saúde Residente: Recebe esta denominação o profissional de saúde que ingressar em Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Tem como algumas de suas atribuições conhecer o PP do programa no qual ingressou, atuando de acordo com as suas diretrizes orientadoras; ser co-responsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço; conduzir-se com comportamento ético perante a comunidade e usuários envolvidos no exercício de suas funções; integrar-se à equipe dos serviços de saúde e à comunidade nos cenários de prática.

A proposta das Residências promove o contato da formação com o mundo do trabalho onde se constituem as práticas de atenção à saúde. Fajardo e Ceccim (2010) trazem este modelo de formação em serviço como uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com a integralidade da atenção, a intersetorialidade do

SUS, a incidência nos determinantes e condicionantes da saúde e a equidade no direito à saúde.

Tomando como base este conceito, torna-se importante a operacionalização da integração ensino-serviço-comunidade para que se busque a efetivação da Residência em sua potência formativa, uma vez que toma-se estas experiências de integração como “os cenários reais onde se processam as vivências compartilhadas entre docentes, discentes, profissionais da assistência à saúde, gestores e comunidade” (BREHMER; RAMOS, 2014, p. 229).

### 3.2 Integração Ensino-Serviço-Comunidade

A integração ensino-serviço-comunidade está na perspectiva de uma formação comprometida com as competências dos estudantes para compreender e enfrentar cenários reais das situações de saúde. A aproximação e o fazer juntos entre os espaços de formação, os serviços e o contexto epidemiológico e sanitário presente nos territórios trazem em si uma nova maneira de pensar a formação por meio do trabalho coordenado e coletivo das instituições de ensino e dos serviços de saúde, com qualificação e ampliação da prática em saúde, com aprendizagem significativa na qual os atores trocam experiências sobre a rede de cuidados ao mesmo tempo em que a (re)constroem com suas diferenças (ALBARADO et al, 2016; ALBUQUERQUE et al, 2008).

Entende-se que as vivências de práticas de saúde nos serviços de saúde agregam conhecimentos, habilidades e valores ao processo ensino-aprendizagem em saúde na perspectiva de uma aprendizagem de si, dos entornos e dos papéis profissionais (PINHEIRO; CARVALHO; DE SOUSA VIANA, 2018).

A integração entre o ensino e os serviços de saúde pode ser compreendida como uma experiência de aprendizado estruturada que combina serviço comunitário com preparação e reflexão. Este é um processo como uma via de mão dupla onde os estudantes ofertam serviços necessários à comunidade e vivenciam os contextos nos quais estes cuidados são ofertados, somando-se assim ao aprendizado acadêmico a noção do papel que estes possuem como cidadãos (WARMLING et al, 2015).

O impacto na formação dos trabalhadores, sobretudo nos modos de se fazer saúde e, conseqüentemente, nas políticas públicas deve ser a busca constante

desta relação entre instituição formadora e campos de prática, uma vez que “um dos princípios da integração ensino-serviço é que suas atividades e objetivos sejam baseados tanto nos interesses de aprendizado quanto nas necessidades da comunidade a ser atendida” (WARMLING ET AL, 2015 p. 24).

Todos os movimentos a favor de promover a integração ensino-serviço-comunidade agregam novos elementos para romper a inércia que acomoda os sujeitos no seu fazer cotidiano, segundo Brehmer e Ramos (2014). As autoras complementam que para uma construção coletiva, todos os atores envolvidos devem compor os processos pedagógicos, assumindo um importante papel e distintas responsabilidades. Desta forma, se busca a efetivação de um espaço com qualidade na formação e impacto na realidade local com benefícios à comunidade e às políticas públicas de saúde.

### 3.3 Apoio Institucional como ferramenta de gestão

A constituição da função apoio fundamenta-se em teorias e práticas que buscam articular política e gestão com saberes e experiências originários da psicanálise, da pedagogia e da análise institucional (CAMPOS, 2005). Este modelo propõe a superação dos modos tradicionais de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, acreditando na inseparabilidade entre a gestão e a atenção à saúde.

O objetivo do apoio é o aumento da capacidade de análise e intervenção dos atores, buscando desta forma a autonomia das equipes em planejar e conduzir seus processos de cuidado em saúde e de (re)inventar-se, produzir-se no processo de produção (CUNHA; CAMPOS, 2010). Assim, as funções de coordenação, planejamento, supervisão e avaliação do trabalho em equipe desenvolvem-se pela intervenção e interação com os trabalhadores, pois considera que a gestão se exerce entre sujeitos, respeitando e valorizando os distintos graus de saber e de poder, e no seu proceder vai produzindo efeitos sobre os modos de ser e de agir dos sujeitos e das organizações na forma de cogestão de coletivos (OLIVEIRA, 2011). Nesse modelo, a organização do processo de trabalho, as diretrizes e as políticas de saúde ganham outro sentido, na medida em que são pautas de discussão compartilhada entre os trabalhadores, através da educação permanente e da gestão participativa.

O apoiador institucional, como parte integrante da equipe de condução, produz o encontro com as equipes das unidades de saúde e coloca em análise seus problemas e suas questões no campo da gestão e da condução dos processos decisórios, num arranjo para diminuir a fragmentação do processo de trabalho e a distância da gestão entre áreas e setores de uma organização (PASSERO, 2016).

No cenário nacional, dois importantes indutores de implantação de práticas de Apoio Institucional foram o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2011a) e as alterações propostas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011b), ambas em 2011.

A gestão municipal de Sapucaia do Sul, no intuito de qualificar a produção de cuidado em saúde preconizada pelos princípios e diretrizes do SUS, implantou a estratégia do Apoio Institucional em 2010. Posteriormente buscou afirmar este modelo de gestão, criando os cargos de Apoiador Institucional, por meio da Lei Nº 3450 de 31 de Julho de 2013 (SAPUCAIA DO SUL, 2013). Esta ação teve como objetivo trazer maior longitudinalidade ao trabalho do apoio institucional, tentando garantir a sua manutenção e ações mais duradouras, aspectos imprescindíveis para o trabalho em gestão que, na maioria das experiências municipais, é descontinuado.

O apoiador institucional tem o papel de estimular atividades e procedimentos que busquem construir a responsabilidade de pessoas por pessoas (CUNHA; CAMPOS, 2010; VIANA; CAMPOS, 2018).

A função de apoiador sugere a incorporação de referenciais, habilidades e ferramentas do Apoio Paideia voltados para a construção de espaços democráticos de análise e deliberação dentro da perspectiva da cogestão e da habilidade de combinar conhecimentos dos respectivos núcleos de saber com aqueles referentes ao campo da Atenção Primária e da Saúde Coletiva, tais como o manejo de grupo, desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares e ações no território (VIANA; CAMPOS, 2018, p. 2).

A atuação do Apoio Institucional se dá em diversos espaços da rede, em especial junto às equipes de saúde, por meio da participação em suas reuniões. Nestes momentos, o apoio leva pautas transversais a serem trabalhadas, discute indicadores de saúde, questões referentes a conflitos interpessoais, recebe demandas de ordem estrutural e incide nas mudanças dos processos de trabalho, que ocorrem a partir da pactuação entre equipe e apoio para que a alteração

sugerida crie sentido na equipe e seja condizente com a singularidade dos trabalhadores e do território. Por vezes, o apoiador acompanha o trabalho no cotidiano das equipes com objetivo de identificar dificuldades e até mesmo atua com os trabalhadores para auxiliar na efetivação das mudanças.

A presença do apoiador ocorre em outros serviços de saúde da rede: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM), referência para ginecologia, mastologia e pré-natal de alto risco; Ambulatório de Infectologia; Unidade de Referência de Tuberculose; e Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O fato de ter apoiadores em todos estes setores facilita a comunicação da rede de saúde, a orientação de fluxos e acessos destes serviços entre si e a qualificação dos processos de cuidado mediante a experiência de distintas equipes. Somente com a atuação in loco é que se torna possível a aproximação da gestão com a “ponta” e se concretiza a ideia de autonomia e corresponsabilidade no processo saúde-doença.

O município de Sapucaia do Sul sempre teve como característica ser uma rede formadora de recursos humanos para o SUS, tanto por estágios de graduação como pelos programas de residência desenvolvidos na RAS. O contato, pactuação e articulação do município e as instituições de ensino visando a construção das atividades educativas também é papel dos apoiadores institucionais e da coordenação da APS. Sapucaia do Sul possui atualmente vínculo com 5 instituições de ensino (Escola de Saúde Pública, Unisinos, UFRGS, Feevale, Ulbra), tendo mais de 70 alunos entre residentes e graduandos de diversos cursos da área da saúde.

### 3.4 Redes de atenção e os processos de trabalho em saúde

Na atual configuração do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção à saúde está organizada de modo descentralizado e hierarquizado, a partir da articulação entre os níveis primário, secundário e terciário, tendo, na atenção primária, seu ponto estratégico de acesso e de ordenação do cuidado em rede (VIANA; CAMPOS, 2018, pg1).

No município de Sapucaia do Sul, a RAS tem como característica o direcionamento da assistência aos princípios da APS, entendida como o nível de atenção à saúde que oferece a entrada no sistema para as necessidades e problemas, fornece atenção centrada na pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, com atenção para todas as condições, exceto

as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros (STARFIELD, 2002).

Conforme a autora supracitada, na APS são prestados cuidados de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o SUS, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais próximo possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde.

Para novos arranjos de um modelo de atenção baseado na vigilância sanitária como o é o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF), deve-se destacar a importância dada ao conhecimento das áreas de atuação, com ênfase em um território, aliado ao entendimento do processo saúde-doença a partir da noção de saúde como um fenômeno clínico e sociológico, vivido culturalmente. Apesar de retrocessos no atual período, a ESF tem se configurado como meio de expansão do acesso e de realização do direito à saúde, pois é uma política que propõe e projeta um compromisso amplo com a atenção mas que, na sua mais atual edição (BRASIL, 2017) indica a limitação de atuação das equipes aos padrões essenciais, que tendem a se configurar em torno de cuidados mínimos, recuperando a concepção de APS seletiva. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Cecilio e Reis (2018) situam de forma ímpar a atual discussão sobre a Atenção Básica no país:

A partir de 2003, já denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), como eixo estruturante do SUS, o que se viu foi uma considerável extensão da cobertura de amplos segmentos da população, reforçada sobremaneira com a implantação do Programa Mais Médicos para o Brasil, a partir de 2013. A cobertura por equipes de saúde da família saltou em dez anos, no período compreendido entre dezembro de 2007 e dezembro de 2016, de 46,2% da população para 63,7%, ou seja, um incremento de 72,5% no período, perfazendo 40.098 equipes em todo o território nacional. Mais de 123,5 milhões de brasileiros passaram a contar com ESF, uma extensão de oferta sem precedentes em âmbito internacional (CECILIO; REIS, 2018 p. 3).

Ao propor no nível municipal uma organização por redes de atenção em saúde (RAS) há que se assumir, ainda no nível da gestão, a organização do processo de trabalho na lógica do acolhimento, vínculo e responsabilização pelas pessoas no território e o planejamento das ações a partir da realidade local com avaliação sistemática das atividades e o estímulo à participação dos usuários e do controle social (ALVES, 2005)

Os modelos de atenção à saúde são sistemas que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevacente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011 p. 2302).

Na rede de serviços de atenção básica as equipes de profissionais enfrentam desafios cotidianos: estruturar-se e trabalhar como equipe; comprometer-se com as atividades de acolhimento como tecnologia de cuidado; construir projetos terapêuticos que ampliem a clínica, produzindo sujeitos, autonomia e cidadania.

Frente ao modelo de atenção preconizado a partir da PNAB em suas edições (BRASIL, 2006b; 2011b; 2017), a organização em redes foi concebida como uma resposta para garantir acesso com equidade a toda uma população e deve ser compreendida na perspectiva da integralidade do cuidado, necessariamente conectada a redes constituídas por serviços de distintas densidades tecnológicas (CECÍLIO; REIS, 2018).

A organização de redes tem assumido diferentes significados, utilizada de forma distinta por diferentes atores. Do clássico conceito de Mendes (2011), as redes de atenção à saúde:

São organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com

responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2011, p. 2300).

A análise de redes de atenção na perspectiva da produção de cuidado e de sujeitos não prescinde de uma aproximação com outros saberes, pois uma primazia da racionalidade estritamente gerencial, ou a regulação das ofertas dos serviços de saúde não expressam o trabalho produzido no cotidiano das unidades de saúde, tampouco as relações interpessoais que se dão no contorno do trabalho em saúde.

Assim, a formação em saúde a partir das experiências vividas nos territórios, com as equipes de saúde, nos vieses de políticas governamentais e no encontro de si com o mundo do trabalho formam o cenário lindamente pantanoso em que este estudo se inscreve: a relação dialógica integração ensino-saúde-comunidade.

Para alguns, as redes que se estabelecem no campo da saúde teriam suas estruturas fundadas puramente nos arranjos e discursos tecnológicos. Mas o olhar atento e uma análise das relações no mundo do trabalho e na formação em saúde descortinam enunciados e relações com outros campos do saber, tensionando suas composições e ultrapassando composições gerenciais e estruturais da redes de atenção em saúde. “Uma rede assistencial nada tem de neutra, como de resto não há saber neutro, operando a partir de um interesse que a todo tempo permanece em lutas e resistências” (MASSARO, 2010, p.25).

#### 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Esta pesquisa de abordagem qualitativa estrutura-se como um estudo de caso a partir do método da cartografia, alinhando-se às diretrizes cartográficas propostas por Passos, Kastrup e Escóssia (2015), considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados.

Tratando-se da descrição de processos que compõem a realidade, a pesquisa cartográfica apresenta, segundo Ferigato e Carvalho (2011), uma postura de receptividade afetiva, encarnada nas situações reais, o que permite ao observador falar “com”, e não apenas falar “sobre” um objeto. Os autores ainda destacam que, para além de uma escolha intelectual, esta vertente vem se impondo como uma possibilidade de criação de estratégias, arranjos e dispositivos junto aos serviços e práticas de atenção no SUS e para o desenvolvimento de pesquisas em saúde.

A cartografia como método, segundo Romagnoli (2009), não parte de um modelo pré-estabelecido, mas indaga o objeto de estudo a partir de uma fundamentação própria, afirmando uma diferença, em uma tentativa de reencontrar o conhecimento diante da complexidade. Para a autora:

Cartografar é mergulharmos nos afetos que permeiam os contextos e as relações que pretendemos conhecer, permitindo ao pesquisador também se inserir na pesquisa e comprometer-se com o objeto pesquisado, para fazer um traçado singular do que se propõe a estudar (ROMAGNOLI, 2009, p. 171)

Na cartografia, a análise dos dados produzidos é processual e inerente a todos os processos de pesquisa, onde “toda análise é análise de implicação” (RODRIGUES, 2012).

De acordo com Barros e Barros (2013), esse manejo da análise não se caracteriza pelo emprego forçoso de nenhum procedimento analítico específico. Ou seja, não é a utilização de um procedimento que vai definir a atitude analítica. Aqui se anuncia uma oposição radical às pretensões de neutralidade analítica do pesquisador, que já está implicado no campo de pesquisa. O método analítico consiste, então, em dar visibilidade às relações que constituem uma dada realidade, na qual o pesquisador se encontra enredado.

As autoras complementam que:

A escolha do procedimento vai-se definir por uma imersão na experiência da pesquisa e supõe que a análise de implicações já esteja em curso. Sendo assim, o que orienta o desenvolvimento da análise é o próprio problema, que passa por modulações ao longo do processo de pesquisa (BARROS; BARROS, 2013 p. 378).

Para que esta ação se concretize, é necessário que a pesquisa seja constantemente interrogada, a fim de que a experiência permita um conhecimento comum, passível de ser compartilhado.

O campo deste projeto de pesquisa é a RAS do município de Sapucaia do Sul – RS e o itinerário formativo percorrido pelos residentes do programa de Residência Integrada em Saúde com ênfase em Atenção Básica em Saúde Coletiva.

No município, as práticas da RIS – Atenção Básica ocorrem em cinco equipes de saúde da família: ESF Alcina, ESF Fortuna, ESF Primor, ESF Capão da Cruz e ESF Silva. As duas primeiras recebem residentes desde o ano de 2012, já as outras três unidades iniciaram como campo de formação em 2013. Todas as unidades receberam residentes de enfermagem e odontologia; em 2018, a unidade Primor recebeu um residente de medicina de família e comunidade. Portanto, são 11 residentes ao ano na RAS.

No primeiro ano de formação (R1), os residentes da ênfase Atenção Básica permanecem alocados em uma das unidades de saúde mencionadas, como campo de formação prática exclusivo, mas já vivenciam outros espaços da rede de saúde.

Participaram deste estudo os atores do processo de formação da Residência Integrada em Saúde do programa Atenção Básica em Saúde Coletiva da ESP/RS, no município de Sapucaia do Sul: trabalhadores das unidades de saúde que atuam como preceptores, os gestores que atuam no Apoio Institucional, os residentes em Medicina de Família e Comunidade, enfermeiros e odontólogos da RIS programa Atenção Básica e os trabalhadores da Escola de Saúde Pública que atuam, ou já atuaram, como tutores no município.

Para a produção de dados, foram realizados quatro Grupos Focais com o objetivo de produzir informações em profundidade e interlocução entre os participantes do estudo. Para captar todos os aspectos envolvidos na execução do programa da residência, foram convidados a participar os preceptores, residentes,

tutores envolvidos com a formação em Atenção Básica e os representantes da gestão municipal (apoiadores institucionais). A opção por separar os grupos por segmentos veio de um entendimento que seriam abordadas questões organizacionais do programa de residência e a permanência de diferentes atores nestes momentos poderia servir de inibidora de alguma fala. As interlocuções entre os discursos e a observação das relações entre estes sujeitos puderam ser realizadas no decorrer do estudo pela participação dos pesquisadores nos espaços colegiados frequentados por todos estes atores, com registros sistemáticos no diário de campo. Os Grupos Focais foram realizados de maio a agosto de 2018 e o papel do pesquisador foi central, pois a análise fundamentou-se teoricamente a partir das percepções, sensações e afetos vividos no encontro do pesquisador com o campo. Os sujeitos do estudo foram sendo identificados pelas iniciais das funções que ocupam acompanhadas de números, conforme a ordem das falas no momento da transcrição. (Gestores=GES; Tutores=TUT; Preceptores=PRE; Residentes=RES).

Os pesquisadores fizeram uso do diário de campo que possibilitou uma descrição detalhada do trabalho realizado no campo, do processo de inserção, observação e produção dos dados. Compreende-se que a utilização do diário de pesquisa permite a expressão de impressões, observações e avaliações e, por circularem no tempo e no espaço, auxiliam na construção de ideias sobre a intervenção da pesquisa. O diário de campo é um instrumento que o pesquisador se dedica a produzir, que tem por base o exercício da observação direta de comportamentos, tanto do pesquisador quanto dos atores e dos cenários de pesquisa.

#### 4.1 Considerações éticas

Este estudo é parte integrante do Projeto Universal “Avaliação de Redes Integradas de Atenção e Ensino na Saúde do Sistema Único de Saúde”, que foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do Edital da Chamada Universal MCTI/CNPq nº 01/2016 (termo de concessão nº 42430/2016-3). Foram considerados participantes da pesquisa apenas os convidados que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1).

O projeto de pesquisa obedece às exigências bioéticas e foi submetido à análise ética pela Plataforma Brasil, tendo recebido parecer consubstanciado aprovado com o número CAAE 79778217.8.0000.5347 (Anexo 3).

## 5 RESULTADOS

No processo cartográfico, como sujeito participante dos espaços em que transitam os residentes em seu itinerário, o pesquisador tem a possibilidade de realizar a observação direta de como se dão os processos formativos nestes campos, como é a prática do residente no cotidiano dos serviços de saúde e a sua relação com os processos de preceptoria e tutoria, quais os espaços de EPS que ele participa e qual a sua inserção neles, quais os seus fóruns deliberativos e de discussão. Também observar as instâncias colegiadas em que ocorrem as discussões político-pedagógicas da residência (conselho local de ensino e pesquisa – CLEP e a comissão de residência multiprofissional – COREMU) e assim cartografar estes espaços/processos e suas interlocuções com as narrativas dos sujeitos envolvidos.

Este trabalho apresenta os resultados e a discussão no formato de um produto - artigo científico - desenvolvido a partir das análises dos dados produzidos e apresentado conforme as normas para publicação em *Physis: Revista de Saúde Coletiva*.

Optamos por cartografar os dados dos grupos focais (constituídos por participantes de um mesmo segmento do processo de Integração ensino-serviço-comunidade) em convergência com dados do Diário de Campo do pesquisador.

A estrutura do artigo retoma os dados na forma de estudos de caso e estes são pistas que formam um desenho analítico do processo de integração ensino-serviço-comunidade na constituição da Rede de Atenção em Saúde e execução das políticas públicas no município.

## 5.1 ARTIGO

### **Título**

A construção de percursos de formação em Sapucaia do Sul: uma cartografia dos processos de gestão e da rede de atenção em saúde

### **Resumo**

Utilizou-se a cartografia como método para analisar a integração ensino-serviço-comunidade e os processos de trabalho em saúde de um programa de residência com ênfase em Atenção Básica. O campo de estudo foi Sapucaia do Sul/RS, e participaram preceptores, tutores, gestores e residentes entre março e agosto de 2018. A cartografia revelou um desenho analítico do processo de integração ensino-serviço-comunidade na constituição da Rede de Atenção em Saúde e execução das políticas públicas no município. A perspectiva dos atores, apontando fragilidades na comunicação e rupturas no itinerário formativo, se revelaram potentes para a autonomia do residente e da gestão, reconstituindo as redes de atenção e as políticas de saúde. Observou-se a potência deste modelo pelas vivências no cotidiano da Rede de Atenção em Saúde, que exigiu competência para enfrentar situações e não apenas o itinerário prescrito. Na interface com as políticas de saúde, a experiência de Sapucaia do Sul se mostrou inovadora pela gestão em colegiados, facilitando a comunicação entre atores e pontos da rede. A integração ensino-serviço-comunidade tem privilegiado espaços de discussão e busca compartilhada de caminhos tanto para a prática em saúde quanto para a cogestão de políticas públicas.

Palavras-Chave: Residência em Saúde, Cartografia, Formação em Saúde, Atenção Básica

### **Introdução**

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem passando por diversas modificações ao longo de seus 30 anos de história, e neste período fortaleceu a discussão da formação dos trabalhadores voltada à atuação considerando os seus princípios, uma

vez que a Constituição Federal estabelece que a formação dos profissionais da saúde é uma das competências do SUS (BRASIL,1988).

O Ministério da Saúde, em 2005, reassumiu a responsabilidade pelo ordenamento da formação dos profissionais desta área, ao aprovar a lei 11.129 que criou a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Esta modalidade de residência, com a participação de diversas áreas profissionais, “possibilita a troca sistemática e contínua entre saberes, assim como a construção coletiva de novos conhecimentos, sem perder as especificidades de cada núcleo profissional” (BRASIL, 2006a, p. 10), sendo assim uma formação que visa qualificar o cuidado de acordo com as necessidades de saúde da população.

Em 2012 a CNRMS institui as Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde, afirmando que estas constituem programas de integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidas por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, visando favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho (BRASIL, 2012a). Esta resolução estabeleceu as funções de docentes, tutores, preceptores e residentes.

A proposta das Residências promove o contato da formação com o mundo do trabalho onde se constituem as práticas de atenção à saúde. Fajardo e Ceccim (2010) trazem este modelo de formação em serviço como uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com a integralidade da atenção, a intersetorialidade do SUS, a incidência nos determinantes e condicionantes da saúde e a equidade no direito à saúde.

Tomando como base este conceito torna-se imprescindível a operacionalização da integração ensino-serviço-comunidade para que se busque a efetivação da residência em sua potência formativa, uma vez que estas experiências de integração são “os cenários reais onde se processam as vivências compartilhadas entre docentes, discentes, profissionais da assistência à saúde, gestores e comunidade” (BREHMER; RAMOS, 2014, p. 229).

Conceitualmente, a integração entre o ensino e os serviços de saúde pode ser compreendida como uma experiência de aprendizado estruturada que combina serviço com preparação e reflexão. Este processo é uma via de mão dupla em que os estudantes executam ações de saúde junto aos serviços e vivenciam os

contextos nos quais estes cuidados são ofertados, somando-se assim, ao aprendizado acadêmico, a noção do papel que estes possuem como cidadãos (WARMLING et al , 2015).

Se as residências surgiram como instrumento de formação dos profissionais da saúde, os atores deste processo, como tutores e preceptores, além dos residentes e gestores, devem estar mobilizados para qualificar as experiências e para “transformar o processo de trabalho dos profissionais a serem formados para o SUS” (SANTOS, 2009, p. 86).

Por vezes, a articulação entre a aprendizagem e a prática em saúde dá-se sem reflexão devido à sobrecarga de demanda ou falta de organização do processo de trabalho. Há que debruçar-se sobre a fragilidade nas definições dos objetivos da inserção dos residentes, tanto pelas instituições de ensino quanto pelos serviços de atenção à saúde e avançar na construção pedagógica e metodológica, aprimorando as finalidades com movimentos a favor de promover integração, agregando novos elementos para romper a inércia que acomoda os sujeitos no seu fazer cotidiano. Estes certamente são desafios a serem superados em experiências de integração ensino-serviço-comunidade (BREHMER; RAMOS, 2014).

Para uma construção coletiva deste processo, todos os atores envolvidos devem compor os processos pedagógicos, assumindo um importante papel e distintas responsabilidades. Desta forma, se busca a efetivação de um espaço com qualidade na formação e efeitos na realidade local, com benefícios à comunidade e às políticas públicas de saúde.

O efeito na formação dos trabalhadores, sobretudo nos modos de se fazer saúde e, conseqüentemente, nas políticas públicas deve ser a busca constante desta relação entre instituição formadora e campos de prática, uma vez que “um dos princípios da integração ensino-serviço é que suas atividades e objetivos sejam baseados tanto nos interesses de aprendizado quanto nas necessidades da comunidade a ser atendida” (WARMLING et al, 2015, p. 24).

## **O cenário**

O município de Sapucaia do Sul/RS tem a característica de ser uma rede formadora de recursos humanos para o SUS, por meio de estágios de graduação e pelos programas de residência desenvolvidos na rede. O contato, pactuação e

articulação do município e as instituições de ensino para a construção das atividades educativas é um dos papéis dos apoiadores institucionais e da Coordenação da Atenção Primária em Saúde (APS). O município possui atualmente vínculo com 5 instituições de ensino e mais de 70 alunos entre residentes e graduandos de diversos cursos da área da saúde. O município de Sapucaia do Sul conta com uma RAS composta por 28 unidades de saúde da APS (23 ESF e 5 Unidades Básicas de Saúde); Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); Hospital Municipal Getúlio Vargas (HMGV), que atende exclusivamente pelo SUS; Clínica de Saúde da Mulher (CLISAM), referência para o pré-natal de alto risco e gineco-obstetrícia; três Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) (Adulto, infância e juventude e Álcool e outras Drogas); Equipe de Apoio em Saúde Mental (EASM), responsável por matriciamento e interconsultas nas demandas de saúde mental das equipes da APS; Ambulatório de Infectologia; Unidade de Referência de Tuberculose (URTB); e Programa de Assistência Domiciliar (PAD).

A atuação do Apoio Institucional se dá em diversos espaços da rede, em especial junto às equipes de saúde, por meio da participação em suas reuniões de equipe. Nestes momentos, o apoio leva pautas transversais a serem trabalhadas com as equipes, discute indicadores de saúde, trabalha questões referentes a conflitos interpessoais, recebe demandas de ordem estrutural e incide nas mudanças dos processos de trabalho em uma pactuação conjunta entre equipe e apoio, dando novos sentidos e sendo condizente com a singularidade dos trabalhadores e do território.

Este modelo propõe a superação dos modos tradicionais de fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde, acreditando na inseparabilidade entre a gestão e a atenção à saúde. O objetivo do apoio é o aumento da capacidade de análise e intervenção dos atores, garantindo desta forma a autonomia das equipes em planejar e conduzir seus processos de cuidado em saúde e de (re)inventar-se, produzir-se no processo de produção.

O Apoio Institucional afirma-se como importante articulador para a construção do trabalho em rede, em conformidade com princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Porém, ainda caracteriza-se por certa fragilidade e instabilidade em consolidar-se como modelo de gestão, estando suscetível a possíveis mudanças

governamentais. Assim, implementar e operacionalizar tal estratégia democrática é, no atual contexto, também um ato de resistência.

As propostas de gestão compartilhada demandam também que se opte por processos de formação nos quais o cotidiano seja considerado como material da aprendizagem (OURY, 1991; VIANA; CAMPOS, 2018).

Deste ponto de partida, este estudo buscou cartografar o percurso de formação dos residentes de um programa de residência com ênfase em Atenção Básica, em Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do RS (ESP/RS) composto por profissionais de Odontologia, Enfermagem e Medicina de Família e Comunidade e as interfaces desta formação com o trabalho em saúde e as redes de atenção no município, compreendendo que o fazer em saúde, em ato, cria itinerários que podem ser capturados e analisados.

## **Metodologia**

A partir de um estudo qualitativo, os resultados são analisados pelo método cartográfico que, para além de um método de pesquisa, é o processo conduzido com sensibilidade reflexiva, tomando em conta a própria experiência no campo junto às pessoas. A análise dos dados produzidos não se limitou a categorias, mas permitiu aprofundamento de acordo com elementos durante a produção dos dados. O fenômeno não pode ser compreendido fora do seu contexto, por isso o significado emerge da relação com outros signos (CAPRARA; LANDIM, 2008).

Aos cartógrafos não importa necessariamente interpretar o mundo, nem compreender a realidade, mas sim produzir o mundo, construir realidades, pesquisar e acompanhar processos, a experiência de produzir conhecimento no mundo da experiência vivida: pesquisar, intervir, transformar (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

Nessa proposta, o papel do pesquisador é central, uma vez que a produção de conhecimento se dá a partir das percepções, sensações e afetos vividos no encontro com seu campo, seu estudo, que não é neutro, nem isento de interferências. Em contraposição a uma forma de pensar dicotômica, essa vertente convoca a exterioridade das forças que atuam na realidade, buscando conexões, abrindo-se para o que afeta a subjetividade. Nesta perspectiva, a subjetividade deve

ser pensada como um sistema complexo e heterogêneo, constituído não só pelo sujeito, mas também pelas relações que ele estabelece. Essas relações denunciam a exterioridade de forças que incidem tanto sobre o pesquisador quanto sobre o objeto de estudo (ROMAGNOLI, 2009).

Foram realizados quatro grupos focais temáticos e compostos cada um exclusivamente por participantes/atores de cada um dos segmentos que constituem a formação em saúde da Residência em Atenção Básica da ESP em Sapucaia do Sul (preceptores, tutores, estudantes residentes e apoiadores institucionais). Cada grupo teve duração média de uma hora e partiu de roteiros que pretendiam abordar as relações da formação em saúde, do processo de trabalho e da construção da RAS do município. Aconteceram entre maio e agosto de 2018.

Após a realização dos grupos foram realizadas as transcrições e as análises se deram em um movimento processual, pois ao passo que se realizavam os grupos focais, sem ser estanque, as análises eram produzidas. O uso de diário de campo foi importante para registrar impressões sobre os grupos focais e sobre as memórias acerca do trabalho uma vez que um dos pesquisadores também está vinculado à rede de atenção em saúde do município. Assim, a pesquisa não se limitou às “idas ao campo”, mas foi se conformando como exercício diário de pensar, repensar e trabalhar no campo de pesquisa.

Na cartografia, a construção de mapas permite a captação da complexidade presente no campo e nos dados produzidos, é um modo de mapear a realidade, de acompanhar processos de produção, de possibilitar o acompanhamento de movimentos e intensidades dos sujeitos. O procedimento de cartografar aqui proposto desejou um mapeamento de paisagens psicossociais, um mergulho na geografia dos afetos, dos movimentos, das intensidades (ROLNIK, 2007).

E então ao cartógrafo foi possível acompanhar percursos e perceber as conexões de redes para a construção de mapas. A realidade foi concebida como um mapa móvel com entradas múltiplas (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

## **Resultados**

Ao compreendermos a cartografia e a implicação da pesquisa-intervenção, propomos um mergulho no plano da experiência, lá onde conhecer e fazer se tornam inseparáveis, impedindo qualquer pretensão à neutralidade ou mesmo suposição de

um sujeito e de um objeto cognoscentes prévios à relação que os liga (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

A cartografia acontece como um dispositivo que marca percursos e “desencadeia um processo de desterritorialização no campo da ciência, para inaugurar uma nova forma de produzir o conhecimento, um modo que envolve a criação, a arte, a implicação do autor, artista, pesquisador, cartógrafo” (MAIRESSE, 2003, p. 259).

Portanto, o mapa móvel que se construiu foi resultado do material empírico produzido por grupos focais e também aspectos relacionados às interlocuções e narrativas dos sujeitos envolvidos. Para a apresentação dos resultados e discussão, os eixos temáticos foram descritos como pistas e estas pistas formam um desenho analítico, com intensidades e movimentos dos diferentes atores na produção da formação em saúde. Os sujeitos do estudo foram sendo identificados pelas iniciais das funções que ocupam acompanhadas de números, conforme a ordem das falas no momento da transcrição. (Gestores=GES; Tutores=TUT; Preceptores=PRE; Residentes=RES).

### **Pista 1: A construção da residência no município - encontro de saberes**

A primeira experiência com programa de residência na rede de APS do município ocorreu em 2011, com uma residente de Medicina de Família e Comunidade (MFC) e no ano de 2012 Sapucaia do Sul, passou a ser campo de prática para a Residência Integrada em Saúde da ESP, com residentes .na Atenção Básica em Saúde Coletiva, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da MFC.

Sapucaia do Sul possui características positivas enquanto rede de saúde e tem facilitado percursos de formação para a residência e no início da formação de residentes no município o processo foi planejado e pactuado entre os atores.

*“Acho que tecnicamente foi um dos municípios que fluiu super bem, acho que é um dos melhores campos que a gente tem. Pensando no lado técnico, pensando no modelo de Sapucaia (...) acho que no fim foi uma experiência bem positiva essa descentralização (...) Sapucaia tem um diferencial, até pelos preceptores, a maioria tem residência. Eu acho que a gestão que estava na época na ESP tinham esse olhar de porquê em Sapucaia, de entender a atenção básica como uma*

*coisa importante (...) tinha um alinhamento técnico ali de achar o campo que seria interessante para a formação para o SUS” (TUT04).*

Esta característica da gestão municipal auxiliou na condução dos primeiros movimentos de integração ensino-serviço-comunidade, uma vez que a tomada de decisões ficou a cargo de um grupo heterogêneo, multidisciplinar e que em sua maioria era composto de egressos de programas de residência.

Das reflexões sobre a prática formativa no município, se observou a necessidade da criação de espaços dialógicos onde os preceptores pudessem trocar experiências, fortalecer as suas práticas e pensar juntos alternativas para as dificuldades do processo educacional, uma vez que para todos tratava-se de uma nova realidade.

Neste espaço também participavam os tutores da escola e integrantes da gestão, para esclarecimentos de dúvidas, troca de saberes e construção do desenho do processo de formação que a residência teria em Sapucaia. Em 2012 foi criado um espaço colegiado para discussões e tomada de decisões referentes à residência que foi chamado de SapucaRIS, nome criado a partir da junção de “Sapuca” (Sapucaia do Sul) e RIS (Residência Integrada em Saúde).

Esta organização e o potencial de construção que emergiu dos movimentos articulados entre os sujeitos permitiu que o município tivesse autonomia para conduzir alguns aspectos do programa. Com o passar do tempo foi possível singularizar, pelo menos em parte, a experiência formativa que seria desenvolvida no município.

Esses movimentos permitem uma integração do residente com a rede de saúde na qual ele está inserido, criam uma maior noção de pertencimento àquela realidade uma vez que pode acompanhar os usuários sob seu cuidado desde os pontos da APS, na rede de atenção secundária e terciária. Nesses campos o residente afeta-se e é afetado, intervém na realidade para modificá-la e há 7 anos atua na constituição da RAS de Sapucaia do Sul ao mesmo tempo em que tem a oportunidade de uma formação prática no SUS, construindo uma cultura de formação na rede.

A função educadora por parte dos trabalhadores e da gestão compreende a formação em serviço como potência para a construção de modelos de atenção que

articulem o cuidado, ao mesmo tempo que criam deslocamentos para as equipes e novos processos de trabalho. O perfil dos trabalhadores da rede e o vínculo com a instituição de ensino formadora são aspectos apontados como facilitadores no processo de constituição do programa.

*“Tem um olhar para a residência como algo muito potente, de pensar que tem alguns movimentos acontecendo e o quanto que a entrada de um residente pode potencializar estes movimentos (...) pensando na formação, acho que de um modo geral os serviços acabam tendo que se movimentar mais, então a questão de ensino mesmo, de estágios, é algo que mexe bastante com os processos de trabalho” (GES03).*

A decisão de ser uma rede de saúde formadora de recursos humanos qualificados para o SUS, receber programas de residência e estágios de graduação, é uma das metas da atual gestão da SMS, visto que foi a primeira vez que o município incluiu a EPS como um dos objetivos do Plano Municipal de Saúde 2018 - 2021. Sapucaia desponta como município envolvido ativamente na formação em saúde e assegura este tema como prioridade da gestão.

## **Pista 2 - Os residentes**

Os itinerários formativos são inicialmente prescritos pela instituição formadora, prevendo atividades práticas e teóricas que compõe a carga horária do residente na rede de atenção em saúde (incluem percursos na atenção secundária e terciária) com etapas vivenciais seguidas de etapas assistenciais e de gestão, são as chamadas “semanas típicas”: territorialização, visitas domiciliares, participação em grupos da unidade, atendimento individual de agenda, acolhimento da demanda espontânea, participação no Conselho Municipal de Saúde e sala de vacinas (aos enfermeiros) e atividades do Programa Saúde na Escola (PSE).

No itinerário formativo dos residentes é possível identificar a importância das atividades compartilhadas entre eles. Nestes espaços existe uma potencialização do cuidado aos usuários e também do processo de aprendizagem.

*“A gente iniciou com um turno de agenda compartilhada que era pueri e pré-natal juntas, eu faço a avaliação de enfermagem e logo em seguida a colega faz a avaliação odontológica, [...]”*

*fizemos um grupo com as agentes de saúde depois fizemos um grupo com a comunidade além de avaliações individuais, fizemos PSE na creche com avaliação odontológica das crianças e aí fizemos um PSE na escola onde a gente trabalhou violências, aborto, uso de drogas, doenças sexualmente transmissíveis com todas essas turmas, acho que deu dez turmas ao total.” (RES01)*

Para além das atividades na unidade de saúde os residentes participam de espaços coletivos no período dos dois anos da sua formação. Estes espaços dividem-se em assembleias, vivência e construção do espaço colegiado - SapucaRIS, as atividades de EPS e capacitações. Os residentes participam de uma reunião mensal na qual discutem as questões relativas às suas respectivas formações e preparam as pautas que serão levadas ao SapucaRIS. Este encontro é visto não só como formativo, mas também com potencial terapêutico, de cuidado e de escuta entre eles.

*“A gente tem o nosso espaço que é só a gente sem ninguém, é um espaço muito potente, é um espaço de cuidado que a gente tem, não tem um olhar da gestão. Um espaço muito bom, um espaço de chorar, acho que todo mundo já chorou, um espaço de suporte”.(RES08)*

O residente agrega novos conhecimentos e vivências a partir das trocas e do trabalho conjunto que realiza com a equipe, qualificando as ações de saúde e aumentando o escopo de ofertas de atendimentos. Estas são ações de responsabilidade conjunta das equipes e residentes visando a longitudinalidade do cuidado (mesmo se houver a saída dos residentes ou término da residência), porém por vezes são ações desarticuladas ou sem valorização, vistas como ações pontuais dos residentes ou como um trabalho deslocado e sem suporte da equipe de saúde:

*“Pra organizar o grupo, pra ligar, pra convidar é nós, já fizemos movimentos pra tentar incluir pessoas da equipe, mas não tem interesse e por vezes eu sinto até que eles tentam sabotar o grupo sabe? Por que eles não têm interesse, não sei se eles não acham importante, eu acho que é isso às vezes sabe?” (RES01).*

*“Eu acho que é justamente isso de tirar a equipe da zona de conforto, por que a gente acaba se movimentando mais pra pensar um grupo, fazer VD, te tira ali do consultório, nos motiva para sair só do atendimento clínico, fazer outras coisas, pesquisar, se atualizar”(PRE05).*

O grupo de gestores aponta que em Sapucaia os residentes são atores fundamentais na efetivação, manutenção e alteração de políticas públicas.

*“O papel dos residentes dentro das equipes é tensionar as políticas né, que é esse papel de estrangeiro, estar dentro e estar fora daquela equipe, ele consegue provocar isso nos trabalhadores. Por isso da potência que a gente avalia, tanto os trabalhadores quanto a gestão, desse papel do residente” (GES01).*

### **Pista 3: A rede de saúde**

Sobre a estrutura da rede de saúde de Sapucaia do Sul, há o reconhecimento dos esforços em qualificar constantemente os espaços de educação e o entendimento da gestão municipal que busca fomentar e expandir esta modalidade de educação em serviço, o que repercute em um maior acolhimento aos residentes no município. A proximidade entre gestão e residentes reflete na forma com que o residente incide nos espaços onde circula, passando de uma postura contemplativa e de observação para um movimento proativo, de responsabilização e de construção conjunta, refletindo na condução das políticas públicas e na operacionalização da RAS. A organização de uma gestão horizontal promove também a maior interlocução entre os pontos da rede e equipes de apoio matricial com trabalho conjunto às equipes da APS.

*“Eu acho excelente aqui, uma rede organizada que tem pessoas que querem melhorar, acho que o secretário da saúde também tem essa boa intenção, quer melhorar a rede, acho que aqui é uma cidade bem próspera.”(RES01)*

*“É bem diferente a rede aqui em Sapucaia, facilita muito ter o apoio institucional, apoio matricial em saúde mental e a reunião dos profissionais do CAPS. Aqui tem o SapucaRis que reúne todos os profissionais, isso facilita muito, a gente se conhece no SapucaRis e tem a referência, sei que eles vão me dar o retorno”. (RES08)*

O modelo de co-gestão e o apoio institucional são facilitadores dos processos de assistência e de ensino, ultrapassando a fragmentação e firmando-se como um

contraponto à lógica das coordenações por núcleos profissionais, estabelecendo um constante diálogo e a construção coletiva da rede.

Os residentes apontam como positivo na sua formação sentirem-se parte de uma rede e de uma equipe de saúde, pois percebem-se como elos de ligação ao acessar pontos diferentes da rede para discussão de casos, são conhecidos nos outros serviços e nos espaços coletivos. A facilidade de trânsito que o percurso formativo propõe impulsiona o cuidado e a resolutividade dos casos, reafirmando uma rede viva do trabalho em saúde.

Os espaços de articulação reforçam esta identidade. Cabe destacar o Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) como espaço de construção coletiva de conhecimentos que possibilita aos residentes vivenciarem as propostas e atividades problematizadoras da Educação Permanente em Saúde (EPS), como também as articulações de rede que este espaço possibilita, uma vez que não só a APS o compõe, mas também a rede de saúde mental e outros serviços de atenção secundária.

Uma pauta constante da reunião dos preceptores é a dificuldade para se discutir questões teóricas em equipe, pelo pouco tempo para abordar pautas administrativas, discutir casos e ainda ter espaço para práticas educativas. A partir deste tensionamento, o grupo do apoio institucional e coordenação da APS elaborou uma proposta de reuniões estendidas para que as unidades de saúde pudessem organizar atividades educativas.

*“A partir de julho a gente vai poder estender o horário da reunião de equipe, isso foi uma vitória. Se Sapucaia quer ser um centro formador, tem que dar espaço para as pessoas sentarem, conversar, debater (...) em uma reunião de equipe de duas horas não dá, isso foi uma vitória, tem coisas pra melhorar, mas isso foi um ponto positivo”(PRE03).*

Os preceptores percebem-se como integrantes de uma rede de ensino-aprendizagem, pois apoiam-se no comprometimento que a gestão tem com a qualificação dos trabalhadores, pela autonomia que as equipes têm para organizarem-se, com criação de espaços qualificados e que dê conta das demandas referentes à prática educativa.

*“Sapucaia está madura para ser uma rede de ensino em saúde. Se faz presente nos espaços propostos pela ESP. Gestão sempre apoiou a formação no município, propiciou momentos de reflexão. Apesar de não ter uma política formal, a gestão sempre fez um esforço para buscar a liberação dos trabalhadores em outros espaços de formação e agora está colhendo os frutos com interesse de instituições de ensino de outras cidades em ter campo em Sapucaia” (PRE06).*

#### **Pista 4: Preceptores, tutores e gestão**

Ao preceptor cabe a “supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa” (BRASIL, 2012a), no contexto municipal esta é uma atribuição entendida como uma ação que não se restringe ao momento pontual em que a dupla residente-preceptor está reunida formalmente. As ações no território, reuniões de equipe, colegiado gestor da unidade e encontros do controle social ganham destaque por serem importantes locais de aprendizado e, conseqüentemente, campos de atuação do preceptor.

As equipes têm a preocupação em manter a realização das preceptorias, que é respaldada pela gestão municipal, porém no cotidiano dos serviços a demanda de atendimentos da unidade se sobrepõe aos momentos de monitoramento e execução das atividades. Devido à dinamicidade do trabalho das equipes em APS, ao grande volume de demanda que os serviços recebem diariamente e à complexidade que envolve o processo formativo, algumas combinações devem ser feitas no momento da preceptoria e seu acompanhamento deve ser sistemático.

*“É importante garantir um espaço formal para sentar e olhar para a semana típica, ‘tá contemplando, tá conseguindo fazer a VD, tá conseguindo participar de um grupo, o que tu acha que tá faltando?’ (...) por que no dia-a-dia fica como se eles fossem nossos colegas, eles são, mas também estão em formação, então a gente tem que ter condições de ofertar isso”(PRE05).*

A formação profissional pautada nos princípios do SUS ainda é um desafio a ser superado e tem como ferramenta a formação em serviço, principalmente por meio dos programas de residência multidisciplinar. Neste sentido, o profissional de saúde se depara com a atribuição de formador, combinando ações de ensino

articuladas com o cuidado em saúde. Questionando os preceptores sobre como eles se enxergavam nesta função, surgiram muitos aspectos que permeiam insegurança, falta de direcionamento e respaldo por parte da instituição formadora e preocupação com a efetividade da aprendizagem do residente.

*“A instituição que estamos representando não nos dá direção, então fica muito intuitivo. A nossa tendência é focar mais nas práticas técnicas, sendo que o instrumento [de avaliação] que a gente utiliza não foca em práticas técnicas, são muito mais coisas de campo. Eu vou achar que está bom ou não conforme a minha subjetividade, isso é uma coisa que nos deixa desamparado enquanto educador. Falta um instrumento de avaliação mais tecnicamente detalhado para estas habilidades que no final acaba sendo a nossa maior preocupação”(PRE06).*

A função de acompanhar o processo de formação, servindo de elo entre a instituição, preceptores e residentes é tarefa complexa a ser desenvolvida pelos tutores. Para seu adequado desenvolvimento, deve haver comprometimento de todos os atores envolvidos, continuidade nas ações e responsabilização pelas demandas desencadeadas deste processo.

Para os tutores, em Sapucaia há sistematização dos espaços de tutoria e isto permite a realização das reuniões entre residentes, preceptores e tutores.

*“Eu acho que Sapucaia tem uma grande vantagem que a gente conseguiu organizar o dia do mês da tutoria, então a gente chega lá e a gente sabe que naquele horário se organizou pra nos receber (...) eles fecham a agenda, eles realmente estão nos esperando no dia da tutoria e isso é uma coisa que é importante”(TUT02).*

*“O que a gente sente pelo menos lá é que efetivamente as pessoas se organizam para receber e isso pra nós é muito importante, porque é uma valorização de certa forma daquele espaço” (TUT03).*

O modelo de apoio institucional da gestão de Sapucaia surge novamente nos discursos como um facilitador para os processos formativos, pois há um efetivo

envolvimento com a inserção dos residentes nos campos desde o início, uma forte interlocução com a instituição de ensino e com os preceptores nos espaços colegiados (SapucaRis e COREMU), e assim os apoiadores estão cientes e inseridos nas discussões, deliberações e encaminhamentos destas instâncias. Isso se reflete em uma aproximação positiva entre gestão e residentes.

*“Às vezes os assessores técnicos ajudam mais que a tutoria” (RES06).*

Sabe-se que o Ministério da Saúde indicou, nos últimos anos, alguns caminhos para a formação de trabalhadores do SUS, como a Política Nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2004), os modelos de gestão mais participativos ancorados na ideia de cogestão; e ainda, “uma ideia muito inovadora que é a figura do apoiador, com suas atribuições (nada simples) terapêutico-pedagógicas junto às equipes” (VIANNA; CAMPOS, 2018, p 3).

A equipe do apoio institucional que implementou a residência no município em 2012 era composta quase que em sua totalidade por egressos de programas de residência. Esta é uma característica ainda presente no grupo atual da gestão, onde se prioriza a formação de quadros técnicos com vivência na assistência, mas também em processos de educação e formação. Essa característica faz com que o grupo valorize a formação em serviço e tente conduzir os programas existentes no município de forma articulada e participativa, utilizando o princípio da cogestão para tornar os processos decisórios mais participativos e horizontais.

No entanto, algumas discussões extrapolam os limites da gestão da SMS, perdem força e por muitas vezes o grupo não encontra respaldo em outros setores da prefeitura, que tem um entendimento diferente sobre a importância de temas como a formação na rede e sobre a liberação dos trabalhadores que exercem a função de preceptoria para atividades externas.

*“Eu fiquei pensando muito em uns entraves bem importantes. A gente tem este entendimento da importância da qualificação, de estudar, buscar informações em outros locais, mas este não é o*

*mesmo entendimento que a gente tem para fora da secretaria de saúde, então quando a gente ou o preceptor quer uma contrapartida de fazer um curso, se ser liberado para um seminário, de fazer uma formação, a gente não consegue bancar isso por conta da prefeitura (...) então o entendimento deste grupo aqui e do gestor é da importância dos processos educativos e da qualificação da nossa rede mas saindo aqui da secretaria de saúde o entendimento não é o mesmo” (GES05).*

### **Pista 5: As experiências de integração ensino-serviço-comunidade**

A primeira integração a ser destacada é a dos próprios residentes com a rede de saúde. O fato dos residentes sentirem-se profissionais das equipes e conseguirem acessar outros pontos da rede para discutirem casos, serem conhecidos nos outros serviços e nos espaços coletivos aparecem como aspectos que auxiliam nos processos formativos dos residentes no momento em que são questionados sobre como se veem na RAS de Sapucaia do Sul, como demonstra o diálogo abaixo:

*“Me sinto bem profissional já na rede”RES01).*

*“Entra em contato com o serviço da rede que for necessário, liga, faz contato, tem liberdade de acessar”(RES06)*

*“Já nos conhecem, se apresenta, mas depois já sabe quem é e trata como profissional”(RES03).*

*“Depois encontra no NUMESC, me sinto bem inserida na rede”(RES01).*

*“Por isso a sensação de se sentir profissional”(RES03).*

O NUMESC é um espaço de construção coletiva de conhecimentos que possibilita aos residentes vivenciarem não só a EPS como também as articulações de rede que este espaço possibilita, uma vez que não só a atenção primária compõe este espaço mas também a rede de saúde mental e outros serviços de atenção secundária. Espaço para possibilitar a apresentação das produções científicas dos residentes e trabalhadores da rede, como forma de qualificar a assistência,

disseminar o conhecimento científico e valorizar a produção realizada no município assim como os seus trabalhadores, residentes e estudantes.

*“As experiências dos outros profissionais de outras equipes e não só as pesquisas científicas, saber o que estão fazendo nas outras unidades é bem importante. Tem unidades bem potentes que às vezes fazem um trabalho bem legal que a gente nem ficava sabendo” (RES03).*

Em Sapucaia os residentes vivenciam a gestão acompanhando o trabalho da equipe do apoio institucional durante um mês, no segundo ano da residência. Neste período acompanham a rotina e atribuições da equipe que coordena a RAS. Estas ações colocam o residente imerso no fazer da gestão, possibilitando que ele seja um elemento constituinte do grupo, trocando experiências, discutindo intervenções junto às equipes, participando das reuniões do apoio institucional e colegiado gestor da SMS e auxiliando na organização e coordenação de espaços coletivos, eventos e atividades de EPS.

*“Eles [os residentes] tem um estágio de gestão que passam conosco, eles ficam imersos um mês acompanhando o apoiador ou mais de um apoiador, vivenciam um mês bem intenso do apoio institucional e a gente tem retornos bem interessantes de quando eles passam por aqui, que eu acho que é diferente quando tu está imerso lá na ponta e vê o apoio institucional que vai nas reuniões quinzenalmente e viver esse outro lado de toda essa articulação da rede e todo esse processo de trabalho que acontece pra dentro da secretaria” (GES01).*

A vivência em gestão não se restringe ao período em que estão em estágio junto ao apoio institucional. O residente acompanha e colabora na execução de espaços como mostras de saúde, encontro de saúde mental, encontros de EPS. Desta forma auxiliam na efetivação destes encontros, se instrumentalizam para a condução de ações educativas e se apropriam dos trâmites e caminhos que devem ser seguidos no planejamento, execução e avaliação de eventos, reuniões e seminários.

*“Todo o processo de gestão ele é descentralizado no município, então eles participam de tudo né, quando a gente tá na ponta, vai construir um evento, por exemplo teve a questão do encontro de saúde mental, todos os residentes se envolveram para desenvolver esse evento junto da gestão e dos trabalhadores da ponta (...) quando eles conhecem os bastidores e chegam nesse*

*processo de execução estando aqui no apoio, como que se chega no recurso para o evento, todos os processos são construídos em conjunto”(GES04).*

A inserção dos residentes nos espaços de gestão, de EPS e na assistência resulta em autonomia para que estes sejam co-participantes na condução dos processos de trabalho das equipes, com questionamentos, apontando caminhos e mudanças nos rumos das políticas de saúde no município. Isso é percebido principalmente no cotidiano das equipes onde residentes potencializam discussões e deslocam processos há muito tempo instituídos.

As políticas públicas, apesar de instituídas em rotinas, manuais e protocolos só tornam-se prática a partir da análise, problematização e execução pelos sujeitos. Questionar e ter outra visão sobre as normas e protocolos é essencial para desacomodar e ressignificar as práticas já instituídas. O grupo de gestores aponta que em Sapucaia os residentes são atores fundamentais na efetivação, manutenção e alteração de políticas públicas.

*“A gente chama os residentes pra discutir junto, na educação permanente, estudando a política, pensando na viabilização dela na prática, a questão mais cartográfica dela dentro dos territórios e o residente tá envolvido o tempo todo(...) eu fico pensando assim, o residente nesse lugar de quem está levando a teoria, querendo ver a política funcionar, mas também vivenciando as dificuldades da equipe e do território” (GES04).*

Foi destacado pelo grupo de tutores a importância do espaço do SapucaRis como espaço de discussão e articulação, não só da ESP com o município, mas de toda a rede envolvida nas ações de ensino.

*“O espaço Sapuca RIS ele é exemplar, muito especial e único para tutoriar, mas também para outras coisas, ele é muito bom inclusive para a própria rede se integrar com preceptores, com gestores, com a escola” (TUT05).*

Aos poucos a gestão municipal, articulada com a RAS e o SapucaRIS, conseguiu avançar para que cada vez mais os campos formativos fossem no próprio município de Sapucaia, sem a necessidade de que os residentes se deslocassem a Porto Alegre para terem seus estágios. Um exemplo de avanço foram as vivências

em Saúde Mental: anteriormente o residente tinha estágio em internação ou emergência psiquiátrica em outro município e, após articulação entre escola, gestão e rede, pode começar a ser feito nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) municipais.

*“O município consegue articular de uma forma mais autônoma quais serão esses espaços [de formação]. A assistência, por exemplo, à saúde mental, ela pode ser no CAPS, ela pode ser na Atenção Básica, isso a gente consegue construir. Com a ESP a gente tem essa relação, não vejo dificuldade”(GES01).*

Porém, apesar da potência reconhecida no colegiado do SapucaRIS, o grupo de tutores avalia a carência de outro espaço em que possam ser discutidas questões específicas entre gestão e escola, como a organização dos campos de formação, formas de avaliação, acompanhamento de mudanças na gestão que podem influenciar as questões formativas na rede, entre outros aspectos. Os tutores referem-se a este espaço que deveria ser criado como “tutoria com a gestão” e é de comum acordo que existe esta carência atualmente e que há a necessidade de se pensar em viabilizar esta nova forma de relação.

*“Em Sapucaia do Sul eu acho que a gente pode qualificar ainda, acho que nós temos um caminho para andar ainda de nós trabalharmos essa relação com a gestão e também a coordenação da RIS, além do espaço SapucaRIS (...) ele não é um espaço onde se trabalha o miudinho do processo, passo a passo, pra isso ele é muito grande, tem muitos atores presentes dentro de uma diversidade de instituições atualmente” (TUT05).*

Nesta relação mais frequente e institucionalizada, poderão ser discutidos aspectos organizacionais que atualmente tem se perdido pela ausência de comunicação entre os sujeitos. No relato dos tutores surge uma solicitação de que os preceptores acompanhem mais os espaços teóricos da ESP, como seminários e

aulas de núcleo. Por outro lado, os preceptores e a gestão de Sapucaia falam de uma morosidade na comunicação com a escola, o que ocasiona a falta de participação nestes espaços teóricos.

*“Eu acho que tem um grande potencial lá [Sapucaia], mas não tá acontecendo efetivamente, eles participam dessas instâncias com direito a voto e etc., mas a parte teórica mais especificamente acho que é uma lacuna aí” (TUT03).*

*“A escola considera todo o preceptor convidado a participar de núcleo, espontaneamente quase não rola nada (...) eventualmente algum preceptor se disponibiliza a se fazer presente, mas não vi isso acontecer até hoje espontaneamente”(TUT05).*

*“Uma dificuldade que eu vejo nessa relação é uma certa falta de comunicação, por que a escola volta e meia está tensionando que os preceptores participem mais dos processos. Só que não tem uma comunicação aí no sentido de disponibilizar uma grade de quais vão ser os temas dos núcleos durante o ano, isso é uma coisa que todo início de ano a gente pede (...) então também pensar umas estratégias de comunicação e uma comunicação mais facilitada pode ser importante nessa relação”(GES05).*

Para que se tenha uma proximidade entre escola e campos de formação é imprescindível a busca por comunicação entre os sujeitos. É necessário que o preceptor desenvolva sua função em sincronia com as necessidades da instituição, para isso deve ser estimulada uma relação dialógica. A comunicação não deve ser prescritiva ou meramente informativa, mas tem que ser acompanhada de responsabilização e implicação com os processos, fatores que em alguns momentos aparecem nos discursos como sendo deficitários.

Atualmente a ESP possui apenas uma avaliação formal e sistemática dos residentes em um documento único que é replicado em todos os diferentes estágios. Este instrumento de avaliação sofre críticas por parte de todos os envolvidos, residentes, gestão, preceptores e até mesmo tutores da ESP, por entenderem que não contempla toda a complexidade do processo educacional e nem mesmo as

singularidades dos campos de formação do segundo ano. No espaço do SapucaRis se iniciou uma discussão com a perspectiva de readequação dos instrumentos de avaliação dos residentes e a criação de ferramentas que permitam também a avaliação dos campos, da tutoria e da condução do programa por parte da gestão.

*‘Uma das coisas que a gente vem trabalhando no espaço do SapucaRIS é o processo avaliativo, tanto do residente, da preceptoria e do campo, por que as vezes acontece alguma situação, a gente já teve que retirar a residência de alguns espaços, já teve que tensionar a continuidade da residência em outros, mas a gente vê que ainda é uma avaliação muito incipiente, então a gente vem trabalhando isso há um bom tempo, já se construiu alguns instrumentos mas sempre em conjunto né? Obviamente que a gestão tem né os seus posicionamentos, mas a gente constrói e reconstrói isso com os olhares que vem, tanto dos residentes que participam destes espaços e tem livre acesso ao apoio institucional, como dos preceptores neste processo avaliativo’(GES08).*

Destaco aqui o esforço da gestão para que o processo de construção destes novos dispositivos seja o mais plural e participativo possível. As propostas são discutidas com a participação de representantes de todos os grupos envolvidos, as ideias são levadas as equipes para discussão e sugestões e retornam ao grupo para que sejam dados os devidos encaminhamentos até a efetiva implementação.

## **Discussão**

A construção do percurso e das análises deste estudo revelaram-se intensamente repletos de vieses e olhares para a gestão e para a formação dos estudantes do programa de Residência Integrada em Saúde da ênfase Atenção Básica em Saúde Coletiva do município. As especificidades do município, com a organização da gestão por meio de apoiadores institucionais que trabalham na perspectiva de uma co-gestão reforçam o caráter participativo na condução das políticas de saúde.

Ao convergir a gestão da RAS com as propostas de formação, o município reforça o papel dos diferentes atores na construção dos processos de trabalho em

saúde. A participação não se dá exclusivamente por uma ou outra forma de conduzir e estruturar a integração ensino-serviço-comunidade e os processos de trabalho em saúde, mas pelo conjunto de interações que ocorrem no encontro dos sujeitos/atores do trabalho em saúde no município. Compreender as redes de atenção e a atenção básica no contexto brasileiro tem sido um desafio, tanto na perspectiva de avaliação de redes de atenção, no nível estrutural e das macropolíticas, quanto na qualificação da atenção primária à saúde para coordenar o cuidado e sua continuidade nos outros níveis do sistema (SILVA, 2011).

Ao avaliar benefícios da integração e constituição de redes na perspectiva da racionalização de gastos, otimização de recursos e promoção de um modelo de atenção adequado às necessidades da população, outras dimensões das redes não são contempladas, pois a avaliação nessa esfera geralmente detém-se aos aspectos individualizados de serviços: recursos; efeito das ações; custos e produtividade; racionalidades técnico-científicas e uso de evidências em saúde; processos de implantação; e as relações interpessoais (SILVA, 2010)

As possibilidades para o cuidado em saúde a partir da organização em rede ainda precisam ser mais profundamente analisadas. Amaral e Bosi destacam que a avaliação de redes se apresenta como tema incipiente no campo da saúde coletiva. Em um estudo de revisão nos campos da saúde coletiva, ciências sociais, geografia, filosofia e ciências da computação, os autores destacam apenas 23 trabalhos que apresentavam conceituações ou dimensões de rede (AMARAL; BOSI, 2017).

Se por um lado a rede básica produz valores de uso para seus 'pacientes', ela é vista como lugar de coisas simples (CECÍLIO et al, 2012):

Há uma impotência compartilhada entre usuários e equipes quando se trata da rede básica funcionar como coordenadora do cuidado, indicando como ela não reúne condições materiais (tecnológicas, operacionais, organizacionais) e simbólicas (valores, significados e representações) de deter a posição central da coordenação das redes temáticas de saúde (CECÍLIO et al, 2012 pg 2893).

Pensar as redes de atenção em saúde no contexto da atenção básica, da formação de residentes e dos processos de trabalho em saúde é também compreender as forças que suportam estes arranjos, sem neutralidade ou simplificação de conceitos.

Neste estudo, cartografar esteve na ordem de uma ligação com as forças, de perceber que as forças e tensionamentos compõem as relações nas interfaces do trabalho e do trabalho de ser formador na relação ensino-aprendizagem. Compõem nas relações do apoio institucional e as formas de relação com a instituição formadora, com tutores, com residentes. É buscar encontrar este elemento do real já em relação, operando, modificando e sendo modificado e não pode ser resumido a interpretação da força e sua substituição por um signo. “O método, como um mapa, é relacionar-se com as presenças que estão operando no real, não com a falta. À realidade nada falta. Ao que está se efetuando de nada carece” (MASSARO, 2010 p 30).

As práticas em saúde se constituíram, ao menos nos últimos anos, com e pela presença de residentes, de tutores, pelas discussões em espaços articulados como o NUMESC e geraram outros, como o SapucaRIS. Este produto da integração ensino-serviço-comunidade é a expressão mais potente da construção coletiva que aconteceu no município. Se como movimento teve a intenção de reunir os atores, como lugar concretamente explicitou a necessidade das trocas e experiências na constituição de muitos percursos: de formação, de organização da RAS, de encontro de saberes e de produção de si no mundo do trabalho.

Um produto da inserção dos residentes nos espaços de gestão, de EPS e na assistência é a autonomia dos sujeitos e seu papel de co-participantes na condução dos processos de trabalho das equipes, questionando, apontando caminhos e sugerindo mudanças nos rumos que as políticas de saúde estão sendo conduzidas. Isso é sentido no nível municipal, mas principalmente local, onde residentes potencializam discussões e deslocam processos há muito tempo instituídos.

Franco (2007) traz à tona a discussão sobre investimentos em programas educacionais que não se convertem em mudança das práticas de cuidado, há tempos percebido por gestores e trabalhadores da saúde. E assim, o autor parte do pressuposto de que educação pode ser um dispositivo para mudança e sugere práticas pedagógicas direcionadas para a produção de sujeitos implicados com a produção do cuidado. É neste ponto que a experiência do município converge para a estruturação de processos partilhados de formação e de trabalho em saúde.

Trata-se de uma intencionalidade pedagógica quando a gestão do município, os residentes discutindo as políticas de saúde e preceptores para reflexões e novas

rotas nos processos de trabalho em saúde dão vida e contorno aos fluxos de educação permanente.

Estes são, na concepção de Franco (2007), uma “microgestão” que pensa no contexto sobre o qual se estruturam os diversos cenários de produção do cuidado, da rede de relações que se formam nos espaços de encontro e são como unidades de produção pedagógica, onde seria possível desenvolver metodologias vinculadas à ideia de educação permanente em saúde.

Quando expressa-se com força o não reconhecimento do conhecimento com base nas vivências cotidianas de trabalho e do saber que aí é gerado, a consequência é a destituição do trabalhador como sujeito no processo do cuidado e do trabalho, é a sua redução a reprodutor de protocolos, sem resistência, encarcerado por uma “pedagogia da dependência” (FRANCO, 2007).

Porém, trabalho, ensino e aprendizagem misturam-se nos cenários de produção da saúde, como visto nos resultados deste estudo. Os processos de cognição e subjetivação acontecem simultaneamente como expressão da realidade, pois de modo paralelo ao fazer em saúde, uma produção pedagógica está em curso.

Assim, não é somente uma aprendizagem pela inserção no cotidiano dos serviços de saúde que se produz no residente, mas uma reorganização de trabalhadores e da gestão quanto aos seus papéis na construção e operacionalização das redes. É um sujeito que pertence ao fazer em saúde que se fortalece neste contexto, pois a responsabilidade de fazer acontecer não está mais no protocolo, na norma, na política de saúde, mas sim nos atores que dão vida ao cuidado em saúde.

Neste ponto, cabe destacar os espaços colegiados do município e seu papel na educação permanente em saúde, pois consolidaram estratégias para a transformação do trabalho em saúde, pela articulação entre os atores, como espaço de fala e escuta e em sintonia com algumas definições de EPS que descrevem o processo para que os trabalhadores tornem-se críticos, reflexivos, propositivos, comprometidos e tecnicamente competentes (CECCIM, 2005; UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2015).

Ao compreender a educação ‘no’ e ‘para o’ trabalho como pressuposto da proposta da EPS, vai se costurando as ações de forma que está também no trabalhador as respostas para os problemas que surgem no cotidiano do trabalho em saúde e assim se inverte a lógica da educação continuada, tradicionalmente

ancorada em palestras, capacitações ou transmissão vertical de conhecimento e se parte para a problematização da realidade e para o conhecimento que dali emerge (PIRES, et al, 2018).

Nas relações sociais que se ensina e se aprende a viver, a trabalhar, a cuidar (de si e do outro), a ouvir, a negociar, a recomeçar, a organizar, a suportar, a lidar. Para o encontro e a experiência com o outro há que se permitir necessariamente uma abertura ao desconhecido, ao novo, ao inesperado, ao incontrolável.

As análises sobre redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde que se ocupam de vê-las como arranjos estruturais adequados à efetivação da integralidade da atenção, com redução de custos por imprimir maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos não nos interessam neste recorte.

Buscamos uma aproximação entre processos de formação em saúde, expressos pelos itinerários e educandos da Residência Integrada em Saúde no município, e o trabalho no cotidiano da rede de atenção, encontrando as forças que o sustentam, compreendendo a integração ensino-serviço-comunidade como produto destas relações e não como uma tarefa ou atividade realizada em unidades ou pontos de uma rede.

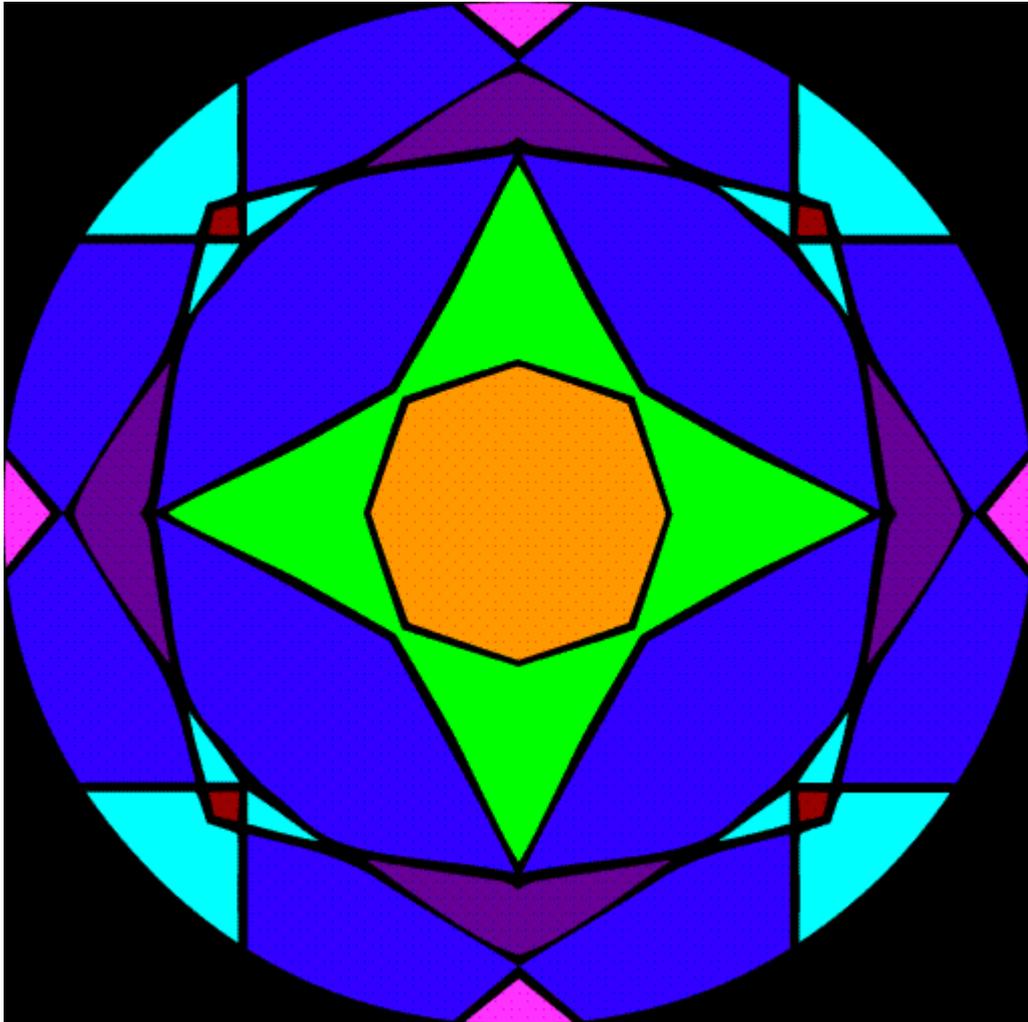
Partindo dessa compreensão, um desenho analítico se configura a partir destes resultados e há que se optar por determinado recorte, dando o formato para os dados que foram considerados na análise, sabendo que outros olhares sempre existirão. Sabe-se que por ser uma representação, traz em si linhas e costuras próprias de que a construiu:

Representar é um ato de pensamento que recoloca algo ausente ou distante, é re-apresentar, tornar presente ao espírito, à consciência. A representação exprime uma relação com o objeto, a representação é sempre de algo ou de alguma coisa, recolocando-a dentro do universo de apropriação do sujeito, no que ele conhece, implica um papel ativo do sujeito, sua forma de pensar e interpretar a realidade. É tornar o não-familiar familiar, aproximá-lo do sujeito e de sua realidade (CROMACK; BURSZTYN; TURA, 2009, pg 628).

Assumimos o desenho analítico como na perspectiva de Santos (2008), que encontra os pontos fixos a partir dos quais se estabelecem conexões, que no exercício cotidiano do fazer em saúde se restabelece, por pontos ou por sua totalidade, está sob as leis das forças e possibilita um *enfoque diacrônico*, contando

a história dos acréscimos, remoções e substituições de todos os atores na rede; e um *enfoque atual*, com os movimentos do que constitui a rede, às vezes visto por quantidades outras por qualidades mas sem descartar as relações do todo e das partes com a vida social.

Figura 1 – O desenho analítico



A expressão gráfica dos resultados analisados indicam a integração ensino-serviço-comunidade como um caleidoscópio: com suas intensidades e movimentos de sujeitos e ideias que buscam cada um seu caminho, na vida, no trabalho, no cuidado em saúde, no mundo. Por ser um caleidoscópio, é reconfigurado, recolorido e ressignificado com seus movimentos, não é arte concreta, é sensível e está em constante modificação.

As pistas desta cartografia nos trouxe enquanto pesquisadores a idéia de uma transformação através da ação, com mobilização e tomada de consciência,

valorizando os vínculos do saber e do agir com a vida social dos homens, aproximando prática e teoria, considerando os efeitos do processo do pesquisar sobre o objeto da pesquisa, o pesquisador e seus resultados (HAGUETTE, 1997).

Para que a imagem possa ser em movimento e estes pontos da rede se misturem, interajam e criem novas formas e significados, é indispensável a comunicação entre os sujeitos; somente desta forma o mapa poderá se reconfigurar em um caleidoscópio. Esta comunicação se dará quando forem possibilitados os encontros, trocas e co-gestão dos percursos, mas também deverá ser institucionalizada em espaços onde se tenha garantido tempo de discussão e autonomia para incidir em aspectos organizacionais e estruturantes da prática formativa.

Diante da complexidade, este estudo assume o olhar oferecido pela cartografia, portador de subjetividade, para propor outras problematizações, contribuindo para a articulação de um conjunto de saberes. A integração dos sujeitos para o cuidado em saúde está no plano dos encontros e desencontros do mundo do trabalho e a residência muitas vezes apresenta a realidade sem filtros tecnicistas aos jovens profissionais, provocando um deslocamento do fazer em saúde.

Assim, tanto modelos de gestão quanto novos percursos de formação que se pautem pela reconfiguração das práticas vão oferecendo suporte ao comprometimento ético-político do cuidado para trabalhadores, gestores e residentes, ampliando as possibilidades e rearranjos para as redes de atenção, com novas competências e responsabilidades.

A possibilidade de conduzir este estudo a partir de um programa de mestrado profissional oportuniza olharmos para as nossas ações de atenção à saúde, gestão e educação com uma visão mais crítica e com aporte científico.

Essas práticas deveriam fazer parte do cotidiano de trabalho nas redes de saúde, para que trabalhadores encontrem espaços para a reflexão, a produção de conhecimentos e principalmente o registro das ações exitosas que já vem sendo executadas em muitas equipes. Para além do desenvolvimento científico com problematização da realidade, o mestrado fomenta a criação de produtos técnicos que tenham aplicabilidade nos cenários onde a pesquisa foi desenvolvida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência de Sapucaia do Sul na formação de residentes e de co-gestão de coletivos por meio dos apoiadores institucionais vem, ao longo dos anos, se traduzindo em uma rede de atenção plural, com maior plasticidade para responder às necessidades sociais, epidemiológicas e de formação na rede de atenção. Por intencionalmente apoiar-se na construção coletiva (trabalhadores/preceptores, tutores, residentes e apoiadores na gestão), o processo de trabalho na RAS do município (re)configura-se frente às diversidades, fragilidades, movimentos políticos das épocas, força de seus trabalhadores e residentes. É lugar de resistir e persistir, de ir construindo com erros e acertos, compreendendo os ciclos das políticas de saúde e de ensino/educação, da economia, dos movimentos sociais, de cultura e de uso dos territórios.

Sobre a integração ensino-serviço-comunidade, destaca-se que reduzir a ação destes atores como somente participantes da constituição e operacionalização da rede de atenção do município é furta-lhes o papel protagonista do cuidado em saúde. A interação com a comunidade, nos territórios de uso social e pessoal de cada usuário, têm fortalecido não apenas a formação profissional alinhada aos preceitos e conceitos do SUS mas principalmente auxiliado na formação de cidadãos ocupados com a miséria nas cidades, com as dificuldades de acesso aos cuidados em saúde, com o adoecimento dos trabalhadores, com a busca de um projeto tecnoassistencial que reinvente as práticas de produção da saúde e o sentido da formação.

Dos tensionamentos e forças que suportam os acontecimentos em uma rede de atenção, este estudo possibilitou explorar e experimentar a função apoio e como poderia contribuir com a formulação de projetos de liberdade e de democracia em construção e em disputa no campo das políticas públicas de saúde.

As relações que se formam com a RIS transformam os processo de trabalho e o qualificam, pois novas discussões são levadas, conceitos, teorias e métodos são disparados, questionados e revistos. O residente desacomoda a equipe, faz com que o preceptor tenha que estar próximo, acompanhar a sua ação, estudar, revisar protocolos e repensar a sua própria prática. O processo da preceptoria, portanto, deve ser constantemente avaliado e revisto no coletivo, por ser uma ação dinâmica, singular e sem uma normatização quanto ao seu formato.

Desta forma, entende-se a integração ensino-serviço-comunidade como uma articulação para a implantação e sustentação da RAS no município. Os elementos que constituem esta integração transitam pelo traçado desta rede, principalmente os residente que em movimentos ativos ou indiretos afetam o processo de trabalho de equipes, a elaboração de políticas públicas e a interlocução entre os pontos da rede. Fazendo, desta forma, uma mudança de cores, traços e formas destes espaços, modificando e sendo modificados.

O estudo demonstra que potencializando-se ações de integração ensino-serviço-comunidade, a rede de atenção à saúde ganha em estrutura, articulação e qualificação. Mas permanece o desafio de ampliar a discussão, extrapolando o campo “saúde”. Enquanto não houver uma visão de sociedade e, principalmente, política sobre a importância da formação e da qualificação de profissionais para o SUS como um investimento, estaremos reféns da visão rasa e limitada que restringe a prática de atenção à saúde, que tenta suprimir os espaços de EPS e os movimentos de qualificação do processo de trabalho.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. **O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva**. Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.2, p.424-434, 2017.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Portaria nº 198/GM/MS. 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**. Brasília (DF): MS 2004.14p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família: do movimento sanitário à nova forma de tratar a comunidade**. Rev. Brás. Saúde Família, v.7, n.10, p.4-7, 2006a.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012**. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF. Seção I, p.24-2, 2012a

BREHMER L. C. F., RAMOS F. S. **Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa**. Rev. Eletr.

Enf. [Internet]. 2014 jan/mar;16(1):228-37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20132>. - doi: 10.5216/ree.v16i1.20132.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. **Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde**. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2008 (12): 363-376.

CECCIM RB. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação 2005;9(16):161-77.

CECILIO, L. C. O. et al. **A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?**. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 2893-2902, 2012.

CROMACK, L. M. F.; BURSZTYN, I.; TURA, L. F. R. **O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 627-634, Apr. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000200031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200031&lng=en&nrm=iso)>.access on 07 Mar. 2019.<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200031>.

FAJARDO, A. P.; CECCIM, R. B. **O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde**. In: Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Org. FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. Porto Alegre, 2010. p. 191-210.

FRANCO, T. B. **Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil**. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2007; 11: 427-438.

HAGUETTE, T. M. F. **Métodos qualitativos na sociologia**. 5a.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

MAIRESSE, D. **Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa**. In FONSECA, T. M. G., KIRST P. G (Orgs.) *Cartografiase devires: a construção do presente* Porto Alegre: UFRGS. 2003: 259-271.

MASSARO, A. **Redes assistenciais - como a ela nos ligamos? "Os jogos de poder e saber que tecem as redes"**. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2010.

OURY J. **Itinerários de formação**. *Revue Pratique*; 1991(1):42-50,

PASSOS, E.; KASTRUP, V. e ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** – Porto Alegre: Sulina, 2015.

PIRES, F. S., FONSÊCA, G. S., BOTAZZO, C. SEMINÁRIOS AUTOPOIÉTICOS: DIÁLOGOS E PERCURSOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*, 2018 2(3), 23-32.

ROMAGNOLI, R. C. **A cartografia e a relação pesquisa e vida.** *Psicologia & Sociedade*; 21 (2): 166-173, 2009.

ROLNICK, S. **Cartografia sentimental.** Porto Alegre: Sulina, 2007.

SANTOS, I. G. **Residência Multiprofissional e a formação do nutricionista para o programa saúde da família.** Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 2009. 173 p.

SANTOS, M. **A natureza do espaço.** 4. ed. São Paulo: Edusp, 2008.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Docência na saúde: uma proposta didático-pedagógica.** Brasília, DF: UFRGS/MS, 2015. 297 p.

VIANA, M. M. O. e CAMPOS, G. W. S. **Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2018, vol.34, n.8, e00123617. Epub 20-Ago-2018. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00123617>

WARMLING, C. M. et al. **O agir em competência para o cuidado especializado na saúde bucal.** *Revista da ABENO* • 15(1): 12-27, 2015.

## 6. PRODUTOS

Este estudo, por tratar-se de uma cartografia em que o pesquisador estava imerso no cenário de estudo, permitiu que a produção dos dados, sua análise e a intervenção na realidade fossem ocorrendo durante o processo da pesquisa. O fato do pesquisador ocupar a função de coordenador da APS e ter a sua prática junto do grupo de apoiadores institucionais fez com que, na medida que as situações-problema foram surgindo, o grupo já pensasse em intervenções para serem feitas. Isso fez com que diversos aspectos do processo de trabalho fossem revistos e as mudanças necessárias já fossem implementadas, quando possível.

Destaco aqui que todas as intervenções realizadas no cotidiano da secretaria de saúde de Sapucaia do Sul foram obra de um coletivo de trabalhadores que compõem principalmente o apoio institucional e a Coordenação da APS, mas também residentes e preceptores, portanto os produtos construídos durante este período de pesquisa não podem ser vinculados a uma única autoria, pois a maneira horizontal com que a gestão municipal conduz os processos de trabalho da rede não permite que se tenha centralidade na autoria destas ações.

### 6.1 Educação Permanente em Saúde estendida

Conforme foi apresentado no decorrer do estudo, uma pauta constante da reunião dos preceptores sempre foi a dificuldade de tempo para a realização de EPS em equipe, pois durante as duas horas da reunião semanal havia pouco tempo para abordar pautas administrativas, discutir casos e ainda ter espaço para práticas educativas.

Retomando o histórico de quando a residência iniciou no município, havia ficado determinado que as unidades que receberiam residentes tivessem reuniões de equipe de quatro horas semanais, a fim de realizarem as preceptorias e atividades de EPS em equipe neste espaço de tempo. Porém, desde 2016, por decisão do gestor e sob pressão da Câmara de Vereadores, ficou definido que todas as unidades do município passariam a ter apenas 2 horas de reunião.

Os preceptores elaboraram um documento que foi entregue ao secretário de saúde, por meio do SapucaRIS, questionando a falta de um espaço protegido para o desenvolvimento de EPS nas unidades de ensino. Como já era do conhecimento do

apoio institucional a discussão que houve no momento em que as reuniões de equipe foram reduzidas, o grupo criou uma contraproposta mais factível, tanto para as equipes quanto para o aceite do gestor.

A primeira questão levantada é que o espaço de EPS deveria ser ampliado para todas as unidades de saúde e não somente para os campos de formação com residentes. Isso permitiria que todas as unidades de saúde se beneficiassem desta medida, qualificando seus processos de trabalho e serviria para que o tensionamento pela sua manutenção fosse de toda a rede de saúde e não somente de alguns campos.

Outro ponto que exigiu uma maior organização e controle por parte da gestão foi o fato de que algumas equipes, infelizmente, não utilizavam o espaço da reunião de equipe estendida para desenvolverem ações de EPS ou preceptoria da residência. Portanto, necessitaríamos de um controle maior desta vez a fim de que os espaços não fossem cancelados novamente por conta de algumas equipes que não ocupassem este tempo de maneira adequada. Para isso ficou combinado que as reuniões estendidas seriam uma vez ao mês com a participação do respectivo apoiador institucional; isso qualificaria mais ainda a discussão, pois agregaria um sujeito a mais na EPS compondo com suas vivências e diminuiria a possibilidade de que ocorresse qualquer tipo de crítica ao espaço não estar sendo efetivo, pois haveria um trabalhador da gestão acompanhando e respaldando a equipe.

A fim de organizar os espaços, a participação do apoiador e constatar que a equipe realmente estava disposta e organizada para a prática da EPS, foi solicitado que as equipes enviassem projeto com os temas e datas sugeridas para os encontros. Desta forma, os apoiadores poderiam organizar a sua presença e também sugerir a priorização de algum tema específico, de acordo com a dificuldade que identificassem em determinada equipe.

Em anexo, memorando de Maio de 2018 com determinação da liberação dos espaços de EPS nas equipes e as orientações para o envio dos projetos (Anexo 2). Faço a observação de que na época o nome do cargo dos apoiadores institucionais era Assessor Técnico de Gestão em Saúde, conforme aparece no memorando.

## 6.2 Vídeo Institucional sobre a residência

Na fala dos residentes é frequente o desconforto causado pelo desconhecimento que usuários e até mesmo trabalhadores têm de suas funções. Surgem questionamentos sobre a sua autonomia profissional para estarem atendendo os usuários, desconsiderando o fato de eles já serem profissionais formados, em processo de especialização. Por outro lado, existem alguns sujeitos que não entendem o fato do residente ter um tempo diferenciado para dar conta de suas demandas, que deve compor prática, reflexão e discussão das situações. Também, como já foi mencionado neste trabalho, por vezes os residentes são responsáveis por determinadas ações de saúde que se não fosse pela sua presença, as equipes não teriam condições de desenvolver.

Para dar conta da ação educativa de esclarecer para usuários e trabalhadores o que é a residência e prestigiar o trabalho que é desenvolvido pelos residentes, tomou-se a decisão de fazer um vídeo institucional falando sobre a residência no município.

Contamos desde 2017 com o trabalho do diretor de gestão estratégica Tiago Machado que, entre outras atribuições, tem realizado um trabalho de publicizar diversas ações em saúde das equipes em forma de vídeos institucionais que são vinculados nas redes sociais da prefeitura e via aplicativos de conversa, como forma de disseminar entre os usuários as ações positivas realizadas na nossa cidade.

O roteiro do vídeo foi escrito pelos residentes, com auxílio do pesquisador e do próprio Tiago. As imagens captaram o cotidiano de algumas unidades de saúde que são campo de formação dos residentes, assim como algumas falas de contextualização sobre a residência e quais seus efeitos para a rede de saúde do município.

O vídeo está em fase final de edição e em breve será disponibilizado aos usuários por meio das redes sociais. Para o ano de 2019 existe o planejamento de que todas as unidades de saúde tenham televisores para que vídeos institucionais sejam reproduzidos nas salas de espera.

### 6.3 Instrumento de Avaliação

A temática dos processos de avaliação surgiu em todos os grupos focais como uma ação a ser melhor desenvolvida. Por parte dos residentes, se avalia que os campos de formação devem ser também avaliados de forma sistematizada a fim

de possibilitar espaços formais para que sejam apontadas dificuldades, para que se busque melhorias e inclusive para que possam ser repensados quais os melhores campos de formação no município. Os residentes também apontam que gostariam de avaliar os preceptores, assim como eles mesmos são avaliados, como uma ferramenta de reflexão do processo de preceptorial e avaliação da qualidade deste importante momento do percurso formativo.

Por parte dos preceptores e da gestão, se aponta que o instrumento de avaliação dos residentes é superficial, não contempla o perfil de egresso com as competências e habilidades esperadas para o residente e se apresenta em formato que não permite uma discussão mais ampliada, considerando as subjetividades dos residentes e nem mesmo uma avaliação de processo.

Vindo ao encontro destas dificuldades, se propôs no SapucaRIS a discussão de todos os instrumentos de avaliação, com a disponibilização destes instrumentos entre os diferentes programas para que seja feita uma discussão dos pontos positivos e fragilidades de cada um deles, com o objetivo de planejar uma ferramenta de avaliação singular que possa ser implementada em todos os campos de formação. Aproveitamos nesta discussão para trazer uma proposta de ferramentas de avaliação que a gestão municipal construiu este ano em conjunto com trabalhadores da Fundação de Saúde de Sapucaia do Sul para serem utilizados na avaliação da Residência de Medicina de Família e Comunidade. Estes instrumentos contemplam a avaliação do residente, do preceptor, do campo de formação e do programa de residência. Todo este material seria compilado e serviria de base para a discussão e elaboração de um material conjunto a partir da reunião do SapucaRIS de agosto de 2018. Porém, devido a mudanças que ocorreram na gestão da secretaria de saúde em agosto de 2018 (será abordada esta questão no epílogo do trabalho), não houve mais reuniões do SapucaRIS e a devolução destas avaliações será feita nas primeiras reuniões do SapucaRIS, que está previsto para ser retomado em março de 2019. Portanto, a avaliação por parte das equipes já foi realizada, restando agora a discussão e elaboração do instrumento, conforme as contribuições dos preceptores e residentes.

#### 6.4 Reorganização do SapucaRIS e a “tutoria com a gestão”

No ano de 2018 a rede de saúde de Sapucaia recebeu os programas de residência de mais três instituições além da ESP; Programa de Medicina de Família e Comunidade criado pela Fundação de Saúde de Sapucaia do Sul em parceria com a SMS; Programa Residência Multidisciplinar em Atenção Básica da Unisinos; e Programa de Saúde Mental Coletiva da UFRGS. Esse aumento significativo do número de programas, residentes e preceptores, fez com que tivéssemos a necessidade de um espaço facilitado para a integração destes atores. Foi então pensada na reconfiguração do SapucaRIS, até então um espaço colegiado somente da ESP, mas que passou a contar com representação de tutores, preceptores e residentes de todos os programas.

A ideia inicial foi articular todos estes atores e potencializar as experiências positivas de cada um dos programas, trocar experiências entre os sujeitos e realizar um apoio mútuo nas necessidades que fossem surgindo nos processos formativos. Porém, a experiência não foi satisfatória como o planejado, alguns programas não se apropriaram deste espaço como poderiam e muitas discussões ficaram diluídas, uma vez que, ao se tratar questões específicas de um dos programas, os demais participantes não se ocupavam da discussão. Quando havia a necessidade de discussão de um tema particular de alguma das instituições era preciso marcar uma agenda específica para tal, a fim de que a discussão fosse mais direta e otimizada.

Neste sentido, o SapucaRIS foi novamente reestruturado para o ano de 2019, retornando a ser um espaço de discussão exclusivo dos programas da Escola de Saúde Pública. Desta forma, damos conta de voltar a intensificar as discussões específicas por programas, sendo mais resolutivos e objetivos. Destaco que cada uma das instituições citadas terá seus espaços de articulação e discussão com preceptores, residentes e gestão de acordo com suas demandas de ensino.

Para além disso, será organizado o espaço de “tutoria com a gestão”, conforme sugerido no grupo focal realizado com os tutores. Este espaço será de duas horas mensais, antecedendo a reunião do SapucaRIS, onde haverá discussão entre tutores e gestão buscando garantir um espaço institucionalizado para monitoramento e tomada de decisões. As reuniões iniciarão no mês de abril de 2019.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS - EPÍLOGO

*“E se não tivesse uma continuidade da gestão? Por que por mais que tenham mudado as pessoas que eram do grupo lá do início que sustentavam tudo isso, a base, as questões de valorizar a educação permanente e estes outros espaços de formação existe ainda. E se fosse uma gestão que não se importasse muito com isso, não priorizasse isso? Seria bem complicado. E é algo que a gente tendo eleições a cada quatro anos isso pode mudar, pode mudar no meio desse tempo também né? Então acho que é bem frágil isso assim” (Gestor 03).*

Início o epílogo deste trabalho trazendo esta que foi a última fala gravada do grupo focal realizado com a gestão. Uma fala que desacomoda, que preocupa, que foi dita em maio de 2018 e que antecedeu o que viria a acontecer dali a três meses com este grupo de gestores.

Ao idealizar a realização desta pesquisa, uma das minhas hipóteses era a de que um diferente modelo de gestão gera diferentes resultados para a rede de saúde e que Sapucaia do Sul havia alcançado solidez e reconhecimento enquanto rede de ensino devido ao seu trabalho na lógica do apoio institucional, há quase dez anos. Porém este trabalho da gestão, que é sobretudo o meu trabalho, foi interrompido de maneira extremamente brusca no decorrer do período de análise dos dados desta pesquisa, o que gerou profundas mudanças em mim, na minha pesquisa, nos desfechos dos meus produtos técnicos e, principalmente, na RAS de Sapucaia do Sul.

Trago estes elementos de reflexão em forma de epílogo e não no decorrer da análise dos dados, pois as mudanças na gestão da secretaria de saúde ocorreram no final do mês de agosto, período em que eu já havia realizado os grupos focais e trabalhava nas transcrições e escrita dos primeiros estudos de caso. Portanto, os discursos refletem o recorte daquele momento histórico. Então, estimulado pela minha orientadora, venho neste epílogo trazer o cenário que se sucedeu à saída do grupo do apoio institucional, meu posicionamento e sentimento frente a este fato e os pensamentos que permearam a escrita desta dissertação, uma vez que o trabalho da cartografia é o “compartilhamento de um território existencial que sujeito e objeto da pesquisa se relacionam e se co-determinam” (ALVAREZ; PASSOS, 2015, p. 131).

Como já mencionado, os cargos do apoio institucional foram criados em lei no ano de 2013, mas desde a sua implementação no município em 2010 são ocupados

por indicações técnicas dos secretários de saúde, coordenadores de APS e do próprio grupo de apoiadores que estiveram nestas funções, por se entender que deveriam ser pessoas com uma formação de especialistas, experiência em gestão e sobretudo identificação com este modelo de gestão e com a defesa do SUS. Estes trabalhadores já ocuparam os mais diversos tipos de vínculos trabalhistas no decorrer destes quase dez anos (cargos em comissão, contratos emergenciais, recibo de pagamento autônomo, assessores técnicos), todos em algum momento foram apontados como inadequados, ficando o grupo na iminência de uma demissão, que se efetivou no final de agosto de 2018. Houve diversos movimentos na tentativa de recontração do grupo mas que esbarraram principalmente em questões políticas e desinteresse em sua recomposição, por falta de entendimento da função central que executavam.

Com a saída das colegas, permanecemos eu como coordenador da APS e uma apoiadora institucional também estatutária, que havia iniciado na função faziam três meses, já na perspectiva de aos poucos incluirmos mais servidores efetivos do quadro com receio de que esta demissão do grupo se efetivasse em algum momento. Em caráter de contingência, o secretário da saúde na época chamou mais três colegas de outros setores da SMS para se juntarem a nós no que chamamos de Grupo de Coordenação da Atenção Primária, com o objetivo de minimamente seguir com as demandas da SMS, não mais na lógica do apoio institucional, inviável com o quantitativo de pessoas e a demanda de trabalho que se seguiu.

Em consequência destas mudanças, muitas suspensões se fizeram necessárias: acabou a participação do apoio nas reuniões de equipe, prática que anteriormente era quinzenal; foram cancelados todos os espaços de EPS que estavam previstos para o ano (núcleos profissionais, NUMESC) devido à incapacidade de darmos conta da organização e condução destes; as reuniões com as instituições de ensino foram suspensas, assim como o SapucaRIS, permanecendo apenas discussões esporádicas de questões mais graves; os encontros intersectoriais, principalmente com secretarias próximas como educação e desenvolvimento social, tornaram-se raros e não resolutivos.

Após toda a construção feita nesta dissertação sobre a importância da articulação em rede, dos espaços colegiados e das reuniões de EPS, não preciso pormenorizar o quão desastroso foi este período para a rede de ensino estruturada até então no município. A ausência dos momentos de encontro entre os sujeitos e a

falta de apoiadores de referência na SMS criou um abismo entre a gestão, as instituições formadoras e as equipes de saúde.

Os impactos também apareceram na execução deste trabalho, sendo que por muitos momentos a opção por desistir de sua conclusão foi avaliada por mim. “Como desenvolver uma cartografia, desenhar um mapa, de uma realidade que já não existe mais?”. Os produtos que se originariam desta cartografia também foram muito prejudicados, a essência do trabalho na lógica do modelo de Apoio Paidéia de cogestão se dá na construção de espaços democráticos e dialógicos que foram praticamente extintos nos últimos meses. Qualquer ação que fosse verticalizada e prescritiva não seria congruente com o modelo de trabalho que esta produção defende.

Mas a descrença não combina com o trabalho em saúde e a militância pelo SUS. Então a equipe que permaneceu na coordenação buscou primeiramente a recontração do grupo que havia sido afastado de suas funções. Como não foi possível, em dezembro de 2018 se iniciou um movimento para recompor o modelo de apoio institucional com a vinda de trabalhadores que atuavam na assistência e possuíam perfil e interesse de compor este novo grupo na gestão da SMS.

Atualmente (março de 2019), vivemos um período de reorganização, planejamento e reinício de diversas atividades que estavam interrompidas. Apesar do trabalho árduo de remontar uma lógica de trabalho, a perspectiva é positiva por já contarmos com cinco novas apoiadoras institucionais e uma reorganização da SMS que conta com uma nova Secretária da Saúde, egressa do programa de residência da ESP e com passagem pelo apoio institucional e coordenação da APS no município. Ainda este mês teremos nossa primeira reunião do NUMESC após 7 meses de interrupção, onde iremos apresentar para discussão e aprovação dos trabalhadores o calendário de educação permanente do ano, contando com a retomada das reuniões de núcleos profissionais, SapucaRIS e participação do novo grupo de apoiadoras institucionais nas reuniões de equipe.

Estes avanços e retrocessos fazem refletir sobre a fragilidade dos processos que conduzimos tanto na assistência à saúde, quanto nas atividades de EPS e nas práticas formativas. Por mais que existam estudos, evidências e discussões da qualidade que se atinge investindo em EPS, executando colegiados de gestão, ampliando oferta de formação aos trabalhadores, ainda somos cotidianamente ameaçados por “forças externas”, despreparadas e descontextualizadas que

colocam em risco o trabalho e os esforços dos sujeitos que estão no cotidiano dos serviços. Tenho dito uma frase ultimamente para alguns colegas que tem causado estranhamento, mas resume esta ideia: “Nós só temos EPS por que ninguém sabe que nós temos EPS”. Quero dizer com isso que nossos processos construídos até então são frágeis, nos organizamos em um sistema onde a operacionalização das ações em saúde são tocadas por técnicos, mas o poder decisório é feito por políticos, onde nem sempre os interesses comungam com as necessidades da população. Em Sapucaia do Sul é comum em sessões da Câmara de Vereadores ouvirmos frases como “as unidades de saúde fazem festinha” ou “tem que acabar com o piqueniques nos postos”, demonstrando por parte dos legisladores um assustador desconhecimento e uma profunda ignorância acerca do tema da educação em saúde. Acredito, infelizmente, que só permanecemos contando com as reuniões estendidas de EPS nas equipes pelo fato do desconhecimento sobre o tema, caso contrário já haveria ocorrido um tensionamento por parte dos ocupantes da câmara como foi em 2016, conforme relatado anteriormente.

Amplio a discussão para a esfera nacional, onde o desmonte do SUS é nítido e acentuado e não poderia ser ignorado por este trabalho, uma vez que o sucateamento das unidades de saúde e das condições de trabalho impactam diretamente na qualidade da oferta de cuidados de saúde aos usuários, na saúde dos trabalhadores e no interesse por profissionais ingressarem em programas de pós graduação em APS. Destaco aqui brevemente os impactos nocivos da Emenda Constitucional 95/2016 com o congelamento do teto das despesas primárias que causará na prática um desfinanciamento do SUS pelo período de 20 anos.

Muito há que se fazer e pontos para se avançar, contudo passa pela qualificação dos trabalhadores em saúde a busca por formas para dar conta destas adversidades. Assim como passa pelos programas de residência multiprofissional uma estratégia fundamental para se atingir esta qualificação dos trabalhadores, com egressos que possam incidir nas problemáticas prementes de nosso sistema de saúde. A possibilidade de se discutir o impacto de um programa de residência na construção das redes de atenção pode instrumentalizar tutores e gestores na busca pela implementação desta modalidade de ensino em serviço, tendo a clareza de que trará melhorias em qualidade de rede assistencial e de cuidados em saúde para a população.

Agradeço a oportunidade de poder ter conduzido este estudo vinculado ao meu local de trabalho e de conseguir implementar produtos que já estão modificando as nossas formas de conduzir os processos de educação em nossa rede. Agradeço a chance de ter ressignificado meu trabalho e fortalecido a nossa luta pela educação em saúde e pelo SUS.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBARDO, A. J.; RODRIGUES, M. A. F.; CAVADINHA, E. T. **A comunicação na parceria ensino-serviço-comunidade.** Tempus. 2016;9(1) :25-42.

ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P.; REZENDE, C. H. A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R. M. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde.** RevBrasEduc Méd. 2008;32(3) :356-62.

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 subjetividade. Porto Alegre: Sulina; 2009. p. 132-50.

ALVES, V. S. **Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial.** Interface (Botucatu). 2005;16:39-52.

AMARAL, C. E. M.; BOSI, M. L. M. **O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva.** Saúde Soc. São Paulo, v.26, n.2, p.424-434, 2017.

BARROS, L. M. R.; BARROS, M. E. B. **O problema da análise em pesquisa cartográfica.** Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro , v. 25, n. 2, p. 373-390, Aug. 2013

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.

BRASIL.Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 198/GM/MS. 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. Brasília (DF): MS2004.14p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família: do movimento sanitário à nova forma de tratar a comunidade.** Rev. Brás. Saúde Família, v.7, n.10, p.4-7, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 648 de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica.** Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.654, de 19 de Julho de 2011. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica.** Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Política Nacional de Atenção Básica.** Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012.** Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF. Seção I, p.24-2, 2012a

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.** Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica.** Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2017.

BREHMER L. C. F., RAMOS F. S. **Experiências de integração ensino-serviço no processo de formação profissional em saúde: revisão integrativa.** Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 jan/mar;16(1):228-37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20132>. - doi: 10.5216/ree.v16i1.20132.

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.** 2. ed. São Paulo: Hucitec. 2005.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. Interface-Comunicação, Saúde, Educação, 2008 (12): 363-376.

CASTRO, M. M. C. **Trabalho em saúde: a inserção dos assistentes sociais na atenção primária à saúde.** Dissertação (mestrado). Juiz de Fora – Faculdade de Serviço Social, UFJF, 2009.

CECCIM RB. **Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário.** Interface - Comunicação, Saúde, Educação 2005;9(16):161-77.

CECILIO, L. C. O. et al. **A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, p. 2893-2902, 2012.

CECILIO, L. C. O.; REIS, A. A. C. **Apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica à saúde.** Cad Saúde Pública. 34(8):1-14, 2018.

CROMACK, L. M. F.; BURSZTYN, I.; TURA, L. F. R. **O olhar do adolescente sobre saúde: um estudo de representações sociais.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 627-634, Apr. 2009. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000200031&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200031&lng=en&nrm=iso)>.access on 07 Mar. 2019.<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200031>.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. **Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho.** ORG & DEMO, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010

FAJARDO, A. P. **Os tempos da docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde.** Tese de doutorado. Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2011.

FAJARDO, A. P.; CECCIM, R. B. **O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde.** In: Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Org. FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. Porto Alegre, 2010. p. 191-210

FERIGATO, S. H.; CARVALHO, S. R. **Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões.** Interface - Comunic., Saude, Educ., v.15, n.38, p.663-75, jul./set. 2011

FRANCO, T. B. **Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil.** *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 2007; 11: 427-438.

HAGUETTE, T. M. F. **Métodos qualitativos na sociologia.** 5a.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

MAEDA, D. Y. **Preceptoria no curso de residência em enfermagem: competências da enfermeira.** Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2006.

MAIRESSE, D. **Cartografia: do método à arte de fazer pesquisa.** In FONSECA, T. M. G., KIRST P. G (Orgs.) *Cartografiase devires: a construção do presente* Porto Alegre: UFRGS. 2003: 259-271.

MASSARO, A. **Redes assistenciais - como a ela nos ligamos? "Os jogos de poder e saber que tecem as redes".** Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Organização Pan-Americana da Saúde (2011).

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; Lima, L. D. D. **Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde.** *Saúde em Debate*, 42, 11-24, 2018.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. **Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família.** Saúde Soc. São Paulo, v.19, n.4, p.814-827, 2010

OLIVEIRA, G. N. **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio.** 2011. 275 p. Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/309702>>. Acesso em: 17 ago. 2018.

OURY J. **Itinerários de formação.** Revue Pratique; 1991(1):42-50.

PASSERO, L. G.; et al. **O Apoio Institucional na Atenção Básica em Saúde na perspectiva da gestão.** In: Intensidade na atenção básica: prospecção de experiências 'informes' e pesquisa-formação. CECCIM, R. B. et al (Org.). Porto Alegre: Rede Unida, 2016

PASSOS, E.; KASTRUP, V. e ESCÓSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade** – Porto Alegre: Sulina, 2015.

PINHEIRO, L. C. R.; DE CARVALHO, R. B.; DE SOUSA VIANA, P. F. **Práticas de integração ensino-serviço-comunidade e a formação em Odontologia: possíveis conexões e fluxos no ensino na saúde.** Revista da ABENO, v. 18, n. 4, p. 148-159, 2018.

PIRES, F. S., FONSÊCA, G. S., BOTAZZO, C. SEMINÁRIOS AUTOPOIÉTICOS: DIÁLOGOS E PERCURSOS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE. *Saberes Plurais: Educação na Saúde*, 2018 2(3), 23-32.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. **Plano de Desenvolvimento Institucional – PDI 2014-2018/Escola de Saúde Pública.** Porto Alegre, 2014.66p.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. **Portaria nº 16/99. Institui o Programa de Residência Integrada em Saúde.** Boletim da Saúde, Porto Alegre, v.14, n.1, p.179-181, 2001.

RODRIGUES, H. C. B. **Analisar.** In: FONSECA, T.; NASCIMENTO, L.; MARASCHIN, C. (Org.). Pesquisar na diferença. Porto Alegre: Sulina, 2012.

ROLNICK, S. Cartografia sentimental. Porto Alegre: Sulina, 2007.

ROMAGNOLI, R. C. **A cartografia e a relação pesquisa e vida.** Psicologia & Sociedade; 21 (2): 166-173, 2009.

ROSSONI, E. **Formação multiprofissional em serviço na Atenção Básica à Saúde: Processos educativos em tempos líquidos.** 2010. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

SANTOS, I. G. **Residência Multiprofissional e a formação do nutricionista para o programa saúde da família**. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina. São Paulo, 2009. 173 p.

SANTOS, M. **A natureza do espaço**. 4. ed. São Paulo: Edusp, 2008.

SAPUCAIA DO SUL. Prefeitura Municipal. **Lei Nº 3450 de 31 de Julho de 2013**. Sapucaia do Sul, RS, 2010. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/rs/s/sapucaia-do-sul/lei-ordinaria/2013/345/3450/lei-ordinaria-n-3450-2013-dispoe-sobre-a-reestruturacao-do-programa-de-estrategia-em-saude-da-familia-no-ambito-do-municipio-de-sapucaia-do-sul-revogando-para-tanto-a-lei-municipal-3274-de-15-de-dezembro-de-2010>. Acessado em 22/11/2018.

SILVA, L. M. V. **Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde**. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2010. p. 15-40.)

SILVA, S. F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)**. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.6, pp.2753-2762. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000600014>.

STARFIELD, B. **Coordenação da atenção: juntando tudo**. In: STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Tradução [de] FidelityTranslations. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002. p. 365-415.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. **Docência na saúde: uma proposta didático-pedagógica**. Brasília, DF: UFRGS/MS, 2015. 297 p.

VIANA, M. M. O., CAMPOS, G. W. S. **Formação Paideia para o Apoio Matricial: uma estratégia pedagógica centrada na reflexão sobre a prática**. Cad. Saúde Pública [online]. 2018, vol.34, n.8, e00123617. Epub 20-Ago-2018. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00123617>

WARMLING, C. M. et al. **Estágios curriculares no SUS: experiências da Faculdade de Odontologia da UFRGS**. Revista da ABENO • 11(2)63-70, 2011

WARMLING, C. M. et al. **O agir em competência para o cuidado especializado na saúde bucal**. Revista da ABENO • 15(1): 12-27, 2015.

## ANEXO 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE E OS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE: CARTOGRAFIA DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SAPUCAIA DO SUL** que objetiva analisar os possíveis nós ou potencialidades da integração ensino-serviço para a construção e execução das políticas públicas de saúde no município

Sua colaboração neste trabalho é muito importante, mas a decisão de participar é voluntária, o que significa que o(a) sr.(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar bem como de desistir de fazê-lo a qualquer momento.

Garantimos que será mantida a confidencialidade das informações e o anonimato ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas.

O ônus quanto à sua participação refere-se a certo desconforto no sentido de dispor de tempo, para participar de um grupo com os preceptores, residentes, tutores e representantes da gestão município. Se houver concordância, o grupo será gravado para posterior análise das informações.

Há um risco leve no que se refere à mobilização de algumas memórias em relação ao seu fazer profissional. Os benefícios consistem em contribuir com a produção de conhecimento sobre a integração ensino-serviço-comunidade e a busca pela qualificação do programa de residência integrada em saúde de nosso município. Não haverá nenhuma forma de reembolso em dinheiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto.

Em caso de dúvida poderá entrar em contato com o responsável pelo projeto o pesquisador Leonardo Rodrigues Piovesan, na Manoel Serafim, n. 792, apto 403, Bl. E, Bairro Primor, Sapucaia do Sul/RS, ou pelo telefone (51) 981009311, ou ainda o email: leonardo.r.piovesan@gmail.com.

Declaro estar esclarecido (a) sobre os termos e consinto por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Sapucaia do Sul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

---

PARTICIPANTE DA PESQUISA

---

Leonardo Rodrigues Piovesan  
Pesquisador Responsável

## ANEXO 2 - Memorando Educação Permanente



**Prefeitura Municipal de Sapucaia do Sul  
Secretaria Municipal de Saúde**

Sapucaia do Sul, 02 de Maio de 2018

### **Memorando Nº: 64/2018**

De: Secretaria Municipal de Saúde

Para: Unidades de Atenção Primária em Saúde e Ambulatório de Infectologia

Visando fomentar a Educação Permanente nos serviços que compõe a nossa rede de saúde e garantir espaço para que estas ações ocorram de maneira sistemática, a Secretaria de Saúde vem por meio deste documento apresentar uma proposta de reuniões de equipe que deem conta destas atividades.

Será permitido que as equipes tenham uma vez por mês seu horário de reunião estendido em mais duas horas, ou seja, permanecer o turno fechadas. Neste turno em que ocorrer a atividade de Educação Permanente a equipe contará com a presença da Assessora Técnica de Gestão em Saúde a fim de acompanhar o processo educativo, colaborar na construção do espaço e na discussão da temática elencada.

As equipes que tiverem interesse em aderir a proposta **deverão encaminhar um projeto** à sua assessora técnica **até o dia 11/05/18**, conforme descrição abaixo:

- **Datas** em que a equipe deseja realizar a educação permanente, definindo o turno mensal até o final do ano. Destacamos que estas datas poderão ser modificadas de acordo com disponibilidade da assessoria técnica.
- Levantamento dos **temas** que serão abordados em cada uma das datas. Os temas poderão ser alterados de acordo com reavaliação de prioridades por parte da equipe ou assessoria.

Ciente do entendimento de todos sobre a importância desta medida e contando com a colaboração das equipes, coloco-me à disposição para esclarecimentos.

  
**Leonardo Rodrigues Piovesan**

## ANEXO 3 – PARECER COSUBSTANCIADO DO CEP



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DE REDES INTEGRADAS DE ATENÇÃO E ENSINO NA SAÚDE DO

**Pesquisador:** Cristine Maria Warmling

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 79778217.8.3001.5338

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.644.589

**Apresentação do Projeto:**

O objetivo principal do estudo é Avaliar Redes de Ações e de Serviços de Saúde e os efeitos da Integração Ensino-Saúde no contexto do Sistema Único de Saúde. Trata-se de um estudo de caso do tipo único, integrado, com múltiplas unidades de análise e abordagem predominante qualitativa com aportes analíticos provenientes de dados quantitativos. Pretende-se utilizar práticas da pesquisa ação intervenção em que o processo da pesquisa de avaliação concomitante incidirá em transformações na gestão das redes de atenção e ensino na saúde no contexto do SUS. Serão cenários do estudo os serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção à Saúde Bucal no município de Porto Alegre/RS, assim como a Rede de Atenção Primária à Saúde no município de Sapucaia do Sul/RS. Consideram-se potenciais participantes da pesquisa: equipes básicas e auxiliares de saúde da atenção primária (médico, enfermeiros, cirurgiões - dentistas, técnicos de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde), coordenadores das Unidades de Saúde, estudantes que estejam desenvolvendo percursos formativos nos cenários do estudo, professores vinculados as atividades de ensino e usuários, assim como, cirurgiões dentistas de centros de especialidades odontológicas e hospitais. O principal critério de inclusão para escolha das equipes participantes além de comporem as equipes das redes estudadas, abrangendo diferentes serviços e territórios dos municípios cenários. As estratégias de produção de dados serão: 1) qualitativas: grupos focais (filmados) e diários de campo dos pesquisadores 2) quantitativas: questionários estruturados

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.644.589

(modo online e respondidos individualmente e de forma autônoma e livre 3) análise documental e banco de dados secundários produzidos e disponibilizados pelos serviços. As categorias organizadoras de produção e análise de dados serão as dimensões que compõem as Redes de Saúde, segundo Mendes (2011) população, APS, atenção secundária e terciária, sistemas de apoio, logística, governança e modelos de atenção à saúde. Quanto às amostragens: 1) qualitativas: a saturação teórica será o critério adotado para a avaliação e definição do tamanho da amostra 2) quantitativas: será realizado o censo dos trabalhadores gestores dos cenários avaliados. O estudo será desenvolvido em etapas e com a realização de oficinas de planejamento com as instituições envolvidas. Os dados quantitativos serão processados e submetidos à análise descritiva. As análises qualitativas serão realizadas com base nos fundamentos da análise do discurso.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

##### **OBJETIVO GERAL**

Avaliar Redes de Ações e de Serviços de Saúde e os efeitos da Integração EnsinoSaúde no contexto do Sistema Único de Saúde.

##### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Desenvolver, de forma participativa e adequada às especificidades locoregionais, uma matriz de avaliação das redes integradas de saúde bucal do Sistema Único de Saúde e que considere as dimensões de governança, de logística e de cuidado, em Porto Alegre/RS e Sapucaia do Sul/RS.
- Analisar opiniões e concepções de interlocutores privilegiados que atuam nas diferentes dimensões de governança, de logística e de cuidado, sobre as redes integradas de saúde bucal do Sistema Único de Saúde, em Porto Alegre/RS.
- Analisar as concepções sobre os processos de integração ensino-serviço na saúde bucal e seus efeitos sobre as redes integradas de saúde bucal dos componentes da Educação Permanente em Saúde ensino, serviço, gestão e controle em Porto Alegre/RS.
- Avaliar variações (sinérgicas ou divergentes) dos efeitos dos processos de integração ensino e serviço segundo as diferentes realidades loco-regionais das redes integradas de saúde bucal do Sistema Único de Saúde, em Porto Alegre/RS.
- Compreender os efeitos da Integração Ensino-Saúde no Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção Primária em Saúde no Município de Porto Alegre/RS.
- Compreender os efeitos da Integração Ensino-Saúde no Estágio de Desenvolvimento da Rede de Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde no Município de Porto Alegre/RS.

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.644.589

- Compreender os efeitos da Integração Ensino-Saúde no Estágio de Desenvolvimento da Rede de Atenção primária do Sistema Único de Saúde no Município de Sapucaia do Sul/RS.
- Compreender os efeitos da Integração Ensino-Saúde no Estágio de Desenvolvimento das Redes de Saúde a partir das dimensões das Redes de Saúde segundo Mendes (2011) população, APS, pontos secundários e terciários, sistemas de apoio e logísticos e governança.
- Descrever processos de Integração Ensino-Saúde e de Educação Permanente em Saúde desenvolvidos nas Redes de Saúde do Sistema Único de Saúde cenários do estudo.
- Aplicar o instrumento de diagnóstico do estágio de desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde Bucal do Sistema Único de Saúde no município de Porto Alegre.
- Compreender de que modo os processos de planejamento utilizam a Integração Ensino-Saúde enquanto estratégias de gestão das Redes de Atenção à Saúde do Sistema Único de Saúde nos cenários do estudo.
- Desenvolver uma matriz de avaliação de Integração Ensino-Saúde que incorpore as dimensões do Estágio de Desenvolvimento das Redes de Saúde.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Conforme os autores da pesquisa:

##### Riscos:

Referem-se às possibilidades de reconhecimento e visibilidade dos participantes e realidades estudadas, às implicações dos trabalhadores em possíveis críticas em relação ao seu trabalho e à situações de possíveis constrangimentos.

##### Benefícios:

- 1) Apresentar evidências científicas sobre processos de avaliação de redes de saúde e de ensino que articulem abordagens quantitativas e qualitativas.
- 2) Criar instrumentos integrados para a avaliação de redes de saúde e ensino.
- 3) Descrever potencialidades e desafios ainda presentes nas experiências de integração ensino serviço para a composição das redes de saúde bucal.
- 4) Produção e apresentação de relatórios técnicos com os resultados encontrados apoiando a organização de processos de gestão das políticas de saúde em direção à constituição de redes.
- 5) Publicar artigos em periódicos indexados em bases bibliográficas nacionais e internacionais e apresentar trabalhos relacionados ao tema em eventos relevantes.
- 6) Promover a interação entre docentes, pesquisadores, estudantes de iniciação científica,

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.644.589

mestrado e doutorado com os gestores e trabalhadores dos serviços de saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisador responsável: Cristine Maria Warmling

Equipe de pesquisa: Julio Baldisserotto, Vanessa, Fabiana Schneider Pires, CAROLINE KONZGEN BARWALDT, Claudia Flemming Colussi, ERIKA BARBARA ABREU FONSECA THOMAZ, Ramona Fernanda Ceriotti Toassi, Ananyr Porto Fajardo, BIANCA GIOVANNA MENNA RUIZ DIAZ, KAREN LAIS PREDIGER, Leonardo Rodrigues Piovesan

Tipo de estudo: mestrado profissional

Instituição Proponente: UFRGS

Local de realização: o: Rede de Atenção Primária à Saúde e a Rede de Atenção à Saúde Bucal no município de Porto Alegre/RS, assim como a Rede de Atenção Primária à Saúde no município de Sapucaia do Sul/RS - 1. equipes básicas e auxiliares de saúde da atenção primária (médico, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, técnicos de enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde); 2. profissionais de saúde coordenadores das Unidades de Saúde; 3. equipes de saúde bucal da atenção primária ( cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal); 4. equipes dos centros de especialidades odontológicas (cirurgiões-dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal); 5. estudantes que estejam desenvolvendo percursos formativos nos cenários do estudo ; 6. professores vinculados as atividades de ensino 7. usuários; 8. gestores da saúde, do ensino e da Integração Ensino-Serviço.

Número de Participantes: 320

TCLE: sim

Data de término do estudo: 05/10/2018

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios solicitados pelo CEP SMSPA estão presentes.

**Recomendações:**

O CEP SMSPA recomenda que sejam apresentados, após o término do estudo os resultados as equipes participantes como forma de retorno científico.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após a avaliação ética não foram verificadas pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA

Continuação do Parecer: 2.644.589

de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes do início da mesma.

Apresentar relatórios semestrais do CEP SMSPA.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	19/12/2017 16:05:08	Cristine Maria Warmling	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	19/12/2017 16:03:53	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	RESPOSTAPARECER.pdf	19/12/2017 16:03:00	Cristine Maria Warmling	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	UNIVERSALOFICIAL.pdf	19/12/2017 16:01:23	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	PARECER.pdf	09/11/2017 17:13:53	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	apendice4.pdf	09/11/2017 17:12:01	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	Apendice3.pdf	09/11/2017 17:09:10	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	apendice2.pdf	09/11/2017 17:07:41	Cristine Maria Warmling	Aceito
Outros	apendice1.pdf	09/11/2017 17:06:31	Cristine Maria Warmling	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	assentimentos.pdf	09/11/2017 17:01:28	Cristine Maria Warmling	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
 Bairro: Centro Histórico CEP: 90.010-040  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3289-5517 Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.644.589

PORTO ALEGRE, 09 de Maio de 2018

---

**Assinado por:**  
**Thais Schossler**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 7º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com

