



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

GAUSSIANNE DE OLIVEIRA CAMPELO

**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REVELANDO
SENTIDOS DOS PROFISSIONAIS EGRESSOS**

SOBRAL – CEARÁ
2015

GAUSSIANNE DE OLIVEIRA CAMPELO

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REVELANDO
SENTIDOS DOS PROFISSIONAIS EGRESSOS

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – *Campus* Sobral-CE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de Concentração: Interdisciplinar / Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e desenvolvimento profissional em Saúde da Família.

Orientadora:

Prof^a. Dr^a. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas

SOBRAL-CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

-
- C196r Campelo, Gaussianne de Oliveira.
 A residência multiprofissional em Saúde da Família: revelando sentidos dos profissionais egressos. / Gaussianne de Oliveira Campelo. – 2015.
 137 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2015.
- Área de Concentração: Saúde da Família.
 Orientação: Profa. Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas.
1. Atenção primária em saúde. 2. Internato e residência. 3. Educação em saúde. I. Título.

CDD 610.711

GAUSSIANNE DE OLIVEIRA CAMPELO

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REVELANDO
SENTIDOS DOS PROFISSIONAIS EGRESSOS


Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – *Campus Sobral-CE*, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Área de Concentração: Interdisciplinar / Saúde da Família.

Linha de Pesquisa: Estratégias de Educação Permanente e desenvolvimento profissional em Saúde da Família.

Aprovada em: 25 de Junho de 2015.

BANCA EXAMINADORA



Prof^a Dr^a Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Orientadora

Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Examinador - Externo

Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira
Universidade Federal do Ceará – UFC
Examinador

Prof^a Dr^a Maristela Inês Osawa Chagas
Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Examinadora - Suplente

*Dedico este trabalho aos meus
Avós Pedro Nunes [in memoriam] e Maria Lima.
E aos meus Pais
Antônio José [in memoriam] e Lindalva Maria,
Que um dia, eu ainda pequena, me mostraram o céu
E desde cedo me encorajaram a voar!*

AGRADECIMENTOS

“Porque uma andorinha só não faz verão”

Ao Senhor DEUS, por me dá forças e me sustentar em seus braços quando me debatia e fraquejava. *“Obrigada, Meu DEUS, por tuas bênçãos em minha vida”!*

A minha mãe, Dona Lindalva, que sempre é minha fonte de inspiração! Seu apoio e amor incondicionais me acompanham em cada novo desafio! *“Segurar sua mão sempre me deu coragem para vencer qualquer degrau”!*

Ao meu pai (in memoriam) e aos meus irmãos, pela torcida e por estarem juntos a mim mesmo distantes! *“Carrego vocês no meu coração”!*

À minha orientadora, Prof^a Cibelly Aliny, que me acolheu e adotou meu projeto de pesquisa tão tímido. Agradeço as palavras de conforto, o carinho com que me conduziu e a meiguice com que me guiou neste voo.

Às minhas amigas: Rebeca, por acreditar que eu conseguiria e por renovar minha confiança, Anielle, pelo apoio na reta final do mestrado tornando minha vida mais leve, Rafaella, por dividir as angústias da mudança para São Luís-MA, e Elis pela moradia em Sobral-CE.

Às amigas que fiz no MASF: Rafaela, Roberta, Sara e Heluana! Agradeço todo o apoio nos momentos difíceis que passei em Sobral, a acolhida e o carinho com que cuidaram de mim! Sempre me lembro de nossas viagens a Fortaleza e nossas rodas terapêuticas! *“Saudades demais de vocês”!*

A Taís Moura, preceptora da IV Turma da RMSFC/UESPI, por facilitar as entrevistas com os ex-residentes. *“Sua ajuda foi fundamental”!*

Aos amigos que fiz na RMSFC/UESPI: minha equipe, Elaine, Rose, Luci, Rita e Lidiane e nossos mentores Carlinha, Helifrancis, Léo Sales e Téo, por

despertarem em mim a paixão pela Saúde Pública e a esperança de um SUS melhor. *“Sigamos todos em Defesa do SUS! Em Defesa da Vida”!*

Aos professores do MASF, em especial ao prof. Geison, que desde as Políticas Públicas tem sido um grande incentivador da busca pelo conhecimento, à prof^a Mariestela, por representar a luta pelo fortalecimento das RMSF, à prof^a Eliany, que me apresentou os caminhos da pesquisa qualitativa. E, ao prof. Reginaldo, por aceitar o convite como examinador externo.

Aos meus ex-alunos, atualmente colegas de profissão, que me incentivaram na busca por qualificação e também ajudaram a me descobrir professora. Especialmente àqueles que se tornaram amigos e parceiros de publicações: Dayanne, Jefferson, Gabriela e Jessyca.

Aos profissionais que se dispuseram a participar. *“Essa pesquisa não teria decolado sem vocês”!*

À coordenação e secretaria do MASF, por sempre ouvirem e buscarem soluções às minhas demandas.

À Fundação Cearense de Apoio a Pesquisa (FUNCAP) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela concessão da bolsa de estudo, cada uma a seu tempo e com sua história!

“Precisamos dar um sentido humano às nossas construções. E, quando o amor ao dinheiro, ao sucesso nos estiver deixando cegos, saibamos fazer pausas para olhar os lírios do campo e as aves do céu”.

Erico Veríssimo

“O erro do intelectual consiste em acreditar que se possa saber sem compreender e principalmente sem sentir”.

Gramsci

RESUMO

Está assegurado na Constituição Federal o papel do SUS como ordenador da formação de trabalhadores da saúde, o que fez surgir uma crescente preocupação com o ensino na saúde, pois deve ser pautado nos princípios do SUS. Dessa forma, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, tem investido em diversos programas que visam à reorientação da formação e as Residências Multiprofissionais em Saúde, constituindo um avanço no ensino na saúde. Dentre essas, as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família tem o desafio de preparar profissionais para atuarem na Atenção Primária à Saúde. Por isso, o objetivo geral desta pesquisa foi: analisar o sentido das práticas do profissional egresso do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí (RMSFC/UESPI); apresentando como objetivos específicos: conhecer a trajetória acadêmica e profissional deste egresso; investigar a utilização prática dos conceitos apreendidos durante a Residência; identificar o sentido das ações desenvolvidas por este egresso no seu ambiente de trabalho, bem como suas contribuições para a reorientação das práticas em saúde. Para tal, adotou-se a metodologia qualitativa, de caráter exploratório e descritivo, fundamentado no referencial teórico-metodológico das “práticas discursivas e produção de sentidos”, desenvolvido por Spink e colaboradores. Foram entrevistados quinze profissionais egressos das primeiras turmas da RMSFC/UESPI. Os participantes, todos do gênero feminino, apresentaram média de idade de 29,9 anos e média de 6,3 anos de conclusão do curso superior. As respostas foram organizadas em Mapas e, a partir das lembranças da RMSFC/UESPI, se construíram as árvores de associação. Deste material, emergiram três categorias de análise: o sentido das práticas, o sentido da novidade e o sentido dos afetos; e três subcategorias: integralidade como inovação no cuidado; movimentos produzidos pelo trabalho em equipe multiprofissional; e, aprendendo com a comunidade – a integração ensino-serviço-comunidade. Verificou-se a integralidade como eixo norteador da nova práxis profissional dos egressos, indicando que a RMSFC/UESPI ampliou o olhar dos profissionais, trazendo os variados sentidos que esse termo possui. O trabalho em equipe e a integração com a comunidade foram pontos muito

lembrados pelos egressos, carregados de sentimentos positivos, apontando para que mais ênfase seja dada a essas ferramentas pedagógicas, consideradas “padrão-ouro” para a formação de profissionais da saúde, visando o comprometimento com o acolhimento e a resolutividade das demandas de saúde da população. Ao se constatar que os egressos estão espalhados pela Rede de Atenção à Saúde, observou-se as tentativas em adaptar o conteúdo teórico-prático apreendido durante a Residência às novas condições de trabalho. Como um “divisor de águas”, a RMSFC/UESPI despertou sentimentos, mexeu com os sentidos e gerou um terreno fértil para que aconteça a invenção de novas formas de cuidado, amparadas pela integralidade da assistência, pelo respeito à autonomia dos sujeitos e pelo vínculo interpessoal.

PALAVRAS-CHAVE: Educação em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Internato e Residência.

ABSTRACT

The Federal Constitution ensures SUS (Unified Health System) as the regulator in the education of health professionals, which gave rise to ever-increasing attention to training in the area, for it must be in accordance with the principles established by the system. So, the Ministry of Health, in a partnership with the Ministry of Education, has invested in many programs aiming at the redirection of education, where Multidisciplinary Residency poses as a major improvement. Among these, Multidisciplinary Residency in the Family Health Program is challenged to prepare professionals to act in Basic Health Care. Thus, this research seeks to analyze practices of professionals coming from the Multidisciplinary Residency in Family and Community Health Program of the State University of Piauí (RMSFC/UESPI), presenting the following specific objectives: to know their academic and professional background; to investigate the practical use of the concepts learnt during Residency; to identify the aim of actions developed by these professionals in the workplace, as well as their contributions for redirecting health care practices. For such, this study adopted an exploratory-descriptive qualitative methodology, which is based on the methodological references of the “discursive practices and the production of meaning”, designed by Spink and collaborators. The study interviewed fifteen professionals egressed from the first groups of RMSFC/UESPI. The participants, all of which were females, aged on average 29.9 years old and had finished college on average 6.3 years before. The data were organized on Maps and the trees of association were built from the recollections of RMSFC/UESPI. This material brought to light the categories of analysis: the sense of practices, the sense of novelty and the sense of affection; and three subcategories: integrality as innovation in health care; movement caused by multiprofessional team work and learning with the community – the education-service-community integration. Integrality is seen as the main guideline to their new professional practices, indicating RMSFC/UESPI has enhanced professionals’ perception, bringing up all the meanings that the word carries. Factors like team work and integration with the community were constantly recalled by the professionals and were frequently followed by positive feelings, indicating that more emphasis must be given to these pedagogical tools, which are

considered “gold standard” for the formation of health care professionals, aiming at the commitment with care and resoluteness of the people’s demands for health. When the study found that the egressed professionals were scattered all over the Health Care Network, it observed the attempts to adapt theoretical and practical content learnt during Residency to the new work conditions. Like a milestone, RMSFC/UESPI stirred feelings and paved the way for the advent of new ways of care, backed by integrality in assistance, respect to individuals’ autonomy and by interpersonal relationships.

KEY-WORDS: Health Education; Primary health Care; Internship and Residency.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
GEC	Grupo de Encontro por Categoria
GEM	Grupo de Encontro Multiprofissional
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
Pró-Saúde	Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
RMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
SGETES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SNRMS	Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UESPI	Universidade Estadual do Piauí

LISTA DE FIGURAS

- Figura 01: Árvore de Andorinha
- Figura 02: Árvore de Sabiá
- Figura 03: Árvore de Beija-flor
- Figura 04: Árvore de Arara
- Figura 05: Árvore de Pardal
- Figura 06: Árvore de Papagaio
- Figura 07: Árvore de Guará
- Figura 08: Árvore de Canário
- Figura 09: Árvore de Asa Branca
- Figura 10: Árvore de Jaçanã
- Figura 11: Árvore de Garça
- Figura 12: Árvore de Periquito
- Figura 13: Árvore de Juriti
- Figura 14: Árvore de Coruja
- Figura 15: Árvore de Bem-te-vi

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO – ABRINDO AS ASAS AO NOVO	15
1.1 Aproximação com o objeto de estudo	15
1.2 Contextualização do objeto de estudo e sua relevância	18
2. OBJETIVOS	24
3. REFERENCIAL TEÓRICO – VENTOS QUE IMPULSIONARAM O VÔO	25
3.1 Política de formação de recursos humanos para a saúde	25
3.2 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	30
3.3 As Residências Multiprofissionais em Saúde e sua formação para a Atenção Primária à Saúde	34
4. PERCURSO METODOLÓGICO – A PREPARAÇÃO PARA O VÔO..	44
4.1 Referencial teórico-metodológico	44
4.2 Tipologia e Abordagem do Estudo	46
4.3 Cenário do Estudo	47
4.4 Sujeitos do Estudo	49
4.5 Procedimentos para Coleta das Informações	50
4.6 Procedimentos para Análise das Informações	51
4.7 Aspectos Éticos do Estudo	53
5. ESCUTANDO O CANTO DAS AVES, RECONHECENDO O BANDO	54
5.1 Conhecendo as Aves	54
5.2 Apresentando as Árvores	57
5.3 As Categorias de Análise – Tudo pronto para decolar	65
6. DISCUSSÃO – OS SENTIDOS PARA VOAR	66
6.1 O Sentido das Práticas	66
6.1.1 <i>Integralidade como Inovação no Cuidado</i>	69
6.1.2 <i>Movimentos produzidos pelo Trabalho em Equipe Multiprofissional</i>	74
6.1.3 <i>Aprendendo com a comunidade: a integração ensino-serviço-Comunidade</i>	84
6.2 O Sentido da Novidade	88
6.2.1 <i>Integralidade como Inovação no Cuidado</i>	90

6.2.2 Movimentos produzidos pelo Trabalho em Equipe	
<i>Multiprofissional</i>	94
6.2.3 Aprendendo com a comunidade: a integração ensino-serviço-	
<i>Comunidade</i>	97
6.3 O Sentido dos Afetos	100
6.3.1 Momento terapêutico da Roda	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS – BATEU ASAS E VOOU!	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	116
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido	130
APÊNDICE B – Roteiro da Entrevista	132
APÊNDICE C – Mapas	133
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	136

1 INTRODUÇÃO – ABRINDO AS ASAS AO NOVO

*“Uma vez que você tenha experimentado voar, você andar^á
pela terra com seus olhos voltados para o céu, pois lá você
esteve e para lá você desejará voltar”.*

Leonardo Da Vinci

1.1 Aproximação com o objeto de estudo

O Sistema Único de Saúde (SUS) passou a fazer sentido em minha vida em 2008, quando, recém-formada, ingressei na I Turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) no Estado do Piauí. Atraída, inicialmente, pela remuneração da bolsa dos residentes e pela oportunidade de continuar na cidade natal, enquanto muitos colegas começavam a se dispersar, eu não fazia ideia do que me aguardava. Logo nos primeiros meses, imergi em uma densa teoria da Saúde Coletiva, temas e termos nunca vistos passaram a fazer parte do meu dia a dia, como: Educação Popular, Educação Permanente, Promoção da Saúde, Clínica Ampliada, dentre outros. Ao mesmo tempo, vivenciei com minha equipe o processo (árduo) de territorialização: foram três meses de caminhadas sob o sol escaldante de Teresina-PI, no período de setembro a novembro, ou seja, nos meses de clima mais seco e de altas temperaturas, naquela cidade reconhecida como “Filha do Sol do Equador”.

Depois desse “choque”, passei a viver em um novo mundo: uma nova forma de fazer saúde e de promover o cuidado. Aprendi a trabalhar em equipe multiprofissional e da maneira mais inter e transdisciplinar possível, a defender o SUS e a Estratégia Saúde da Família. Participei do Controle Social, das Rodas da Gestão e da Comissão de Integração Ensino-Serviço-Comunidade; fiz cursos de Terapia Comunitária e Biodança, técnicas que nem sonhei em conhecer um dia, mas que se integraram ao meu trabalho com o objetivo de melhorar a saúde da comunidade que estava sob a minha responsabilidade. É importante ressaltar que tudo era decidido, planejado e realizado com outros profissionais, de categorias distintas da minha. Enfim, foram dois anos de aprendizados significativos, que redirecionaram minha vida acadêmica e profissional. Aquela fisioterapeuta,

formada em ambiente ambulatorial e hospitalar, trazendo na maleta apenas ferramentas duras e milhares de técnicas, que sonhava em trabalhar numa clínica totalmente climatizada e atender somente pacientes particulares com hora marcada, não existia mais.

Próximo ao término da Residência, percebi que nem todos os colegas haviam sido transformados como eu fui, e observei algumas limitações na oferta das vivências. Éramos três modelos de Residência dentro de umas só, três equipes que trabalhavam independentes, o que faz sentido, uma vez que os territórios eram diferentes, mas sob lógicas distintas também.

Diante desse contexto, meu trabalho de conclusão de curso teve como finalidade analisar as ações realizadas pelos residentes do programa da RMSFC/UESPI à luz dos conceitos de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e investigar suas concepções sobre esses dois conceitos. O resultado foi o que eu esperava: os conceitos não foram assimilados uniformemente e isso se refletiu nas ações desenvolvidas por cada equipe. Ainda foi possível constatar as confluências e divergências entre os conceitos, presenciar, nas respostas dos residentes, o diálogo intermitente entre promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como verificar as concepções que guiavam as ações de cada equipe.

Esse fato me inquietava bastante, pois eu me questionava sobre os sentidos que a RMSFC produziu naqueles jovens profissionais e o quanto a aprendizagem foi realmente significativa. Na verdade, eu queria que todo profissional da saúde tivesse a oportunidade de vivenciar a Residência tal qual ela foi para mim. Entretanto, reconheço a impossibilidade desse sonho. Mesmo assim, creio que seja viável minimizar os efeitos dissonantes que podem criar diferentes aprendizados dentro de um único cenário de aprendizagem (pensando na Residência como cenário e não nos territórios). Pode soar ingenuidade, contudo, não deixo de defender a ideia de que o potencial de (trans)formação das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF) deve atingir todos os sujeitos envolvidos, produzir rupturas e disparar processos de mudança, bem como formar profissionais para a Atenção Primária, a fim de que os mesmos atuem na Estratégia Saúde da Família ou nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Infelizmente, ao egressar da Residência, não me inseri imediatamente no mercado de trabalho, e quando isso aconteceu, não fui para a assistência. Em 2011, a correnteza da vida me arrastou para a docência superior e, por dois anos, fui professora substituta no Curso de Fisioterapia de uma universidade pública. Nesse período, lecionei as disciplinas de Saúde Pública, Fisioterapia na Saúde da Família, e Fisioterapia Preventiva, além de ser supervisora no Estágio em Fisioterapia Comunitária. Procurei trabalhar com os alunos os conceitos aprendidos durante a Residência, fazê-los experienciar práticas semelhantes e, principalmente, tentei que eles se apaixonassem pela Atenção Primária. Trabalho penoso em meio ao “engessamento” curricular, que prioriza a atenção secundária e terciária (detentoras de maior carga horária), e ao apelo cultural e financeiro que o hospital exerce sobre os estudantes da área de saúde. Muitas vezes, exultava quando um aluno dizia que seguiria na Saúde Pública, em especial na Atenção Primária; outras vezes, me senti desmotivada, quando ouvia alguém dizer que não gostava de estudar o “SUS” – princípios, conceitos e políticas. Porém, o labor intenso de cada dia levou ao reconhecimento de três turmas, que me homenagearam como Mestre Amiga.

O gosto pela docência ganhou força e logo veio desejo de cursar um mestrado. Enquanto residente, ouvi falar da experiência de Sobral-CE, o berço, por assim dizer, do Saúde da Família, inclusive, o modelo de Residência que cursei, teve por inspiração a Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral, mais antiga e reconhecida nacionalmente.

Então, não haveria caminho mais óbvio para mim que não fosse o Mestrado Acadêmico em Saúde da Família nessa cidade. Trouxe na bagagem aquela inquietação com o perfil do profissional que a RMSFC em Teresina-PI estava formando e a inserção social deste egresso, o qual apresento como objeto de estudo. Como uma ave faz com seus filhotes, minha orientadora deu asas a minha ideia, me ensinou a direção do vento e juntas voamos no céu de possibilidades, expectativas, incertezas e todo um leque de sensações que a RMSFC provocou, intencionalmente ou não, em quem por ela passou.

É importante destacar que essa primeira aproximação foi descrita enquanto me dedicava exclusivamente ao Mestrado. Morava em Sobral-CE, vivendo as dores e delícias de ser uma estudante morando longe de casa, e recebia apoio

como bolsista, ora da FUNCAP, ora da CAPES. Decidi mantê-lo para me lembrar desse passado recente em minha vida. Não fui firme o suficiente para me manter imune às pressões do capital e aos ideais de sucesso da sociedade moderna e líquida. Do local em que estou hoje, ao finalizar a pesquisa que teve início em um ambiente perfeito, o que escrevo soa contraditório, me sinto alvo das minhas próprias críticas, refém das minhas palavras, traindo minhas crenças e concepções. Em setembro de 2014, assumi um concurso público para o cargo de fisioterapeuta no Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, tendo passado o arroubo da aprovação, convocação e mudança de cidade, me vi imergindo em um vazio existencial, no qual não me reconhecia mais. Como se não bastasse o tal almejado concurso público me levar para a área hospitalar, fui arremessada no ambiente mais duro e frio do hospital, onde a frieza térmica se confunde com a frieza das relações, onde o cheiro da morte se torna tão comum quanto o da lavanda, onde a complexidade tecnológica é desculpa para a arrogância e a prepotência.

Enfim, atualmente, trabalho na Unidade de Terapia Intensiva. Finalizar esta dissertação foi penoso para mim... Relembrar toda minha formação voltada a Atenção Básica e ver o quanto estou distante por muitas vezes trouxe lágrimas ao meu rosto. No entanto, essa experiência abrandou minhas críticas. Partilhar desse sentimento me ajudou a entender as escolhas (se é que são escolhas) dos meus colegas e quase sempre me enxerguei nos depoimentos, ora permeados por boas lembranças do tempo vivido na RMSFC, ora carregados de angústias.

Convido-os à leitura desta dissertação, que apresenta muito mais que os resultados da minha pesquisa bibliográfica e empírica, trata-se de um fruto híbrido das minhas experiências acadêmicas e de trabalho na docência e na assistência.

“Eu olho para a Residência como um pássaro com a asa quebrada olha para o céu”. Gaussianne, ex-residente.

1.2 Contextualização do objeto de estudo e sua relevância

Desde a promulgação da Constituição Federal, é papel do SUS ordenar a formação dos profissionais para atuarem nessa área, de tal modo que se verificou

uma evolução nas Políticas Públicas de Saúde, seguida da preocupação com o ensino na saúde. Pois, considera-se a educação como um potente instrumento para transformação das práticas em saúde, uma vez que é ela a responsável por constituir novos perfis profissionais, pautados na integralidade do cuidado, na equidade do acesso e demais princípios do SUS.

Com este embasamento, Ceccim e Feuerwerker (2004b) entendem que as instituições de ensino não podem se posicionar de forma independente ou arreada às políticas públicas de saúde ou se isolar do contexto social, para o qual estão formando novos profissionais.

Tendo em vista que produzir mudanças na graduação é um árduo e vagaroso trabalho que se encontra em processo de evolução, uma vez que se enfrenta o engessamento dos currículos hegemônicos e a autonomia das universidades, a solução mais rápida para formar profissionais aptos a atuarem em consenso com o novo modelo de atenção à saúde é apostar na pós-graduação *lato sensu*.

Dessa forma, o Ministério da Saúde vem investindo, desde o ano de 2000, em cursos de especialização e residências multiprofissionais em saúde da família, além de outras modalidades de formação em serviço. Essa é uma tática do governo para fortalecer a Estratégia Saúde da Família (ESF) como norteadora da reorganização dos serviços de saúde no Brasil (GIL, 2005). Contudo, não se deve negar os constantes esforços ministeriais para operacionalizar as mudanças na graduação.

Antes mesmo do início da regulamentação das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) e por área profissional, através da Lei nº 11.129/2005, foi ampliada a oferta de cursos na modalidade de residência e, só no ano de 2002, foram criadas 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família (RMSF). Nessa Lei, a Residência é definida como um programa de cooperação intersetorial, que visa à inserção de jovens profissionais em áreas prioritárias do SUS, desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e sob a supervisão docente-assistencial. A partir de então, também se estabeleceu o financiamento regular do Ministério da Saúde para os programas de RMS e o investimento na sua potencialidade pedagógica em gerar as esperadas mudanças

no modelo de atenção à saúde e a consolidação do SUS (BRASIL, 2005; 2006b; ROSA; LOPES, 2009).

O relato das experiências referentes às Residências Multiprofissionais em Saúde da Família de Sobral-CE, de Salvador-BA, de São Paulo-SP (vinculada à Faculdade Santa Marcelina), de Botucatu-SP, de Juiz de Fora-MG, dentre outras, demonstra a função desses programas na provisão de trabalhadores qualificados para a atuação na lógica da Atenção Primária à Saúde, porquanto a maioria dos egressos destas residências tem se inserido nas equipes de Saúde da Família e/ou contribuído no processo de implantação e fortalecimento da ESF (BRASIL, 2006b).

No entanto, Gil (2005) enfatiza que é imprescindível avaliar as propostas e os resultados dos cursos (especializações e residências), explicitando se os mesmos estão ajustados à Política Nacional de Atenção Básica e formando profissionais qualificados para o trabalho em conexão com os princípios da ESF. Somente dessa forma, será possível difundir as experiências exitosas, corrigir as deficiências e contribuir significativamente para a reorientação do modelo assistencial com novidade na produção do cuidado.

Além disso, Leão e Caldeira (2011) identificaram importantes lacunas teóricas acerca das implicações dos programas de RMSF nos serviços de saúde. E Carvalho, Lima e Baduy (2006) propõem a realização de pesquisas visando ao acompanhamento da inserção e do desempenho dos egressos da RMSF nos serviços de saúde.

De acordo com Dallegrave e Ceccim (2013), as Residências em Saúde são um tema emergente nas pesquisas *stricto sensu* e com tendências de aumento, observando um incremento de 2007 a 2010, como reflexo das regulamentações ocorridas a partir de 2005 e o desenvolvimento de uma Política Nacional de Educação Permanente. Porém, Silva (2014) ressalta que destes estudos poucos investigaram os egressos.

Conforme Dias, Lima e Teixeira (2013), os principais eixos da política de educação permanente em saúde são a integração ensino-serviço, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS), a integralidade como princípio reorientador no processo de formação e reformulação dos cursos da saúde, baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais. Então, após verificar como esses eixos estão

presentes nas publicações dos últimos dez anos, foi possível avaliar o cenário da produção científica sobre o tema, sendo visível uma lacuna para novas pesquisas que investiguem as experiências de formação multiprofissional, com o intuito de compreender como ocorre o processo e quais são os resultados do trabalho em equipe.

Como se pode verificar, ainda são incipientes as pesquisas sobre o potencial das residências multiprofissionais em saúde da família (RMSF) para operar transformação nas práticas de saúde, principalmente quando se questiona a formação para o trabalho em equipe multiprofissional, para além da equipe mínima. Portanto, novas pesquisas são essenciais para elucidar as interrogações acerca, por exemplo, do impacto desses programas de RMSF sobre a reorientação do modelo assistencial, a partir da avaliação das práticas de saúde dos seus egressos; outras pesquisas que apontem como o trabalho em equipe, efetivado no serviço por profissionais (re)formados pela RMSF, pode se reverter em benefícios no cuidado à população; e ainda outras que indiquem quais as ferramentas da RMSF que possuem maior potencial para promover a mudança nas práticas dos profissionais de saúde.

Segundo Mclaughlin e Jordan (2010), todo programa se refere a uma intervenção sistemática, dirigida a um grupo amplo de pessoas, planejada para promover mudanças sociais, educacionais ou em saúde. E a avaliação de programas, de acordo com Posavac e Carey (2003), constitui-se como um conjunto de métodos e ferramentas para determinar se um serviço é: (i) necessário e utilizável; (ii) oferecido de maneira suficientemente intensiva para suprir as necessidades que tenham sido identificadas como não supridas; (iii) oferecido como planejado; e (iv) efetivamente atende às pessoas, dentro de um custo razoável.

Ao se considerar os estudos avaliativos, Wholey, Hatry e NewComer (2004) apontam que a avaliação, após a conclusão do projeto, tem a finalidade de evidenciar o impacto do programa. A avaliação de impacto tem como foco central as mudanças quantitativas e qualitativas, decorrentes de intervenções de um programa sobre a vida de determinada população.

Ainda que esta pesquisa não seja avaliativa, vale ressaltar que o processo de avaliar projetos e programas deveria ser contínuo ou permanente, para assim

fornecer informações sobre os resultados, principalmente se os objetivos estão sendo alcançados, e embasamento para estratégias futuras. Apenas dessa maneira é possível aumentar a pertinência, a eficiência e a eficácia das atividades de saúde, além de evitar gasto social ineficiente e desperdício de recursos (HARTZ *apud* MACIEL *et al.* 2010).

Ante esses dados, torna-se indispensável avaliar o real impacto da Residência Multiprofissional, especialmente aquelas em Saúde da Família e Comunidade, sobre o cotidiano do trabalho dos profissionais egressos de tais programas de pós-graduação. Uma vez que há financiamento direto do Ministério da Saúde, por meio da concessão de bolsas aos residentes através do Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho (Lei nº 11.129/2005), é importante viabilizar o acesso à comunidade científica e ao controle social de informações acerca dos resultados desse investimento público.

Ao se questionar sobre qual é a contribuição concreta das RMSF para a formação, Feuerwerker (2009) já afirmou que a relevância do trabalho vivo em ato e das tecnologias leves para o trabalho em saúde justificam o interesse por esta modalidade de ensino-aprendizagem, pois a especialização pelo trabalho pode contribuir para a inovação das práticas em saúde e tem como componente essencial o encontro entre as profissões, defendendo assim a importância de que a Residência Multiprofissional esteja legalmente garantida e normatizada, para que a formação não seja capturada por interesses outros que não os do sistema de saúde. A autora ainda alerta para o fato de que há iniciativas interessantes, experiências inovadoras, mas também captura e repetição.

Convém, portanto, investigar nos cenários de prática se a inovação está ocorrendo. Inovação na área da saúde entendida como implementação de processos, produtos ou procedimentos novos, destinados a produzir benefícios significativos para indivíduos, grupos ou à comunidade em geral, que podem envolver ações de promoção e prevenção, processos de organização do trabalho ou estratégias que buscam no cotidiano e na realidade do trabalho fazer viável o funcionamento de um programa ou de uma política (OPAS, 2011).

Para tal, faz-se necessário conhecer onde e como estão inseridos no mercado de trabalho os egressos dos programas de RMSF, se estão produzindo novidades no cuidado à saúde da população e aplicando no seu trabalho os

conceitos apreendidos durante a Residência. Dessa forma, também será possível identificar as dificuldades e as potencialidades desta modalidade de formação, conhecer suas fragilidades e compreender suas consequências para a vida do profissional, para a comunidade e para o próprio sistema de saúde.

Acrescenta-se que, por se tratar de uma modalidade de formação que preconiza a aprendizagem significativa, sendo essa caracterizada pela subjetividade e singularidade do processo de ensino-aprendizagem, é coerente a busca por apreender os sentidos que essa formação produz nos sujeitos. Uma vez que o sentido “é uma construção social, por meio do qual as pessoas constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta” (SPINK; MEDRADO, 2000, p. 41), espera-se que novos sentidos sejam criados de acordo com as vivências na RMSF.

Partindo desses pressupostos, esta pesquisa almeja responder a seguinte questão: a RMSFC tem colaborado para a formação de um novo perfil profissional, pautado nos princípios do SUS e comprometido com o atendimento as necessidades de saúde da população?

Além do mais, pretende-se contribuir para as discussões sobre a formação de recursos humanos para o SUS e gerar espaço para reflexão acerca da efetividade das estratégias de Educação Permanente, fornecendo aos governos federal, estadual e municipal respaldo para a difusão e o fortalecimento dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, ou elementos para (re)formulações de políticas que provoquem verdadeiras mudanças no modelo de atenção à saúde. Ademais, faz-se uma ressalva à carência de uma avaliação institucional das RMSF pelo Ministério da Saúde, que, apesar de formada a comissão de avaliadores, ainda não ocorreu efetivamente até a presente data.

Como referencial teórico para subsidiar as análises, adotou-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em especial, os documentos ministeriais referentes às Residências Multiprofissionais e por Área Profissional, no tocante à regulamentação, implantação, financiamento, projetos políticos pedagógicos e perfil esperado do egresso.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o sentido das práticas do profissional egresso do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí (RMSFC/UESPI).

2.2 Objetivos específicos

- Conhecer a trajetória acadêmica e profissional deste egresso;
- Investigar a utilização prática dos conceitos apreendidos durante a Residência;
- Identificar o sentido das ações desenvolvidas por este egresso no seu ambiente de trabalho, bem como suas contribuições para a reorientação das práticas em saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA – VENTOS QUE IMPULSIONARAM O VÔO

“Mas sabendo nós, enfim, que o que dá o verdadeiro sentido ao encontro é a busca e que é preciso andar muito para alcançar o que está perto”.
José Saramago.

3.1 Política de Formação de Recursos Humanos para a Saúde

Desde o Movimento da Reforma Sanitária, têm-se proposições para a reorientação das práticas de atenção à saúde, localizando suas ações na intersetorialidade, que visem intervenções mais amplas, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde, com seus determinantes e condicionantes (PASCHE; HENNINGTON, 2006). Destacando-se uma forte tendência à superação de modelos de atenção excessivamente centrados na doença, na assistência curativa e na intervenção medicamentosa, característicos do modelo biomédico (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Contudo, suplantando o modelo tradicional e a visão reducionista do processo saúde-doença tornou-se um desafio para a Saúde Pública, exigindo grandes esforços que produzam profundas mudanças nos serviços de saúde e nas práticas sanitárias. É imprescindível somar energias para a construção de um paradigma sanitário que considere o cotidiano das pessoas e as vulnerabilidades sociais na determinação do processo saúde-doença (SILVA; SENA, 2010).

Com a implantação do Sistema Único de Saúde, várias medidas foram tomadas para induzir uma maior organização ou reorganização da porta de entrada aos serviços de saúde, considerando a Atenção Básica como porta de entrada prioritária, o que envolveu uma alteração no modelo de assistência: predomínio das ações preventivas e de promoção da saúde em detrimento das ações curativas de média e alta complexidade. Como meios para se alcançar tal resultado, desenvolveu-se as Políticas Nacionais de Atenção Primária à Saúde (APS) e de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a; 2012a).

No intuito de estabelecer um modelo para reorientação dos serviços, enquanto espaço privilegiado para as ações de promoção da saúde, o Ministério

da Saúde defende a Estratégia Saúde da Família (ESF) como prioridade da Atenção Básica. A ESF tem nas proposições da promoção de saúde elementos essenciais, como o trabalho sobre os determinantes sociais da saúde, a intersetorialidade, o empoderamento, a corresponsabilidade do processo saúde-doença e a participação social, para ultrapassar a atenção à demanda e as preocupações unicamente curativas do modelo tradicional (BRASIL, 2012a; GOYA, 2003).

Entretanto, a mudança das práticas em saúde perpassa o controle que as pessoas exercem sobre suas vidas, pois envolve escolhas e, portanto, congrega valores como desejo, conflito, ruptura, negociação, superação. O que torna lento o processo de transformação e faz com que haja acumulação ou intersecção de concepções, coexistindo práticas antigas juntamente com práticas inovadoras (SILVA; SENA, 2010).

Oliveira (2008) avalia que alguns profissionais da saúde já expressam de forma tênue nas falas e práticas a presença da necessidade de busca coletiva e integrada por qualidade de vida, “empoderamento” social e políticas públicas saudáveis. No entanto, para que haja uma transformação expandida a todos os profissionais da saúde, é fundamental rever a lógica de formação dos profissionais da saúde, no sentido de romper com o forte discurso biomédico, hospitalocêntrico e voltado para ações curativistas, para promover uma verdadeira aproximação entre os serviços de saúde e a população (HORTA *et al*, 2009).

Dessa forma, agir no ensino do campo da saúde é essencial para consolidar as transformações e ver a prática aproximar-se da teoria. Há registro de diversas tentativas para tornar o ensino em saúde mais próximo das necessidades de saúde e também para se romper com a lógica de uma formação orientada pela ciência das doenças (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Tendo em vista a complexidade que caracteriza os serviços de saúde, a formação de trabalhadores para esse setor é uma importante questão para os organismos internacionais e nacionais. Por isso, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) tem se ocupado com o assunto, pois todos os países da América Latina enfrentam desequilíbrios na disponibilidade, composição e distribuição da força de trabalho na saúde, e preconiza que os governos nacionais

devem desenvolver políticas e planos eficazes para a formação de recursos humanos para a saúde (RAMOS, 2007).

No Brasil, a preocupação com a formação de trabalhadores para o setor saúde não é exclusividade da era pós-SUS. Em 1963, na III Conferência Nacional de Saúde (CNS), se esboçou o debate sobre a interiorização de médicos e a capacitação de profissionais da saúde. Enquanto na IV CNS, em 1967, se discutiu questões referentes a esses assuntos e se pensou na formulação de uma política permanente de avaliação dos Recursos Humanos (SAYD; VIEIRA-JÚNIOR; VELANDIA, 1998).

Em 1973, representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação assinaram com a OPAS um acordo de cooperação técnica para a formação de recursos humanos em larga escala, visando impactar os serviços de saúde e apresentando como objetivos: proporcionar maior integração entre o sistema de formação e a realidade da rede assistencial, reorganizar as instituições docentes e prestadoras de serviço, e investir (por meio de bolsas de estudo e apoio financeiro) na formação docente e de pesquisa (PAIVA; PIRES-ALVES; HOCHMAN, 2008).

Em 1975, durante a V CNS debateu-se sobre uma provável articulação entre as escolas de formação e os serviços de saúde. Culminando, em 1976, na elaboração do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde, formalizando também a cooperação com a OPAS, com fins de promover maior ajuste entre a formação de recursos humanos às demandas do sistema de saúde vigente e de suprir quantitativa e qualitativamente as necessidades regionais por profissionais de saúde, resultando em fomento desde as escolas profissionalizante aos cursos de pós-graduação. Vale ressaltar que a VII CNS, realizada em 1980, teve como destaque o painel sobre “desenvolvimento de recursos humanos para os serviços básicos de saúde”, e é nessa época que surgem as primeiras propostas de mudança na graduação, como os projetos de integração docente-assistencial (projetos IDA), financiados pela OPAS e Fundação Kellogg (SAYD; VIEIRA-JÚNIOR; VELANDIA, 1998; PAIVA; PIRES-ALVES; HOCHMAN, 2008).

Depois de 1988, tem-se a premissa constitucional que coloca o SUS como ordenador da formação dos recursos humanos. Reafirmando esse princípio, a Lei

Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90) prevê a organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal, bem como a criação de Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior (BRASIL, 1990):

Art. 6º Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS:

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior. Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde - SUS, na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (BRASIL. LEI 8.080/1990).

No início da década de 1990, surge o Programa UNI (Uma Nova Iniciativa), visando principalmente desenvolver estratégias para implementar o processo de mudança na formação dos profissionais da saúde, tornando a universidade relevante para a sociedade e permeável à comunidade. A comunidade deixaria de ser agente passivo, para se transformar em protagonista do processo. Os projetos/programas IDA e UNI são os primeiros exemplos de movimento pró-mudança na graduação na área da saúde, que procuraram adequar a formação à realidade do SUS. E, em 1997, membros desses projetos fundam o movimento chamado Rede UNIDA, somando esforços para potencializar a capacidade de gerar as mudanças almejadas na formação, o desenvolvimento profissional e a consolidação do SUS (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Através do Departamento de Atenção Básica, o Ministério da Saúde implantou os Polos de Capacitação, Formação e Educação Permanente, em 1998, como estratégia para o incremento de habilidades referentes à APS, cujo objetivo era apoiar a articulação ensino-serviço em torno das necessidades de qualificação dos profissionais já inseridos nas equipes de Saúde da Família, tendo como compromisso o desenvolvimento de recursos humanos para a ESF. É assim que surgem os cursos introdutórios, porém, sua insuficiência em suprir as

demandas dos profissionais de nível superior faz emergir novas propostas. Então, a partir do ano 2000, foi dado apoio à implementação dos cursos de pós-graduação *lato sensu* (especialização e residência multiprofissional) em saúde da família (GIL, 2005).

Nessa perspectiva, as discussões na 11ª CNS (em 2000) sugeriram que os novos trabalhadores tivessem acesso à formação adequada para atuarem no novo modelo de atenção a saúde, e foi aprovado o documento: Princípios e Diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS). Ainda esse documento propõe às instituições formadoras que revisem suas estruturas curriculares, redimensionando-as para o fortalecimento do SUS (BRASIL, 2002a; 2002b).

Seguindo este propósito, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), definidas entre 2000 e 2002, apresentaram orientações quanto aos perfis dos egressos dos cursos de graduação na área da saúde, em consonância com o SUS, com o trabalho em equipe e com a atenção integral à saúde. As DCN propõem ainda que os cursos devem assegurar uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com o processo pedagógico centrado no aluno e apoiado pelo professor, que deve ter o papel de facilitador. A inovação presente nas DCN se encontra no estímulo à inserção precoce e progressiva dos acadêmicos na realidade do sistema de saúde, através de estágios no SUS (BRASIL, 2001; HADDAD *et al*, 2010).

Inclusive, as DCN para os cursos da saúde, orientam a organização dos estágios, para que os mesmos possibilitem ao acadêmico vivenciar a realidade da sua profissão, de tal forma que se configurem em estratégias de real impacto na transformação dos processos de ensino-aprendizagem, uma vez que introduz os futuros profissionais nos serviços de saúde, ou seja, no mundo onde o conhecimento se materializa em produção do cuidado (SILVA; DA ROS, 2007; WERNECK *et al*, 2010).

Em 2003, com a criação do Departamento da Educação na Saúde (DEGES) vinculado à Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGETS), tem-se o primeiro passo em direção à construção de uma política nacional de educação na saúde (BRASIL, 2004).

Em maio do mesmo ano, a DEGES promoveu o Seminário de Incentivos às Mudanças na Graduação das Carreiras da Saúde, ocorrido em Brasília, apresentando as seguintes falhas no ensino da saúde: a) formação tradicional, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando a formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas; b) formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural das pessoas; c) profissionais que se mostram incapazes de lidar com questões complexas como a dificuldade de adesão ao tratamento, a autonomia no cuidado, a educação em saúde, o sofrimento a dor, o enfrentamento de perdas e da morte, o direito das pessoas à saúde e à informação ou a necessidade de ampliar a autonomia das pessoas, desenvolver práticas de prevenção e promoção à saúde; e d) a teoria é abordada antes da prática no intuito de preparar os estudantes para a aplicação dos conteúdos nos campos de estágios e, futuramente, na sua vida profissional (BRASIL, 2003).

Neste Seminário foram feitas proposições para melhoria na formação dos recursos humanos para o SUS, entretanto, transcorreram-se mais de dez anos e ainda não se sistematizou algo concreto que se configure verdadeiramente como uma política nacional para formação de profissionais para a saúde. O que se tem, atualmente nessa área, será discutido no próximo tópico.

3.2 Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

A 12ª CNS indicou a formulação de uma política de formação para os profissionais da saúde, desenvolvida por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde, com o objetivo de discutir e implementar mudanças no processo de ensino na pós-graduação (especialização/residência), com financiamento público e com a participação do controle social. Ainda, o documento intitulado Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria 198/GM/MS, propôs como um dos eixos de ação a formação de profissionais na

área da Saúde, na modalidade de Residências Multiprofissionais e Integradas, política aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em sua Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003 (BRASIL, 2004; 2009c).

Após vários debates e construção coletiva, foi apresentada, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. A implantação da Educação Permanente em Saúde (EPS), como política nacional para formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde, propõe que os processos de capacitação dos trabalhadores tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde (BRASIL, 2007; 2004).

Antes de continuar, faz-se premente diferenciar os termos educação na saúde e educação permanente em saúde, segundo consta no vocabulário institucional do Ministério da Saúde, por meio da SGETS:

Educação na Saúde, *fem.* Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular.

Educação Permanente em Saúde, *fem.* Ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde. (BRASIL, 2009b. p. 22)

De acordo com Ceccim e Ferla (2009), a Política Nacional de EPS prima pela articulação entre ensino, trabalho e cidadania; sustentada pela conexão entre formação, gestão, atenção à saúde e participação social, para transformar todo o SUS em um espaço de educação profissional [princípio gerador do Sistema Saúde Escola]. Assim, as estruturas de ensino e de serviços devem dialogar e estabelecer laços de cooperação, a fim de formular estratégias para o ensino, o crescimento da gestão, a qualificação da organização da atenção em linhas de cuidado, o fortalecimento do controle social e o investimento na intersetorialidade. Por isso, a EPS está sistematizada sob os eixos da integralidade e da implicação com os usuários.

Ainda a Política Nacional de EPS deve atender às especificidades regionais, com o desígnio de superar as desigualdades regionais, tendo em vista as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde no sistema local, além de considerar a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2009c).

Nessa perspectiva, a partir de 2004, diferentes estratégias foram pensadas e colocadas em prática, no sentido de produzir mudanças na graduação, como o AprenderSUS, o VERSUS, o curso de especialização em ativação de processos de mudança nas profissões da área da saúde e o programa nacional de reorientação da formação profissional em Saúde (Pró-Saúde), com objetivo de facilitar a integração ensino-serviço e financiamento direto do Ministério da Saúde para as reformas curriculares nos cursos de enfermagem, medicina e odontologia (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

E a Residência multiprofissional, por sua vez, deve ser compreendida também como uma das estratégias da política de EPS, tendo como foco a transformação das práticas em saúde dos profissionais, pautando-se na articulação cotidiana entre ensino e serviço, com base nos princípios da integralidade do cuidado, conduzido por ações interdisciplinares (BRASIL, 2006b).

É nesse momento de efervescência da política de educação permanente em saúde, que se estabelece o financiamento regular para os Programas Multiprofissionais em Saúde, incluindo as Residências, visando a (trans)formação dos profissionais no âmbito da pós-graduação. Inclusive, as residências por área profissional da saúde, excetuada a médica, foram instituídas pela Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou também a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Esse fato marcou o início da regulamentação das Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) pelo Ministério da Saúde, por meio de portarias ministeriais e interministeriais (BRASIL, 2005; 2006b).

Seguidamente à regulamentação, o DEGES intensificou o processo de socialização e discussão ampla sobre o tema, com a participação do Ministério da Educação e do Conselho Nacional de Saúde. Em dezembro de 2005, foi realizado o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, contando com mais de 150 participantes, entre gestores, controle social, executivas de cursos da

área da saúde, residentes e coordenadores de programas de RMS. Esse seminário teve o intuito de disparar reflexões e construir consensos sobre o que se desejava para as RMS, partindo do relato das experiências dos programas já financiados pelo Ministério da Saúde. Os temas em debate eram: estratégias para construção da interdisciplinaridade fundamentada na integralidade; estabelecimento de diretrizes nacionais para os programas de RMS; composição da Comissão Nacional (CNRMS) e criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SNRMS), cuja função seria a de registrar informações sobre as instituições e os profissionais residentes, permitindo a gestão de todo o sistema (BRASIL, 2006b).

Em 2007, a Portaria 1996/07 estabeleceu novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de EPS. O referido documento também define que a condução regional dessa se dará por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias previstas no regulamento do Pacto pela Saúde que participam da formulação, execução, acompanhamento e avaliação de ações da EPS.

Neste mesmo ano, o Ministério da Educação organizou quatro reuniões Plenárias, nas quais se discutiu o papel das RMS na formação de trabalhadores para o SUS, a relação entre os programas de RMS e as mudanças nos cursos de graduação, a elaboração da portaria jurídica para validação do regimento interno da CNRMS, os critérios para credenciamento e financiamento dos programas, a informatização do sistema e convocatória para o cadastramento, a definição das prioridades de credenciamento provisório, e a construção do perfil de competências para o trabalho em equipe na área da saúde (SANTOS, 2010).

Ainda em 2007, o Pró-Saúde é ampliado: maior número de cursos abrangidos e aumento no repasse de recursos financeiros. Surge também o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), ofertando vivências, estágios, iniciação ao trabalho e programas de aperfeiçoamento e especialização nos serviços do SUS (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

Seguindo a proposta de regulamentação das RMS e da CNRMS, a Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, aponta os eixos norteadores desses programas de residência, além da composição e das

atribuições da referida comissão. Neste documento, a Residência Multiprofissional em Saúde e por Área Profissional deve contemplar os seguintes aspectos:

- I - cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica do País;
- II - concepção ampliada de saúde que respeite a diversidade, considere o sujeito enquanto ator social responsável por seu processo de vida, inserido num ambiente social, político e cultural;
- III - política nacional de gestão da educação na saúde para o SUS;
- IV - abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino-aprendizagem-trabalho e protagonistas sociais;
- V - estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado, de modo a garantir a formação integral e interdisciplinar;
- VI - integração ensino-serviço-comunidade, por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários;
- VII - integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde. (...)
- XII - integralidade que contemple todos os níveis de atenção à saúde e a gestão do Sistema (BRASIL, 2009a).

São esses os quesitos que devem estar presentes nos projetos políticos pedagógicos das RMS e orientar a formação dos profissionais de saúde fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar, a fim de se construir competências compartilhadas dirigidas à superação do paradigma biomédico no ensino, na atenção e na gestão (BRASIL, 2012b).

Uma observação relevante reside na crescente aproximação entre os Ministérios da Saúde e da Educação e na incorporação de novos atores à discussão (os usuários – a comunidade), somando-se esforços para efetivamente orientar a formação dos recursos humanos para o SUS.

3.3 As Residências Multiprofissionais em Saúde e a Formação para a Atenção Primária à Saúde

Ao se falar em mudanças na formação não se trata, simplesmente, de abolir a transmissão de conhecimentos técnico-científicos, necessários ao exercício das profissões da saúde, mas sim de somar conhecimentos produtores

de subjetividades e de habilidades técnicas, que sejam capazes de dar resolução aos problemas sanitários e acolhimento às necessidades de cuidado da população (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a; 2004b).

Todavia, não se deve negar as grandes dificuldades em imprimir mudanças significativas na graduação a curto prazo, em virtude da rigidez dos modelos curriculares tradicionais no setor Saúde, que por sua vez ajuda a “formar” profissionais despreparados para atuarem na atenção primária, particularmente com a comunidade. Sem dúvida, este fato resulta na formação predominantemente baseada na atenção hospitalar. Para Sayd, Vieira Júnior e Velandia (1998), o empecilho para direcionar os profissionais à APS reside na porosidade das ações na APS, que não são tão claramente definidas quanto no setor terciário e ainda são socialmente pouco reconhecidas e desvalorizadas.

Portanto, faz-se necessário corrigir com urgência as deficiências de conhecimentos, habilidades e práticas dos trabalhadores em saúde, para que os resultados esperados por esta inversão do modelo de atenção sejam alcançados, repercutindo com real impacto na qualidade de vida da população, o que se pretende atualmente através das residências, porém, não se restringe aí os objetivos dessa formação (MOREIRA; OLIVEIRA, 2006).

O termo residência é utilizado para definir uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, fundamentada essencialmente na educação em serviço. Surgiu em 1889, no hospital da universidade norte-americana John Hopkins, como uma forma de capacitação profissional para médicos, chegando ao Brasil na década de 1940, com a criação do primeiro programa de residência médica no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (CALIL, 2000). A partir da década de 1960, começaram a ser criados programas similares para capacitação de outros profissionais da saúde.

A reestruturação do modelo assistencial com foco na organização dos serviços de saúde a partir da APS, que pressupõe um perfil profissional diferenciado pautado na clínica ampliada e no conceito positivo da saúde, remonta à década de 1970. Ressalta-se que, antes mesmo da Conferência Internacional de Cuidados Primários (em Alma-Ata, 1978), mais precisamente em 1976, foi criada a primeira residência em medicina comunitária no Brasil, de São José do Murialdo (RS), e em 1978, a mesma residência se tornou

multiprofissional. O pioneirismo desse programa estava na valorização da equipe multiprofissional e na visão ampliada sobre a saúde. Esse arquétipo se espalhou pelo país, sendo abertas residências nesse molde em vários Estados. Porém, por motivos econômicos, muitos desses programas foram fechados (ROSA; LOPES, 2009; FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Na década de 90, surgem novos programas de Residências Multiprofissionais, como a Residência em Saúde Mental do Instituto Philippe Pinel (1994), a Residência em Saúde Coletiva do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da UFRJ (1995), a Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública/RS (1999) e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral/CE, da Secretaria Municipal de Saúde em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA (1999) (SOUZA, 2012).

Em 1999, o Ministério da Saúde e atores do Movimento Sanitário articularam alguns grupos interessados em criar, reavivar e reinventar as Residências em Saúde da Família. Então, foram reunidas dez propostas e oito destas sinalizavam para criação de Residências Multiprofissionais, preservando as especificidades de cada profissão e acrescentando uma área comum vinculada à saúde pública, com espaço para Gestão, Planejamento, Epidemiologia, Promoção da Saúde, Integralidade, Educação Popular, dentre outros (DA ROS et al, 2006).

Como protagonista deste cenário de efervescência das RMSF, Sobral-CE, também em 1999, constatou a necessidade de organizar processos educativos para os profissionais recém-chegados ao Programa Saúde da Família e, por isso, sua primeira turma da RMSF contou com 64 profissionais, entre médicos e enfermeiros, todos inseridos nas equipes de Saúde da Família do município e com financiamento municipal exclusivo. Na turma seguinte, ampliou-se o programa com a inserção de outras categorias profissionais e, em pouco tempo, Sobral se firmou como “polo formador para o SUS e como lócus de diversas experiências exitosas em Saúde da Família”. (SOUZA, 2012, p. 71).

No ano seguinte, o Ministério da Saúde lança um termo de referência e uma proposta de financiamento internacional para residências multiprofissionais. E, em 2002, se reacendeu a chama e 19 residências passaram a funcionar, dessa

vez com respaldo (incentivo e financiamento) do Ministério da Saúde (DA ROS et al, 2006; ROSA; LOPES, 2009)

Com o avanço acelerado dos conhecimentos e da inovação tecnológica na área da saúde, a residência constitui hoje um importante mecanismo de formação de especialistas, tanto na Medicina como nas demais profissões. Cabe salientar, ainda, o papel das residências em saúde na mudança de paradigmas das práticas assistenciais e das práticas de ensino e o seu consequente impacto sobre a graduação (JREIGE, 2013).

No entanto, a legitimação das RMS não foi alcançada livre de intensos embates ideológicos, uma vez que o termo Residência, ainda hoje, está fortemente associado com a formação de especialistas médicos. A classe médica, inicialmente, tentou manter o poder da corporação como única categoria a dispor dessa modalidade de ensino; em seguida, negou o reconhecimento do título de especialista a médicos que cursaram residências multiprofissionais, defendendo que a residência médica é um modelo de sucesso e um diferencial muito grande em relação às residências multiprofissionais; ainda impôs resistência à criação de Residências Integradas, as quais unem a Residência Médica e a Residência Multiprofissional. Enfim, após idas e vindas, chegou-se a um consenso e a aceitação das RMS (DALLEGRAVE, 2008).

Dessa forma, as RMS surgem como um modelo avançado de formação, com a finalidade de preparar os profissionais de diversas áreas da saúde, excetuada a médica, para trabalhar em equipe multidisciplinar, com base nos princípios e diretrizes do SUS, na perspectiva de abordar a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (NASCIMENTO, 2008).

A residência é um espaço de (trans)formação para trabalhadores da saúde (inseridos na interseção ensino-serviço) articulado como dispositivo da educação permanente, que tem como um dos princípios referenciais a integralidade do cuidado e como princípio operador o trabalho em equipe interdisciplinar. É uma modalidade de formação pós-graduada (lato sensu) [...], com vistas a proporcionar o aumento da capacidade de diálogo e o alcance de uma compreensão ampliada das necessidades de saúde do indivíduo/coletivo (BÚRIGO *et al.*, 2006, p. 380).

Importante frisar que, quando se fala em Residências Multiprofissionais, principalmente aquelas em Saúde da Família, falamos simultaneamente de

Movimento Sanitário, de luta contra hegemônica, de formação de trabalhadores para a saúde, de ruptura paradigmática na saúde, de Integralidade, de Atenção Básica como estruturante do Sistema de Saúde, de um SUS que está em permanente construção. (DA ROS et al, 2006).

Ramos (2006) destaca que a metodologia problematizadora e participativa considera os saberes acumulados pelo residente, articulando teoria e prática. E, como o residente tem o papel ativo no planejamento e gestão do modelo pedagógico, o processo pedagógico torna-se produtor de sujeitos e garante a vinculação, responsabilização e compromisso do residente nos diversos espaços de sua inserção.

Então, a vivência do residente em saúde da família deve ser a de compreender as necessidades de saúde e interagir com a comunidade de um delimitado território. Não se limitando à observação do fazer dos profissionais, o residente passa a ser partícipe da produção do cuidado, problematizando seu processo de trabalho, atuando no planejamento e na execução de atividades baseado na realidade local e articulado com a população, com as equipes da ESF e com toda a rede de apoio que atua no território. Assim, os residentes somam seu trabalho ao já existente das equipes, de forma que essa união vise melhorar a qualidade de vida da comunidade. Há, dessa maneira, uma tentativa de reverter ou complementar, dependendo do caso, a formação universitária (PARENTE *et al.* 2006).

Para a CNRMS, o residente deve apresentar, dentre outras, as seguintes atribuições:

- II. empenhar-se como articulador participativo na criação e implementação de alternativas estratégicas inovadoras no campo da atenção e gestão em saúde, imprescindíveis para as mudanças necessárias à consolidação do SUS;
- III. ser co-responsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, desencadeando reconfigurações no campo, a partir de novas modalidades de relações interpessoais, organizacionais, ético-humanísticas e técnico-sócio-políticas; (...)
- IX. integrar-se à equipe dos serviços de saúde e à comunidade nos cenários de prática. (BRASIL, 2012b)

Referente ao exposto, se pode generalizar dizendo que as RMS visam a formação de profissionais que tenham como objetivo a melhoria das condições de saúde da população, aliado a uma eficiente prática clínica e comunitária de

enfrentamento das patologias e agravos à saúde mais prevalentes, com uma visão epidemiológica ampliada, e que desenvolvam ações de promoção da saúde e prevenção das doenças, sempre contextualizando o indivíduo em sua família e em sua realidade familiar, social, cultural e econômica, ressignificando o processo de trabalho na atenção primária à saúde (MOREIRA; OLIVEIRA, 2006; ARAÚJO; FREITAS; BARBOSA, 2006; VILASBÔAS, 2006).

Nas pesquisas que abordam a pós-graduação em saúde da família, verificou-se a empolgação com a expectativa de reorientação das práticas em saúde de profissionais já formados pelo sistema tradicional. Pois, tão relevante quanto à formação (ao nível de graduação), é a preocupação com os profissionais do serviço, que tem dificuldade para se adequar ao “novo” modelo de atenção à saúde, uma vez que foram formados em uma lógica mecanicista e hospitalocêntrica, imprópria para o trabalho na APS (GIL, 2005). De que forma, portanto, se pode minimizar os efeitos dessa formação inadequada? A resposta mais condizente é a pós-graduação, principalmente com as especializações e as residências (médicas e multiprofissionais) em saúde da família (GIL, 2005; MACIEL *et al.* 2010).

Destaca-se que, tanto para a graduação quanto para a pós-graduação, o ensino em serviço por meio dos estágios e das residências é vislumbrado como de maior potencialidade para mudança (WERNECK *et al.*, 2010; LEÃO; CALDEIRA, 2011). Inclusive a pesquisa de Gil (2005) indica que, entre as modalidades de pós-graduação, sobretudo as RMSF podem promover os meios para a transformação dos profissionais, “na perspectiva de um trabalho mais integrado, em equipe, com troca mais efetiva de saberes e práticas”.

Segundo Araújo (2006), a articulação entre saúde e educação será possível através da interação efetiva entre as instituições de ensino superior, os serviços de saúde e as comunidades, resultando nas modificações que se pretendem na formação acadêmica. Portanto, a integração ensino-serviço-comunidade, basilar para a formação de profissionais da saúde, deve ser facilitada por meio dos estágios curriculares e das residências.

É nesse sentido que uma política nacional de educação na saúde marca a ruptura com o pensamento tradicional das práticas pedagógicas e simboliza o início de uma nova era, na qual se pretende tornar a rede pública de atenção à

saúde uma rede de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho, transformando o SUS em uma rede-escola (CECCIM, 2005).

Ao se falar da formação em serviço, encontra-se fundamentação em Merhy (2005), para o qual é impossível separar educação em saúde e trabalho em saúde, pois um produz o outro, com efeitos fundamentais tanto para a construção da competência do trabalhador, quanto para a expressão de seu lugar enquanto sujeito ético-político produtor de cuidado, que impacta o modo de viver de um outro, material e subjetivamente constituído (o usuário, individual e/ou coletivo).

De acordo com Nascimento e Oliveira (2010), a intersecção entre o ensino, o serviço e a comunidade facilita ao residente reconhecer o trabalho como lócus de produção do conhecimento, o que reforça as potencialidades da RMSF em gerar transformação dos saberes e das práticas em saúde.

Entretanto, Sousa e Cury (2009) afirmam que não é o bastante a inserção no serviço, se faz essencial um corpo docente qualificado para direcionar a vivência do residente conforme os preceitos do SUS, contextualizando esse processo no sentido da integralidade. Fato este também mencionado na pesquisa conduzida por Ferreira, Varga e Silva (2009), na qual residentes apontam o despreparo do preceptor e ausência de perfil para atuar na APS; ressaltando que é preciso rever as práticas pedagógicas e enfatizar a qualificação dos docentes. E Gil (2005) já havia comentado esta limitação dos docentes que, em geral, não expressam no ensino a lógica do trabalho na ESF.

Como se pode ver, a reorientação do ensino em saúde pelo enfoque na integralidade e na humanização em saúde desafia as instituições de ensino e, por conseguinte, os professores à: posicionar-se criticamente frente à Política Nacional de EPS; inovar nos processos de ensino-aprendizagem; e fomentar a produção científica (CAVALCANTE; VASCONCELLOS, 2007).

É inegável que a integralidade, por ser um dos princípios norteadores da política nacional de saúde por meio do SUS, deve permear também a política nacional de educação permanente em saúde. Ceccim e Feuerwerker (2004b) defendem que compete ao SUS contribuir para que a educação se vincule ao mundo do trabalho e às práticas sociais em saúde, ou seja, oriente a formação em coerência com seus preceitos. Partindo desse pressuposto, os estudos pesquisados apontam a necessidade dos cursos de formação (graduação e pós-

graduação) em contemplar a integralidade durante o processo pedagógico, para que a integralidade da atenção seja alcançada na prática (MACHADO *et al.* 2007; SILVA; DA ROS, 2007; FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009; GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010; GONZE; SILVA, 2011).

E segundo Marin *et al* (2010), a RMSF favorece a “ampliação do olhar” e aproxima o residente à clínica ampliada, possibilitando a compreensão dos aspectos biopsicossociais dos sujeitos, muito além da doença e do corpo. Nascimento e Oliveira (2010) corroboram ao defender que a RMSF apresenta potencial político e pedagógico para a transformação das práticas em saúde, sendo uma importante alternativa para se alcançar o cuidado integral.

Ressalta-se que, na literatura pesquisada, se observou o direcionamento à preparação dos alunos para o trabalho na APS. Concordando com Dias, Lima e Teixeira (2013) que, após revisarem os programas e projetos da política de reorientação da formação para a saúde, constataram ser a APS o foco em todas as iniciativas e estratégias desenvolvidas ao longo do tempo.

Este fato está em conformidade com a Política Nacional de Saúde, que prioriza a Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo estruturante do sistema, e com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde, que desde 1978 defende a APS como modelo ideal para a reorientação dos serviços de saúde (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010). Pinto *et al* (2013) endossam tal achado, pois também destacaram como relevante a presença das discussões sobre a formação de novos profissionais em harmonia com as prioridades da política pública de saúde vigente no país.

Aos elementos já discutidos, integração ensino-serviço-comunidade e APS, soma-se o trabalho em equipe, no qual também se fundamenta a ESF e por isso faz emergir a necessidade de formar profissionais que saibam atuar de forma cooperativa, ou seja, em equipe. O trabalho em equipe multiprofissional é essencial para garantir a integralidade do cuidado. É somente nesse *modus operandi* que os profissionais somam seus saberes e práticas para atender indivíduos, famílias e comunidades em suas dimensões biopsicossociais. Dessa forma, têm-se ações integralizadas, que visam a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população (GIL, 2005; SILVA; DA ROS, 2007; FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

As intervenções coletivas, que extrapolam a clínica e focam nas necessidades de saúde da comunidade, exigem alta complexidade de saberes e ações conjuntas, para as quais diferentes profissionais devem contribuir com sua especificidade. Aliás, para assegurar resolubilidade às demandas de saúde, é fundamental compartilhar conhecimentos e somar esforços, buscar soluções e elaborar projetos terapêuticos em equipe, pensar e agir em equipe. É nesse ponto que se identifica outra falha na graduação, e daí se tem mais uma finalidade da RMSF: preparar profissionais em conexão com essa exigência da APS (MARIN *et al.*, 2010).

Gil (2005), Ferreira, Varga e Silva (2009), Marin *et al* (2010) e Lobato, Melchior e Baduy (2012) fazem referência à equipe multiprofissional e sua relevância durante o processo de aprendizagem pelo trabalho e no trabalho. Por exemplo, no estudo de Marin *et al* (2010), os profissionais egressos da RMSF afirmaram que o curso lhes preparou para o trabalho em equipe, valorizando e respeitando todas as áreas da saúde, e para superar os conflitos advindos da diversidade de visões, relatando a importância desse saber/fazer para a qualidade do cuidado.

O trabalho em equipe multiprofissional pretendido é aquele que se localiza no campo da transdisciplinaridade. Além de ser um esforço coletivo, caracterizado por múltiplas intervenções advindas da interação de diferentes áreas da saúde, é apropriado para congregar distintos profissionais, sem a necessidade de uma coordenação fixa, pois todos devem se apoiar para superar suas dificuldades/limitações em resolver os problemas de saúde da população. Assim, há necessidade de se melhorar as estratégias, objetivando ampliar as práticas transdisciplinares, com vistas à efetivação da ESF (FERREIRA; VARGA; SILVA, 2009).

Vale destacar que Leão e Caldeira (2011), ao analisar o desempenho de profissionais advindos de residências (médica e multiprofissional) em saúde da família por meio de um instrumento de avaliação da APS (PCA-tool, validado no Brasil), verificaram que as equipes com profissionais qualificados nessa modalidade apresentaram maior efetividade e melhor performance na ESF. Entretanto, se restringiram às atividades desenvolvidas por médicos e enfermeiros, que compõem a equipe mínima da ESF.

Diante do que foi arrazoado pelos autores, constata-se que implementar a reforma nos cursos de graduação é um trabalho penoso, e seus resultados só serão possíveis a longo prazo. Por isso, investir em formas de reverter à formação inicial e transformar as práticas dos profissionais já inseridos no sistema de saúde é a alternativa mais rápida, porém, não menos permeada de dúvidas quanto sua eficácia. Foi assim que se expandiu a oferta dos cursos de pós-graduação: especializações e residências em saúde da família. É indispensável dizer que, à medida que as mudanças na graduação forem se concretizando, as RMS são criativas o suficiente para se reinventarem e continuarem a assegurar o seu protagonismo na formação de trabalhadores para a saúde.

Santos (2010) assinala que, apesar das chamadas públicas para cadastro dos cursos de RMS, muitos ainda funcionam à margem dessa “tentativa de organização”, fato que dificulta o conhecimento dos processos de implementação das Residências Multiprofissionais.

A CNRMS, em agosto de 2014, divulgou o instrumento de avaliação dos Programas de Residência em Área da Saúde, nas modalidades Multiprofissional e Uniprofissional. Trata-se de uma avaliação formativa, que tem como intuito a regulação dos programas existentes e cadastrados no Sistema de Informação da CNRMS e o instrumento avaliativo apresenta três dimensões: 1) organização didático-pedagógica; 2) corpo docente-assistencial; e 3) infraestrutura (BRASIL, 2014). E, em janeiro do corrente ano, a CNRMS abriu processo seletivo para o banco de avaliadores da referida comissão.

Com base nessa fundamentação, verifica-se o imperativo de avaliar esse investimento, analisando seus fundamentos e, principalmente, investigando seus frutos. Como visto anteriormente, alguns passos já foram dados nesse processo de avaliar projetos e programas, para possibilitar a reflexão sobre seus resultados e embasar estratégias futuras. Contudo, mais pesquisas devem ser desenvolvidas. Pois, não basta reconhecer a necessidade de transformação, é preciso agir e *“além de formular políticas, é necessários observar comportamentos, acompanhar processos, oferecer assessoramento, disponibilizar informação, abrir-se para as mutações de sentido e ordenamento gerencial”* (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

4 PERCURSO METODOLÓGICO – A PREPARAÇÃO PARA O VOO

*“Viajar! viajar! A brisa morna
Traz de outro clima os cheiros provocantes.
A primavera desafia as asas,
Voam os passarinhos e os amantes!”
Castro Alves – Aves de Arribação.*

4.1 Referencial teórico-metodológico

Nesta pesquisa, adotou-se, de maneira desafiadora, o referencial teórico-metodológico denominado “práticas discursivas e produção de sentidos”, desenvolvido por Mary Jane Spink e colaboradores, na década de 1990.

Esse referencial tem embasamento no construcionismo social, que busca a explicação dos processos por meio dos quais as pessoas descrevem, explicam ou dão conta do mundo em que vivem, e influências da linguística pragmática, para a qual há sempre um sentido que vai além do significado que acompanha as palavras. Possui ainda perspectivas Foucaultianas, entendendo que a produção dos discursos é regulada pelas relações de poder estabelecidas, e Bakhtinianas, pois compreende que os sentidos são construídos nas interações cotidianas (SPINK; FREZZA, 2013).

O construcionismo, enquanto uma teoria da pós-modernidade, concebe o ser humano como produto social em constante transformação e ressignificações, além de reconhecer a linguagem como prática social. Assim, a concepção de mundo e dos fenômenos sociais deve ser histórica e culturalmente localizada (SPINK; FREZZA, 2013).

Ibanez (2001 apud SOUZA, 2008) afirma que, para se ter uma postura construcionista, é preciso aceitar que os objetos não são independentes, e que o conhecimento da realidade depende das práticas sociais das pessoas, assim, o conhecimento é uma construção coletiva localizada histórica, cultural e socialmente.

De acordo com Souza (2008), a escolha por um referencial teórico-metodológico parte de uma visão de mundo, rompendo com a universalidade e as generalizações proclamadas pelas ciências em geral, que buscam verdades

absolutas. Escolher um referencial alicerçado pelo construtivismo assegura um compromisso com uma ciência responsável, nos mais variados aspectos social, cultural, histórico e econômico, além de uma preocupação com a maneira como as pessoas lidam com os fenômenos cotidianos.

Além disso, optar pela análise a partir das práticas discursivas justificou-se pelo fato de que essa abordagem procura compreender as linguagens em uso e em sua totalidade, as não regularidades e a polissemia, buscando assim as rupturas com o habitual, de modo a dar mais visibilidade à produção de sentido na vida cotidiana das pessoas. E também por possibilitar o estudo dos fenômenos sociais, tendo como foco a tensão entre a universalidade e a particularidade, entre o consenso e a diversidade (SPINK; MEDRADO, 2013).

Nesta abordagem, considera-se a produção de sentidos como um fenômeno sociolinguístico, uma vez que o uso da linguagem sustenta as práticas sociais geradoras de sentido, operando na interface dos três tempos históricos: entre a construção social dos conteúdos culturais, as linguagens sociais aprendidas e os processos dialógicos (SPINK; MEDRADO, 2013).

Vale ressaltar que o sentido deve ser entendido como uma construção social, ou melhor, como um empreendimento coletivo-interativo, onde as pessoas constroem os termos a partir dos quais entendem e lidam com situações e fenômenos a sua volta. Também se destaca o fato dos sentidos, mesmos os passados, não estarem estanques no tempo e nem mortos, podendo ser retomados e ressignificados no momento presente (SOUZA, 2008).

Durante a análise das práticas discursivas, é possível compreender o momento histórico ao qual se relaciona o sentido, podendo estar se referindo ao tempo longo, que produz o discurso de uma dada época; ao tempo vivido, que remete às experiências pessoais e onde se situa o afeto; as narrativas e a memória, ou ao tempo curto, que é o tempo dos acontecimentos e dos processos dialógicos e onde se encontram a polissemia e a contradição (SPINK; MEDRADO, 2013).

Importante frisar que as práticas discursivas devem ser apreendidas como sendo todas as maneiras como as pessoas se posicionam por meio dos seus discursos, uma vez que o posicionamento é um fenômeno da ordem da conversação, podendo ser: dinâmico, interativo (posicionamento a partir da fala

do outro) ou reflexivo (posicionamento a partir da posição do outro) (DAVIES, HARRE apud SOUZA, 2008). Pois, durante a fala, ou melhor, na conversação, as pessoas invariavelmente realizam ações: acusam, perguntam, justificam; construindo um jogo de posicionamentos entre locutor e interlocutor. As práticas discursivas são, exatamente, a produção de sentido no interior das práticas sociais (SPINK, 2000).

4.2 Tipologia e abordagem do estudo

Esse estudo apresenta características da pesquisa exploratória e da descritiva, inserindo-se nos pressupostos dos métodos qualitativos de investigação científica.

É exploratória porque se trata de uma pesquisa em uma área na qual há pouco conhecimento acumulado e/ou sistematizado, por isso não comporta hipóteses, mas estas podem surgir durante ou ao final da pesquisa, após exploração e aprofundamento da temática (ALYRIO, 2008).

Enquanto isso, a pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos, sem manipulá-los. Analisa relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano. Os estudos descritivos buscam especificar as propriedades importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenômeno que seja submetido à análise (MARTINS; THEÓPHILO, 2007). A escolha pelo método qualitativo ocorreu porque é essa a abordagem que se refere a estudos de significados, significações, ressignificações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, expectativas, vivências, experiências de vida, analogias (TURATO, 2003).

Segundo Bosi (2012), a pesquisa qualitativa é aquela cujos objetos de estudo exigem respostas não traduzíveis em números, tomando como material de análise a linguagem em suas várias formas de expressão. Complementando o que Minayo (2007) já afirmava sobre as metodologias qualitativas, que são capazes de apreender o significado e a intencionalidade das ações, relações e estruturas sociais, para assim compreender a lógica interna de grupos, instituições e indivíduos.

4.3 Cenário do estudo

O cenário desta pesquisa é a cidade de Teresina, capital do Estado do Piauí, marcadamente conhecida como referência em média e alta complexidade em saúde para a Região Meio-Norte do Brasil.

Teresina possui uma população estimada em 840.600 habitantes (IBGE, 2014) e, de acordo com a Fundação Municipal de Saúde, uma cobertura do Programa Saúde da Família em quase 100%, contando com 218 equipes de saúde da família implantadas nas zonas urbana e rural da cidade, destas, em 135 equipes há o profissional odontólogo. As atividades ligadas ao atendimento de saúde têm destaque na economia da cidade que, segundo estatística da prefeitura, apresenta 440 (quatrocentos e quarenta) estabelecimentos de saúde, sendo oito hospitais de referência, 181 clínicas médicas e 170 consultórios e 81 centros de saúde, empregando aproximadamente 15 mil pessoas (RMSFC, 2010).

Esses dados reforçam que existe em Teresina-PI um forte complexo médico-industrial, que movimenta os setores formal e informal da economia: desde grandes hospitais, serviços ambulatoriais, laboratórios de exame, rede de hotéis, pousadas e pensões; até serviços de transporte de aluguel e comércio alimentício e de outros gêneros, presentes no chamado Polo de Saúde da capital piauiense.

Todo esse contexto, marcado por um setor empresarial de serviços médicos, que transforma a saúde em mercadoria, dificulta a valorização da APS e acrescenta maiores obstáculos à formação de profissionais para atuarem na ESF. E Albuquerque *et al* (2008) apontam o paradoxo em se pretender operacionalizar mudanças na formação inserindo estudantes e docentes em cenários onde predominam o modelo tecnoassistencial hegemônico centrado no procedimento, sob influência da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares.

Por isso, é tão desafiadora a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, vinculada à Universidade Estadual do Piauí, que iniciou suas atividades, após o processo seletivo ocorrido no período de maio e junho de 2008, no dia quatro de agosto do mesmo ano. Desde então, a

RMSFC/UESPI já formou três turmas, sendo que a mais recente concluiu suas atividades em março de 2014.

De acordo com seu Projeto Político Pedagógico, no escopo ideário da RMSFC/UESPI encontra-se a proposta da formação de profissionais em condições de gerenciar um processo de real implementação de um novo modelo de atenção à saúde e dar respostas às mudanças que se fizerem necessárias. Desde o início, ficou definido que a RMSFC/UESPI trabalharia com o referencial teórico-metodológico da Educação Permanente, da Educação Popular (baseada nos pressupostos Freirianos) e da Promoção da Saúde, visando o desenvolvimento e aprimoramento da Estratégia Saúde da Família no âmbito do território (RMSFC, 2008).

O objetivo geral deste programa de pós-graduação é qualificar profissionais de diversas categorias para atuarem com os preceitos organizativos e funcionais do Sistema Único de Saúde, tendo como princípio básico a prática multiprofissional e interdisciplinar em Saúde da Família, para que estes obtenham competências sociais, políticas, técnicas e humanas para aplicá-las na perspectiva da promoção da saúde. Dentre outros, seguem-se alguns objetivos específicos: capacitar os profissionais para desenvolverem habilidades relacionadas com o trabalho em equipe, integrados com a comunidade e com outros profissionais que atuam no sistema de saúde; identificar as possibilidades de intervenção nos níveis de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, nos planos individuais, familiares e comunitários, segundo a ocorrência, distribuição e impacto dos problemas de saúde da comunidade; e aperfeiçoar continuamente os conhecimentos, as atitudes e as habilidades técnicas específicas de cada categoria, para o desenvolvimento do exercício profissional em Saúde da Família nos diversos espaços de prática, sob os direcionamentos da atenção e promoção da saúde (RMSFC, 2008).

A RMSFC/UESPI sustenta-se na concepção pedagógica baseada na participação, no diálogo e na problematização da realidade vivenciada pelos profissionais da área de saúde, colocando-se ênfase nos saberes, sobre o qual se fundamentam os demais saberes: saber-fazer, saber-aprender e saber conviver. Como orientação do processo pedagógico, evidenciou-se a Educação Permanente, Educação Popular e Promoção da Saúde (RMSFC, 2008).

4.4 Sujeitos do estudo

Foram sujeitos da pesquisa os profissionais egressos das duas primeiras turmas da RMSFC/UESPI em sua totalidade. Assim, foram abordados 21 (vinte e um) profissionais: 13 egressos da primeira turma e oito da segunda turma. A localização dos sujeitos foi realizada com a ajuda de um informante chave (preceptor da 4ª Turma da RMSFC/UESPI), que facilitou a comunicação por email, redes sociais ou celular, para agendamento de um encontro formal e, nesta ocasião, foram convidados a participar da pesquisa, mediante explanação dos objetivos da mesma e assinatura do termo de consentimento livre esclarecido (APÊNDICE A).

Deste total, apenas quinze profissionais se dispuseram a participar da pesquisa, concedendo a entrevista. Sobre a recusa de seis profissionais, Minayo (2007) defende que a pesquisa qualitativa não precisa se basear em critérios numéricos para poder garantir sua representatividade, e que uma boa amostragem é aquela que possibilite abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões. Por isso, apesar da “amostra pequena”, é viável fazer generalizações, porque, de acordo com a mesma autora, é possível ver o grupo representado na fala do indivíduo, pois tanto o comportamento social como o individual obedece a modelos culturais interiorizados, a despeito das variações presentes nas expressões pessoais.

As entrevistas aconteceram em datas, horários e locais definidos pelos participantes, para sua maior comodidade, assegurando somente que fossem em ambientes tranquilos e reservados para garantir a privacidade da entrevista.

Os critérios de exclusão desta pesquisa foram: participação enquanto residente na III Turma da RMSFC/UESPI, por estar recente sua inserção no mercado de trabalho, não assinatura do termo de consentimento livre esclarecido e/ou recusa à concessão da entrevista.

A descrição do perfil de cada profissional participante do estudo, quanto ao gênero, a idade, a profissão e ao tempo de formado, encontra-se no capítulo seguinte. Ressalta-se que, por motivos éticos, a fim de garantir o anonimato dos sujeitos, os nomes foram substituídos por apelidos derivados de nomes de aves. Dessa forma, são apresentados os sujeitos como: andorinha, sabiá, beija-flor,

arara, pardal, papagaio, guará, canário, asa branca, jaçanã, garça, periquito, juriti, coruja e bem-te-vi. A escolha por aves se deu pela possibilidade do voo, solitário ou em bando, e por produzirem ruídos que, em alguns casos, podem ser apreciados como cantos, além da própria relação com o bando. Sendo que se espera dos egressos: voos cada vez mais altos, produção de ruídos (de inquietação) nos espaços onde se insiram e trabalho em equipe.

4.5 Procedimentos para coleta dos dados

Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas, seguindo um roteiro de questionamentos (APÊNDICE B), aplicadas aos profissionais de saúde egressos da RMSFC/UESPI.

Minayo (2007) concebe a entrevista como instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais, posto que a fala é reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, além de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, socioeconômicas e culturas específicas.

A grande vantagem da entrevista é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de entrevistado e sobre os mais variados tópicos. A entrevista permite correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações desejadas. E a entrevista semiestruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado. Torna-se necessário esclarecer que as perguntas fundamentais que constituem, em parte, a entrevista semiestruturada, são resultado não só da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação que ele já recolheu sobre o fenômeno que interessa (MARTINS; BÓGUS; 2004).

Como estratégia capaz de apreender os sentidos, utilizou-se a entrevista associativa proposta por Spink e Gimenes, em 1994 (SPINK; LIMA, 2000). De tal forma que a primeira associação desencadeará novas associações e explicações.

As entrevistas foram registradas através de gravação de áudio (mediante autorização) utilizando um aparelho digital (MP4 Sony®), e, posteriormente, transcritas. Ao final de cada entrevista, foram feitas anotações, a fim de facilitar o processo de organização das falas. Em alguns casos, foi necessário complementar as informações com novas entrevistas.

4.6 Procedimentos para análise das informações

A análise iniciou-se com uma imersão no conjunto de informações coletadas, procurando deixar aflorar os sentidos, sem encapsular os dados em categorias, classificações ou tematizações definidas a priori, para tal foi realizada a transcrição sequencial antes da transcrição propriamente dita. Segundo Spink (2010), a transcrição sequencial é um resumo da entrevista, na qual é feita uma síntese da fala de cada participante, buscando não extrapolar o limite de uma linha por tema, o que permite entender a dinâmica das trocas discursivas (quem fala, quando fala, sobre o quê) e, sobretudo, ter uma visão de conjunto das temáticas em discussão.

Do confronto inicial entre sentidos construídos no processo de pesquisa e de interpretação e aqueles decorrentes da familiarização com o campo de estudo (revisão bibliográfica), optou-se por analisar apenas os temas que são prioritários para os objetivos da pesquisa. A busca é sempre por conteúdos que se associam a determinados contextos e estes a outros contextos, compreendendo, dessa forma, os sentidos como tendo fluidez e contextualização (SPINK, 2013).

Após a transcrição das entrevistas, o material empírico em sua forma bruta foi organizado em MAPAS, inicialmente denominados Mapas de Associação de Ideias pelo método de Spink (1994), a fim de sistematizar o processo de análise, na busca pelos aspectos formais da construção linguística, dos repertórios utilizados e da dialogia implícita na produção de sentidos, preservando a sequência das falas e identificando os processos de interanimação dialógica (SPINK; LIMA, 2013).

Os Mapas são instrumentos que ajudam na visualização da entrevista, para facilitar a exploração do material, além de orientar o processo de análise, fornecendo base para definição e redefinição de categorias. Vale ressaltar que

muitos interlocutores não respeitam o roteiro das entrevistas, falando de temas que lhes são mais pertinentes. Nesses casos, os Mapas irão mostrar essa característica, pois mesmo que o entrevistado não responda diretamente a entrevista, há nessa fala pontos de vista que devem ser considerados no processo de análise (SPINK, 2010).

Os Mapas são apresentados na forma de tabelas, onde as colunas se referem às temáticas abordadas na entrevista; a organização dessas temáticas já é parte da interpretação. Nesta pesquisa, os temas citados estiveram relacionados às habilidades e competências presentes no perfil esperado do egresso da RMSFC/UESPI e nos documentos norteadores da CNRMS.

No Apêndice C, se tem um dos Mapas confeccionados com o material das entrevistas, constituindo um resumo de uma das entrevistas, com a utilização de trechos da mesma. Nos Mapas, foram incluídos três dos aspectos das perguntas norteadores (“minha prática atual”, “aplicação dos conceitos” e “as semelhanças”), além de um tema suscitado a partir da interação dialógica (“diferente da graduação”) e o sentido envolto em cada resposta, sempre que fosse perceptível.

Complementando os Mapas, a partir da pergunta “Quais lembranças você tem da Residência? / O que vem a sua mente quando você se lembra da Residência?”, foi possível elaborar as Árvores de Associação, que serão visualizadas ao longo do próximo capítulo. Neste exercício, contou-se com ajuda do software CMAP tools®.

As árvores tiveram por objetivo dar visibilidade ao encadeamento de repertórios dos trechos mais ilustrativos do fenômeno em estudo. Com isso, deu-se ênfase ao fluxo de associações, iniciado com a pergunta e encerrado com a síntese advinda das afirmações conclusivas do entrevistado. Esse passo foi importante para compreender as singularidades da produção de sentidos, presas tanto à história de cada pessoa, quanto à dialogia intrínseca do processo de entrevista (SPINK; LIMA, 2013).

A interpretação das falas e depoimentos dos atores sociais, em seu contexto, contou com o aprofundamento conceitual encontrado em textos, livros e documentos, em direção a uma visão sistêmica do tema aqui proposto.

4.7 Considerações éticas

Esse projeto foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, sendo aprovado sob o parecer consubstanciado nº 35057214.0.0000.5053 (ANEXO A). Todas as etapas da pesquisa estão de acordo com o preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde, na Resolução 466/2012, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e animais. Atendendo às premissas éticas, foram assegurados aos participantes o anonimato, a confidencialidade e a redução de quaisquer desconfortos ou riscos aos mesmos.

Destaca-se que a todos os participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), na ocasião em que foram informados sobre os objetivos e finalidades da entrevista, e somente ingressaram na pesquisa após a assinatura do mesmo. Para garantir a eticidade desta pesquisa, os princípios éticos foram assegurados da seguinte forma:

- I) O princípio da autonomia foi obedecido diante do esclarecimento aos sujeitos de que eles possuíam o livre arbítrio para decidir participar ou não da pesquisa, de que a mesma é voluntária e de que a qualquer momento podem se negar a responder a qualquer um dos questionamentos e desistir da pesquisa, ficando esses termos evidenciados no consentimento livre e esclarecido.
- II) Quanto ao princípio da *beneficência*, ressalta-se a devolução dos resultados da pesquisa às pessoas envolvidas e à gestão, a fim de contribuir para melhoria dos Programas de RMSF.
- III) Já o princípio da *não maleficência* foi alcançado ao se assumir o compromisso de que não haveria nenhum constrangimento aos sujeitos da pesquisa. Por isso, nenhuma informação relativa aos sujeitos é personalizada e os dados foram analisados de forma coletiva.
- IV) Quanto ao princípio da justiça, este será almejado na medida em que os resultados e discussões suscitados ajudem na melhoria dos serviços públicos, colaborando para a reorientação do modelo assistencial na saúde. Para tanto, assegurou-se a fidedignidade dos resultados.

5 ESCUTANDO O CANTO DAS AVES, RECONHECENDO O BANDO

*“Minha terra tem palmeiras,
Onde canta o sabiá;
As aves, que aqui gorjeiam,
Não gorjeiam como lá”.*
Gonçalves Dias – *Canção do Exílio*.

Nesta seção, estão apresentadas as aves componentes do bando que permitiu o voo nesta pesquisa. São narrações fictícias elaboradas com base nas informações obtidas na primeira parte do instrumento de coleta de dados, ou seja, as questões referentes à caracterização dos sujeitos.

Logo em seguida, têm-se as árvores de associação, que são diagramas construídos com as lembranças que cada ave/profissional guarda do seu ninho/RMSFC. Ao final, já será possível visualizar quais notas se fizeram mais presentes nessa cantoria, da qual emergiram as categorias de análise.

5.1 Conhecendo as aves

Muito prazer, meu nome é **Andorinha**. Sou mulher, tenho 34 anos, formada em educação física há 10 anos. Antes da Residência, fiz duas especializações: em educação física escolar e em Saúde da Família. Após a Residência, fiz mestrado acadêmico. Já havia me inserido no mercado de trabalho antes da Residência e, atualmente, trabalho na Gestão e na Docência.

Muito prazer, meu nome é **Sabiá**. Sou mulher, tenho 27 anos, formada em enfermagem há 5 anos. Antes da RMSFC fiz especialização em Saúde da Família. Não havia trabalhado antes da RMSFC. Atualmente, trabalho na Docência e faço mestrado acadêmico.

Muito prazer, meu nome é **Beija-flor**. Sou mulher, tenho 29 anos, formada em nutrição há 5 anos. Não fiz especializações antes ou depois da Residência. Ainda não me inseri no mercado de trabalho.

Muito prazer, meu nome é **Arara**. Sou mulher, tenho 26 anos, formada em fisioterapia há 4 anos e meio. Não fiz especialização antes ou depois da RMSFC.

Não havia trabalhado antes da RMSFC. Atualmente, estou cursando outra graduação.

Muito prazer, meu nome é **Pardal**. Sou mulher, tenho 28 anos, formada em odontologia há 5 anos. Não fiz especialização antes da RMSFC. Após a RMSFC, fiz duas especializações: em implante e em periodontia (em andamento). Antes da RMSFC, trabalhei no PSF em uma cidade do interior. Atualmente, trabalho na Atenção Básica (ESF) e em consultório particular.

Muito prazer, meu nome é **Papagaio**. Sou mulher, tenho 36 anos, formada em serviço social há 7 anos. Antes da RMSFC não fiz especialização e também não me inseri no mercado de trabalho. Atualmente, trabalho na Atenção Básica (NASF) e estou cursando especialização em Saúde da Família.

Muito prazer, meu nome é **Guará**. Sou mulher, tenho 29 anos, formada em psicologia há 5 anos. Antes da RMSFC não fiz especialização. Já havia me inserido no mercado de trabalho antes da RMSFC. Atualmente, trabalho na área hospitalar e faço especialização em tanatologia.

Muito prazer, meu nome é **Canário**. Sou mulher, tenho 27 anos, formada em fisioterapia há 4 anos. Antes da RMSFC não fiz especialização e também não me inseri no mercado de trabalho. Após a RMSFC, fiz duas especializações: em fisioterapia hospitalar e em fisioterapia neurológica; também concluí mestrado acadêmico. Atualmente, trabalho na área hospitalar.

Muito prazer, meu nome é **Asa Branca**. Sou mulher, tenho 31 anos, formada em enfermagem há 8 anos. Antes da RMSFC fiz especialização em Saúde da Família e me inseri no mercado de trabalho. Após a RMSFC, fiz especialização em gestão em saúde e mestrado acadêmico. Atualmente, trabalho na Gestão.

Muito prazer, meu nome é **Jaçanã**. Sou mulher, tenho 35 anos, formada em odontologia há 9 anos. Antes da RMSFC fiz especialização em Saúde Pública e trabalhei na ESF em cidades do interior. Após a RMSFC, fiz especialização em odontopediatria e mestrado acadêmico. Atualmente, trabalho na assistência (área ambulatorial).

Muito prazer, meu nome é **Garça**. Sou mulher, tenho 31 anos, formada em psicologia há 8 anos e meio. Antes da RMSFC fiz especialização em Saúde da

Família e me inseri no mercado de trabalho. Após a RMSFC, fiz especialização em cidadania e políticas públicas. Atualmente, trabalho na área social.

Muito prazer, meu nome é **Periquito**. Sou mulher, tenho 30 anos, formada em fisioterapia há 6 anos. Antes da RMSFC não fiz especialização e também não me inseri no mercado de trabalho. Após a RMSFC, fiz especialização em fisioterapia osteopática. Atualmente, trabalho na área hospitalar e na docência.

Muito prazer, meu nome é **Juriti**. Sou mulher, tenho 30 anos, formada em odontologia há 8 anos. Antes da RMSFC não fiz especialização. Após a RMSFC, fiz especialização em odontopediatria e aperfeiçoamento em cirurgia oral menor. Antes da RMSFC, trabalhei em consultório particular. E, atualmente, trabalho na Atenção Básica (ESF).

Muito prazer, meu nome é **Coruja**. Sou mulher, tenho 26 anos, formada em enfermagem há 4 anos e meio. Antes da RMSFC não fiz especialização, mas me inseri no mercado de trabalho. Após a RMSFC, fiz especialização em gestão em saúde. Atualmente, trabalho na área hospitalar.

Muito prazer, meu nome é **Bem-te-vi**. Sou mulher, tenho 30 anos, formada em fisioterapia há 6 anos. Antes da RMSFC não fiz especialização e também não me inseri no mercado de trabalho. Após a RMSFC, fiz especialização em fisioterapia osteopática. Atualmente, trabalho na área hospitalar e na área ambulatorial.

Partindo dessas informações sobre as aves, vê-se que o bando é totalmente feminino, uma vez que nessas duas turmas apenas um representante do gênero masculino concluiu a RMSFC/UESPI e o mesmo não se disponibilizou a participar do estudo. Com média de idade de 29,9 anos e em média 6,3 anos de conclusão do curso superior. Ao todo, são quatro fisioterapeutas, três enfermeiras, três cirurgiãs-dentistas, duas psicólogas, uma educadora física, uma nutricionista e uma assistente social. Destas, cinco cursaram ou estão cursando Mestrado e onze procuraram fazer outra especialização, inclusive sete destas foram em áreas distintas da Saúde Coletiva. Ainda ressalta-se que, após a RMSFC/UESPI, um profissional decidiu iniciar outro curso de graduação.

Quanto à experiência profissional posterior à RMSFC/UESPI, os profissionais egressos ocuparam os mais diversos níveis de atenção à saúde do SUS, considerando seu emprego atual. Observou-se que um mesmo profissional

pode estar desempenhando atividades em mais de um espaço de trabalho, enquanto apenas dois egressos estavam desempregados na época das entrevistas.

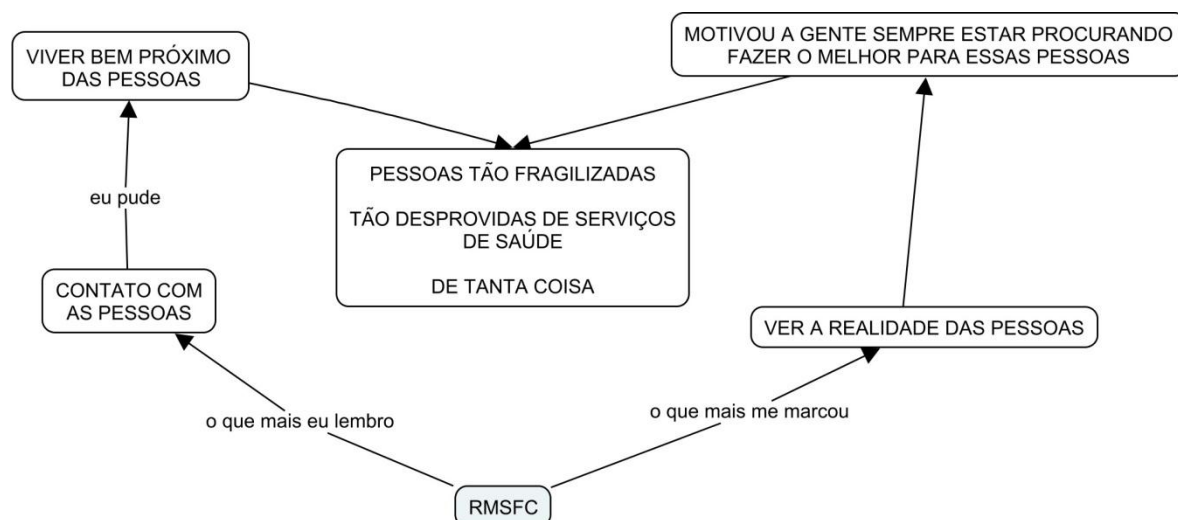
Dentre as categorias profissionais, a odontologia conseguiu se inserir mais prontamente na Atenção Primária (dois dos três dentistas estão na ESF) e a Fisioterapia é, aparentemente, a profissão com maior dificuldade de inserção nesse campo de trabalho. Destaca-se também o fato da enfermagem, assegurada na equipe mínima da ESF, não estar diretamente atuando nesse nível da atenção. Essas são tão somente análises preliminares, que podem suscitar discussões posteriores. Alguns dados mais curiosos fugiram ao escopo desta pesquisa, como a entrada e a fixação de algumas profissões na APS, o que está relacionado a aspectos históricos, culturais e políticos.

No entanto, vale frisar que, destes quinze profissionais, somente dois estão atuando na APS (os dois dentistas já citados), o que remete a reflexões quanto à devolutiva do investimento feito pelo Ministério da Saúde ao qualificar trabalhadores para atuarem especificamente na APS. Aqui podemos questionar o que faltou para que os outros treze profissionais também pudessem desempenhar suas funções na ESF ou no NASF.

5.2 Apresentando as árvores das aves

Para a participante Andorinha, a RMSFC deixou como lembrança o contato com as pessoas da comunidade, como pode ser visto na Figura 01.

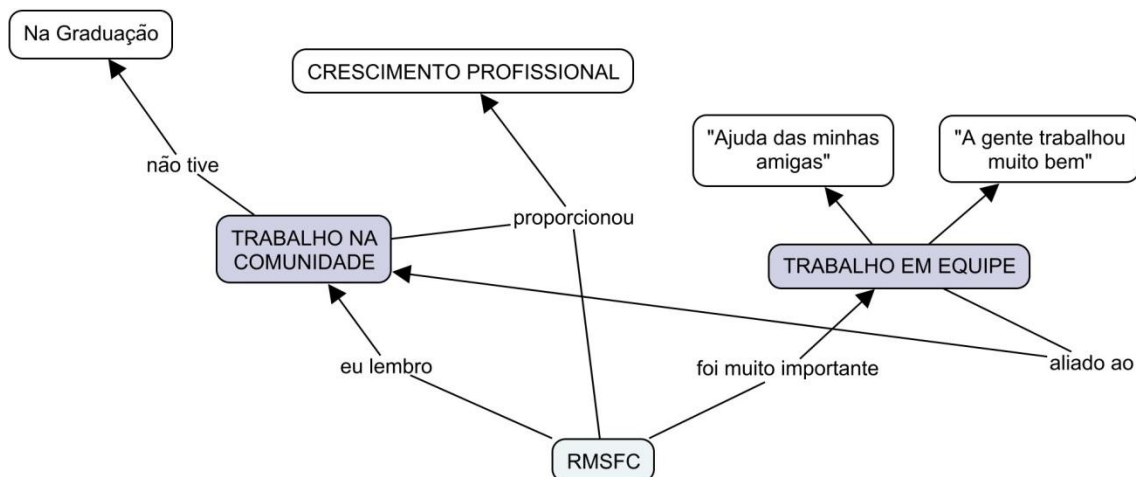
FIGURA 01: ÁRVORE DE ANDORINHA



FONTE: PESQUISADORA

Seguindo o mesmo vento, Sabiá também relatou que a RMSFC focou o trabalho na comunidade e acrescentou o trabalho em equipe, conforme visualiza-se na Figura 02.

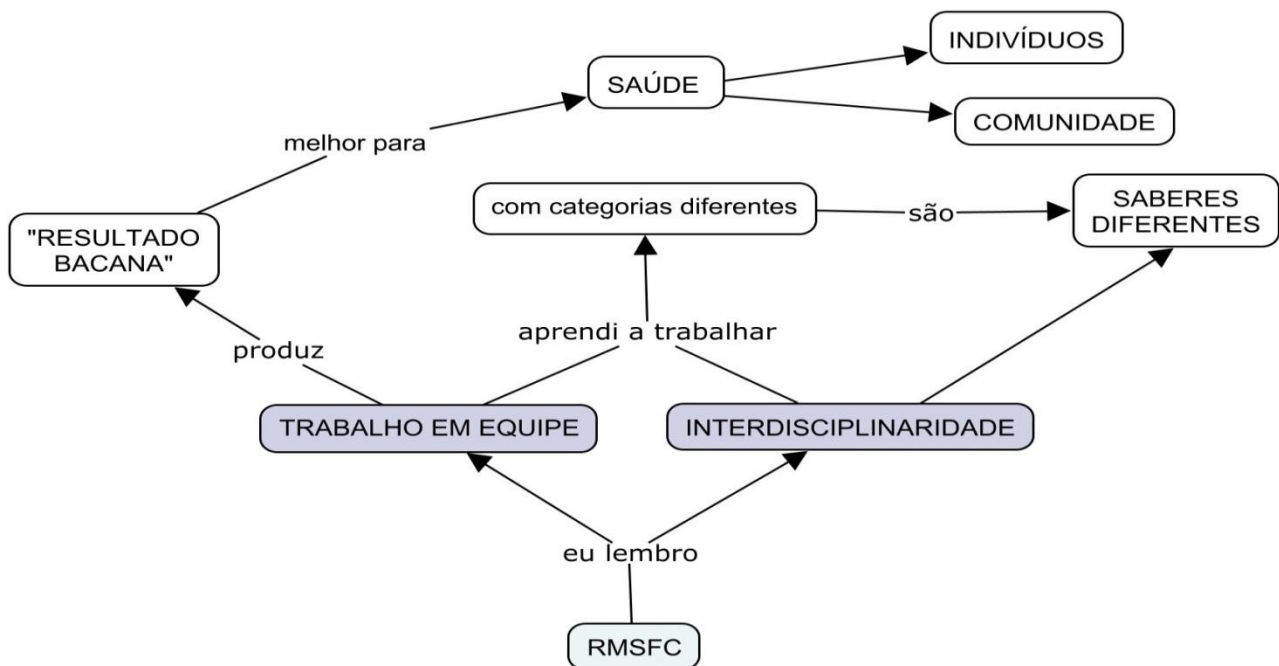
FIGURA 02: ÁRVORE DE SABIÁ



FONTE: PESQUISADORA

Beija-flor também citou o trabalho em equipe e a interdisciplinaridade, ressaltando a importância de agregar saberes diferentes, conforme a Figura 03.

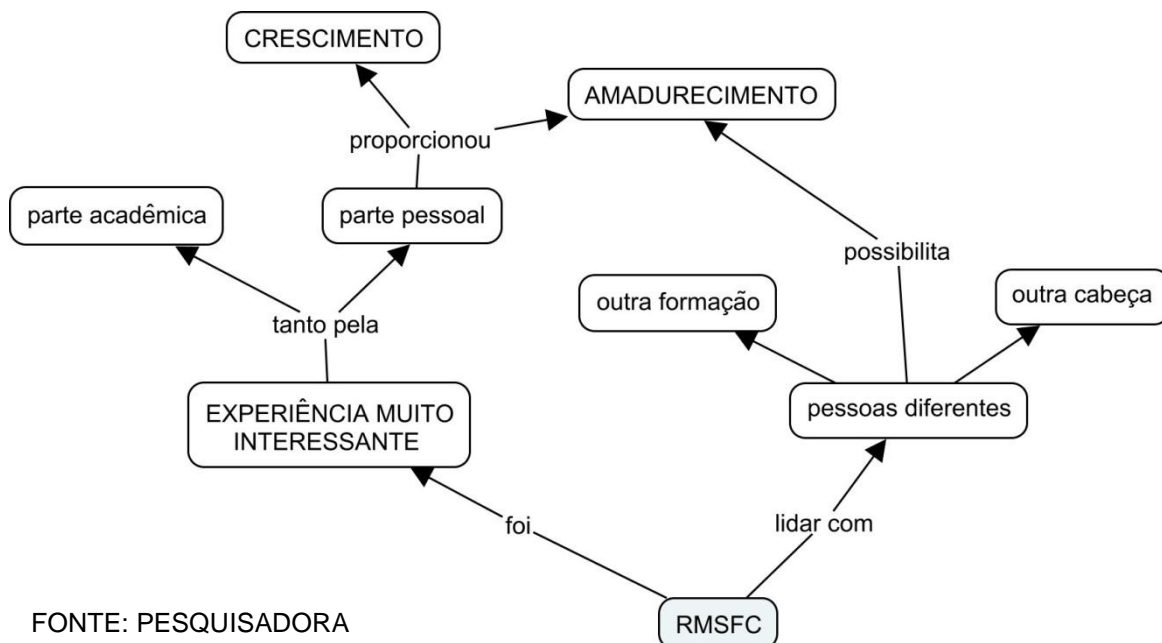
FIGURA 03: ÁRVORE DE BEIJA-FLOR



FONTE: PESQUISADORA

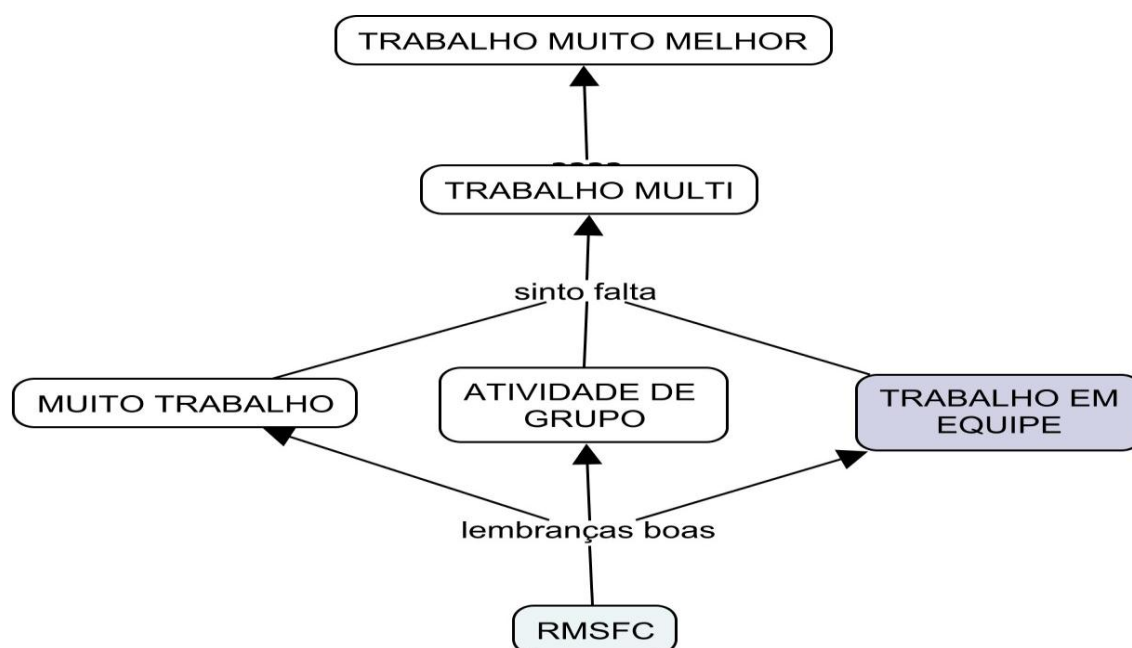
Enquanto isso, a participante Arara preferiu destacar o crescimento e o amadurecimento advindos da vivência na RMSFC, é o que está na Figura 04.

FIGURA 04: ÁRVORE DE ARARA



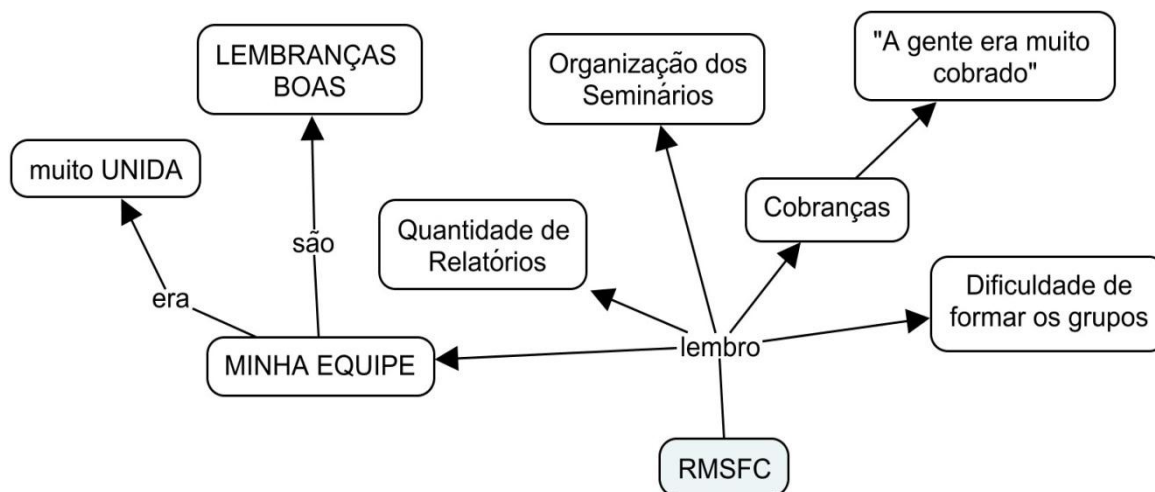
Pardal voltou a falar do trabalho em equipe e de como sente falta de trabalhar em equipe multiprofissional, como se pode notar na Figura 05.

FIGURA 05: ÁRVORE DE PARDAL



Já Papagaio resolveu fazer uma crítica às cobranças recebidas durante a RMSFC, lembrando as atividades, como se vê na Figura 06.

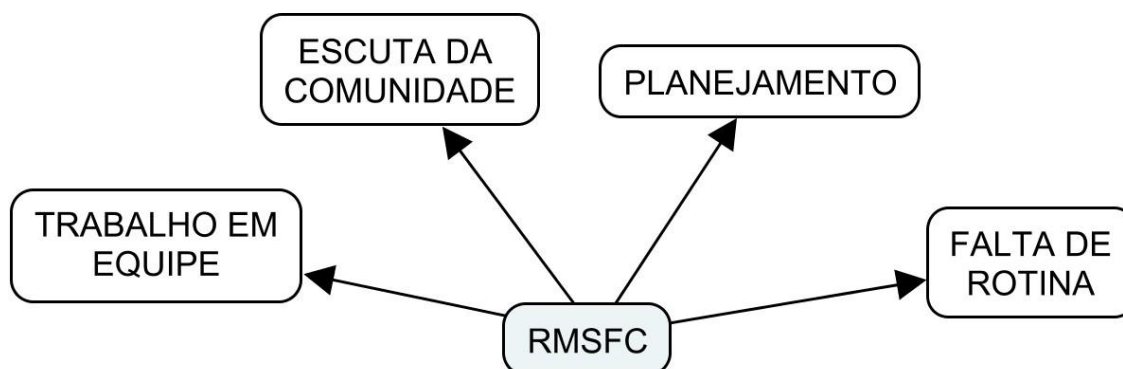
FIGURA 06: ÁRVORE DE PAPAGAIO



FONTE: PESQUISADORA

A participante Guará foi sucinta e fez um resumo com a chamada “chuva de ideias”, é o que se verifica na Figura 07.

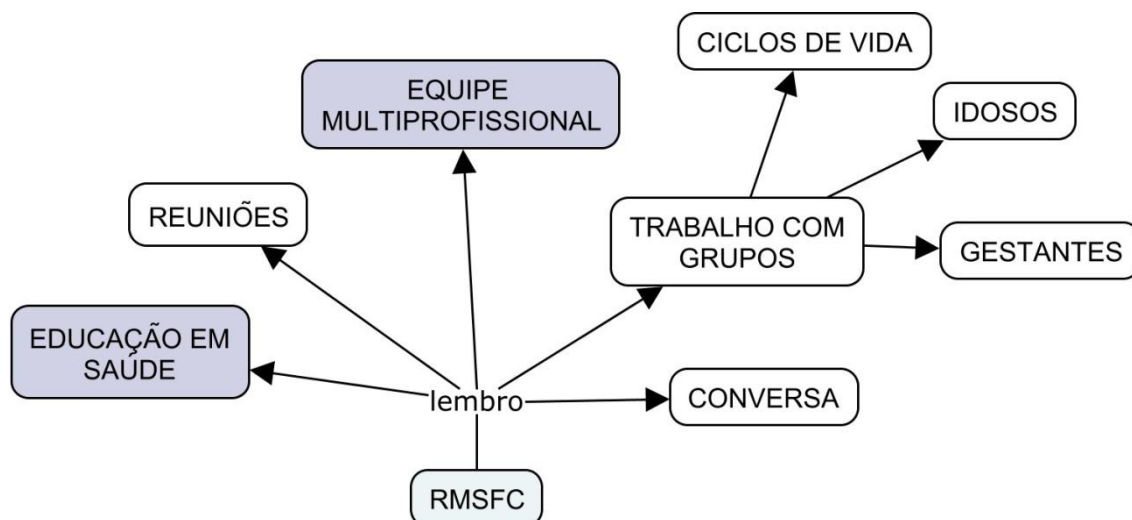
FIGURA 07: ÁRVORE DE GUARÁ



FONTE: PESQUISADORA

Canário também resumiu suas lembranças, as quais foram agrupadas na Figura 08, mencionando mais uma vez a equipe multiprofissional e acrescentou o conceito de educação em saúde.

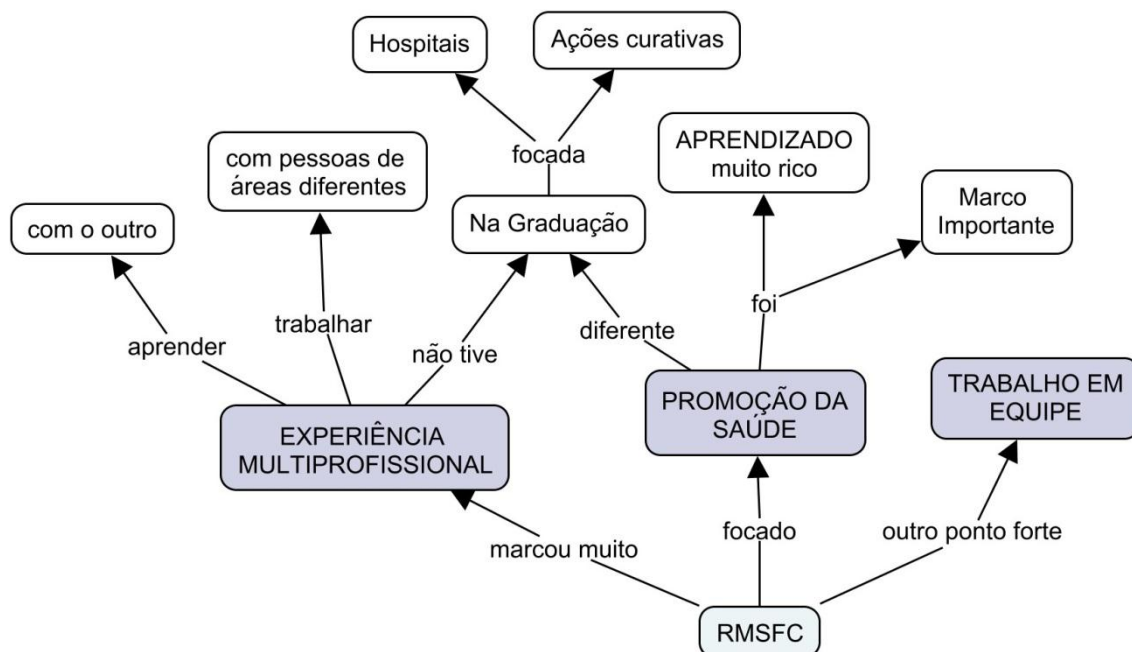
FIGURA 08: ÁRVORE DE CANÁRIO



FONTE: PESQUISADORA.

Asa Branca também destacou a experiência de trabalhar em equipe multiprofissional, fez um “parênteses” com sua formação enquanto estudante da graduação e ainda somou ao coro o conceito de Promoção da Saúde, conforme a Figura 09.

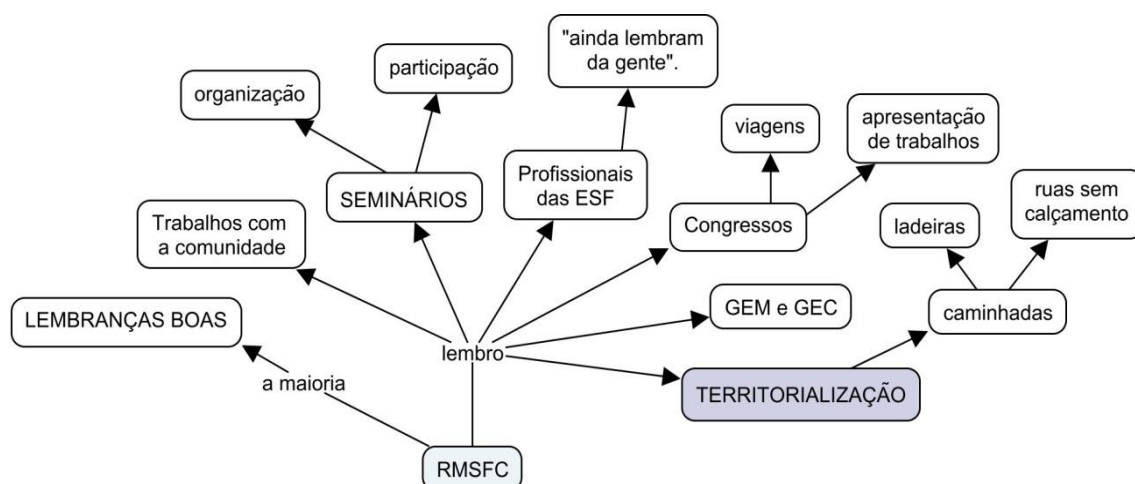
FIGURA 09: ÁRVORE DE ASA BRANCA.



FONTE: PESQUISADORA.

Jaçanã relembrou os espaços acadêmicos da RMSFC, como seminários, grupos de estudo de categorias (GEC) e grupos de estudo multiprofissional (GEM). Além de citar um momento inicial da RMSFC que foi a Territorialização.

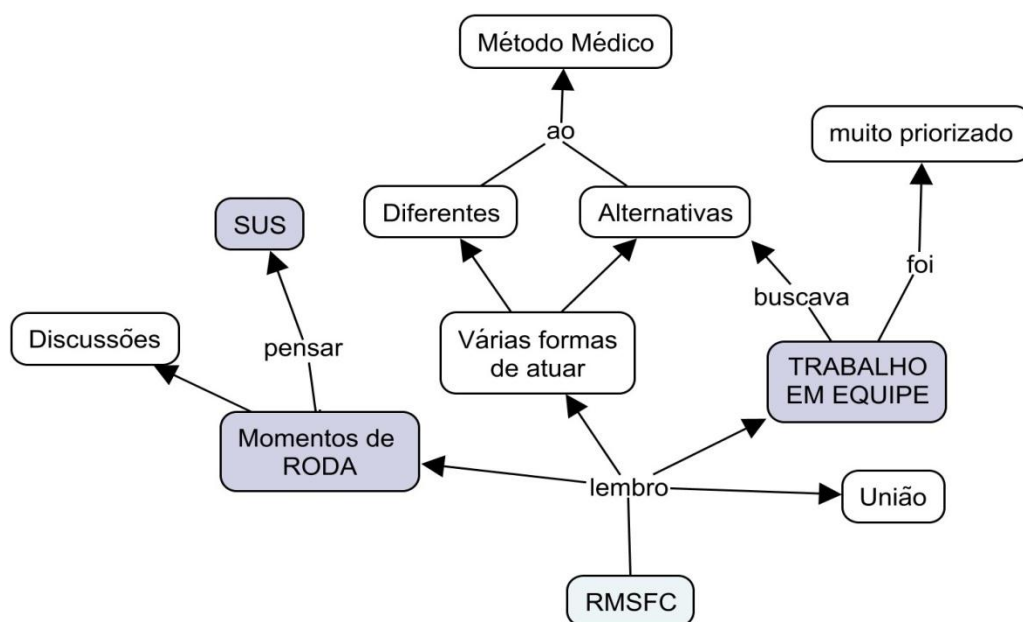
FIGURA 10: ÁRVORE DE JAÇANÃ.



FONTE: PESQUISADORA.

Endossando o coro, Garça também se referiu ao trabalho em equipe, fez menção aos momentos de Roda e destacou a união do grupo.

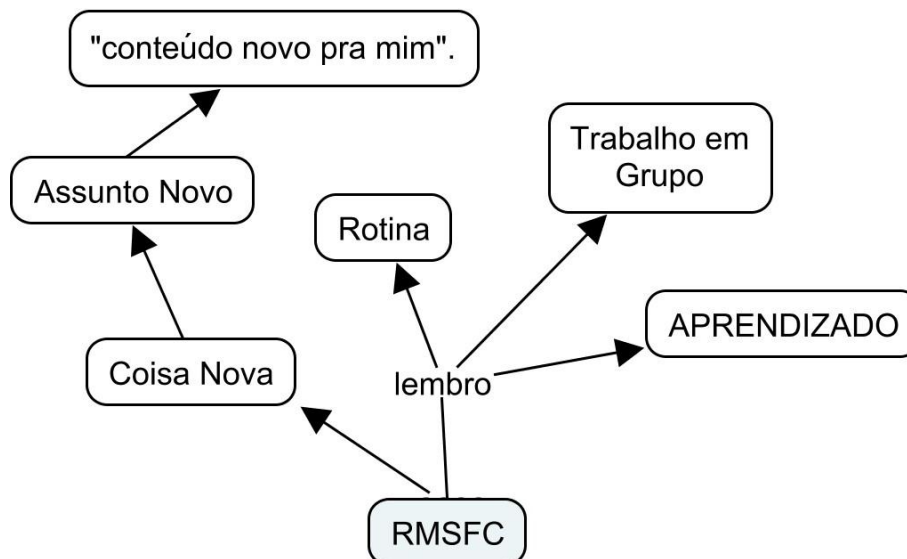
FIGURA 11: ÁRVORE DE GARÇA.



FONTE: PESQUISADORA

Periquito contou sobre as novidades que a RMSFC trouxe para sua vida, com destaque para o aprendizado de um conteúdo.

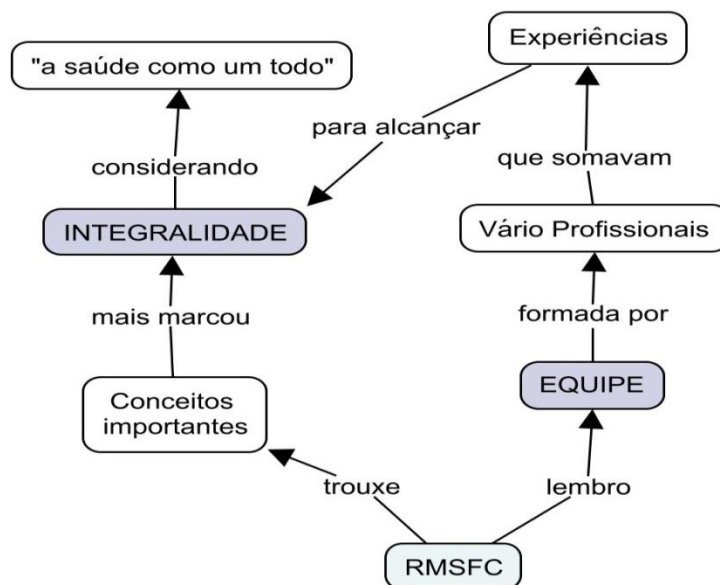
FIGURA 12: ÁRVORE DE PERIQUITO.



FONTE: PESQUISADORA.

A participante Juriti escolheu falar do conceito ampliado de saúde e da necessidade da equipe multiprofissional para se alcançar a integralidade.

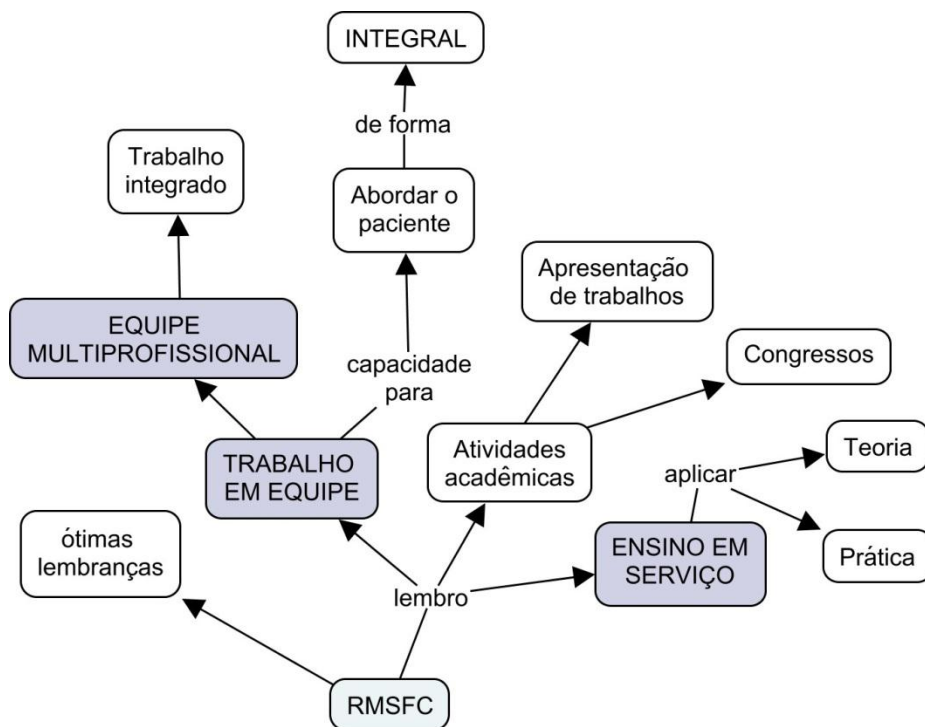
FIGURA 13: ÁRVORE DE JURITI.



FONTE: PESQUISADORA.

Coruja se lembrou do trabalho em equipe e da equipe multiprofissional, além das atividades acadêmicas vivenciadas na RMSFC.

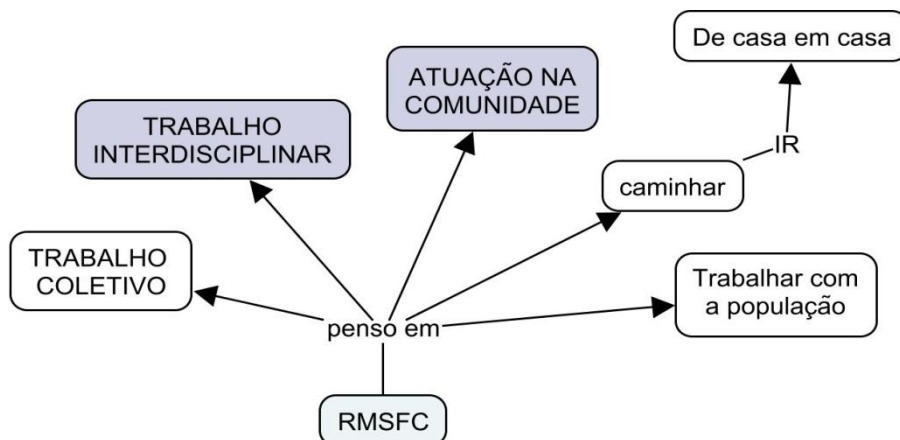
FIGURA 14: ÁRVORE DE CORUJA.



FONTE: PESQUISADORA

Por último, Bem-te-vi mencionou o trabalho coletivo e interdisciplinar, também destacando a atuação na comunidade.

FIGURA 15: ÁRVORE DE BEM-TE-VI.



FONTE: PESQUISADORA.

5.3 As categorias de análise – Tudo Pronto Para Decolar

Após o constante “debruçar-se” sobre o material produzido (Mapas e Árvores) na procura por consensos e dissensos, entre análises e sínteses, optou-se por reunir os discursos em três grandes categorias, as quais serão subseções do capítulo seguinte. Dessa forma, as categorias foram denominadas de **o sentido das práticas**, na qual se analisará as práticas atuais dos profissionais à luz dos conceitos chaves da RMSFC/UESPI (relembrando: Integralidade, Educação Popular, Trabalho em equipe e Promoção da Saúde); **o sentido da novidade**, nesta a análise se voltará para as características que fazem a RMSFC/UESPI proporcionar experiências e aprendizados diferentes da graduação e de outros cenários de práticas; e **o sentido dos afetos**, que tentará esquadrihar as lembranças da RMSFC/UESPI em busca de marcas, sonhos, desejos e frustrações que essa experiência produziu nos profissionais que a vivenciaram.

Tendo por base as Árvores, verificou-se uma maior frequência da menção aos conceitos e expressões: Trabalho em equipe, Equipe Multiprofissional, Atuação e contato com a Comunidade. Sendo citados apenas uma vez outros conceitos importantes como Integralidade, Promoção da Saúde, Interdisciplinaridade, Educação em Saúde e Ensino em Serviço.

Contudo, ao considerar a soma dos Mapas e das Árvores, destacar frases, termos e expressões e retornar ao capítulo de fundamentação teórica, elaborou-se como subcategorias de análise: **“integralidade como inovação no cuidado”**, **“movimentos produzidos pelo trabalho em equipe multiprofissional”** e **“aprendendo com a comunidade: a integração ensino-serviço-comunidade”**.

Não se excluiu a possibilidade de explanar os demais conceitos, por estarem também relacionados ao tema das Residências Multiprofissionais em Saúde. Ao longo do próximo capítulo, discutiremos os sentidos para voar, com ênfase nos processos pedagógicos e criativos disparados pela RMSFC/UESPI.

6 DISCUSSÃO – OS SENTIDOS PARA VOAR

“O sentido não é capaz de permanecer quieto, fervilha de sentidos segundos, terceiros e quartos, de direcções irradiantes que se vão dividindo e subdividindo em ramos e ramilhos, até se perderem de vista”.
José Saramago. *Todos os nomes*.

Para a Sociologia do Conhecimento, a vida cotidiana apresenta-se como realidade interpretada e subjetivamente dotada de sentido, na medida em que forma um mundo diferente. Essa realidade está imbuída de tempo, espaço, localização e historicidade. E, por meio da linguagem, o cotidiano pode ser compreendido, adquirindo assim sentido (BERGER; LUCKMANN, 2004).

Por isso, neste capítulo analisa-se “sentidos e práticas”, uma vez que estão intimamente ligados. O sentido dá cor e brilho à prática, a prática constrói sentidos e, dessa maneira, o mundo pode ser reinventado a cada dia pelas pessoas. Segundo Guessser¹ (2003), “a realidade social é fruto dessa contínua atividade de interpretação dos sentidos das ações que são empreendidas no dia a dia”.

É seguindo esse raciocínio, que a presente pesquisa buscou compreender os sentidos e as práticas dos profissionais egressos da RMSFC/UESPI em direção a uma nova forma de fazer saúde. A formação multiprofissional em serviço é uma relevante estratégia para a (con)formação de trabalhadores aptos para operar as mudanças necessárias na produção do cuidado, uma vez que alia teoria e prática, e o discurso dos residentes ganha corpo nas ações desenvolvidas nos serviços onde se inserem. Resta saber se esse caráter de novidade, tão característico das RMS, está presente também na vida pós-Residência.

6.1 O sentido das práticas – Por que eu faço o que faço?

Antes de se pensar a análise das práticas profissionais, é imprescindível atentar para o que diz Ceccim (2008) sobre o fato de que os atos técnicos de um

¹ GUESSER, A. H. A etnometodologia e a análise da conversação e da fala. **Em Tese**. Vol 1. N. 1. 2003.

profissionais atuam em conjugação com os seus atos discursivos, com as suas práticas de acolhimento da diversidade e com suas práticas de afirmação da vida. Não se trata, portanto, apenas de uma intervenção técnica, mas sim de reflexos e reverberações de aspectos sociais, históricos e culturais. Indo ao encontro da metodologia de Spink e Medrado (2013), para os quais o discurso dos sujeitos reflete acontecimentos e experiências do tempo longo, do tempo vivido e do tempo curto.

Nesta pesquisa, verificou-se que os egressos da RMSFC/UESPI desempenham suas atividades laborais em diversificados espaços, sendo que, no momento da entrevista, dos quinze participantes, cinco estavam implicados na área hospitalar e somente três atuando diretamente na APS, por meio da ESF ou do NASF.

Esses dados se contrapõem aos publicados por Vilasbôas (2006), que mostraram a inserção de ex-residentes do programa de RMSF, ligado à Universidade Federal da Bahia, nas secretarias municipais de saúde do Estado de origem do programa e de outros da região Nordeste, para executarem funções de coordenação da implantação da ESF, além de egressos atuando como membros de equipes da ESF. Vale ressaltar que essa RMSF existe desde 1997 e, até o ano de 2006, havia formado 171 profissionais.

Bourgert et al (2006) mencionam que os egressos da turma 2002-2004 do programa de RMSF da Faculdade Santa Marcelina (SP) também, em sua maioria, estavam atuando nas equipes de Saúde da Família e todos envolvidos na APS.

Alguns aspectos dessa constatação serão mais detalhados na última seção deste capítulo, por ora, é suficiente dizer que a RMSFC/UESPI apresenta uma tendência a preparar os profissionais para atuarem na Saúde Pública, pois, dentre os entrevistados, apenas três não atuavam em serviços públicos de saúde.

Silva (2014) evidenciou, em seu estudo com educadores físicos egressos de duas RMSF no Estado do Ceará, que independente dos cenários de prática, o egresso é capaz de articular práticas, aprendizados e conhecimentos em sua realidade profissional, resignificando sua atuação. Corroborando a pesquisa de Closs (2010), com assistentes sociais egressos de dois programas de RMS com ênfase na Atenção Básica no Rio Grande do Sul, que destacou a qualificação do trabalho destes profissionais tanto para a atuação no SUS, quanto em outros

espaços sócio-ocupacionais. Essa característica está posta na fala dos profissionais entrevistados:

“Apesar de não trabalhar diretamente com Atenção Básica, mas os conhecimentos da Residência ainda hoje servem na minha formação”. Bem te vi.

“Não tem como separar o que a gente aprendeu na Residência, e dizer ‘ah, eu trabalho na gestão então eu não vou poder aplicar nada do que eu aprendi no Saúde da Família’, muito pelo contrário, o que eu aprendi e que eu posso aplicar aqui no espaço em que eu trabalho, eu tento aplicar”. Asa Branca

“Eu estou em um ambiente diferente, que é o ambiente hospitalar, então eu já trabalho com a doença instalada, mas eu tenho aprendido assim que ainda é possível utilizar alguns conceitos que eu aprendi na Residência”. Coruja.

Essas situações em que os profissionais egressos não estão trabalhando na APS, mas ainda assim afirmam que fazem uso dos conceitos apreendidos durante a RMSF/UESPI, confirmam o que Silva (2014) diz sobre as RMSF não formarem trabalhadores exclusivamente para atuarem na ESF ou na Atenção Básica.

Embora essa característica seja bem marcante, foi possível capturar falas que esboçam a preparação para um *modus operandi* sob a lógica da APS, como se tem no seguinte exemplo, no qual se percebe a ressignificação do trabalho na ESF.

“[A Residência] abriu muito o meu pensamento com relação a Saúde da Família. O que eu fazia no outro município é totalmente diferente do que eu faço hoje, do que eu aprendi na Residência. Eu só fazia ambulatório! Era como se eu estivesse num consultório particular no PSF. E depois da Residência não, eu aprendi o que era o Saúde da Família, e eu tento aplicar da forma como dá”. Pardal.

Quando se investiga quais são esses conceitos trazidos da Residência, tem-se como resposta mais frequente a Integralidade e o trabalho em equipe. E, por ser um dos princípios doutrinários do SUS, a capacidade de efetivar a integralidade aparece no projeto político pedagógico da RMSFC/UESPI como habilidade esperada do egresso, uma vez que as diretrizes gerais para os

programas de RMS enfatizam a necessidade de que tais programas garantam a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2012b).

6.1.1 Integralidade como inovação no cuidado

Na Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal 8080/90), a integralidade é entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do SUS (BRASIL, 1990).

Esse conceito criou asas e se tornou uma das características mais desejáveis do sistema de saúde, traduzindo os ideais da Reforma Sanitária. A integralidade pode ser vista como alicerce de um modelo organizacional que se contrapõe ao paradigma biomédico, trazendo um novo olhar sobre o cuidado, com a abordagem dirigida ao indivíduo e aos coletivos (OLIVEIRA, 2009).

Não há dúvidas de que o discurso da integralidade, aliado a outros poderosos discursos da Saúde Coletiva, permeia as falas sobre as RMS, uma vez que estas representam uma conquista do Movimento Sanitário e tomam como bandeiras de luta os princípios doutrinários do SUS, em defesa desse Sistema (DALLEGRAVE, 2008).

Porém, Mattos (2009) alerta para o esvaziamento de significado que alguns termos podem sofrer a partir da banalização de seu uso, pois se torna frequente a utilização de um termo, expressão ou conceito, sem a necessária reflexão sobre o seu significado. É comum ao profissional de saúde defender a Integralidade sem, no entanto, saber explicar o que defende.

O mesmo autor prefere discutir os sentidos da integralidade, ao analisar os contextos mais relevantes na construção desse conceito. Enquanto Camargo Jr. (2007) questiona se a integralidade pode ser entendida como um conceito, optando por considerá-la como uma rubrica ou um agregado semântico, que compõe um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas.

O primeiro conjunto de sentidos, alvitrado por Mattos (2009), está relacionado com a medicina integral, que é um movimento originário dos Estados

Unidos e contrário à especialização exagerada, ao reducionismo biológico e fragmentado no atendimento aos problemas de saúde dos indivíduos. No Brasil, esse movimento foi traduzido na medicina preventiva, que mais tarde se desmembrou e passou por várias reformulações, até chegar a constituir a Saúde Coletiva. Inicialmente, reforçou-se o sentido da integralidade como sendo a boa prática médica, aquela que vê o indivíduo como um todo, considerando seus aspectos psicológicos e sociais.

Talvez por ter sido o primeiro, esse sentido da integralidade foi mais observado nas falas dos profissionais entrevistados, como podemos notar:

“A Residência trouxe conceitos importantíssimos pra mim e um dos conceitos mais importantes foi a percepção de que o indivíduo deve ser considerado em sua totalidade e não dividido em partes, considerando a sua saúde como um todo”. Juriti.

“Hoje no trabalho, o que eu vejo muito é a parte... a questão da integralidade, de não ver o paciente apenas como um problema de saúde, procurar ver todos os aspectos relacionados ao seu cotidiano, ao seu modo de vida e tudo isso que pode influenciar no seu processo saúde-doença”. Bem te vi.

“A RMSFC me ajudou a ter um olhar mais ampliado sobre as pessoas. Essa coisa de ouvir mais as pessoas, de tentar cuidar delas da forma mais integral possível”. Andorinha

Ainda que pioneiro, contudo não ultrapassado, esse sentido da integralidade como prática do bom profissional da saúde deve ser sustentado e defendido no cotidiano dos serviços como forma eficiente de corresponder às demandas trazidas pelos usuários, buscando compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços que esse sujeito apresenta, o que rompe as barreiras do biologicismo. A essa boa prática está relacionado o uso prudente do conhecimento biomédico sobre as doenças, guiado por uma visão abrangente das necessidades dos sujeitos atendidos (MATTOS, 2009).

A integralidade tem sido respaldada pelo conceito ampliado de saúde. Vale destacar que, desde 1978, com a Declaração de Alma-Ata, a saúde é definida como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade, sendo considerada como um direito humano fundamental. Esse conceito foi reforçado por outros documentos, como a

Carta de Ottawa, que considerou a saúde como produto social e fonte de riqueza de um viver cotidiano, tendo como pré-requisitos os determinantes sociais: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Com isso, a saúde passa a ser vista como recurso para a vida, e não como objetivo de viver, adquirindo um conceito positivo (BRASIL, 2002).

De tanto reverberar nos cenários de aprendizagem, esse discurso também esteve presente nas entrevistas, como no exemplo abaixo:

“A gente sempre tenta aplicar o conceito ampliado de saúde e a clínica ampliada... pensar onde elas moram, a família, os filhos, a realidade da comunidade, então como tudo isso deve influenciar na vida delas”. Andorinha

“Ao atender um paciente, observo além da patologia que causou sua internação, procurando entender a repercussão do seu problema de saúde no seu organismo como um todo e como isso afeta o seu cotidiano, qual o ambiente social e familiar em que ele está inserido e quais meios dispõe a fim de promover sua saúde. Assim, com base nessas informações, realizo uma intervenção mais eficaz”. Bem te vi.

Entender que as pessoas têm seus modos de andar a vida, emergentes do próprio modo como a vida se produz coletivamente e cada sujeito acrescenta suas singularidades, e que esses modos se estreitam durante o curso de uma doença é de extrema relevância para que as práticas em saúde estejam de acordo com os contextos históricos e culturais de cada pessoa que procura atendimento e, ao colocar a integralidade em prática, o profissional da saúde deve manter a perspectiva da intersubjetividade para a construção de um projeto terapêutico individualizado (MATTOS, 2004).

Closs (2010), em sua pesquisa, evidenciou que as concepções de residentes multiprofissionais sobre a integralidade têm forte ênfase no conceito ampliado de saúde e na abordagem ampliada do usuário e suas necessidades, destacando a superação da abordagem fragmentada em direção à totalidade. Entretanto, Camargo Jr (2007) já salientou a confusão que pode existir entre “atenção integral” e “atenção total”, inclusive problematizando se é possível e desejável que a atenção à saúde possa dar conta da totalidade das necessidades de um ser humano, em razão do risco que se corre de exercer uma

“medicalização também integral”. Medicalização que indica um processo social, no qual a medicina toma para si a responsabilidade sobre um crescente número de aspectos da vida social, esse termo pode ser utilizado para qualquer intervenção de um profissional da saúde que procure normalizar a vida das pessoas (FOUCAULT, 2001).

“Eu acho que [a RMSFC] influenciou principalmente na forma como a gente vê o paciente e a necessidade que esse paciente tem, a forma como entender a doença, entender o processo saúde doença e entender a saúde como sendo não só a ausência de doença. Influenciou bastante também na parte de ver que o paciente faz parte de um contexto. Principalmente no estágio na comunidade, que a gente está dentro da casa dele, e a gente os enxerga com abordagem familiar, não só individual. Por exemplo, atendemos um idoso com sequela de AVE. No dia do atendimento, ele estava desatento, sem conseguir executar os exercícios. Descobrimos que ele tinha brigado com a mulher e conversamos com os dois juntos”. Periquito

Nesse último relato, vemos como estão entrelaçados o conceito ampliado de saúde e o sentido da integralidade como a boa prática profissional, ao fugir do distanciamento e da frieza da relação profissional de saúde-paciente, na tentativa de compreender a real necessidade do sujeito em questão e proporcionar, além do atendimento técnico, um momento de conversa e de escuta qualificada, convidando a família para a Roda. E a integralidade é essa recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, é a abertura ao diálogo e a invenção de novas formas de cuidado (MATTOS, 2004).

Conhecer a realidade vivida pela população e estabelecer vínculo com esta é fundamental para a integralidade, no entanto, a abordagem integral não se limita a compreensão e atuação sobre os fatores que dificultam a adesão à proposta terapêutica, envolve a construção conjunta com os usuários de alternativas e projetos de cuidado (CLOSS, 2010).

“Eu abri meu olhar... meu horizonte, para essa questão de se colocar no lugar do paciente, do próximo. A gente se colocar no lugar dele para tentar resolver os problemas. Porque muitas vezes a gente se distancia, a gente quer resolver ali o problema, mas a gente não se coloca no lugar do outro”. Sabiá

No depoimento acima, encontramos um sentido mais condizente com aquele concebido por Gomes e Pinheiro (2005), para as quais a integralidade se caracteriza por um modo de atuar democrático do cuidado, alicerçado numa relação de compromisso ético-político, de sinceridade, de responsabilidade, confiança e empatia. A partir dessa premissa, o acolhimento e o vínculo são práticas integrais, pois atenção, consideração, abrigo, escuta, aceitação, tomar em consideração, oferecer refúgio, proteção ou conforto são atributos da atenção integral, ou seja, da integralidade. Lembrando que o acolhimento inverte a lógica de organização dos serviços, que passa a ser usuário-centrada.

O segundo conjunto de sentidos da integralidade, conforme Mattos (2009), diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde no intuito de articular as práticas assistenciais e as ações da saúde pública, superando a separação entre assistência curativa, medidas preventivas e de promoção da saúde. Além disso, a integralidade exige a horizontalização dos programas de saúde. Nesse caso, os serviços devem estar preparados para responder tanto à demanda espontânea, quanto à demanda programada. Integralidade torna-se a marca de um modo para organizar o processo de trabalho, de forma a alcançar resolutividade com impactos positivos. Com base na integralidade, os serviços seriam organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população.

Esse sentido da integralidade como atendimento integral que une ações curativa, preventiva e promocionista, foi mencionado por um dos participantes:

“A Integralidade, que é abordar o paciente como um todo, aqui [no Hospital] a gente não deixa de trabalhar a prevenção em saúde e a educação em saúde, porque tem a questão da infecção hospitalar, a orientação das mães, a orientação na alta”. Coruja.

Na Constituição Federal (BRASIL, 1988), encontra-se essa mesma noção de integralidade como atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. De acordo com Mattos (2004), assim como a Atenção Básica deve se encarregar de prestar serviços da prevenção à assistência, os outros níveis de Atenção a Saúde também devem ter essa preocupação de ofertar ações assistências e preventivas.

Finalizando, Mattos (2009) aponta como o terceiro conjunto de sentidos da integralidade aquele que reúne as políticas especiais, que são respostas do governo a certos problemas de saúde ou a necessidades específicas de algum grupo, como exemplo temos a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher. Esse sentido da integralidade expressa a obrigatoriedade que o governo tem de responder os problemas de saúde pública, ofertando medidas preventivas, promocionistas e curativas. Por se tratar de um sentido voltado para o âmbito das políticas, esse não foi lembrado pelos participantes.

Como vimos, a integralidade foi responsável por ampliar a visão dos profissionais de saúde que vivenciaram a RMSFC, possibilitando a superação dos limites de uma abordagem curativa e individual para uma abordagem promocionista, familiar e coletiva. Closs (2010) verificou que as contribuições da RMS para a construção da integralidade estão associadas com as particularidades dessa formação em serviço e sua proposta pedagógica embasada nos princípios do SUS, além da participação do residente em uma equipe multiprofissional. A vivência proporcionada pela RMS torna possível a materialização da integralidade como processo, capaz de produzir movimentos permanentes de qualificação da atenção.

Bem mais que uma atitude profissional, a integralidade deve ser um compromisso de todos os serviços de saúde, advertindo-se que ela só se concretizará por meio de ações conjuntas, ou seja, por meio da integração de vários profissionais que trabalham em equipe. Pois, como enfatiza Ceccim (2008), um projeto terapêutico da integralidade é muito mais complexo do que pode responder a circunscrição de uma profissão isolada, mesmo em face da existência de diversas áreas de especialidade de uma profissão. Além disso, não existe e nem existirá o profissional da mais elevada capacidade de cura/cuidado/escuta, como um deus profissional da atenção integral.

6.1.2 Movimentos produzidos pelo trabalho em equipe multiprofissional

Voltamos a ressaltar que o objetivo geral das RMS é formar profissionais das diversas áreas da saúde para a atuação em equipe multiprofissional com

capacidade de intervenção interdisciplinar nos planos técnico, administrativo e político (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010).

A demanda por uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar, que possa conceber formas mais abrangentes de atenção à saúde, advém da própria natureza complexa e multidimensional do ser humano com carências de cuidado em saúde. E essa forma de atenção à saúde é possível com a articulação do trabalho em equipe. O trabalho em equipe multiprofissional constitui o desafio de produzir um novo saber e uma nova prática, originados de processos reflexivos sobre a complexidade do cuidado, possibilitando a ampliação da capacidade de compreender a realidade e os problemas das pessoas, famílias e comunidades, quando pautado pela lógica da interdisciplinaridade (MARIN et al, 2010).

A interdisciplinaridade pode ser considerada como uma estratégia complexa de entendimento e enfrentamento de problemas do cotidiano, fazendo-se indispensável a integração de saberes e de práticas, a fim de integrar e renormalizar as disciplinas e as profissões, como processo de construção de conhecimento e ação, a partir dos objetivos compartilhados por coletivos de trabalho. Implica ainda em um posicionamento ético e político, que exige diálogo e negociação para definição das competências necessárias na resolução dos problemas enfrentados. Há, na interdisciplinaridade, um enriquecimento de cada disciplina envolvida no processo interativo. (SCHERER; PIRES, 2011).

Menções ao trabalho em equipe e à equipe multiprofissional foram características marcantes do corpus empírico desta pesquisa. Inclusive, das quinze árvores confeccionadas a partir das lembranças que os profissionais carregam da RMSFC/UESPI, onze delas apresentam termos como: trabalho em equipe, trabalho coletivo, minha equipe, equipe multiprofissional e interdisciplinaridade.

Esse achado ratifica a pesquisa de Silva (2014), na qual o trabalho em equipe foi citado pelos egressos de RMSF em todos os cenários de prática e, de acordo com sua metodologia, esse trabalho foi qualificado como multiprofissional e intercolaborativo. Sendo respaldado por Silva et al (2014), que evidenciaram o enfoque dado por residentes de uma RMS da região Sul do país, ao trabalho em equipe multiprofissional como estratégia importante em sua formação e para consolidação dos princípios do SUS.

Isso acontece porque as RMS possuem uma ferramenta pedagógica importante para incentivar o aprendizado e a valorização do trabalho em equipe multiprofissional: a inserção dos trabalhadores-residentes em equipes que contam com, no mínimo, um profissional de cada categoria da saúde, expondo-os a situações de diálogo, de troca de saberes e de construção de novas formas de relação com as demais profissões da saúde e com os usuários. É o que se pode averiguar nos próximos depoimentos:

“Aí eu aprendi a ver que cada categoria diferente são saberes diferentes e se a gente trabalha em equipe o trabalho sai bom, sai um resultado bacana. Então, eu acho que a Residência trabalhou bem isso... trabalhar com categorias diferentes, trabalhar em equipe, em interdisciplinaridade, cada um com seu saber no final das contas o paciente, que é o mais importante, acaba tendo um resultado melhor para sua saúde”. Beija-flor

“Primeiro me vem a lembrança do trabalho em equipe, o trabalho da equipe multiprofissional, a gente podia desenvolver o trabalho da enfermagem mas era integrado ao trabalho da fisioterapia, da nutrição... então, era melhor porque a gente tinha a capacidade de abordar o paciente de forma integral”. Coruja.

Nessas lembranças se esboçam o agir multiprofissional e interdisciplinar, quando aludido que cada profissional poderia atuar embasado no seu núcleo, porém, em constante diálogo com o outro profissional e, por consequência, com o núcleo desse outro, favorecendo o borrarimento das fronteiras que delimitam cada disciplina. Silva et al (2014) reforçam o impacto que essa formação tem em incentivar o pensar e o agir multiprofissional.

[Lembro de] “Muita união, trabalho em equipe... foi muito priorizado o trabalho em equipe e sempre buscando novas alternativas no seu trabalho, no seu fazer”. Garça

“A questão de trabalhar em equipe também foi muito importante... Eu aprendi a trabalhar em equipe, porque às vezes a gente precisa da ajuda do outro profissional para tirar dúvida ou mesmo só para trocar de horário, então a gente sempre tem que trabalhar em equipe, independente de você estar dentro de uma Residência ou de um trabalho como professor ou coordenador. A interdisciplinaridade também ficou bem enraizada na minha mente”. Sabiá

Araújo e Galimberti (2013) abordaram a temática da colaboração interprofissional na produção do cuidado na APS, ressaltando que o trabalho interdisciplinar e em equipe é um dos fundamentos desse nível de atenção. Os autores frisam que o mundo do trabalho é organizado em ambientes coletivos, por isso as relações de trabalho são marcadas pela interação com outras pessoas. Dessa forma, surge o imperativo de entender que alguns processos coletivos dependem da capacidade de tomar as diferenças e os conflitos em sua dimensão positiva e produtora.

De acordo com Santos (2010), para o incremento do trabalho em equipe, as RMS oferecem aos residentes a oportunidade de desenvolverem saberes de campo e núcleo. Nessa fase da discussão, faz-se essencial conceituar campo e núcleo. O núcleo indica a identidade de uma área do saber e a prática profissional, é específico de cada profissão, e o campo representa um espaço de limites imprecisos, para onde confluentes várias disciplinas. O núcleo, mesmo com suas especificidades, não deve romper com a dinâmica do campo. Esses conceitos possibilitam evidenciar os processos de cooperação e de apoio mútuo de cada profissão para cumprir as exigências teórico-práticas do trabalho na saúde (CAMPOS, 2000).

Alguns profissionais egressos manifestam, em sua fala, a tênue distinção entre os dois conceitos, entendendo a especificidade do núcleo e a totalidade do campo, como sendo igualmente necessários para o desenvolvimento das ações de saúde.

“[Na preceptoria] A gente está no território não só olhando, acompanhando os residentes da nossa categoria, mas a gente acompanha a equipe como um todo, se o residente da outra categoria estiver com alguma dúvida, a gente está lá tentando sanar, tentando ajudar no que for possível de acordo com o saber da gente, pela vivência do todo, do campo do saber, a gente vai tentando dar esse suporte. Então, não só a orientação para a categoria específica, esse suporte para desenvolver as atividades no território, como também suporte para integração da equipe entre os residentes e os profissionais da ESF”. Andorinha

Até mesmo quem não fez referência diretamente ao trabalho em equipe, quando indagado sobre as lembranças da RMSFC/UESPI (a saber: Andorinha,

Arara, Jaçanã e Periquito), o fez nas entrelinhas, ou em outro momento da entrevista, como se vê nos relatos abaixo:

“A Residência é uma experiência muito interessante, tanto pela parte acadêmica que a gente passa e, no meu caso foi pela parte pessoal mesmo, de crescimento e amadurecimento, porque você lidar com outras pessoas que tem outra cabeça, outra formação, não é nada fácil. Eu acho que foi um amadurecimento muito bom tanto pra mim quanto para as outras meninas que estavam lá no mesmo grupo. Então, eu acho que me ajudou muito e vai me ajudar ainda nos próximos passos que eu vou dar, nos outros lugares em que eu for trabalhar pra lidar com outras pessoas que também tiverem ideias diferentes”. Arara.

“Isso justamente porque devido à vivência que eu tive na Residência eu vi o tanto que é boa a questão do trabalho em equipe, então eu procuro levar isso pro meu trabalho. (...) Como professora do curso técnico em saúde bucal, eu tentei incentivar a questão do trabalho em equipe, porque a equipe não é só o dentista e o TSB se for trabalhar na Atenção Básica, tem os outros profissionais, tem os agentes de saúde”. Jaçanã.

Quando a profissional Arara citou o amadurecimento nas relações interpessoais, devemos compreender isso como um processo lento. Pois, vivenciar a cooperação e a integração dos diversos saberes é constantemente um desafio posto para os profissionais de saúde, requerendo que os conflitos estejam explicitados e sejam enfrentados de forma dialógica no cotidiano dos serviços. Esse processo é marcado por diversos sentimentos, não podendo ser relegado a interpretações maniqueístas.

Conforme Chiavenato (2004), não existe grupo (ou equipe) sem conflitos, uma vez que as pessoas nunca têm os mesmos objetivos, sendo o conflito inerente aos sujeitos. Muitas vezes o conflito é mais que uma simples desavença ou um desacordo e pode inviabilizar os processos de trabalho. Daí a importância das manifestações da resiliência e o enfrentamento dos conflitos, somando esforços para a integração da equipe.

Partilhando desse pensamento, Salvador *et al* (2011), ao pesquisarem sobre a multiprofissionalidade na RMSFC, verificaram que a construção do trabalho multiprofissional requer interação social entre os trabalhadores, proporcionado horizontalidade e flexibilidade dos diferentes saberes/poderes,

deixando fluir a criatividade de cada sujeito na direção de um trabalho produtor de sentido.

Peduzzi (2001) já havia destacado que a comunicação é o denominador comum do trabalho em equipe, porém, há diferentes formas de comunicação. Uma delas é a comunicação de caráter estritamente pessoal, na qual se intui o destaque para as relações pessoais baseadas no sentimento de amizade e camaradagem. Nesse caso, há redução da noção do trabalho em equipe às boas relações interpessoais e não existe o agir-comunicativo². O agir-comunicativo está presente quando a comunicação é intrínseca ao trabalho em equipe, envolvendo linguagens, objetivos e propostas comuns que resultam na elaboração de um projeto assistencial comum. É nesse nível de comunicação-interação que os membros da equipe devem chegar. Muito embora seja preferível que coexistam as boas relações interpessoais.

No segundo relato, percebemos a tentativa de aplicação do “trabalho em equipe” aprendido e prática na RSMFC/UESPI e começamos a notar a dificuldade que alguns profissionais têm de se reconhecerem enquanto partícipes de uma equipe e entender o significado do trabalho em equipe.

Peduzzi (2010) discute a existência de duas modalidades de trabalho em equipe, uma está relacionada à equipe agrupamento, na qual ocorre justaposição de ações e o agrupamento dos agentes, e a outra se relaciona à equipe integração, na qual as ações são articuladas e há interação entre os agentes. Salvador et al (2011) ressaltam que nem toda equipe trabalha de forma multiprofissional e interdisciplinar. Há profissionais que, de tanto trabalharem isoladamente e de tanto ficarem fechados em seus consultórios ou agarrados à suas valises³ de tecnologias duras e leve-duras, nem se reconhecem como equipe.

² Habermas chama de agir-comunicativo as interações nas quais as pessoas envolvidas se põem de acordo para coordenar seus planos de ação, livres de coação interna ou externa. (HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo brasileiro, 1989).

³ Merhy utiliza a imagem das valises como caixas de ferramentas tecnológicas enquanto saberes e seus desdobramentos materiais e imateriais que cada profissional da saúde dispõe. As tecnologias leves (relacionais) fazem nascer o trabalho vivo em ato. (MERHY, E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.)

O profissional egresso da RMSFC/UESPI, por ter vivenciado o trabalho em equipe multiprofissional, apresenta uma inclinação a levar essa forma de trabalho para o seu novo ambiente ocupacional. É o que se confere nas seguintes falas:

“Mas o que eu posso, o que eu consegui agregar mesmo de valor e de conceitos, eu faço no meu dia a dia de trabalho. Principalmente o trabalho em equipe mesmo. Aqui a gente trabalha psicólogo, assistente social e advogado, é uma equipe menor, não tem nada a ver com a equipe multiprofissional da Residência, mas a gente tenta no diálogo, ver o que cada um pode oferecer... tem as discussões, aqui a gente tem reuniões terapêuticas, tem reuniões de estudo de caso, de capacitação, e as técnicas que são mais administrativas”. Garça.

“A questão do vínculo com a equipe, a questão mesmo do trabalho em equipe e com a equipe do NASF é igual ao que a gente procurava fazer junto na Residência. Então, os processos de trabalho são bem parecidos... são quase idênticos”. Papagaio

Em sua pesquisa com egressos do serviço social, Closs (2010) encontrou que as experiências formativas proporcionadas pelas RMS oferecem aporte para o trabalho interdisciplinar e em equipe, para compreensão/reflexão das competências profissionais e para o desenvolvimento de ações assistenciais com diferentes enfoques, mas fundamentadas sempre na interdisciplinaridade. As estratégias que fortalecem o trabalho em equipe multiprofissional, apontadas por residentes e preceptores, são: a discussão dos casos em equipe e acompanhamento integrado por todos os profissionais, além dos espaços de reunião de equipe e de planejamento.

Pela similaridade dos processos de trabalho, Papagaio não viu empecilho ao desempenhar suas funções no NASF, identificando facilmente as semelhanças, inclusive na prática do trabalho em equipe, uma vez que os NASF são constituídos por equipes multiprofissionais semelhantes àquela da RMSFC/UESPI e sua atuação. Segundo o Ministério da Saúde, deve pautar-se pela interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação permanente, participação social, promoção da saúde e apoio matricial às equipes da ESF, tendo em vista o planejamento e a execução de uma atenção integral à população adscrita (BRASIL, 2009d).

Na pesquisa conduzida por Scherer, Pires e Jean (2013), com residentes de um programa de RMSF, no Sul do país, o processo interdisciplinar apareceu

como resultado de um processo de amadurecimento no trabalho em equipe e foi apontada a necessidade de um espaço institucional que possibilite a construção de novas normas e formas de realização do trabalho. Na RMSFC/UESPI havia garantido esse espaço, porém, no ambiente de trabalho, infelizmente, o profissional egresso pode se deparar com algumas portas fechadas, como se observa no depoimento a seguir:

“E aí como dentista eu tento sempre entrar nas reuniões, reclamo quando não me chamam, tento sempre entrar em contato com o CRAS e em contato com as outras profissões. (...) Eu tento sempre fazer com que minha equipe entenda que eu sou parte da equipe. Tento sempre, quando fazer algum tipo de atividade, fazer atividade em grupo em equipe multi, juntando o médico, a enfermeira, os ACS, dentista, o auxiliar... Então, isso eu acho que é uma coisa que eu trago da Residência”. Pardal.

Essas tentativas de Pardal mostram que, para a inovação operar nos serviços de saúde, é preciso cada profissional se responsabilizar como agente de mudanças. Scherer, Pires e Schwartz (2009) afirmam que os trabalhadores da saúde são sujeitos de processos de trabalho que os aproximam e os afastam da crença de que é possível inventar novas formas de cuidado fundamentado na integralidade e na interdisciplinaridade. O importante é que existam as tentativas, as possibilidades e as brechas para o agir-comunicativo.

Partindo desse contexto, passamos a observar as dificuldades impostas ao trabalho em equipe citadas pelo entrevistado:

“A gente, às vezes no PSF, acaba trabalhando só o profissional individualmente, não se mistura muito com a equipe. E isso eu sinto falta, porque na Residência, a gente tinha realmente o trabalho multi... e isso desenvolve um trabalho de certa forma muito melhor. E no PSF, você não encontra pessoas que tenham esse pensamento também. Ai dificulta!” Pardal

Na ESF, bem como nos serviços de saúde em geral, o trabalho deveria se desenrolar na modalidade de trabalho coletivo multiprofissional e em cooperação. Entretanto, ele ocorre por meio de ações fragmentadas, nas quais cada profissional se responsabiliza por uma parte da atividade (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ. 2009). As RMS adotam um modelo para superar essa

fragmentação, porém, como lembrou Pardal, nem todos os profissionais passaram por essa formação, que os preparassem para trabalhar em equipe.

Closs (2010) identificou que os maiores problemas para concretização do trabalho em equipe são: a pouca pré-disposição dos profissionais para o trabalho integrado na equipe e para o planejamento conjunto das ações, a falta de tempo para estudo e reflexão sobre as possibilidades de intervenção individualizada, a baixa remuneração, que obriga os profissionais a terem vários vínculos empregatícios, o que reduz a dedicação a um trabalho específico; o vínculo frágil com os usuários e as deficiências na formação, que não abrange as habilidades para o trabalho em equipe.

Os profissionais que ingressaram na área hospitalar também trazem à baila as dificuldades para atuar com base na interdisciplinaridade:

“Por exemplo, essa questão de tentar trabalhar com a família, tentar envolver... não deixar a família sem informação, tentar trabalhar em equipe, eu tento me envolver com as outras categorias profissionais, embora a gente sinta essa dificuldade dentro do hospital... das pessoas não quererem trabalhar em equipe justamente pra evitar um serviço”. Canário

“Aqui [no Hospital], falar em equipe multi ainda é utopia, a gente trabalha muito separado e eu tento um pouco costurar isso, é o que fica mais forte”. Guará

“Existe a equipe multiprofissional, apesar de não trabalhar tanto em equipe como a gente trabalhava: sentava o fisioterapeuta, o nutricionista... lá na Residência, a gente já desenvolvia as atividades com a equipe. Aqui [no Hospital] existe a equipe, mas cada um faz seu trabalho separado, não consegue integrar”. Coruja

Desta vez na área hospitalar, verificamos os mesmos problemas encontrados na APS, com destaque para a fragmentação do cuidado, o individualismo e a falta de vontade dos profissionais. E nos deparamos com Canário e Guará se responsabilizando como agentes de mudança, operando na micropolítica dos espaços onde se inseriram. Essa problematização dos processos de trabalho é o que se espera dos profissionais formados pelas RMS.

Nos casos acima, vemos exemplos de como o modelo hegemônico tem organizado os serviços de saúde em um eixo corporativo-centrado, no qual a responsabilidade pelos atos de saúde pertence a cada profissional

individualmente, identificado com cada ação prestada ao usuário. Na contramão desse modelo, a equipe multiprofissional partilha a responsabilidade pelo cuidado, devendo ser cenário de proteção e não de ameaças, de invenção do trabalho protegido e não depósito de rivalidades corporativas (CECCIM, 2008).

Uma ressalva importante deve ser feita: nem todos os serviços são organizados da mesma maneira, sendo que em alguns espaços já existem ventos de mudança. É o que podemos ver no seguinte depoimento:

“Aqui no hospital dá pra gente trazer essa ideia do trabalho em equipe, a parte mesmo de ver a clínica ampliada, abre a cabeça da gente pra ver a importância da parte psicológica, da parte social de cada paciente que a gente atende, embora seja UTI”.
Periquito

Enfrentar esse modelo biomédico, como tentam fazer os egressos apresentados nesta pesquisa, intensifica o trabalho e exige gestão de situações que extrapolam o que seria da competência do trabalhador, implicando na ampliação dos saberes e práticas de cada núcleo profissional. O desafio de articular a multiprofissionalidade pode ser considerado como um jogo para equilibrar a autonomia de cada profissão na relação com as demais (SCHERER; PIRES, JEAN, 2013).

Um forte empecilho ao trabalho em equipe são as lutas corporativistas, principalmente em relação às profissões hegemônicas, que impõem forte reação à ampliação de autonomia às outras profissões, na tentativa de se manter na supervisão do cuidado. E, certa autonomia dos componentes da equipe sempre será essencial para se alcançar a resolutividade e eficácia das ações em saúde (CECCIM, 2008). Scherer, Pires e Schwartz (2009) concordam com tal afirmação e listam como principais dificuldades para a gestão do trabalho coletivo na saúde: a relação entre sujeitos individuais e coletivos, a história das profissões da saúde (com suas lutas corporativas para garantir espaços institucionalizados e atos privativos) e o jogo político e econômico, que delimita o cenário das situações de trabalho.

Contudo, o trabalho e a educação em equipe multiprofissional como ocorrem nas RMS, já estão colocados e não podem mais ser revertidos em nome da melhor clínica ou da melhor terapêutica ou do melhor cuidado, tampouco

podem ser contidos por esforços corporativistas. Vale enfatizar que a oposição à mudança não evita que os processos se desenrolem, também não se pode mais negar os movimentos de reorientação das práticas em saúde (CECCIM, 2008).

Posto isso, entendemos que a busca pelo fortalecimento do trabalho em equipe, como se expressa na iniciativa da integração entre os profissionais no cotidiano dos serviços, está diretamente associada aos ideais da integralidade, rompendo com o reducionismo e a fragmentação do cuidado. Dessa forma, a interdisciplinaridade é um caminho para integrar saberes e práticas, qualificando a atenção à saúde.

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

As Diretrizes para implantação dos Programas de RMS indicam que as mesmas devem promover a integração das dimensões de ensino-serviço-comunidade, assegurada por intermédio de parcerias entre as instituições formadoras, gestores, trabalhadores e usuários, com vistas a dar vez e voz ao quadrilátero da formação (BRASIL, 2009a).

Domingos (2012) frisa que a participação da comunidade no processo de formação do residente ainda é pouco estudada, sendo que o contato do residente com a comunidade se dá no atendimento individual/coletivo e na inserção nos conselhos locais de saúde. Na RMSC/UESPI, esse contato também se deu no estágio no Controle Social, por meio da participação nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde e nas viagens da Caravana em Defesa do SUS. Essa aproximação ao controle social é ressaltada por Feuerwerker e Sena (2002), para as quais o papel dos usuários, enquanto cidadãos é imprescindível para a construção da relevância social dos serviços de saúde.

Estabelecer planos terapêuticos individuais e coletivos a partir da interação com a comunidade é destacado por Nascimento (2008) como uma das competências fundamentais aos profissionais da ESF. Essa integração favorece o desenvolvimento de capacidades para trabalhar os problemas sociais. Ao formar trabalhadores para a ESF é preciso assegurar que exista a integração ensino-

serviço-comunidade. Assim, Oliveira (2009) assinala como potencial pedagógico das RMS o contato com a comunidade.

Como expresso nas falas, a interação com a comunidade existiu durante a formação na RMSFC/UESPI, facilitando a aprendizagem significativa de novas formas de cuidado.

“Então, pra mim, foi extremamente importante ter passado por essa experiência que além de teórica é prática, me deu muita base pra atuar na comunidade”. Guará

“Foi uma coisa que a Residência me proporcionou... um crescimento profissional, nesse sentido de trabalhar com a comunidade”. Sabiá

“Foram dois anos muito intensos, tanto de trabalho com a comunidade, porque a gente fazia os encontros saudáveis, fazia as rodas com os adolescentes, a gente fazia atividades nas escolas, com os servidores das unidades básicas”. Jaçanã

Monken e Barcellos (2007) sugerem que, para atuar junto à diversidade de grupos populacionais, faz-se necessário o reconhecimento dos seus contextos de vida por meio de processos de territorialização, que permitem identificar as singularidades da vida social, seus problemas e necessidades de saúde, observando os usos e as diferentes apropriações do território. Esse processo é importante, pois possibilita reconhecer o ambiente, a população e a dinâmica social existente na área.

A territorialização foi lembrada pelos profissionais egressos e transportada, sempre que possível, para o seu atual processo de trabalho.

“Eu lembro demais das caminhadas da territorialização, é inesquecível porque a gente andou em todas as ruas, todas as ruas do Planalto e da Santa Bárbara, e tem muitas ruas que tem ladeiras e não eram calçadas”. Jaçanã

“Por exemplo: eu fiz uma atividade com os alunos em Saúde Coletiva baseada na Residência, como eu dou Saúde Coletiva I e II e na I como eles não têm ainda contato com a comunidade, eu peço para eles escolherem uma unidade básica, fazerem entrevista e reconhecimento daquela unidade e ir à comunidade reconhecer os problemas... uma mini territorialização, e eles têm que trazer também propostas de intervenção sobre aqueles problemas que eles identificaram. Foi uma coisa que eu trabalhei

que veio da Residência... a importância da territorialização na Saúde Coletiva". Sabiá.

"O trabalho também de territorialização que eu fiz no começo, então, foi uma coisa que eu levei da Residência [para o meu atual trabalho], eu fiz questão de ir em cada território com cada ACS pra conhecer cada região". Pardal.

"Uma coisa que está bem presente no meu cotidiano é essa questão do território, então esse conceito eu vou levar pra sempre porque eu me preocupo em estar sempre vendo quais são os territórios, quais são os equipamentos sociais, as co-morbidades que esse território pode trazer para a população, então essa questão de ver o sujeito como uma pessoa não passiva, mas como uma pessoa que também tem conhecimento e não ficar centrado aquele conhecimento na pessoa do profissional". Papagaio

Nessas reproduções, vemos como a territorialização foi relevante para a ressignificação das práticas profissionais, principalmente pelo entendimento de que a comunidade não é um laboratório, não é fonte de problemas e nem um mero receptor de ações. A participante Papagaio, inclusive, dirige sua atenção também para as potencialidades do território.

Monken e Barcellos (2005) apresentam, como ponto importante da territorialização, a intrínseca relação de co-presença, a vizinhança, a intimidade, a emoção, a cooperação e a socialização, com na base contiguidade. E a partir dessas relações, é possível identificar situações que formem contextos de vulnerabilidade à saúde, para então, olhar a comunidade como um todo coletivo que não possui exclusivamente problemas, mas também potencialidades. Montero (2006) corrobora sinalizando que, neste processo, deve-se dar tanto ênfase às carências, como também focar as capacidades e potencialidades das pessoas que a integram. A autora ainda destaca que, através de atividades em grupo como as rodas de conversa, as pessoas indicam os aspectos de suas vidas que consideram insatisfatórios, inaceitáveis e problemáticos, aspectos que reconhecem como limitantes ou obstáculos à vida a qual aspiram.

No último depoimento acima, aparecem indícios da valorização do saber popular e lembramos que a Educação Popular é um dos pilares apontados no Projeto Político Pedagógico da RMSFC/UESPI. Ceccim e Ferla (2007) defendem ser fundamental para a formação dos profissionais da saúde o trabalho educativo

junto à população como um trabalho de aprendizagem junto à comunidade. Relacionado a esse aspecto, temos o exemplo abaixo:

“Eu procuro levar isso pro meu trabalho, a questão de trabalhar com a comunidade... a gente faz rodas, então a gente tenta valorizar o conhecimento daquelas pessoas onde a gente está atuando na comunidade e tenta construir junto com elas. E a gente sabe que o empoderamento é um processo, ele não é uma coisa que você um encontro e pronto à pessoa está empoderada!” Jaçanã

Apenas em dois momentos das entrevistas surgiu o termo “empoderamento⁴”, reflexo do pouco que os participantes falaram em Promoção da Saúde, uma vez que esses conceitos estão intimamente relacionados. Para Carvalho e Gastaldo (2008), empoderamento é uma noção básica da promoção da saúde, por propiciar o fortalecimento individual e coletivo dos indivíduos para promover a participação da comunidade na assimilação de seus problemas e na busca de soluções.

Em outro contexto, no ambiente hospitalar, Canário faz referência ao empoderamento como parte de suas atividades assistenciais, passando a ideia de que o conhecimento é a chave para a autonomia.

“Atualmente, presto assistência de alta complexidade, mas durante os meus atendimentos tento realizar educação em saúde, trabalho a questão do empoderamento”. Canário.

Retornando à integração com a comunidade, verificamos que há esforço de alguns profissionais para sua materialização. Como exemplo das ações desenvolvidas na comunidade, temos os seguintes relatos:

“Tentando desenvolver ações de promoção e prevenção na comunidade e dentro do posto de saúde, eu tento não me prender apenas às ações ambulatoriais no consultório e sair um pouco mais pra comunidade também”. Juriti

⁴ Derivada do termo inglês *empowerment*, que significa um processo que conduz à legitimação e remove barreiras que limitam a produção de uma vida saudável para distintos grupos sociais; indica processos que procuram promover a participação social visando ao aumento do controle sobre a vida por parte de indivíduos e comunidades, à eficácia política, a uma maior justiça social e à melhoria da qualidade de vida (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

“A equipe tem um grupo de gestantes, que aí eu trabalho a questão do direito das gestantes, planejamento familiar, tem o grupo de idosos, de atividade física, que aí a gente trabalha a promoção de saúde. E atualmente, a gente está com esses dois grupos”. Papagaio

Nesses relatos, averiguamos a ampliação das possibilidades de desempenho profissional, ainda que não esteja explícita a presença da comunidade enquanto participe das tomadas de decisões, o que é indispensável para a Promoção da Saúde. No entanto, Silva (2014) considera que essa forma de atuar por meio das atividades em grupo são contribuições que os egressos herdaram da RMSF, uma vez que nesses encontros com a comunidade se inventa e se potencializa novas formas de cuidado, capazes de repercutir positivamente no cotidiano dos sujeitos e coletivos.

Segundo Nascimento (2008), o contato diário com o contexto social dos sujeitos e coletivos estimula o enfrentamento dos problemas de saúde e a busca de soluções compartilhadas entre a equipe e os usuários dos serviços, objetivando promover saúde e qualidade de vida para a população.

A integração ensino-serviço-comunidade estimula transformações na micropolítica do trabalho ao enfatizar a prática do acolhimento, do vínculo, da integralidade e dos demais princípios do SUS, tão almejados para a suplantação do modelo assistencial pautado nos procedimentos técnicos e medicalizantes (DOMINGOS, 2012).

6.2 O sentido da novidade – Por que é diferente da graduação?

Esta categoria emergiu do corpus empírico espontaneamente e nos surpreendeu ver que os profissionais atribuíram sentido às novidades que a RMSFC/UESPI trouxe para suas formações. As próximas análises foram abalizadas pela concepção de novidade de Foucault⁵, para o qual “o novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta”.

É inegável que as RMS propiciam a produção da diferença e do inédito na medida em que estimulam a construção de pensamento livre e crítico frente aos engessamentos políticos e assistenciais dos serviços de saúde, provocando

⁵ FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 26.

microevoluções cotidianas que resultam em rupturas com velhas práticas, abrindo caminho para a criatividade e a invenção do cuidado (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010).

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

E Feuerwerker (2009) defende que as RMS podem ser usadas inventivamente, o que possibilita a ampliação da escuta e a produção de novas tecnologias de cuidado, como os projetos terapêuticos com a participação do usuário. Dessa forma, há muitas apostas e muitas possibilidades quando se discute Residências Multiprofissionais.

Comumente se observa que os textos e as falas sobre as RMS aparecem acompanhados de enunciados que tratam da necessidade da reforma universitária. Como prova disso, os documentos oficiais preconizam que o Projeto Político Pedagógico das RMS deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde (BRASIL, 2009a; 2012b).

Contudo, podemos questionar: que novidade é essa que já conta com dez anos desde sua regulamentação legal? Por que junto ao tema RMS sempre encontramos os termos “novo”, “inovação” e seus derivados? Talvez por marketing, uma vez que na nossa cultura o novo desperta a curiosidade. Talvez porque, mesmo com tantos esforços para se implementar mudanças na graduação, há conteúdos teóricos e práticos que somente são conhecidos quando se cursa uma RMS, principalmente àquelas em Saúde da Família e Comunidade. Não se trata, portanto, de aprofundar conhecimentos, mas sim de descoberta. Como ilustrado na resposta de um egresso:

“Quando eu lembro da Residência, eu penso em coisa nova! Que tinha muito assunto novo, um conteúdo novo pra mim”. Periquito

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

E isso acontece porque, infelizmente, a formação dos profissionais da saúde apresenta vários desafios atuais, dentre eles, Ceccim e Ferla (2007) apontam principalmente a necessidade de superar a dicotomização entre assistência e vigilância à saúde, entre atendimento individual e coletivo, entre o biológico e o subjetivo, além de manter o foco no conceito de atenção integral à saúde e de aceitar a alternância de saberes e práticas de cada núcleo.

Transcorrido pouco mais de dez anos, continua atual o que Ceccim e Feuerwerker (2004b) disseram a respeito de a formação ser um campo “sempre referido, criticado e crivado de proposições espontâneas”, carecendo de formulações mais efetivas. A partir daí, emerge um dos relevantes papéis das RMS e o seu sentido de novidade.

6.2.1 Integralidade como inovação no cuidado

A despeito dos incansáveis projetos e programas já instituídos e que visam à reorientação do ensino na saúde, os cursos de graduação ainda apresentam um predomínio do modelo biomédico em sua organização curricular, centrada na transmissão de conteúdos de forma tradicional, com ênfase nos aspectos biológicos e na visão reducionista do processo saúde-doença. Tem-se a supervalorização das especialidades e do tecnicismo, resultando na reprodução de práticas assistenciais fragmentadas, voltadas principalmente para o hospital, com pequenos espaços para a prevenção e a promoção. Tudo isso torna a integralidade um alvo distante (GONZE; SILVA, 2011; MACEDO; ALBUQUERQUE; MEDEIROS, 2014).

Nos trechos a seguir, encontram-se reflexos de como a RMSFC/UESPI pode provocar uma quebra paradigmática em quem por ela passa, facilitando a

construção de novos paradigmas baseados na integralidade, no conceito ampliado de saúde e na promoção da saúde.

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

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

“Assim, com esse olhar mais ampliado sobre o sujeito. Eu não era muito ligada nessas coisas de contexto social das pessoas. A gente trabalha com saúde e saúde tem a ver com isso... com a Residência a gente tem uma perspectiva bem ampla sobre a vida das pessoas, que muitos fatores determinam a saúde. Então assim, antes jamais eu pararia para pensar nisso”. Andorinha

“Pelo menos na época em que eu fiz a graduação, ainda era muito presente os estágios em hospitais, ainda era muito na prática curativa. E quando a gente fez a Residência, a gente era focado bem na Promoção da Saúde, então isso pra mim também foi um marco importante, assim, um aprendizado muito rico... você saía do trabalho dessa coisa de trabalhar com a cura de uma doença e passava a olhar a pessoa como pessoa, como uma pessoa que poderia ter saúde e não só um tratamento de doença”. Asa Branca

Convém advertir que os participantes desta pesquisa tem um tempo médio de 6,3 anos de conclusão da graduação, ou seja, quando ingressaram nos seus respectivos cursos superiores, as DCN estavam recentemente propostas, portanto, não havia tido tempo suficiente para implementação das mudanças e o Pró-Saúde abrangia apenas a medicina, a enfermagem e a odontologia. Esses fatos ajudam a justificar a formação fortemente biomédica, hospitalocêntrica, curativista e privativista, referida pelos egressos entrevistados.

Além do mais, partindo do pressuposto de que, antes de ver a mudança das práticas, é preciso mudar os valores pessoais, pois estes influenciam diretamente a prática profissional, passamos a entender que toda mudança é um processo complexo, uma vez que o novo inicialmente é rejeitado por provocar

desordem nas organizações que já estão estruturadas pelo tempo. Muito embora, Dallegrave (2008) prefira dizer que, na cultura atual, o novo é algo desejável.

Todavia, o desejo por mudanças e a aceitação do novo ocorrem devido às insatisfações com a realidade. Torna-se fundamental problematizar os contextos, questionar o que está posto e se deixar incomodar com as práticas atuais, o que advém da vivência e da reflexão sobre o cotidiano do trabalho (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006). Ressalta-se que a problematização está contemplada no projeto político pedagógico da RMSFC/UESPI, assim como a aprendizagem significativa, no intuito de provocar transformações nos sujeitos e possibilitar a produção de sentidos.

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

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

“A Residência influenciou acho que mais nessa nova forma de fazer o trabalho, uma nova visão. Na graduação, por mais que se tente, que tenha educação em saúde ou outras coisas, você não vê aquela forma de atuação da Residência”. Garça

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

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

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

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

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

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

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

Enquanto Jaçanã, metaforicamente, diz que a RMSFC/UESPI foi um divisor de águas, Dallagrove (2008, p. 13) a compara a um “olho de furacão, que

por onde passa arranca o que está preso, remexe, movimenta, estremece”, no entanto, o sentido dessas comparações é o mesmo em sua essência: ruptura e (des)construção.

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

6.2.2 Movimentos produzidos pelo trabalho em equipe multiprofissional

O SUS demanda a necessidade de profissionais de saúde detentores de um pensar-fazer que extrapole o tecnicismo, que se paute pela interação social e com maior horizontalidade, o que resulta em maior autonomia e criatividade dos agentes, favorecendo a integração da equipe. E, de acordo com Ceccim (2008), todo processo educacional deveria ser capaz de desenvolver as condições para o trabalho em conjunto dos profissionais da saúde, valorizando a necessária multiprofissionalidade para composição de uma atenção usuário-centrada.

Com essa expectativa, as RMS se tornam uma oportunidade para reflexão das práticas, na busca por alternativas que permitam rever os caminhos da formação profissional, na direção de um trabalho integrado, em equipe, com troca mais efetiva de saberes e práticas, enfocando a formação de profissionais que superem a visão paradigmática centrada apenas nos objetos de intervenção de cada profissão (GIL, 2005; SILVA et al, 2014).

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

Dessa forma, diferente da graduação, a RMSFC/UESPI colocou o residente de cada profissão no lugar de fronteira com outras profissões, tirando-o do seu lugar privativo ou de sua “caixinha”, conquistado graças às lutas

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

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

“Até então na universidade a gente só trabalha com aquilo que é da nossa área. Tem grupos de estágio, mas sempre era de nutrição, e por mais que a gente trabalhasse em hospitais, que envolviam outras categorias... tinha enfermeiro, tinha médico, fisioterapeuta, enfim... mas, era muito restrito, era mais no ambiente da nutrição. No hospital, o contato que você tinha com a enfermagem era só de ir até a enfermagem, ver prontuário, ver o paciente para ver como ele estava, ver a dieta. Só isso!” Beija-flor

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

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

A habilidade para o trabalho em equipe, voltado para a interdisciplinaridade, como um meio para se qualificar os serviços e afirmar a integralidade, emergiu na fala dos profissionais também na pesquisa conduzida por Closs (2010) como um fator que merece maior atenção durante a graduação. Muito embora, Ferreira e Olschowsky (2009) já houvessem constatado que integrar os diferentes núcleos do conhecimento não é tarefa fácil, ao entender que a integração não ocorre por decreto ou norma, mas deve ser construída e conquistada, inclusive depende da disposição dos sujeitos, das equipes, da

valorização do conhecimento do outro, da proximidade, do tempo de contato e da amizade. A integração exige uma ética “entre-disciplinar”, que deve construir e compartilhar as diferenças.

Outro ponto forte das RMS é a ampliação da equipe, seguindo a proposta de somar o maior número possível de olhares diferentes sobre uma mesma questão que é a atenção integral à saúde. Algumas relações de trabalho são mais estreitas e historicamente consolidadas, como o que ocorre entre a medicina e a enfermagem. Esse fato é mencionado a seguir:

“Porque na época da graduação o pouco contato que a gente tinha ainda era com estudantes de medicina, tinha essa relação enfermagem e medicina, porque a gente acabava se encontrando nos mesmos campos de estágio, especialmente quando se tratava dos hospitais, e quando eu fui pra residência eram outras categorias... a equipe era multi, a equipe era fixa”. Asa Branca

A aproximação com profissionais de outras categorias é algo recente, até mesmo pela história de regulamentação dessas profissões. A fisioterapia, por exemplo, foi reconhecida como profissão de nível superior em 1969 e, a princípio, garantiu seu escopo de trabalho nos níveis de atenção secundária e terciária, sendo caracterizada pelo enfoque na cura e na reabilitação (BISPO-JÚNIOR, 2007).

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

Silva et al (2012), ao pesquisar sobre o NASF, enfatizaram que se há mercado de trabalho para os profissionais de saúde na APS por meio do NASF, é

indispensável que na formação seja contemplado esse campo de estágio, colocando o estudante da área da saúde em contato com as equipes e assim com o processo de trabalho sob essa lógica, discutindo a importância da entrada e permanência de alunos da graduação e da pós-graduação na APS.

Os mesmos autores sugerem que o próprio profissional do NASF seja formado em campo, reconhecendo o imperativo de adequação da formação às propostas do SUS e às diversas atribuições dos profissionais exigidas para atuar com resolutividade frente às necessidades de saúde da população.

Nascimento e Oliveira (2010) acrescentam que as propostas pedagógicas dos cursos da saúde são construídas distanciadas dos serviços e não contemplam pontos-chaves como o trabalho em equipe, o vínculo, o acolhimento, imprescindíveis para o NASF. Contudo, Formiga e Ribeiro (2012) evidenciaram que existem consonâncias entre as novas propostas de formação dos profissionais de saúde e alguns processos de trabalho do NASF, carecendo de maior ênfase na formação multiprofissional, com vistas a garantir o trabalho em equipe de forma interdisciplinar.

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

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

Trabalhar na Estratégia Saúde da Família exige do profissional uma formação direcionada à compreensão da realidade de saúde da população adscrita, o que determina a interação com as complexas tramas sociais, econômicas e culturais inerentes à comunidade. Apesar dos esforços, as tentativas de integração entre a formação e a realidade dos serviços nos cursos de graduação tem se mostrado pouco abrangentes, uma vez que projetos como

VER-SUS e PET-Saúde não podem ser vivenciados por todos os estudantes, há um processo seletivo e vagas limitadas (SANTOS, 2010).

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

Porém, o SUS tem sido apresentado nos currículos da saúde de forma tímida ou, às vezes, como um dado isolado, o que distancia o estudante das suas propostas. Outras vezes, o SUS é repassado de forma tradicional e maçante, não despertando no aluno o interesse em conhecer mais do sistema. Vários fatores fazem surgir um paradoxo, pois é nesse sistema que os profissionais estarão desempenhando as suas funções, bem como possíveis papéis de lideranças tecno-científicas e gestoras. Nessa direção, a residência se confirma como uma complementação para o exercício profissional, em que os conhecimentos são articulados com a prática, para o alcance da terminalidade da formação não contemplada satisfatoriamente pela graduação (CECCIM; BILIBIO, 2002; FEUERWERKER, 2009).

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

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

É essa dicotomização que se pretende romper, aliar cada vez mais teoria e prática, pela valorização da educação pelo trabalho, fazendo com que o ensino se aproxime da realidade dos serviços de saúde e o acadêmico seja preparado para lidar com situações reais do cotidiano das pessoas, que nada tem a ver com as

condições ideais das salas de aula e dos laboratórios (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

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

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

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

A obrigatoriedade do estreitamento dos laços entre ensino, serviço e comunidade não diz respeito apenas à graduação, pois a pesquisa de Domingos (2012) evidenciou a necessidade da parceria entre os atores que ocupam esses espaços para que a proposta da residência se confirme como uma das possíveis estratégias de mudanças na formação, uma vez que as transformações não podem ser alcançadas isoladamente. A parceria, firmada pela articulação entre formação, gestão, atenção e controle social, promove a organização de um terreno favorável ao aumento da governabilidade dos processos de mudança e permite a visualização de limitações no modo tradicional de se enfrentar os problemas.

A renovação das práticas em saúde, visando a qualificação do atendimento às necessidades sociais no âmbito do SUS, é um desafio para a consolidação desse Sistema, envolvendo questões de natureza tecnopolítica ao prever mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde, nas organizações e nas pessoas. Embora existam processos de transformação em movimento,

impulsionados pelas DCN para os cursos da saúde e por programas de educação pelo trabalho como o PET-Saúde, esse assunto ainda merece destaque. É por isso que a Residência deve dialogar com a busca de mudanças na graduação, que instaurem novas bases para o trabalho na saúde, e não assuma simplesmente o papel de elemento corretivo, como aquele que vai suprir essa carência (CLOSS, 2010).

Existe o discurso que propõe as mudanças, pois é fácil falar da necessidade de uma formação integrada entre os cursos da saúde e da inserção precoce na realidade do SUS, porém, práticas inovadoras e com perspectiva transformadora vemos pouco. As generalizações promovem a regra, há exceções, que precisam ser priorizadas e espalhadas mais e mais até se tornarem regra.

6.3 O sentido dos afetos – Porque me afetou!

Na transição entre o trabalho material, com seus valores dimensionáveis, e o trabalho imaterial, composto por valores sem dimensão, observa-se que a interação humana entre os colegas da equipe e com os usuários dos serviços de saúde produz afeto, conhecimento e comunicação. (FAJARDO, CECCIM, 2010).

Trabalharemos, nessa subseção, também com a afecção, que de acordo com Spinoza (2009), é o estado de um corpo considerado sofrendo a ação de um outro, ou seja, advém da mistura de dois corpos, um agindo sobre o outro.

Pode-se dizer que é nessas fronteiras, no contato com a realidade e no contato com o outro, em que se dá o momento de transformação do profissional, como visto no relato a seguir:

“O que mais me marcou foi isso: essa possibilidade de ver o real. Isso me tocou muito. Ver a realidade dura, nua e crua das pessoas, motivou a gente sempre estar procurando fazer o melhor para essas pessoas que são tão fragilizadas, tão desprovidas de serviços de saúde, de tanta coisa”. Andorinha.

As marcas são os estados vividos em nosso corpo no encontro com o outro, provocando rupturas que levam a invenção de um novo eu, assim “as

marcas são sempre gênese de um devir⁶". E enquanto estamos vivos, as marcas continuam se fazendo em nosso corpo e permanecendo nele, com o potencial de atrair, ser atraída e reverberar tão logo encontre ressonâncias, determinando muitas de nossas escolhas. Então, o sujeito engendra-se no devir, sendo conduzido pelas marcas que traz no corpo. E quanto mais sentido o sujeito consegue criar a partir das marcas deixadas em seu corpo, maior a potência com que a vida se afirma em sua existência (ROLNIK, 1993).

O corpus empírico desta pesquisa foi permeado de relatos bem singulares, reflexo do turbilhão de sentimentos que a experiência de ser residente provoca. Alguns exemplos são apresentados logo abaixo:

"Eu saí [da universidade] sem gostar da Saúde Pública. E vim me apaixonar na Residência. Acho que eu saí com uma visão de focar na clínica, mas não era o que eu queria... descobri a área que eu queria na Residência". Beija flor

"Hoje tudo o que eu faço, todo o conhecimento que eu tenho do NASF, eu trouxe da Residência. Não tem nada assim que eu possa dizer: 'isso aqui eu aprendi fora da Residência'. Porque minha área é área de humanas, então tudo o que eu sei hoje da área da saúde para trabalhar no NASF vem da Residência". Papagaio

"Eu sempre digo, foi a melhor experiência que eu vivi dentro da minha experiência profissional nesses 8 anos de formada e que eu vou levar comigo para sempre o aprendizado que eu tive. (...) foram aprendizados assim belíssimos, experiências lindas que a gente viveu, que vão ficar com a gente pra sempre. A gente sempre recorda com boas lembranças mesmo, foram aprendizados inesquecíveis". Asa Branca

"Foi uma experiência muito enriquecedora e aí sempre que eu falo da Residência eu tenho orgulho de ter feito isso". Coruja

Todas as recordações vistas até aqui guardam sentidos múltiplos e ratificam o potencial das RMS em movimentar a formação profissional, tornando-a mais humanizada e preparada para lidar com as intersubjetividades.

Além disso, a presença nos territórios de atuação coloca os profissionais mais próximos da realidade a ser considerada nos atendimentos e planejamentos em saúde e se torna um potente dispositivo, que favorece a ruptura com as

⁶ Devir, conceito de Deleuze e Guattari, remete ao desejo, a força e a potência presente e que não é imitada e não está enquadrada. Não é generalizável; é, antes de tudo, fenômenos, evolução e mudança.

práticas hegemônicas. O enfrentamento direto dos problemas trazidos pelos usuários exige tolerância à falta de respostas imediatas. É nessa hora que as trocas entre os diferentes núcleos de saber se somam às experiências de diferentes profissionais, que compõem a equipe multiprofissional, com o único objetivo de gerar o cuidado adequado (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010).

Entretanto, é necessário que haja um tempo-espaço para que se tome consciência da afetação produzida no ambiente de trabalho coletivo. O que pode ser assegurado por meio das Rodas de Conversa envolvendo os profissionais. Na RMSFC/UESPI, esse espaço existe com duas conformações distintas denominadas Grupo de Estudo Multiprofissional (GEM), para os debates do campo, e Grupo de Estudo por Categoria (GEC), para o aprimoramento do núcleo, e foram citados por dois profissionais:

“[Os GEM e GEC] eram momentos de aprendizagem e partilha de conhecimentos e vivências, que serviram de base para eu realizar propostas de planejamento de ações onde quer que eu trabalhasse”. Jaçanã.

“Lá na Residência, era um trabalho bem mais envolvente, as pessoas todas envolvidas no trabalho, tanto específico da área profissional, como os GEC, como da área multiprofissional”. Garça.

Para Oliveira (2009), esses espaços são indispensáveis para o desenvolvimento do pensamento crítico sobre as ações diárias e para a oxigenação das ideias, que permitam a criação de novas respostas frente antigas demandas, além de garantir a implicação dos profissionais na construção do SUS a partir da reflexão crítica e produtora de sentido.

Inclusive, Silva *et al* (2014), em sua pesquisa com residentes da região Sul, evidenciou que o planejamento das ações, executado por meio de discussões de núcleo e campo, oferecem a oportunidade de refletir sobre prática. Entendemos essa reflexão como ponto fundamental para a aprendizagem significativa. Sendo assim, nesses encontros de campo e núcleo se constroem novos sentidos para o trabalho na APS, não se restringindo a relação com o usuário ou com a equipe, mas dá sentido ao serviço como um todo.

A relevância desses espaços protegidos para a reflexão reside na recuperação do trabalho vivo em ato, ademais o trabalho na saúde não pode ser um simples “executar tarefas” ou “cumprir cronogramas”, deve ser ressignificado pelo constante pensar coletivo. Segundo Silva et al (2012), nesse pensar coletivo são definidos os nós críticos e se busca compreendê-los, também são desenhados os planos de ação em consonância à realidade.

A cada planejamento e execução das atividades, sentidos são produzidos no cotidiano dos serviços de saúde, envolvendo uma ação duplamente transformadora, na qual os profissionais produzem mudanças no serviço e em si mesmos. Em movimento permanente de ressignificações, conforme preconizado pela EPS (SILVA et al, 2014).

São nos encontros que as RMS se constituem enquanto dispositivo de inovação: encontro consigo, com o outro (profissional e usuário) e com a realidade dos serviços e da comunidade. E assim, a RMS permite engendramentos, instaura devires e renova as esperanças de que as mutações de sentidos e de práticas são possíveis (SILVA, 2010).

Outro ponto forte nas recordações é a valorização dos vínculos criados durante a RMSFC/UESPI e sua relevância tanto no processo de formação, quanto na construção do cuidado, tendo respaldo em Gomes e Pinheiro (2005), as quais citam que a noção do vínculo nos faz refletir sobre a responsabilidade e o compromisso na atenção à saúde, uma vez que:

Criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal (MERHY *apud* GOMES; PINHEIRO, 2005).

A RMSFC/UESPI possibilitou a construção de vínculos tanto entre a equipe, quanto com comunidade. Sobre os afetos em relação à própria equipe, os profissionais entrevistados disseram o seguinte:

“A gente trabalhou junto durante os dois anos e, além do trabalho sólido que a gente conseguiu construir, a gente conseguiu construir uma amizade muito bonita”. Asa Branca

“Quando eu me lembro da Residência, eu me lembro da minha equipe, porque era uma equipe muito unida. São lembranças boas e primeiro eu me lembro da equipe”. Papagaio

“Foi muito importante a ajuda das minhas amigas: a nutricionista, a dentista, a assistente social, que eram do meu grupo lá na Residência, a gente trabalhou muito bem”. Sabiá

Nesses trechos, a ideia de amizade e de união dentro da equipe é algo marcante e vislumbrado como ponto decisivo para o sucesso do trabalho realizado, ou seja, para a efetivação do cuidado.

Thofehn e Leopardi (2006) propuseram a teoria dos vínculos profissionais, na gestão do trabalho em enfermagem, e consideraram os mesmos como uma ferramenta mediadora, que pode agir na subjetividade do trabalho, favorecendo o alívio subjetivo das dificuldades, do desgaste físico, do sofrimento presente nas atividades rotineiras e normativas, o que torna o ambiente de trabalho agradável, capaz de produzir alegria, prazer e satisfação, auxiliando no desenvolvimento de um cuidado coletivo eficiente. O vínculo profissional, então, se baseia na relação entre sujeitos reunidos para um trabalho conjunto, visando atingir as mesmas metas. Ressalta-se que Martins et al (2012) comprovaram essa teoria também em equipes multiprofissionais e perceberam que os problemas surgem diariamente e as formas como são superados são reflexos de quão unida é a equipe e o quanto os vínculos são maduros e saudáveis.

Concomitantemente, ao se trabalhar na comunidade, se deve evitar uma relação distante, fria e de caráter unicamente técnico, sendo preciso alcançar uma interação baseada na confiança. Segundo Campos (1997), o vínculo com os usuários amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante o cuidado. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais, quanto pacientes.

A formação do vínculo ocorre pela aproximação entre usuário e profissional, ambos com intenções, interpretações, carências, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, habilidades e expectativas diferentes, pois o usuário busca assistência em estado físico e emocional debilitados, enquanto o profissional é aquele supostamente capacitado para atender e cuidar da causa da sua fragilidade. Assim, esse encontro deve envolver afetividade, ajuda e respeito (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

Nos depoimentos que se seguem, pode-se perceber a importância dos vínculos criados na RMSFC/UESPI para os profissionais, notando aspectos singulares da aproximação com o usuário, com as famílias e com os profissionais da equipe da ESF.

“A gente forma um vínculo tão forte com a comunidade, que se você se permitir, o tempo passa e esse vínculo permanece, independente de você trabalhar lá ou não. Até hoje, eu volto ao território onde eu passei a Residência, até hoje eu tenho contato com as pessoas, recebo ligações, recebo mensagens... até hoje, eles me pedem para voltar a trabalhar lá, entendeu? (...) Posso ir para outra comunidade, mas eu prefiro voltar para aquela, porque eu criei um vínculo muito afetivo, muito bom mesmo com a comunidade e com a equipe da Unidade Básica de Saúde, eu tenho contato com enfermeira e com ACS até hoje. E isso é muito bom!” Guará

“A gente se sentia partícipe daquela área, daquele território, era como se fosse nosso território... era nosso território de trabalho. Eu me sentia como integrante daquele espaço, uma profissional dali e, assim, foi uma experiência riquíssima! Você se aproxima das famílias, se aproxima dos profissionais, tem a oportunidade de conhecer um pouquinho de outras categorias, que eu não estava habituada ainda, não tinha trabalhado, não tinha vivido na época da graduação”. Asa Branca

Montero (2006) sugere a familiarização com a comunidade como metodologia de trabalho na APS, pois permite aos profissionais de saúde uma maior aproximação com a comunidade, seus hábitos, costumes e singularidades sociais, revelando um encontro entre sujeitos e subjetividades, com o propósito de produzir saúde, conhecendo a realidade de organização, funcionamento e significados do processo saúde-doença nos territórios. Do mesmo modo, saber ouvir e escutar as queixas, conhecer a população adscrita pelo nome, identificar sua família e ser reconhecido na comunidade facilita a criação e o fortalecimento do vínculo, por meio de sentimentos de confiança.

Monteiro, Figueiredo e Machado (2009) acreditam que o vínculo é fundamental para os serviços de saúde, pois confere ao usuário autonomia no que diz respeito à sua saúde, tendo seus direitos de fala, argumentação e escolha levados em consideração e também favorece o diálogo, fazendo com os profissionais sejam melhor interpretados.

A criação desses vínculos mais intensos, conforme visto nos relatos, foi possível porque, de acordo com Nascimento (2008), a RMSF permite o estabelecimento de vínculo com as coletividades, enquanto a ESF se prende mais às famílias, sendo que os residentes têm uma ação diferenciada daquela das equipes da ESF e um “tempo protegido” a ser investido no acompanhamento dos sujeitos e das famílias desvinculado das metas de produtividade, o que resulta no fortalecimento de laços mais humanizados, favorecendo a formação de profissionais éticos-politicamente comprometidos, ao tempo em que se desenvolve o cuidado no seio da comunidade.

Acrescenta-se o pensamento de Abrahão e Merhy (2014), para os quais a formação em serviço desperta sensações e afetos durante a produção do cuidado. Os sentidos, no cotidiano das práticas em saúde, implicam processos referentes às múltiplas possibilidades relativas aos encontros, perpassando pela troca de olhares, pela construção do conhecimento e pelas afecções em geral.

6.3.1 Momento terapêutico da roda⁷

A motivação desta pesquisa, a princípio, sempre desejou chegar a esse ponto da discussão. A observação livre de que a maioria dos profissionais formados pela RMSFC/UESPI estavam se engajando no serviço público, mais precisamente na área hospitalar, fez despertar o interesse em compreender esse fenômeno, uma vez que o governo investiu na qualificação de profissionais para atuação diferenciada na APS. A observação foi constatada pela pesquisa empírica, verificando que doze dos quinze profissionais entrevistados não estavam empregados na ESF ou no NASF, esses dados podem não ser estatisticamente significativos, no entanto, possuem relevância para os pressupostos qualitativos adotados.

Mais uma vez, há um descompasso entre formação e serviço. Antes de ingressarem na RMSFC/UESPI a dissonância aviltada era: como profissionais formados sob a lógica hospitalocêntrica poderiam atuar de maneira eficaz/resolutiva na Atenção Primária à Saúde? Após a RMSFC/UESPI, a posição

⁷ Alusão ao Método da Roda (CAMPOS, 2000) e sua organização na RMSFC/UESPI, com os momentos administrativo, pedagógico e terapêutico.

se inverteu: como profissionais (trans)formados pelas experiências e aprendizados na APS foram trabalhar no Hospital? As confabulações cederam espaço e voz aos profissionais que vivem essa realidade.

O primeiro esboço é o de insatisfação, por si e pelos colegas, seguido de uma racionalização e da tentativa de se adaptar ao novo trabalho, resgatando conceitos e modos de produção aprendidos na RMSFC/UESPI, como é possível notar nos seguintes depoimentos:

“Eu sou triste assim no sentido de não poder colocar em prática, não poder trabalhar atualmente no Saúde da Família, porque era o sonho de todos nós que fizemos parte da primeira turma da Residência: era sair da Residência em Saúde da Família e poder colocar em prática o que a gente aprendeu de fato se inserindo na Atenção Básica e isso não aconteceu com a maioria da turma. Hoje, eu trabalho na Gestão, mas assim, não me sinto frustrada porque é uma experiência também que eu gosto e a gente acaba puxando”. Asa Branca

“A Residência foi mais relevante pra minha vida pessoal, pra onde eu trouxe alguns conceitos utilizados como a forma de trabalhar em grupo (multidisciplinar e interdisciplinar), as rodas, o olhar diferenciado à comunidade, entre outros. E isso eu tento colocar em prática no meu dia a dia e na minha vida profissional, que não está ligada ao campo da saúde propriamente dito. Porque como pós-graduação, uma formação diferenciada, pela carga horária, conceitos trabalhados, investimento alto do governo, acho que fomos subaproveitados. Eu pelo menos me acho assim. E isso me frustra um pouco”. Garça

“A intenção da Residência em Saúde da Família é boa pelo Ministério da Saúde e Educação, mas o pós- residência não é bem proveitoso. O dinheiro público poderia ser mais bem aproveitado... Isso me frustra um pouco. E acho isso mais crítico na fisioterapia. Foram quase 200 mil reais investidos em 7 profissionais sem retorno até agora”. Canário

Enquanto Asa Branca fala do sonho em trabalhar na APS, através da ESF, como algo longínquo e superado, as profissionais Garça e Canário falaram também do sentimento de frustração, citando inclusive que a RMSFC/UESPI é um investimento alto. Torna-se premente refletir sobre esse investimento. Está se formando para quê, ou para onde? Os objetivos da formação oportunizada pela RMSFC/UESPI estão claros no seu projeto político pedagógico e, pela discussão anterior, verificamos que em parte os objetivos (em termos de aprendizagem e sentidos) foram alcançados. Convém questionar: em que medida (não) foram

atingidos os objetivos políticos relacionados à qualificação da Atenção Básica, à reforma das práticas e à ressignificação do trabalho na ESF?

Daí, mais uma vez nos deparamos frente aos entraves criados pelo distanciamento entre as políticas de educação e as políticas de gestão, mesmo em face dos constantes avanços no diálogo e nas propostas de se potencializar a integração do quadrilátero ensino-atenção-gestão-controle social, que perfazem dez anos de embates (CECCIM, FEUERWERKER, 2004B).

Essa constatação fica evidente nas declarações que se seguem:

“Eu sei que Atenção Básica, por enquanto não vai dar. É porque eu passei no concurso da FMS, em Teresina, mas fui lotada na fundação hospitalar, e trabalho na atenção terciária, sem previsão de saída. Por isso disse isso. Claro que posso trabalhar com promoção e prevenção dentro do hospital, mas atenção primária, da forma como eu entendo, dentro da comunidade, na minha ocupação atual não dá pra fazer. Eles não se importam com isso [se você tem formação]. Infelizmente. Quando abriram os NASF fizeram seleção interna, de forma bem parcial. Políticaeira”. Guará

“Eu acho que nunca vou trabalhar em NASF por isso... pois se um dia eu passar pra FMS vão me colocar no HUT e nem vão querer saber se tenho pós em saúde da família”. Canário

Percebe-se que estão sendo formados profissionais diferenciados, com a qualificação específica para atuar na APS, entretanto, o mercado não lhes inclui. Isso não é questão de governabilidade, mas sim de entender a governamentalidade⁸ na sua dimensão programática. Foucault (2001) instiga que o problema primordial é investigar o tipo de racionalidade empregado nas práticas, pois para toda luta ou discussão política é preciso compreender qual o propósito, quem está em luta, como esta se desenrola, em qual lugar e com quais instrumentos.

Precisa-se com urgência de governos que adotem o compromisso com o dinheiro público e com os projetos de gestões passadas, a fim de se garantir retorno social dos investimentos e a continuação de políticas. Partindo do pressuposto de que o Estado é o efeito móvel de "transações incessantes que modificam insidiosamente as fontes de financiamento, as modalidades de

⁸ Governamentalidade pode ser entendida como uma análise das práticas de governo, desenvolvida por Michell Foucault.

investimento, os centros de decisão, as formas e os tipos de controle, as relações entre poderes locais e autoridade central" (FOUCAULT, 2001).

Problematizando um pouco mais o tema na busca pela compreensão desse fenômeno, encontramos algumas queixas principais como sendo a falta de concursos na área, a não valorização do profissional com a qualificação adequada e a baixa remuneração. Essas queixas são apontadas a seguir:

“Os concursos que são poucos no NASF, por exemplo, a FMS não faz concurso específico, aproveita os profissionais que já estão na fundação. Isso mostra uma pouca valorização do profissional com formação em saúde da família”. Canário

“Está faltando mercado... Assim, uma discussão que a gente tinha lá na época da Residência, que a gente está sendo formado com recurso público e que a gente acaba não tendo essa abertura pra trabalhar, até porque os concursos não são, não costumam ser, muitas vezes não são específicos pra área da Atenção Básica. Então, quando aparece concurso, geralmente, é concurso geral e área hospitalar, por exemplo o da Fundação Municipal, você se inscreve e vai para o hospital... eles fizeram uma seleção para o NASF, mas foi fechada para os funcionários que já eram da prefeitura”. Periquito

“Falta oportunidade para trabalhar no NASF, são poucas vagas disponíveis nos concursos, geralmente são uma ou duas vagas. Além disso, normalmente, paga-se mal e a atenção básica é desvalorizada”. Bem te vi.

Nesses relatos, vemos a desvalorização de uma das estratégias da Política Nacional de EPS, que é a RMSFC, a desvalorização dos recursos públicos, o afunilamento do mercado de trabalho através dos concursos concorridos e a dificuldade de certas profissões da saúde de se inserirem na APS por meio dos NASF, o que remonta, muitas vezes, à própria construção cultural do seu objeto de intervenção e da sua imagem na sociedade. Acrescenta-se aqui ainda a desvalorização da Atenção Básica.

Por exemplo, Bispo-Júnior (2011) discute sobre o papel do fisioterapeuta na APS, citando os problemas em se definir suas atribuições e fazer com que o profissional se perceba em um novo perfil voltado também para promoção da saúde e prevenção de doenças. Uma profissão que teve sua história marcada pelas guerras e pelas grandes epidemias, que geraram a necessidade de um profissional “especialista” na reabilitação de amputados de guerra e sequelados

de poliomielite. A despeito desse caso, temos muitas outras profissões marcadas pelo perfil elitizante de sua formação e por sua atuação destinada para o consultório, para a clínica e para o hospital. Já vimos, anteriormente, a profissional Beija Flor relatando esse perfil do curso de Nutrição. Todavia, não adentraremos no mérito dessa questão.

Sobre a (des)valorização do profissional que atua na APS, podemos extrapolar o que afirma Camargo Jr (2007, p. 38) sobre a medicina para os demais cursos da saúde:

A medicina tem uma formação profissional que ainda supõe a prática liberal, individualizada, privada, como horizonte maior. Daí, o trabalho nas áreas ambulatoriais não-especializadas e/ou nos programas de Saúde da Família é visto como tarefa menor, que é desvalorizadas pela corporação.

Dessa forma, observa-se que, apesar da ESF ser a porta de entrada do SUS e ser considerada prioridade na Política Nacional de Atenção Básica, alguns preconceitos acompanham a formação e o trabalho nessa esfera. Esses preconceitos se sustentam no pouco conhecimento/vivência que se tem da APS durante a graduação e também na definição dos níveis de complexidade da atenção, os quais determinam uma forma de hierarquização da saúde. Nessa hierarquização, com base no uso de tecnologias duras, é atribuída ao trabalho no hospital uma complexidade maior que o trabalho desenvolvido em unidades básicas de saúde. Em razão disso, os profissionais que atuam no âmbito hospitalar detêm um status de maior reconhecimento entre seus pares (ROSSONI, 2010).

Isso acontece porque muito se confunde o cuidado primário à saúde a um serviço simplificado de menor importância, desprezando a complexidade que caracteriza esse ambiente pérvio de possibilidades de atuação. A complexidade da APS encontra-se na premissa da articulação de diversos saberes, técnicos e relacionais, no âmbito da equipe multiprofissional e que resulte em ações de abrangência individual e coletiva, de natureza preventiva, promocionista e curativa, promovendo além do cuidado a autonomia dos sujeitos (SANTOS, 2010).

Outro fator que interfere na valorização do trabalho na APS está relacionado à questão de mercado e ao forte apelo capitalista. Além da

fragilização do sistema com cortes de verbas e terceirização dos serviços. A disparidade salarial também pesa nas escolhas. Aliás, a falta de estabilidade dos profissionais, quer seja na equipe ou no município, produz inconstância no trabalho preterido pelo SUS, prejudicando principalmente o envolvimento dos profissionais da ESF com o usuário na busca pela produção de sentidos (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

Amâncio Filho (2004) enfatiza que, frente aos avanços científicos e tecnológicos em todas as áreas do conhecimento (que ocasionam mudança nas relações sociais e de produção de bens e serviços), verifica-se uma tendência de que as realizações pessoais se voltem para o consumo, e não para o trabalho. A busca pela afirmação da identidade pessoal está acima do bem-estar coletivo, em que os indivíduos se hierarquizam a partir dos seus ordenados frente à forte influência do “consumo pelo consumo”, onde crescentemente o ser se define pelo que se consegue comprar. É nesse momento em que se enterram os ideais – de Defender o SUS em Defesa da Vida –, se vendem os sonhos – de trabalhar na Atenção Básica – e contenta-se com aquilo que o mercado oferece – o Hospital e suas tecnologias.

Identificar-se com o trabalho na atenção básica é um processo que além de ser afetado pela valorização interna e externa desde a graduação, é influenciado pela incerteza sobre o futuro, daí os egressos se lançaram em concursos para “qualquer área”. Bauman (2008, p. 189) indica que falta às pessoas na sociedade moderna o controle sobre o presente e a confiança de estar no controle do seu próprio destino, o que provoca cada vez menos esperança de que “unindo forças podemos mudar as regras do jogo”.

É bem verdade que apresentamos características locais peculiares. Contudo, a impossibilidade de generalizações estatísticas não é argumento convincente para colocar em dúvida a validade deste estudo. Dentre essas características, cabe uma ressalva: Teresina é reconhecida, locorregionalmente, pelo seu complexo parque tecnológico no âmbito da saúde, sendo referência em média e alta complexidade para os Estados: Piauí, Maranhão e Pará.

Ainda assim, desde 2006 preconiza-se a Estratégia Saúde da Família como prioridade para reorganização do Sistema de Saúde, devendo a mesma ter sua cobertura ampliada, porém, também qualificada com a inserção de

profissionais preparados, além de contar com a valorização desse nível de atenção à saúde. Soma-se a isso a criação dos NASF, em 2008, com vistas à aumentar o escopo e a resolutividade das ações da ESF (BRASIL, 2012a). Diante do exposto, é possível que um município da Federação se coloque contrário a uma Política Nacional de tamanha abrangência? Ou estamos diante de forças capitalistas que imprimem à saúde esse caráter de mercadoria e veem na doença uma fonte de lucro?

Por ora, para encerrar as discussões, nos reportamos ao que representa uma fala de esperança:

“Você se forma um profissional diferenciado. E apesar de não estar trabalhando diretamente com Atenção Básica, aqueles conceitos sempre estarão presentes na sua vida”. Coruja

CONSIDERAÇÕES FINAIS – BATEU ASAS E VOOU

*“Descobrir o verdadeiro sentido das coisas
É querer saber demais
Querer saber demais”.
O Teatro Mágico. Sonho de uma flauta.*

Nesta pesquisa, abandonou-se o antigo ideal das ciências positivistas que é de “possuir a verdade e a certeza, e, sempre que possível, o de consolidar a verdade através de uma demonstração lógica”⁹.

Aqui, propôs-se a refletir sobre o sentido das práticas dos profissionais da saúde, que é um das premissas da Educação Permanente em Saúde, pois considerar a singularidade dos atos de cada trabalhador é necessário para implicação crescente dos mesmos na construção de um SUS mais resolutivo e comprometido com o cuidado integral à saúde. Problematizaram-se as práticas tendo por base os sentidos produzidos no cotidiano, e o corpus empírico nos proporcionou comparações entre o que existiu na RMSFC/UESPI e o que está posto hoje para os profissionais que passaram por essa vivência. Optou-se por não descrever as práticas individuais de cada participante na tentativa de escapar ao erro de escrever um “relatório” sobre as práticas. Detivemo-nos nos sentidos, que emergiram por todos os lados, inclusive ao arrolar o tema “mudanças na graduação” para a discussão. Foi, por assim dizer, uma escrita livre de normatizações, na qual se deixou fluir o direcionamento que as entrevistas foram apontando.

Reconheceu-se que a metodologia utilizada, apesar de desafiadora, foi ao encontro do objetivo principal dessa pesquisa. Os mapas e as árvores nos indicaram as categorias que serviram de base analítica.

A integralidade, referenciada como eixo norteador da nova práxis profissional dos egressos, forneceu indícios de que a formação por meio da RMSFC/UESPI ampliou o olhar dos profissionais, trazendo os variados sentidos que esse termo possui, além de ter melhorado a compreensão sobre as vulnerabilidades sociais.

⁹ POPPER, Karl. Conferência “Tolerância e responsabilidade intelectual”. 1981.

A constatação de que o trabalho em equipe e a integração com a comunidade foram pontos muito lembrados pelos egressos, carregados de sentimentos positivos, aponta para que mais ênfase seja dada a essas ferramentas pedagógicas das RMS. Não podendo mais ser consideradas como alternativas ou apostas incertas, mas sim “padrão-ouro” para a formação de profissionais da saúde, visando o comprometimento com o acolhimento e a resolutividade das demandas de saúde da população. Ademais, tem-se como premissa a formação de sujeitos autônomos, críticos e problematizadores da realidade que, na micropolítica dos serviços nos quais se inseriram, possuem o potencial para disparar processos de mudança e evolução, em um devir constante.

Após verificar que os egressos da RMSFC/UESPI estão espalhados pela Rede de Atenção à Saúde, a palavra de ordem tornou-se: adaptação. Justamente porque se observou as tentativas em adaptar o conteúdo teórico prático apreendido durante a RMSFC/UESPI à nova realidade de trabalho. Várias ressalvas foram feitas com o intuito de evidenciar as diferenças entre o que foi feito na Residência e o que estão fazendo atualmente. Essas tentativas revelam o inconformismo em aceitar a organização imposta por esses ambientes e onde tem incômodo, tem mudança. Os egressos que estão trabalhando na área hospitalar assumem, dessa forma, papel duplamente desafiador: despertar seus pares e provocar transformações nos serviços, não se deixando abalar pela frieza das relações e nem desistindo em face da luta solitária.

Como um “olho de furacão”¹⁰ ou como um “divisor de águas”, a RMSFC/UESPI despertou sentimentos, mexeu com os sentidos e gerou um terreno fértil para que aconteça a invenção de novas formas de cuidado, pautadas pela integralidade da assistência, pelo respeito à autonomia dos sujeitos e pelo vínculo interpessoal. Portanto, encontrou-se como resposta à questão principal desta pesquisa, que a RMSFC/UESPI tem sim colaborado para a formação de um novo perfil profissional, embasado nos princípios do SUS e comprometido com o atendimento às necessidades de saúde da população.

Por ter sido partícipe da história construída pela RMSFC/UESPI, entendo-me no direito e no dever de legitimar, cada vez mais, as estratégias de educação

¹⁰ DALLEGRAVE, 2008.

pelo trabalho desenvolvidas em caráter multiprofissional, assegurando que essa formação seja representativa dos ideais da Reforma Sanitária. Junto-me, assim, à luta pelas mudanças na formação, enfatizando que os projetos sejam ampliados, a fim de que mais cursos possam ser contemplados pelas estratégias inovadoras.

Por encontrar-se imersa em um contexto socioeconômico que transforma o acesso à saúde em um mercado altamente lucrativo, a RMSFC/UESPI nasceu e firmou-se como projeto contra-hegemônico sob diversos aspectos, estando sempre a um passo de ser capturada por interesses alheios ao SUS. Com as questões aqui suscitadas, pretendo convocar o controle social, a gestão, as instituições de ensino e os serviços para essa luta, que reflitam sobre esse tema, que abracem o projeto da RMSFC/UESPI e que não a deixem sucumbir diante de tantas dificuldades. A devolutiva dos achados desta pesquisa visa o fortalecimento dos programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e, especialmente, a sensibilização dos gestores municipais para a valorização dos profissionais egressos da RMSFC/UESPI, por estes possuírem a qualificação específica para a atuação na APS.

Entretanto, esta pesquisa também apresentou limitações, uma vez que não se alcançou a totalidade de egressos e não foi possível aprofundar algumas discussões. Além disso, a metodologia adotada não permitiu explorar o campo das práticas profissionais, o que pode ser atingido com pesquisas observacionais e outros referenciais metodológicos. Por conseguinte, mais pesquisas com profissionais egressos de RMS devem ser desenvolvidas. Sugere-se, também, pesquisas avaliativas dos programas, com o intuito de otimizar os processos e afirmar as RMS enquanto estratégia para (trans)formação de profissionais ético-politicamente comprometidos com o SUS, em Defesa da Vida sempre.

De onde estou, atualmente, posso me enxergar nos depoimentos de cada um dos meus colegas e as experiências de hoje reforçam a crença no potencial das RMS em contribuir para a ressignificação das práticas em saúde.

Assim como as aves...

*“As palavras voam
E às vezes pousam”.*
Cecília Meirelles

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHAO, A. L.; MERHY, E. E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface comun. saúde educ.** Botucatu-SP. n.49, vol.18. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v18n49/1807-5762-icse-18-49-0313.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2015.
- ALBUQUERQUE, V. S. *et al.* A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Rev. bras. educ. med.** Rio de Janeiro. n. 3, vol. 32. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n3/v32n3a10.pdf>>. Acesso em: 09 jun 2013.
- ALYRIO, R.D. **Metodologia Científica**. PPGEN: UFRJ, 2008.
- AMANCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface comun. saúde educ.** Botucatu-SP. n.15, vol.8. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a19v8n15.pdf> >. Acesso em: 02 abr. 2015.
- ARAUJO, E. M. D.; GALIMBERTTI, P. A. A colaboração interprofissional na estratégia saúde da família. **Psicol. Soc.** Belo Horizonte. n.2, vol.25, pp. 461-468. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v25n2/23.pdf>>. Acesso em 15 mar. 2015.
- ARAUJO, M. E. Palavras e silêncios na educação superior em odontologia. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. n.1, vol.11. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29462.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2013.
- ARAÚJO, R. M. S.; FREITAS, A. K.; BARBOSA, S. V. A. I Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do Estado do Tocantins. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, 2006.
- BAUMAN, Z. **A sociedade individualizada**: vidas contatas e histórias vividas. Tr. José Gradel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar editor, 2008.
- BERGER, P. L; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 24^a ed. Petrópolis, Vozes. 2004.
- BISPO JUNIOR, J. P. Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. supl. 1, v. 15. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700074&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2015.

BOSI, M. L. M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**. 2012, vol.17, n.3, pp. 575-586. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a02.pdf>>. Acesso em: 19 set 2013.

BOURGET, M. M. M. et al. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: a experiência da Faculdade e Casa de Saúde Santa Marcelina. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, 2006.

BRASIL. **Lei no 8.080**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Educação. **Orientação para as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação**. Brasília: Ministério da Educação, 2001. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0583.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH – SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002. (a).

_____. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado**. Brasília, 2002. (b).

_____. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Projeto Promoção da Saúde. Brasília, 2002. (c)

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Caminhos para mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a política nacional de educação permanente em saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 2004.

_____. **Lei nº 1.129**, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão dos Jovens – PROJOVEM e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (a)

_____. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, 2006. (b)

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.996**, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília. Diário Oficial da União, 2007.

_____. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial nº 1.077**, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2009. (a).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília, 2009. (b).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. (c).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**. Textos Básicos de Saúde, Cadernos de Atenção Básica, nº27. Brasília: 2009. (d).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (a).

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Resolução nº 2**, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, 2012. (b).

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. **Divulgação do instrumento de avaliação de Programas de Residência em Área da Saúde, nas modalidades Multiprofissional e Uniprofissional**. 28 de agosto de 2014. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

BÚRIGO, A. C. *et al.* Residências em Saúde: Encontros Multiprofissionais, Sentidos Multidimensionais. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, 2006.

CALIL, L.C. Proposta de um modelo pedagógico para programas de residência médica. **Rev Bras de Medicina**. n.7, vol. 57, 2000. 751-756.

CAMARGO JR, K. R. Um ensaio sobre a (in)definição da integralidade. IN. PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs) **A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/ABRASCO. 2007.

CAMPOS, G. W. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. IN: CECILIO, L. C. O. (org) **Inventando a mudança na saúde**. 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 29-87.

_____. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc Saude Coletiva**. Rio de Janeiro. n. 2, vol 5. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n2/7093.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

CARVALHO, B. G.; LIMA, J. V. C.; BADUY, R. S. Movimentos, encontros e desencontros da produção da residência multiprofissional em Saúde da Família. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, 2006.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (orgs.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 149-182.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. suppl.2, vol.13. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a07.pdf>>. Acesso em: mai 2015.

CAVALCANTE, M. T. L.; VASCONCELLOS, M. M. Tecnologia de informação para a educação na saúde: duas revisões e uma proposta. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. n.3, vol. 12. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/11.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. n.4, vol. 10. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a20v10n4.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

_____. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 4ªed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008.

CECCIM, R. B.; BIBLIO, L. F. S. Articulação com o movimento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. IN: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). **Tempo de inovações: a experiência da gestão da saúde do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre: Dacasa, 2002.

CECCIM, R. B. FERLA, A. A. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento para a montagem do projeto de integralidade da atenção em saúde. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (orgs) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2007.

_____. Educação permanente em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (orgs.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**. Rio de Janeiro. n.1, vol. 14. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2013. (a)

_____. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. n.5, vol. 20. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/36.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2013. (b)

CHIAVENATO, I. **Comportamento organizacional**: a dinâmica do sucesso das organizações. São Paulo: Pioneira Thomson Learning. 2004.

CLOSS, T.T. **O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica**: formação para a integralidade? 2010. 228p. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

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

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações? **Interface comun. saúde educ**. Botucatu-SP. n. 47, vol.17. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n47/aop4113.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2015.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface comun. saúde educ**. Botucatu-SP. n. 28, vol.13. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a18.pdf>>. Acesso em: 05 jun. 2013.

DA ROS, M. A. *et al.* Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário. **Cadernos RH Saúde**. v.3, n. 1. Brasília, 2006. p. 103-111.

DIAS, H.; LIMA, L. D.; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. n. 6, vol. 18. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/13.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

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

FAJARDO, A. P.; CECCIM, R. B. O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde. IN: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (orgs) **Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 2010.

FERREIRA, R. C.; VARGA, C. R. R.; SILVA, R. F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. suppl. 1, vol. 14. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a15v14s1.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. IN: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (orgs) **Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 2010.

FEUERWERKER, L. M. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface comun. saúde educ**. Botucatu-SP. n. 28, vol. 13. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a20.pdf>>. Acesso em: 01 nov 2013.

FEUERWERKER, L. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface comun. saúde educ**. Botucatu-SP. n.10, vol.6. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n10/04.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

FORMIGA, N. F. B.; RIBEIRO, K. S. Inserção do fisioterapeuta na atenção básica: uma analogia entre experiências acadêmicas e a proposta dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **Rev Bras Ciênc Saúde**. João Pessoa. n. 2, vol. 16. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10639/7300>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 16ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. n. 2, vol. 21. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/15.pdf>>. Acesso em: 03 jun 2013.

GOMES, M. C. P. A; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**. Botucatu-SP, v.9, n.17, p.287-301, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

GONZALEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis**. Rio de Janeiro. n.2, vol. 20. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n2/a12v20n2.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2013.

GONZE, G. G.; SILVA, G. A. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores . **Physis**. Rio de Janeiro. n.1, vol. 21. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n1/v21n1a07.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2013.

GOYA, N. Promoção da saúde, poder local e saúde da família: estratégias para construção de espaços locais saudáveis, democráticos e cidadãos humanamente solidários e felizes. **Sanare**. Sobral-CE. Vol. 4, n.1. 2003.

HORTA, N. C. *et al.* A prática das equipes de saúde da família: desafios para a promoção de saúde. **Rev. bras. enferm.** Brasília. Vol. 62, n.4, p. 524-529. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/05.pdf>>. Acesso em: out 2012.

HADDAD, A. E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo. n. 3, vol. 44. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n3/1482.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações sobre cidades**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

JREIGE, C. M. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: um estudo sobre os efeitos na crença, satisfação e comprometimento. 2013. 65p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Universidade de Brasília. Brasília, 2013.

LEAO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P. Avaliação da associação entre qualificação de médicos e enfermeiros em atenção primária em saúde e qualidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. n. 11, vol. 16. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n11/a14v16n11.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2013.

LOBATO, C. P.; MELCHIOR, R.; BADUY, R. S. A dimensão política na formação dos profissionais de saúde. **Physis**. Rio de Janeiro. n. 4, vol. 22. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n4/a02v22n4.pdf>>. Acesso em: 07 jun. 2013.

MACEDO, N. B.; ALBUQUERQUE, P. C.; MEDEIROS, K. R. O desafio da implementação da educação permanente na gestão da educação na saúde. **Trab. educ. saúde** . Rio de Janeiro. n. 2, v. 12. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 mar. 2015.

MACHADO, M. F. A. S. *et al.* Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. n. 2, vol. 12. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>>. Acesso: 03 jun. 2013.

MACIEL, E. L. N. *et al.* Avaliação dos egressos do curso de especialização em Saúde da Família no Espírito Santo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. n. 4, vol. 15. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n4/a16v15n4.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2013.

MARIN, M. J. S. *et al.* Pós-graduação multiprofissional em saúde: resultados de experiências utilizando metodologias ativas. **Interface Comunic, Saúde, Educ.** Botucatu-SP. n. 33, vol. 14. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n33/a08v14n33.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

MARTINS, A. R. *et al.* Relações interpessoais, equipe de trabalho e seus reflexos na atenção básica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro. n. 1, supl. 2, vol. 36. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022012000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2015.

MARTINS, M. C. F. N.; BÓGUS, C. M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, 2004. Vol. 13, n.3, p. 44-57. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/06.pdf>. Acesso em: out 2012.

MARTINS, G. A.; THEÓPHILO, C. R. **Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas**. São Paulo: Atlas, 2007.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2004. v. 20, n. 5, p. 1411-1416. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

_____. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. IN: PINHEIRO, R. MATTOS, R. (org) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado a saúde**. 8ª ED. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO. 2009.

MCLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Using logic models. In: WHOLEY, J. S; HATRY, H. P; NEWCOMER, K. E. (orgs.). **Handbook of practical program evaluation**. San Francisco: Jossey-Bass. 2010. (pp. 55–80).

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface Comunic, Saúde, Educ.** Botucatu-SP, 2005. Vol.9, n.16. Disponível em: <<http://www.fepecs.edu.br/cies2010/artigo01.PDF>>. Acesso em: out 2012.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **Salud Colectiva**. Lanus. n. 2, vol. 2. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v2n2/v2n2a04.pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2015.

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

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, 2000. Vol.5, n.1, p. 7-18. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7075.pdf>>. Acesso em: out 2012.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo. n. 2, vol. 43. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a15v43n2.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2015.

MONTERO, M. **Hacer para transformar**: el método en la psicología comunitária. Buenos Aires: Paidós, 2006.

MONKEN, M; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. n.3, vol. 2. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000300024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 mar. 2015.

_____. O território na promoção e vigilância em saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D'A. **O Território e o Processo Saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

MOREIRA, K. F. A.; OLIVEIRA, J. L. C. Narrativa da Residência Multiprofissional em Saúde: desafios para a Universidade Federal de Rondônia (Unir). IN: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília, 2006.

NASCIMENTO, D. D. G. **A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho do SUS**. 2008. 124p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis>>. Acesso em: set 2012.

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. 2010, vol.19, n.4. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n4/09.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

OLIVEIRA, C. F. **A Residência Multiprofissional em Saúde como possibilidade de Formação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde**. 2009. 106p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br/dspace/handle/10923/4948>>. Acesso em: 02 abr. 2015.

OLIVEIRA, C. F.; GUARESCHI, N. M. F. Formação profissional para o SUS: há brechas para as novas formas de conhecimento? IN: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (orgs) **Residências em Saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 2010.

OLIVEIRA, M. R. **A promoção da saúde na estratégia saúde da família: a realidade de uma regional de saúde de Fortaleza-CE**. [Dissertação Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro, 2008. 36 p. Disponível em: <<http://bvssp.iciet.fiocruz.br/lildbi/docsonline/7/7/1877-Oliveiramrm.pdf>>. Acesso em: out 2012.

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Brasília: OPAS – Representação do Brasil, 2011.

PAIVA, C. A.; PIRES-ALVES, F.; HOCHMAN, G. A cooperação técnica OPAS-Brasil na formação de trabalhadores para a saúde (1973-1983). **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. n.3, vol. 13. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n3/15.pdf>>. Acesso em: 04 jun 2013.

PARENTE, J. R. F. *et al.* A trajetória da residência multiprofissional em saúde da família de Sobral. IN: BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, 2006.

PASCHE, D. F.; HENNINGTON, E. A. O Sistema único de saúde e a promoção de saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. **SUS: ressignificando a promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 19-40.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saude Publica**. São Paulo. n. 1, vol. 35. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

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

PINTO, I. C. M. *et al.* Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. n. 6, vol. 18. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n6/02.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

POSAVAC, E. J.; CAREY, R. G. **Program evaluation: Methods and case studies**. 6ª ed. NJ: Prentice-Hall. 2002.

RAMOS, A. S. A Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva em Debate. IN: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs.). **Resumos ampliados do VI Seminário do Projeto Integralidade: saberes e práticas no cotidiano das instituições de saúde**.

Rio de Janeiro: CEPESC: ABRASCO, 2006. p.77-83. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/download/Resumos_VIS_lercap11.pdf>. Acesso em: ago 2012.

RAMOS, M. A pesquisa sobre educação profissional em saúde no MERCOSUL: uma contribuição para políticas de integração regional referentes à formação de trabalhadores técnicos em saúde. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. suppl. 2, vol. 23. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/16.pdf>>. Acesso em: 06 jun 2013.

RMSFC - Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Projeto político pedagógico**. Universidade Estadual do Piauí. Teresina-PI, 2008.

_____. **Projeto político pedagógico: II Turma**. Universidade Estadual do Piauí. Teresina-PI, 2010.

ROLNIK, S. **Pensamento, corpo e devir**: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. 1993. Disponível em: <<http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/suely%20rolnik.htm>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

ROSA, S. D.; LOPES, R. E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação *lato sensu* no Brasil: apontamentos históricos. **Trab. educ. saúde**. 2009, vol.7, n.3. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v7n3/06.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

ROSSONI, E. **Formação multiprofissional em serviço na atenção básica à saúde**: processos educativos em tempos líquidos. 2010. 224p. Tese (Doutorado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2010.

SALVADOR, A. S. et al. Construindo a multiprofissionalidade: um olhar sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Rev Bras. Ciênc Saúde**. João Pessoa. n. 3, vol. 15. 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/10834/6820>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

SANTOS, F. A. **Análise Crítica dos Projetos Político-Pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. 2010. 116p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arrouca – ENSP/FIOCRUZ. Rio de Janeiro, 2010.

SAYD, J. D.; VIEIRA JUNIOR, L.; VELANDIA, I. C. Recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde (1941-1992). **Physis**. Rio de Janeiro. n. 2, vol. 8. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v8n2/08.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2013.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. Interdisciplinaridade: processo complexo de conhecimento e ação. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**. Brasília. n.1, vol. 5. 2011. Disponível em:

<<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/919/929>>. Acesso em: 15 mar. 2015.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. n.11, vol.18. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 mar. 2015

SCHERER, M. D. A; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Rev Saude Publica**. São Paulo. n. 4, vol. 43. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/90.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2015.

SILVA, A. L. F. Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: repercussões no exercício profissional dos egressos de educação física. 2014. 208p. Dissertação. (Mestrado em Saúde da Família). Universidade Federal do Ceará. Sobral-CE, 2014.

SILVA, A. T. C. et al. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. n.11, vol.28. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/07.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2015.

SILVA, C. T. et al. Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. **Rev. Gaúcha Enferm**. Porto Alegre. n.3, vol.35. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n3/pt_1983-1447-rgenf-35-03-00049.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2015.

SILVA, D. J.; ROS, M. A. Da. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. n.6, vol.12. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n6/v12n6a26.pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2013.

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

SILVA, Q. T. A. **Residência Multiprofissional em Saúde: o estar junto na formação dos residentes em saúde**. 2010. 136. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SOUSA, V. D.; CURY, V. E. Psicologia e atenção básica: vivências de estagiários na Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. suppl. 1, vol. 14. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a16v14s1.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2013.

SOUZA, F. L. **As estruturas essenciais de avaliação de programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Ceará: uma proposta de auto-avaliação a partir dos casos de Sobral e Fortaleza.** 2012. 132p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Universidade Federal do Ceará. Sobral-CE. 2012.

SOUZA, I. A. A. **O preconceito nosso de cada dia: um estudo sobre as práticas discursivas no cotidiano.** 2008. 170p. Tese (Doutorado em Psicologia Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2008.

SPINK, M. J. Linguagem e produção de sentidos no cotidiano. [livro online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

SPINK, M. J.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. IN: SPINK, M. J. (org). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SPINK, M. J.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. IN: SPINK, M. J. (org). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. IN: SPINK, M. J. (org). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas.** 4ª Ed. São Paulo: Cortez, 2013.

SPINOZA, B. **Ética.** Belo Horizonte. Autêntico editora, 2009.

THOFEHRN, M. B.; LEOPARDI, M. T. Teoria dos vínculos profissionais: um novo modo de gestão em enfermagem. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis. n. 3, v. 15. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07022006000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2015.

TURATO, E .R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa.** Petrópolis: Vozes, 2003.

VILASBÔAS, A. L. Q. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: a experiência da parceria entre o Instituto de Saúde Coletiva e a Escola Estadual de Saúde Pública na Bahia. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília, 2006.

WERNECK, M. A. F. *et al.* Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. n. 1, vol. 15. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a27v15n1.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2013.

WHOLEY, J. S.; HATRY, H. P.; NEWCOMER, K. E. **Handbook of Practical Program Evaluation**. 3ª ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass. 2004.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado(a) Colega:

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada “A Residência Multiprofissional em Saúde da Família: revelando sentidos e práticas dos profissionais egressos”, com o objetivo de analisar sentidos e práticas do profissional egresso do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí (RMSFC/UESPI).

Por isso, o público alvo da pesquisa são os profissionais de saúde egressos do programa RMSFC/UESPI. Neste sentido, solicitamos sua participação na pesquisa respondendo a alguns questionamentos apresentados na forma de entrevista.

Neste momento, conversaremos sobre os seguintes assuntos: conceitos aprendidos na RMSFC/UESPI, aplicação cotidiana desse aprendizado e ações desenvolvidas no seu ambiente de trabalho.

Assim, esta entrevista pode durar, no máximo, quarenta minutos.

Gostaríamos de deixar claro ao senhor (a) que essas informações são sigilosas, não falaremos para ninguém seu nome, nem suas respostas. Caso se sinta constrangido (a) e envergonhado (a) durante essa nossa entrevista, o senhor (a) tem o direito de pedir para interrompê-la, sem quaisquer prejuízos a você. O senhor(a) tem plenos direitos de se recusar a participar do estudo.

As informações obtidas nesta entrevista farão parte do nosso estudo acadêmico. Sempre respeitaremos o caráter confidencial de seu nome. Pretendemos com essa pesquisa, obter dados que possam nortear o fortalecimento dos programas de Residência Multiprofissional ou subsidiar reformulações, visando sempre melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população.

Informamos ainda que:

- Mesmo tendo aceitado participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento.

- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria da assistência na Atenção Primária à Saúde.
- Responder a esta entrevista não trará nenhum risco para você. Entretanto, caso se sinta constrangido (a) em responder alguma pergunta, interromperemos a mesma,
- Estaremos disponíveis para qualquer outro esclarecimento no Endereço: Avenida Comandante Maurocélvio Rocha Pontes, nº. 186, Derby, Sobral - CE, telefone: (88) 3677- 4242.

Atenciosamente,

Pesquisador

Consentimento pós – informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo que pretende analisar a inserção social do egresso do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí (RMSFC/UESPI), realizado pelas pesquisadoras Gaussianne de Oliveira Campelo e Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas. Compreendi seus propósitos, concordo em participar da pesquisa.

Sobral, _____ de _____ de 2014.

Assinatura do Participante

APÊNDICE B
ROTEIRO DA ENTREVISTA

A. Caracterização dos sujeitos:

Iniciais: _____ Data de Nascimento: _____ Gênero: _____

Profissão: _____ Quanto tempo de formado: _____

Outra especialização ou pós-graduação (concluída antes da RMSFC/UESPI):

Experiência profissional antes da RMSFC/UESPI:

Trajétoria Profissional após conclusão da RMSFC/UESPI e ocupação atual:

Trajétoria Acadêmica após conclusão da RMSFC/UESPI:

B. Perguntas norteadoras:

- 1) Quais as ações que você desenvolve no seu ambiente de trabalho?
- 2) Quais as lembranças que você tem da Residência? (o que vem à sua cabeça quando você se lembra da Residência?)
- 3) Como os conceitos aprendidos no período da Residência se fazem presentes no cotidiano do seu trabalho?
- 4) Há semelhanças entre o seu atual processo de trabalho e aquele desempenhado na Residência?
- 5) Como você considera a influência da Residência sobre sua práxis profissional?

APÊNDICE C

MAPA – Andorinha

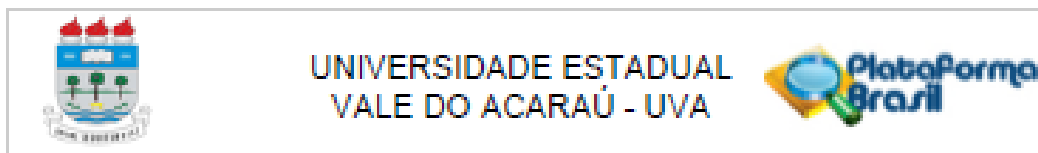
	Minha prática atual	Aplicação dos conceitos	As semelhanças	Diferente da Graduação...	O Sentido
	<p>“Eu desenvolvo atividades práticas com o movimento”.</p> <p>“A gente tem que saber sobre o sistema de informação, porque todos os projetos estão inseridos no sistema de informação”.</p> <p>“A gente está no território não só olhando, acompanhando os residentes da nossa categoria, mas a gente acompanha a equipe como um todo”.</p>	<p>“É mais no planejamento, acompanhamento e supervisão de alguns programas do Ministério”.</p>			<p>“a gente está lá tentando sanar, tentando ajudar no que for possível de acordo com o saber da gente, pela vivência do todo, do campo do saber, a gente vai tentando dar esse suporte”.</p>
		“Os conceitos me fizeram			

<p>Mas, qual conceito você mais aplica?</p>		<p>enxergar melhor algumas coisas e faz com que a gente modifique a prática da gente”.</p> <p>“Sempre tento aplicar o conceito ampliado de saúde e a clínica ampliada... pensar onde elas moram, a família, os filhos”.</p>			<p>“Quando a gente vai planejar determinada ação, a gente lembra do que a gente viveu e dos conceitos e transforma isso numa prática mais adequada às pessoas”.</p> <p>“a gente tem que perceber que elas vivem numa fragilidade social muito grande”.</p>
			<p>“Só há semelhanças”</p>		<p>“tudo o que eu vou fazer, eu lembro da vivência que eu tive, porque se não fosse a vivência eu ia estar teorizando, ia estar planejando em cima só de teoria”.</p>
				<p>“Porque a gente consegue aprender muita coisa na teoria, na universidade, mas quando você vai pro território, você vai pras comunidades, você vai viver,</p>	

				<p>ver a realidade difícil da pessoas”.</p> <p>“Eu não era muito ligada nessas coisas de contexto social das pessoas”.</p>	<p>“Isso me tocou muito. Ver a realidade dura, nua e crua das pessoas, me motivou a gente sempre estar procurando fazer o melhor”.</p> <p>“Eu sempre falo que mudou muito minha forma de ver, de pensar, de ver as pessoas, de tentar considerar o contexto mais geral no qual as pessoas vivem”.</p>
--	--	--	--	--	---

ANEXO A

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: REVELANDO SENTIDOS E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS EGRESSOS.

Pesquisador: GAUSSIANNE DE OLIVEIRA CAMPELO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 35057214.0.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 800.889

Data da Relatoria: 10/09/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto de Dissertação de Mestrado apresentado a Banca Examinadora de Qualificação, do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará – Campus Sobral- CE.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar sentidos e práticas do profissional egresso do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Estadual do Piauí (RMSFC/UESPI).

Explicitar a trajetória acadêmica e profissional deste egresso.

Averiguar a utilização prática dos conceitos apreendidos durante a Residência.

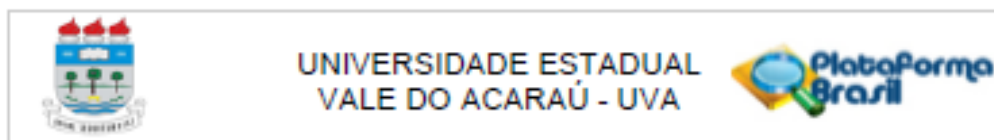
Caracterizar as ações desenvolvidas por este egresso no seu ambiente de trabalho, na tentativa de observar uma praxis condizente com os princípios e as diretrizes do SUS.

Compreender em que medida as ações desenvolvidas pelo egresso tem contribuído para a reorientação das práticas em saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa envolverá riscos mínimos aos participantes do estudo e apresenta benefícios para o

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (86)3677-0255 Fax: (86)3677-4342 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 000.009

campo do conhecimento da formação em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de relevada importância para a área da Educação na Saúde e bem delimitada metodologicamente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos obrigatórios estão presentes e redigidos adequadamente de modo a permitir apreciação ética.

Recomendações:

Enviar relatório final para este CEP. O relatório final deverá ser enviado utilizando-se do botão -Notificações-, como Notificação de Evento, no Item - Enviar Notificação-, guia disponível no menu - Ajuda-, Guia De Orientação Para Inserção De Notificação De Evento.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Após apresentação e discussão, o colegiado decidiu por acatar a relatoria que classifica o projeto como aprovado. A pesquisadora deverá atentar para as recomendações listadas neste parecer.

SOBRAL, 22 de Setembro de 2014

Assinado por:
Martetela Ines Osawa Chagas
 (Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com