

Série Vivências em Educação na Saúde

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo
Terezinha de Fátima Rodrigues
Ieda Maria Ávila Vargas Dias
Organizadoras

PERCURSOS INTERPROFISSIONAIS:

Formação em serviços no Programa Residência
Multiprofissional em Atenção à Saúde



editora



redeunida

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Júlio César Schweickardt

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Àngel Martínez-Hernáez – Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani – Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino – Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Llorido – Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart – Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Denise Bueno – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Francisca Valda Silva de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil

Izabella Barison Matos – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral – Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Julio César Schweickardt – Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker – Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green – University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico – Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Bøer Possa – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos – Universidade Federal da Bahia, Brasil

Luciano Gomes – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Mara Lisiane dos Santos – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman – Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira da Silva – Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira – Universidade Federal da Paraíba, Brasil

Ricardo Burg Ceccim – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staevie Baduy – Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Simone Edí Chaves – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Brasil

Sueli Goi Barrios – Ministério da Saúde – Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, Brasil

Túlio Batista Franco – Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga – Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian – Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha – Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Projeto gráfica Capa e Miolo

Editora Rede UNIDA

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Arte da Capa

Eduardo Rodrigues da Silva

Revisão

Claudia Maria de Oliveira

Eduardo Rodrigues da Silva

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

P429 Percursos interprofissionais : formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde [recurso eletrônico] / Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, Terezinha de Fátima Rodrigues, Ieda Maria Ávila Vargas Dias, organizadoras. – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2016. 459 p. : il. – (Série Vivências em Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-66659-70-2

DOI: dx.doi.org/10.18310/9788566659702

1. Residência multiprofissional em saúde. 2. Educação em saúde. 3. Atenção à saúde. 4. Recursos humanos em saúde – Formação profissional. 5. Tutoria. I. Uchôa-Figueiredo, Lúcia da Rocha. II. Rodrigues, Terezinha de Fátima. III. Dias, Ieda Maria Ávila Vargas. IV. Série.

CDU: 614.253.4

NLM: W20

Copyright © 2016 by
Lúcia da Rocha Uchôa-
Figueiredo, Terezinha
de Fátima Rodrigues,
Ieda Maria Ávila Vargas
Dias.

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

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

www.redeunida.org.br

Série Vivências em Educação na Saúde

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo
Terezinha de Fátima Rodrigues
Ieda Maria Ávila Vargas Dias
Organizadoras

PERCURSOS INTERPROFISSIONAIS:

Formação em serviços no Programa
Residência Multiprofissional em Atenção
à Saúde

1ª Edição
Porto Alegre/RS, 2016
Rede UNIDA

DEDICATÓRIA

Dedicamos este Livro a todos os envolvidos no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde - PRMAS, em seus diferentes momentos e, centralmente, aos trabalhadores e sujeitos atendidos pelo Sistema Único de Saúde.

*Lúcia, Terezinha e Ieda
Organizadoras*

PREFÁCIO

Em princípio me pareceu fácil escrever sobre um tema pelo qual temos enorme interesse. Ao receber o convite para fazer o prefácio deste livro acreditei ser relativamente simples de fazê-lo. Conheço o tema, participei de parte da história e convivi com vários dos autores que narram suas experiências na construção de um Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde.

Entretanto, quando se começa a pensar sobre o que e como escrever, iniciamos um processo de rememoração e, muitas outras histórias se intercalam, tornando difícil escolher sobre de qual perspectiva vamos falar. Percebe-se então que a história sobre determinado fato ou acontecimento é a congruência de múltiplos e variados fatores, itinerários, decisões de uma profusão de atores, o que permite obter um panorama entendível sobre o mesmo e de como chegamos ao momento atual.

A história dos Programas de Residências em Saúde no Brasil remonta à metade da década de 40, do século XX, o que representa mais de 70 anos de experiência na adoção desta modalidade de formação profissional. Este modelo nasce da necessidade de propiciar aos jovens médicos egressos dos cursos de medicina exercitarem as habilidades profissionais recém-adquiridas, consolidar os conhecimentos obtidos ao longo dos anos de formação e

desenvolver atitudes de empatia junto aos futuros clientes. De maneira sucinta, facilitar a entrada no mundo do trabalho de jovens profissionais sob a orientação de profissionais qualificados e com maior experiência.

Na década de 60, em movimento similar à implantação da Residência Médica, outras profissões de saúde, como Enfermagem e Medicina Veterinária adotaram este modelo de formação profissional. Entretanto, diferentemente da Residência Médica, que passa a ser regulamentada a partir do Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977 e, posteriormente pela Lei nº 6.932, de 7 de julho de 1981 /81, os demais programas de residência permaneceram em um vazio regulatório, induzindo-os a buscar alternativas legais. Alguns passam a ser ofertados sob a égide das resoluções do Conselho Nacional de Educação- CNE, referente à cursos de especializações *Lato Sensu* e vinculados a instituições de ensino superior, outros são acolhidos pelos Conselhos Profissionais da respectiva categoria e outros são ofertados por instituições de saúde, como treinamento em serviço. Esta situação acarretou uma série de problemas quanto ao reconhecimento dos certificados fornecidos aos egressos desses programas e muitos não puderam obter o reconhecimento quanto à sua validade.

Neste período, várias instituições, em diferentes regiões do país, implantaram programas de formação profissional similares aos programas de residência médica, quanto a duração, carga horária, integralidade ou dedicação exclusiva, dentre outros. Entretanto, pela inexistência de diretrizes curriculares, cada instituição foi criando regimentos próprios e de acordo com a expertise do grupo propositor, gerando inúmeras e importantes experiências, as quais, posteriormente, fundamentaram a discussão do grupo de trabalho, instituído por representantes do Ministério da Saúde e Ministério da Educação, com o

objetivo de propor um modelo de programa de residência a ser ofertado aos demais profissionais da área da saúde.

Finalmente, em 2005, é publicada a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que cria a Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades Multiprofissional e Uniprofissional, bem como, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), vinculada ao MEC. Esta comissão nomeada em 2007 inicia seus trabalhos fornecendo os primeiros parâmetros sobre a oferta desta modalidade de formação profissional. Para tanto, também são criados, dentro da estrutura organizacional do MS e do MEC, departamentos específicos para cuidar desses programas, um sistema de cadastro nacional e o financiamento específico de bolsas de residências. Assim, em um período relativamente curto, programas foram implantados e o número de bolsas de residência financiadas por ambos os ministérios passou de 478 em 2010 para 9.159 bolsas em 2016 e um total de 1.342 programas de diferentes áreas de especialidades, dos quais, 622 são ofertados na modalidade multiprofissional.

Esta contextualização, um tanto longa, objetiva situar o leitor sobre o momento em que oficialmente este modelo de formação profissional se incorpora às políticas públicas de saúde, direcionadas à formação de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde (SUS) do país, na perspectiva de modificar e qualificar o processo de trabalho, ampliar o escopo de atendimento à população e aumentar a resolutividade e eficácia deste atendimento. Enfim, considerando o SUS, efetivamente, como eixo norteador e condutor para formação de profissionais na área de saúde.

E é disto que este livro trata! Sobre o momento em que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde deixam de ser projetos terminativos, individuais ou de grupos e passam a ser modelo prioritário de formação

profissional para atuação nos diferentes níveis de Atenção a Saúde. E também, sobre as experiências vivenciadas por indivíduos audazes que aceitaram o desafio de implementar uma estratégia complexa que é a de articular diferentes saberes e fazeres, até então executados de maneira distinta e individual pelos profissionais, propor um novo processo de trabalho na Atenção Básica à Saúde e formar profissionais alinhados com as necessidades do SUS. Assim, de capítulo em capítulo, o leitor pode acompanhar os incidentes e as soluções encontradas para superá-los.

A alternativa proposta no primeiro capítulo para a elaboração do livro apresenta uma forma inovadora de construção coletiva de textos, pois as dificuldades de agendas para encontros presenciais muitas vezes é um forte obstáculo à produção e publicação de conteúdos que ampliem nosso conhecimento sobre determinados temas.

Do capítulo 2 ao 20, são apresentados e expostos um a um, os requisitos que necessitam ser considerados para que se estruture um Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. Os temas se sucedem ao mesmo tempo, em que, os autores compartilham suas expectativas e resultados sobre cada fase desta construção.

Os relatos apresentam com simplicidade e riqueza de detalhes o percurso escolhido para alcançar os objetivos a que se propunham e se transformam em referência para aqueles que já participam desta modalidade de formação profissional, bem como para aqueles que querem propor a criação de um programa nesta área de atuação/especialidade.

Muito embora esses capítulos retratem a experiência de um grupo de indivíduos que participaram da construção deste programa específico, de um jeito simples e direto fala de situações pelas quais passaram, estão passando

ou passarão, aqueles que se envolverem na implantação desses programas.

Creio que é assim que devemos ler este livro. Ao mesmo tempo, como relatos de vivências e experiências, e, também, como um fio condutor para aqueles que querem se aventurar nesta experiência rica, reveladora e gratificante e contribuir com os futuros colegas a enfrentar com eficiência, o desafio de tornar o SUS uma realidade acessível a todos os brasileiros.

Por fim, resta apenas dizer aos leitores que usufruam dos textos aqui relatados e agradecer aos autores pela contribuição com a literatura, ainda tão incipiente sobre tema, com a certeza de que ao compartilharem sobre o caminho percorrido, influenciarão as decisões sobre as escolhas futuras para esta modalidade de formação profissional.

Excelente leitura a todos!

Profa Dra Sônia Regina Pereira

Coordenação Geral de Residência em Saúde DDES/SESu/
MEC– Brasília/DF

Docente da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)
campus São Paulo

Coordenadora de Ensino e Pesquisa da Diretoria de
Enfermagem do Hospital São Paulo da UNIFESP.

e-mail: sonia.pereira@mec.gov.br

COM A PALAVRA:

Os organizadores

Todo conhecimento começa com o sonho. O conhecimento nada mais é que a ventura pelo mar desconhecido, em busca da terra sonhada. Mas sonhar é coisa que não se ensina. Brota das profundezas do corpo, como a água brota das profundezas da terra. Como mestre só posso então lhe dizer uma coisa: “Conte-me os seus sonhos, para que sonhemos juntos!” (ALVES, 2005, p.87)

Esta é uma obra escrita a muitas mãos! Com muitas trocas, envolvendo trabalho coletivo, articuladamente tecida entre vários momentos e com diferentes pessoas, expressa fidedignamente a experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde.

Programa que em seus cinco anos (2010-2015) possibilitou intensas trocas e uniu todos os envolvidos em um mesmo desejo: construir práticas transformadoras e possibilitar espaços de formação interprofissional voltadas à defesa do Sistema Único de Saúde na cidade de Santos/SP.

Como uma obra em construção, exigiu compromissos cotidianos, abertura para o novo e disposição ao diálogo!

Este livro expressa o que foi o Programa: a construção interprofissional em todas as suas etapas, desde o convite aberto a todos os envolvidos para participação e posteriormente, a elaboração dos capítulos que resgatam as experiências do Programa.

E aí, nos perguntamos: porque contar esta história? Porque consideramos as experiências do Programa marcantes e a história precisa ser contada! Contada pelos próprios sujeitos que a vivenciaram: residentes, docentes, trabalhadores dos serviços; gestores; de diferentes áreas de formação: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, educadores físicos; nutricionistas; fisioterapeutas; de diferentes faixas etárias e experiências em relação à inserção nos espaços de trabalho.

Isto trouxe riqueza em todo o processo de construção deste Livro porém, vários desafios, de diferentes naturezas, principalmente as ligadas ao “trabalho junto”, “a construção partilhada”, o afinamento da discussão traduzida em letras expressando os capítulos! Como organizadoras, nosso orgulho em participar deste momento que celebra essa construção partilhada!

Lúcia, Terezinha e Ieda
Organizadoras

Referência

ALVES, R. **A alegria de ensinar**. 9a. ed. Campinas: Papyrus, 2005.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.

PERCURSOS INTERATIVOS NA CONSTRUÇÃO DO LIVRO DO PRMAS: o uso das tecnologias digitais.....21
Eduardo Rodrigues da Silva, Ieda Maria Ávila Vargas Dias, Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo e Terezinha de Fátima Rodrigues.

CAPÍTULO 2.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E SUAS NORMATIVAS.....35
Ieda Maria Ávila Vargas Dias, Macarena Urrestarazu Devincenzi, Eduardo Rodrigues da Silva, Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo e Silvia Maria Tague Thomaz.

CAPÍTULO 3.

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE.....59
Macarena Urrestarazu Devincenzi, Terezinha de Fátima Rodrigues, Maria Ligia Lyra Pereira e Tania Terezinha Scudeller.

CAPÍTULO 4.

GESTÃO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL.....77

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, Macarena Urrestarazu Devincenzi, Ieda Maria Ávila Vargas Dias, Ana Cristina Correia e Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos.

CAPÍTULO 5.

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E FORMAÇÃO EM SAÚDE: pontes e diálogos.....107

Ieda Maria Ávila Vargas Dias, Sylvia Helena Souza da Silva Batista, Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo e Nildo Alves Batista.

CAPÍTULO 6.

PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA.....125

Terezinha de Fátima Rodrigues, Carmem Lúcia Brandalise, Rosana Neves Marques de Souza e Irina Moriyama.

CAPÍTULO 7.

PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO HOSPITALAR...147

Nadja Shinyashiki Igarashi, Ana Virgínia de Almeida Carrasco, Mariana Soares Lima, Renata Jasinski de Arruda, Rita de Cássia Martins Russo e Sarita Barbosa Sanches Pereira.

CAPÍTULO 8.

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E SUA INTEGRAÇÃO COM AS ATIVIDADES DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIAS.....157

André Eduardo Mei, Natássia Aparecida Augusto, Ricardo José Gomes, Virgínia Junqueira, Maria Fernanda Petrolí Frutuoso e Caio Tomás..

CAPÍTULO 9.

A VIVÊNCIA PRÁTICA DA GESTÃO EM SAÚDE: sua organização num Programa de Residência Multiprofissional.....177
Ana Claudia Freitas de Vasconcelos, Ana Cristina Correia e Macarena Urrestarazu Devincenzi.

CAPÍTULO 10.

EXPERIÊNCIAS EM ESTÁGIOS OPTATIVOS.....189
Carolina Vieira Tomanik Adolpho, Heloisa Gonçalves Alexandre, Maira Heise e Eduardo Rodrigues da Silva.

CAPÍTULO 11.

O TECER DA REDE DE CUIDADOS: referência e contrarreferência.....215
Alessandra Keyth Pereira, Ana Paula Geraldo de Sousa, Fabiane Aquino Lourenço de Araujo, Nataniele Patrícia Bohn Pfuetzenreiter e Vanessa Piovani Solbiati.

CAPÍTULO 12.

APOIO E RODA DE ACOLHIDA.....225
Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, Terezinha de Fátima Rodrigues, Mariana Chaves Aveiro e Iêda Maria Ávila Vargas Dias.

CAPÍTULO 13.

CADA CASO É UM CASO: residentes multi em ação!.....237
Aline Fajardo, Flavia Rupolo Berach, Joana Teixeira Ferraz da Silva, Maria Carolina Netto e Paula Marques de Freitas Burattini.

CAPÍTULO 14.

MENINOS DA MALOCA: o encontro com os usuários.....255
Joana Teixeira Ferraz da Silva, Flávia Rupolo Berach, Ana Paula Geraldo de Sousa, Paula Marques de Freitas Burattini e Alessandra Keyth Pereira.

CAPÍTULO 15.

CLÍNICA COMUM COM ÊNFASE NOS GRUPOS.....275

Carla Fernandes de Andrade, Simone Cristina de Amorim e Tamiris Braga Natal.

CAPÍTULO 16.

CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL PARA O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SANTOS/SP.....297

Simone de Sousa Bernardino Ronchetti, Simone Cristina de Amorim, Élide Maria Rodrigues De Moraes e Carlos Roberto de Castro e Silva.

CAPÍTULO 17.

A DESAFIADORA EXPERIÊNCIA DA PRECEPTORIA EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL.....315

Ieda Maria Ávila Vargas Dias, Alessandra Keyth Pereira, Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, Macarena Urrestarazu Devincenzi e Terezinha de Fátima Rodrigues.

CAPÍTULO 18.

TUTORIA: a construção de um processo de trabalho.....329

Terezinha de Fátima Rodrigues, Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, Ieda Maria Ávila Vargas Dias, Mariana Chaves Aveiro e Silvia Maria Tagé Thomaz.

CAPÍTULO 19.

O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL.....343

Ana Claudia Freitas de Vasconcelos, Elke Stedefeldt e Maria Fernanda Petrolí Frutuoso.

CAPÍTULO 20.

O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO COMO FERRAMENTA PARA CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTOS.....359

Mariana Chaves Aveiro, Terezinha de Fátima Rodrigues e Eduardo Rodrigues da Silva.

CAPÍTULO 21.

UMA BREVE ANTOLOGIA POÉTICA DOS ATORES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE.....393

Eduardo Rodrigues da Silva

ANEXO I

REGULAMENTO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE.....415

SOBRE AS ORGANIZADORAS.....441

SOBRE OS AUTORES.....443

Capítulo 1.

PERCURSOS INTERATIVOS NA CONSTRUÇÃO DO LIVRO DO PRMAS: o uso das tecnologias digitais

*Eduardo Rodrigues da Silva
Ieda Maria Ávila Vargas Dias
Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo
Terezinha Fátima Rodrigues*

Introdução

Em uma das últimas reuniões do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS), uma docente do grupo teve a genial ideia de encerrar o Programa com a edição de um livro. Rapidamente a sugestão ganhou corpo, felicitações e entusiasmos, afinal, em sua meia década de existência, o programa acumulou experiências que mereciam ser relatadas.

A deliciosa tarefa de escrever um livro relatando as práticas da residência reservou um grande e polivalente desafio: como sistematizar um modo de trabalho eficaz e positivamente produtivo que conseguisse, ao mesmo tempo, potencializar a redação heterogênea de um grupo com características plurais sem tolher a criatividade individual de escrita? Somada a essa difícil tarefa estava a composição discursiva capaz de conceber uma idealização comum de leitor que, como nos sentencia Fiorin (2004), estivesse mergulhada tanto no ideal da escrita,

enquanto produto, quanto no(s) narrador(es), enquanto produtor(es) do conhecimento.

Com efeito, a imagem do enunciatário constitui uma das coerções discursivas a que obedece o enunciador. [...] O enunciatário é também uma construção do discurso. Não é o leitor real, mas um leitor ideal, uma imagem de um leitor produzida pelo discurso. [...] Não é um ser passivo, que apenas recebe as informações produzidas pelo enunciador, mas é um produtor do discurso, que constrói, interpreta, avalia, compartilha ou rejeita significações. (FIORIN, 2004, p.23)

Esse desafio possuiu ainda outros agentes agravadores, como a distância (alguns autores eram de cidades ou Estados diferentes) e a realidade cotidiana de cada um, o que inviabilizava a programação de reuniões presenciais de trabalho.

Assim, surgiu a ideia de criar um Ambiente Virtual de Escrita Colaborativa (AVEC). Esse ambiente deveria possibilitar não apenas a composição versátil e interativa, mas comportar a troca de ideias e impressões entre os membros de cada capítulo, tal como se estivessem em um fórum ou uma sala de bate papo, minimizando a necessidade dos encontros presenciais. Adicionalmente, esse AVEC deveria possuir uma interface simples, amigável e que evitasse a instalação de programas ou acessórios. Optou-se por mesclar as ferramentas de edição de texto do Google Drive com uma forma hierarquizada de disposição e acesso virtual aos capítulos, por meio do *CmapTools*.

Percursos interativos na construção do livro

A primeira providência foi criar a estrutura dos capítulos, de forma a facilitar a sua visualização holística ao mesmo tempo em que se permitia o acesso controlado aos capítulos, por meio de links. Como já citado, optou-se por utilizar o *CmapTools*, programa gratuito para criação de mapas conceituais, desenvolvido pela empresa *Institute for Human & Machine Cognition* (IHMC), disponibilizando-se o acesso a dois arquivos virtuais de processamento de textos por capítulo do livro: um para rascunho (de cunho preliminar, para construção, sugestões, comentários, correções, recados, dentre outras ações do grupo de autores) e um oficial (para a redação definitiva).

Abaixo, exemplificamos o “esqueleto” virtual dos capítulos do livro do PRMAS, divididos em grandes eixos. Em cada capítulo visualizamos um ícone, que permite o acesso aos arquivos de escrita.

Figura 1: Mapa Conceitual para disponibilização de capítulos e endereços de acesso virtual.

EXEMPLO

Grupo no Facebook



Fonte: Eduardo Rodrigues da Silva, 2016.

Para facilitar a localização, o acesso ao mapa conceitual foi disponibilizado na página do Programa do seguinte modo:

Figura 2: Disponibilização de acesso ao Mapa Conceitual na página do PRMAS.



Este é o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), Campus Baixada Santista. Seja muito bem vindo!!!

quarta-feira, 16 de janeiro de 2013

Olá visitante!!!

Você está acessando o blog do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS) da UNIFESP, Campus Baixada Santista.

Este é um local de relacionamento, onde propomos trocar informações de interesse geral sobre o referido Programa.

Nas guias do seu lado direito você poderá acessar o conteúdo ou links de interesse geral, além de poder perguntar, sugerir e elogiar.

Seja muito bem vindo!!

Postado por Eduardo Rodrigues da Silva às 06:33

Recomende isto no Google

Página inicial

Assinar: [Postagens \(Atom\)](#)

Páginas

- [Página inicial](#)
- [Cronograma de atividades teóricas/teórico-práticas versão 08](#)
- [Cronograma de Reuniões e Eventos em 2014](#)
- [Arquivos e controles internos](#)
- [Fluxos & Formulários](#)
- [Textos pedagógicos & multimídia](#)
- [Produções dos Residentes Multiprofissionais](#)
- [Residência...o que é?](#)
- [Níveis de pós-graduação...o que é?](#)
- [Fotos, vídeos & multimídia](#)
- [Antologia de poemas da Residência](#)
- [Quem somos?](#)
- [Representação discente](#)
- [Estruturação do Livro PRMAS](#)
- [Registro de ocorrências](#)

Links de interesse:

- [Página oficial da COREMU - UNIFESP](#)
- [Página oficial do PRMAS - BS](#)

Seguidores

[Participar deste site](#)

Google Friend Connect

Membros (7)

[Ja é um membro? \[Faça login\]\(#\)](#)

visitantes

1664

Fonte: Eduardo Rodrigues da Silva, 2016.

A segunda providência foi formalizar a participação aos autores por meio de um convite, no qual também se apresentaram o escopo e a parametrização de trabalho. O aceite se deu por meio de assinatura no próprio convite, que foi recebido pessoalmente (no caso dos autores que residiam no município de Santos) ou escaneado, por e-mail, sendo armazenado para servir de registro geral da aceitação.

Para que os membros tomassem conhecimento da plataforma e do modo de trabalho, foram realizadas oficinas explanatórias intituladas “Ferramentas para a escrita colaborativa de produções acadêmicas em WEB 2.0”, onde se abordou a proposta de composição colaborativa e simultânea de textos por um grupo controlado de pessoas, por meio do acesso flexibilizado de lugar (casa, trabalho, parque, praia, etc.) e dispositivos (computador, notebook, *tablet*, celular, etc.), resultando em uma versão única e multiprocessada.

Optou-se pelo uso do processador de textos do Google Drive em função de alguns motivos: disponibilização de um ambiente completo de edição diretamente no navegador, flexibilidade e compatibilidade de uso na maioria dos dispositivos eletroeletrônicos com suporte à rede mundial de computadores, facilidade de personalização, segurança no armazenamento e acesso a informações disponibilizadas remotamente “nas nuvens”.

Para treinar a escrita síncrona e multicolaborativa, bem como o uso das ferramentas de edição e troca de mensagens, foi realizado um exercício de produção textual em um dos laboratórios de informática da UNIFESP, *Campus Baixada Santista*, que consistia nos autores darem sequência simultânea a um texto, atribuindo mensagens ou sugerindo alterações.

A figura a seguir dá uma ideia aproximada do trabalho realizado, que foi muito significativo também devido a um efeito que nos convém chamar aqui de “bilateralidade locutiva”, isto é, os sujeitos escritores e leitores não apenas permutavam como também assumiam simultaneamente a locução e a interlocução, ao passo em que produziam colaborativamente uma escrita realizada de maneira não linear e sim transversalizada, oblíqua. Pierre Levy, ao tratar das tecnologias da inteligência, apontou esta ruptura do pensamento linear em favor de uma lógica cognitiva articuladora das possibilidades de criação, parecendo antever o tipo de trabalho realizado pela equipe do PRMAS.

A nova escrita hipertextual ou multimídia certamente estará mais próxima da montagem de um espetáculo do que da redação clássica, na qual o autor apenas se preocupava com a coerência de um texto linear e estático. Ela irá exigir equipes de autores [em] um verdadeiro trabalho coletivo. (LEVY, 1993, p.66)

Figura 3: Exercício de escrita colaborativa.

The screenshot shows a Microsoft Word document titled "TREINANDO A ESCRITA COLABORATIVA". The main text reads: "Espadachim ancião, esgrimindo a bengala, vencendo o chão". Below this is a drawing of an elderly man with a cane and a young boy, signed "Custódio". The text continues: "Deveria ser um dia como todos os demais de minha vida: novidades de menos e pressa demais. No caminho do trabalho, peguei-me em um pensamento esquisito: se eu fosse outra coisa, o que seria? Bom, certamente algo desenfreado como minha rotina... talvez uma locomotiva ou um carro de corrida... o trabalho era mal necessário. Este pensamento me trouxe uma certa amargura. Por quê o trabalho um mal necessário? Senti que o "peso" da didade estava naquele sentimento... |". A comment box on the right shows a comment from Eduardo Rodr. dated 22 de jul de 2014: "Você tem certeza que quer deixar isto ai mesmo? Prof. Terezinha?". A reply from Terezinha Rodrigues dated 22 de jul de 2014 says: "Edu, quero sim, deixar aqui. o tom que senti no texto é de tristeza... quero mudar o tom da prosa...". Another reply from Eduardo Rodrigues da s... dated 22 de jul de 2014 says: "Entendo".

Fonte: Eduardo Rodrigues da Silva, 2016.

Adicionalmente à oficina, foi criado um grupo no *Facebook* para facilitar a troca de ideias, bem como para disponibilizar artigos e vídeos que permitiam o aprofundamento nos conceitos da Web 2.0.

Apesar de ter propiciado ao grupo editorial uma significativa versatilidade no acompanhamento de uma complexa obra com vinte e um capítulos e cerca de cinquenta autores, infelizmente, a facilitação esperada pelo modo virtual de composição textual não foi um consenso em todos os grupos de trabalho, no geral em função das preferências pessoais de produção acadêmica. Ainda assim, a flexibilidade adotada pelo grupo editorial permitiu o estabelecimento de um modelo híbrido, no qual os autores poderiam particularizar suas escolhas em função de seu modo de trabalho, fosse por e-mail ou troca presencial de impressões, sem que isto implicasse sua depreciação, anulação ou invalidação; muito pelo contrário: acredita-se que a virtualidade e a presença devam coexistir

irmanadamente, aplicando-se uma ou outra conforme a conveniência, a economicidade e a potencialização do trabalho.

Interação digital com os atores do programa

Outra ação virtual, realizada paralelamente ao desenvolvimento deste livro, foi uma pesquisa para colher a impressão dos atores do PRMAS sobre os cinco anos de atividade do Programa. Esta pesquisa também foi realizada utilizando-se a ferramenta “formulários” do *Google Drive*, em razão de sua simplicidade e automaticidade de construção, submissão de respostas, tabulação e apresentação de resultados.

O formulário virtual foi dividido em duas partes: uma de identificação e outra de questionário. Nesta havia duas questões abertas para relato da experiência: uma ampliada e descritiva, para até duzentas palavras, e outra sintética, de apenas uma palavra-chave, que resultou em uma “tag cloud”, isto é, uma nuvem de palavras, sendo as mais recorrentes:

Figura 4: Nuvem de palavras-chave sobre a experiência no Programa.



Fonte: Eduardo Rodrigues da Silva, 2016.

Figura 5: Formulário para submissão de respostas acerca da experiência no Programa.

Livro PRMAS: experiências de participação dos atores no Programa

Você: residente, preceptor, tutor, gestor, professor, usuário, dentre tantos outros atores que ajudaram a construir o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS), gostaríamos que registrasse abaixo as suas experiências no decorrer destes cinco anos de atividades do Programa.

Toda a equipe editorial lhe agradece imensamente!

*Obrigatório

IDENTIFICAÇÃO

Apresente-se a nós. Conte-nos quem é você!

Nome completo*
Digite tudo em maiúsculas

Sua resposta

Como você participou do programa?*
Escolha uma das opções abaixo

Escolher

EXPERIÊNCIA NO PROGRAMA

Conte como foi sua experiência no Programa.
Procure usar no máximo 200 palavras*

Narre aqui as circunstâncias, vivências, pessoas, locais, trocas e outros fatos ou fatores que participaram de sua experiência.

Sua resposta

Se pudesse resumir sua experiência no Programa em UMA PALAVRA, qual seria?*

Digite em maiúsculas. Exemplo: APRENDIZADO.

Sua resposta

ENVIAR 100% concluído.

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

Fonte: Eduardo Rodrigues da Silva, 2016.

Para a realização desta pesquisa, os autores também foram convidados a participar por e-mail, veiculando-se o link para acesso. Os três atores principais do Programa que submeteram suas respostas ficaram assim distribuídos: Residentes, 54%; Tutores, 23%, e Preceptores, 23%.

As impressões sobre o Programa, obtidas por meio da pergunta ampliada descritiva, foram muito plurais e positivas. Uma delas, postada por F.R.B., Residente do PRMAS, foi escolhida para apresentação:

Entre muitas das experiências durante os dois anos no PRMAS, gostaria de destacar o processo de aproximação com as Agentes Comunitárias de Saúde do Centro de Saúde Martins Fontes, com as quais compartilhamos conversas, acolhimento, elaboração coletiva, planejamento de ações e festas, visitas domiciliares e muitos outros. No fim destes momentos pude perceber o quão potente era para cada um de nós e para a comunidade ter parcerias profissionais e pessoais para a concretização das ideias nas quais acreditamos. Sobretudo percebi o potencial que há quando as pessoas se abrem para novas experiências e para a conexão com novas pessoas.

Considerações finais

O uso disseminado das tecnologias digitais, atualmente, é uma realidade cada vez mais presente e cotidiana, pois facilita enormemente a troca de informações entre os diferentes sujeitos, nos mais remotos lugares, instantaneamente. Este constitui elemento fundamental na construção do conhecimento.

Se por um lado as tecnologias digitais nos aproximam, por outro trazem o desafio de qualificar a construção coletiva, bem como promover a efetiva e disciplinada interação digital entre os sujeitos que acessam estes mecanismos, pois apesar de inovador, o uso efetivo das tecnologias digitais no meio acadêmico, como recurso/ferramenta potencializadora de resultados, ainda se apresenta significativamente insipiente.

Ressalta-se, na construção deste livro sobre as experiências do Programa, que este desafio foi superado pelo desejo de seus atores em vivenciar também esta forma de interação. No entanto, sentimos que uma questão central deva ser considerada na interação “homem-máquina”, especialmente envolvendo coletivos de construção textual, resultante da consolidação comum de ideias, percepções e conhecimentos: de que maneira aproximar efetivamente os diferentes sujeitos, tanto em lugares distantes quanto no mesmo espaço físico/território, demandados por várias atividades?

Certamente, a ferramenta digital construída neste processo em muito facilitou os percursos interativos, mas mostrou também que ainda há muito o que se avançar na consolidação destes dispositivos que potencializem a produção coletiva.

Referências

ANDRADE, M. **O uso da WEB 2.0 em cursos de educação a distância**: criando novas possibilidades. II Congresso Internacional TIC e Educação. Universidade Federal de Ouro Preto (CEAD). Disponível em: <<http://ticeduca.ie.ul.pt/atas/pdf/249.pdf>>. Acesso em: 05 mar 2014.

CMAPTOOLS. Disponível em: <<http://cmap.ihmc.us/>>. Acesso em: 07 fev 2016.

FIORIN, J.L. **Semiótica e Comunicação**. Galáxia, n.8, out. 2004.

LÉVY, P. **As Tecnologias da Inteligência**: O Futuro do Pensamento na Era da Informática. Trad. Carlos Irineu da Costa. 1993. Disponível em: <<https://drive.google.com/folderview?ddrp=1&id=0B-YLV8egGwSuUm9yRldCbWgzbVU#>>. Acesso em: 8 fev 2016.

SÃO PAULO. Portal do Governo do Estado de São Paulo. **O que é uma Wiki?** Disponível em: <<https://www.youtube.com/watch?v=jaZESDWmm-c>>. Acesso em: 18 mar 2014.

Capítulo 2.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE E SUAS NORMATIVAS

Ieda Ávila Vargas Dias

Macarena Urrestarazu Devincenzi

Eduardo Rodrigues da Silva

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Silvia Maria Tague Thomaz

Um histórico sobre a residência no Brasil

No Brasil, a residência multiprofissional existe desde a década de 70, apesar de não existir uma regulamentação específica que date essa época. Em um resgate histórico, Rosa e Lopes (2010) afirmam que, em 1976, a Secretaria do Estado de Saúde do Rio Grande do Sul, criou a primeira Residência em Medicina Comunitária no Brasil que, dois anos mais tarde, se tornou uma Residência Multiprofissional. Em seguida, essa experiência foi incorporada pelos estados de Pernambuco e Rio de Janeiro, que propuseram criar um modelo de saúde qualificado e de base municipal.

No final da década de 1970, muitas outras residências foram criadas, contudo, a diretriz política que se instalou com força a partir do final dos anos 80 e durante os anos 90 fez com que muitos desses programas de residência não tivessem continuidade.

No último ano da década de 1990, o Departamento de Atenção Básica da Secretaria de Assistência à Saúde, pertencente ao Ministério da Saúde (MS), com o apoio de atores sociais oriundos do Movimento Sanitário, reativaram os projetos para as residências com foco na atenção básica, especificamente em Saúde da Família, produzindo diretrizes e com propostas de financiamento, sendo este disponibilizado, a partir de 2001, para os programas aprovados. (CAMPOS, 2008)

As residências multiprofissionais em saúde

De acordo com Brasil. Ministério da Saúde (2006), em 2002, o apoio para as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) passou a ser ofertado por meio do projeto ReforSUS. Todo o processo culminou na criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), em 2003, funcionando na estrutura do Ministério da Saúde e instituindo uma Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004)

No contexto apresentado, em 2002, foram criadas 19 residências multiprofissionais em saúde da família, com financiamento do Ministério da Saúde, que adotou formatos diversificados, mas dentro da perspectiva de se trabalhar integralmente com diferentes profissões da saúde, preservando-se, porém as especialidades de cada profissão envolvida. Com isso, foi criada uma área comum, especialmente vinculada ao pensamento da velha saúde pública, acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A partir do artigo 27 da Lei Orgânica de Saúde (LOS), que dispõe sobre os serviços de saúde como

campos para o ensino e pesquisa, ou seja, como locais de ensino-aprendizagem (BRASIL. COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE, 2007), bem como sobre a crescente demanda do campo da saúde, os Ministérios da Saúde e da Educação, por meio da Portaria Interministerial 2.117, instituíram a Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL. MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2005), compreendendo as residências específicas ou multiprofissionais, as quais foram consideradas um importante espaço de formação e produção de tecnologias do cuidado, para a qualificação do SUS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A instituição de financiamento regular para os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil e o investimento na sua potencialidade pedagógica e política tiveram por objetivo possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir para a mudança do desenho tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a expansão de cursos de especialização sob a forma de Residência e sem legislação apropriada de caráter nacional que pudesse assegurar a qualidade necessária para esse tipo de formação em serviço, os Ministros de Estado da Saúde, da Educação e o Conselho Nacional de Saúde instituíram a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) no âmbito do Ministério da Educação, em 30 de junho de 2005, por meio da Lei Federal nº 11.129. (BRASIL. MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2005; BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A promulgação da Lei nº 11.129 deu início ao processo de regulamentação da Residência Multiprofissional em Saúde. Dessa forma, o Ministério da Saúde elaborou, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

do Ministério da Saúde (DEGES/SGTES/MS), as portarias que regulamentam a lei e subsidiam o financiamento das Residências Multiprofissionais em Saúde, a saber: Portaria nº 1.111, de 05 de julho de 2005, Portaria nº 1.143, de 07 de julho de 2005 e Portaria Interministerial nº 2.117 de 03 de novembro de 2005.

Concomitante à regulamentação da Lei, o DEGES/SGTES/MS intensificou também um processo de socialização e discussão ampla sobre o tema, com a participação do Ministério da Educação (MEC) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A regulamentação da Residência Multiprofissional em Saúde trouxe novos horizontes para a formação específica, com o objetivo de instituir profissionais com perfil para modificar práticas e para criar uma nova cultura de intervenção e de entendimento da saúde, no âmbito da implantação do SUS e da formação em serviço. Na perspectiva da política de formação de recursos humanos para a saúde, especialmente para o SUS, a Residência Multiprofissional em Saúde, nesse momento, foi apresentada como uma estratégia.

Em sequência a esse processo, foi publicada a Portaria Interministerial nº 45, em 12 de janeiro de 2007, no Diário Oficial da União (DOU), dispondo sobre essa modalidade de ensino em serviço nas áreas profissionais não médicas, relacionadas à saúde. Esse documento dispõe, entre outros apontamentos, sobre a categorização das residências como formação em serviço em caráter de pós-graduação Lato Sensu, destinado às profissões relacionadas à saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. (Resolução CNS nº 287/1998) Sua característica principal é o desenvolvimento

de profissionais para atuação interprofissional. (NETO; BATISTA, 2013)

A Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, coordenada conjuntamente pelo MS e MEC, dispõe sobre a Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde e as atribuições da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Suas principais ações são (Fonte: <http://portal.mec.gov.br>. Acessado em maio de 2014):

- 1) Avaliar e acreditar os programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades sócio epidemiológicas da população brasileira;
- 2) Credenciar os programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde bem como as instituições habilitadas para oferecê-lo;
- 3) registrar certificados de Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do programa.

O Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde teve como proposta central a constituição de um curso de qualificação profissional na modalidade de ensino de Pós-graduação *Lato Sensu* voltando-se, fundamentalmente, para a educação em serviço, bem como para a formação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional de todas as profissões da saúde, excetuada a médica. A exceção referenciada se faz em decorrência da formação médica possuir regulamentação própria desde 1977. (BRASIL. MINISTÉRIOS DA SAÚDE E DA EDUCAÇÃO, 2005)

O projeto da Residência Multiprofissional consta no elenco de medidas (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) que têm sido tomadas com vistas à consolidação do SUS e pretende privilegiar:

a) A resolutividade dos Serviços de Saúde – uso efetivo de conhecimentos e tecnologias disponíveis;

b) O modelo de Atenção à Saúde – com avaliação do perfil epidemiológico da população local e regional, dos problemas mais comuns em saúde, das equipes de trabalhadores de saúde, da organização do trabalho e do uso efetivo de estratégias de promoção à saúde e práticas assistenciais;

c) Os vínculos entre população atendida e trabalhadores de saúde – Interação e conhecimento da população, fixação dos trabalhadores de saúde, humanização, mecanismos de participação e controle social;

d) A intersetorialidade – articulação de conjuntos de setores, instituições de saúde e ensino, conhecimentos e práticas para lidar com causas e consequências dos processos saúde/doença;

e) As respostas governamentais aos problemas de saúde específicos ou que afligem certo grupo populacional – avaliando os contextos culturais e as diversas formas de adoecer, ampliando o elenco de ações, respeitando as especificidades para o que é necessário transgredir os espaços das políticas setoriais;

f) Os Princípios do SUS e a Política de HumanizaSUS.

Integrando a política nacional de saúde, os Programas deveriam contemplar interesses e necessidades do SUS, atendendo determinações constitucionais quanto à

formação do quadro profissional da área da saúde, pois com a mudança de paradigma, desencadeada pela criação desse sistema de saúde, tornou-se necessário criar novas estratégias de formação para os profissionais atuantes no cenário apresentado.

Nesse contexto, as propostas dos programas de Residência Multiprofissional deveriam ser orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS considerando as necessidades de saúde de cada região, de acordo com a Portaria Interministerial N°1077 de 12/11/2009, e tendo como eixos norteadores:

- 1) Cenários de atuação que representem a realidade do país;
- 2) Concepção de saúde ampliada, considerando o indivíduo em todas as suas dimensões de vida;
- 3) Política Nacional de Gestão da Educação na Saúde para o SUS;
- 4) Estratégias e abordagens pedagógicas que coloquem o residente como ator envolvido no processo de ensino-aprendizagem-trabalho e cenários de aprendizagem que possam ser desenvolvidos por linhas de cuidado, no intuito de garantir a formação integral e interdisciplinar;
- 5) Integração ensino-serviço-comunidade, integração com a educação profissional, graduação, pós-graduação e articulação com a Residência Médica;
- 6) Compartilhamento de saberes e práticas, objetivando a constituição das competências compartilhadas importante para a educação permanente e para estabelecer mudanças nos processos de trabalho, formação e gestão na saúde;

- 7) Avaliação Formativa;
- 8) Descentralização e Regionalização;
- 9) Integralidade no Cuidado.

Parafraseando Batista, Rossit e Batista (2013), a implantação do SUS trouxe consigo um grande desafio, uma vez que representou mudança do paradigma médico-assistencialista por uma visão ampliada do conceito da saúde, resultando no enfrentamento de grandes dificuldades em relação à sua implantação e fixação, face aos descompassos entre o instituído e as práticas cotidianas. Portanto, é imprescindível a superação não apenas da dimensão legislativa do modelo até então hegemônico, mas também a atuação de cada profissional de saúde.

Corroborando, Ceccim (2009) refere que as condições para a emergência da necessidade em produzir mudanças no modelo de atenção à saúde vêm se caracterizando como uma exigência social, do ponto de vista dos discursos que têm sido produzidos, principalmente pela maioria da população que faz uso do SUS. Assim, pode-se considerar que não deixa de ser auspicioso o Estado incorporar esse debate e criar estratégias para a implementação de políticas que façam esse enfrentamento, na tentativa de instituir uma nova organização dos serviços que possam dar conta das necessidades da população.

Estabeleceu-se que o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde se constituiria como um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente no SUS, como forma de consolidar uma política de fortalecimento desse sistema de saúde.

Assim, o MEC, via Coordenação Geral de Residência em Saúde (CGRS), Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde (DHS) e SESu avaliaram e selecionaram alguns projetos de residências multiprofissionais dos Hospitais Universitários Federais, e foi neste contexto que a UNIFESP *Campus* São Paulo foi contemplada com projeto do Hospital São Paulo, em junho de 2009, para iniciar as atividades em 2010.

A Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009 estabeleceu nova modalidade de financiamento ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde sendo regulamentada a concessão de bolsas pelo Programa Nacional de Bolsas para Residência Multiprofissional e em Áreas Profissionais da Saúde. Esse Programa foi criado com a finalidade de incentivar a formação de especialistas, em campos de atuação estratégicos para o SUS em regiões prioritárias do país. (CURY, 2013)

O Edital de convocação nº 24 do Programa Nacional de Bolsas para Residentes Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde foi publicado pelo Ministério da Saúde em 02 de dezembro de 2009, sendo este responsável pela seleção pública dos primeiros projetos de residência por editais, já que os anteriores se deram por convênios firmados diretamente com os Ministérios da Educação, em que um pool de vagas era selecionado por Instituições Ensino Superior (IES).

No edital, o programa estava caracterizado por ser ensino em serviço, com carga horária de 60 horas semanais, duração mínima de dois anos e dedicação exclusiva, totalizando uma carga horária de 5.760 horas de atividades práticas e teóricas ao final da residência. Nesse documento, houve um forte apelo para as instituições formadoras entrarem em contato com as Secretarias de Saúde para elaborarem propostas que fossem viáveis dentro da realidade do SUS local.

O resultado do edital foi homologado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS) e Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação e Cultura (SESu/MEC), na Portaria conjunta nº 1 de 24 de fevereiro de 2010, com aprovação de 59 programas. O Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção à Saúde, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) *Campus* Baixada Santista foi contemplado com 14 bolsas, em sete áreas profissionais: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Nesse momento de divisão das responsabilidades, o MEC concentrou-se em financiar as bolsas de Residência da atenção hospitalar das Instituições Federais Ensino Superior (IFES), enquanto o Ministério da Saúde ficou responsável pelas Residências na área da atenção básica.

A diferença nos programas, em função do financiamento (MEC ou MS), acabou por influenciar na proposta de cada um, uma vez que os programas ligados diretamente ao MEC são estruturados, em sua maioria, por especialidades, enquanto que os programas geridos pelo ministério da Saúde são relacionados às demandas e linhas de cuidado prioritárias do SUS. A organização e nível de exigência acabam sendo diferentes para cada um dos ministérios.

Em uma Instituição Formadora, onde existem os dois tipos de financiamento, faz-se necessária a adequação às diretrizes de forma diferenciada. Na Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde (COREMU), por exemplo, para se obter a autorização de funcionamento dos programas, é prioritário que coordenadores e tutores possuam a titulação mínima de mestre, bem como experiência profissional de, no mínimo, três anos.

A Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)

A COREMU foi instituída pela Resolução CNRMS nº02, em 04 de maio de 2010, porém alterada pela Resolução nº05 de 21 de julho de 2015, que dispõe sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da COREMU das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde na modalidade multiprofissional e uniprofissional.

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

Destaca-se ainda, como marco regulatório da Residência Multiprofissional em Saúde, a Portaria Interministerial Nº 1.320, de 11 de novembro de 2010, que dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Essa portaria foi posteriormente alterada pela Portaria Interministerial Nº 1.224, de 3 de outubro de 2012, que dispôs alterações principalmente no que tange à presidência da Comissão Nacional e à coordenação dos programas de residência. Atualmente são atribuições dessa Comissão:

- 1) Dispor sobre o processo de regulação;
- 2) Avaliação e supervisão dos programas em todo território nacional;
- 3) Estabelecer normas para os programas (duração, carga horária, currículo mínimo, dentre outros);
- 4) Constituir banco de avaliadores para visita *in loco* dos programas;
- 5) Garantir a certificação dos residentes;

6) Propor e adotar medidas, objetivando o diálogo entre a Residência em Área Profissional da Saúde e a graduação e outras formas de pós-graduação;

7) Propor políticas educacionais para a Residência e articular-se com outras Instituições para fins de aprimoramento dos programas e possuir as Câmaras Técnicas para fins de assessoramento nos processos de autorização, credenciamento e renovação de credenciamento dos programas.

As Câmaras Técnicas

As Câmaras Técnicas (CT) são definidas no Art. 12:

Instâncias de assessoramento permanente da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, com finalidade de examinar matérias e questões de natureza específica, referentes à autorização e reconhecimento dos programas de residência multiprofissional e em área profissional de saúde, em consonância com as linhas de cuidado em saúde. (PORTARIA INTERMINISTERIAL nº 1.320, de 11/11/2010)

No ano de 2012, foi publicada a Resolução nº 1, de 30 de janeiro, que institui as Câmaras Técnicas da CNRMS e a Resolução nº 2, de 13 de abril, que dispôs sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde.

As Câmaras Técnicas são compostas por membros indicados pelos conselhos profissionais, entidades de ensino e sociedades científicas da área da saúde, das diferentes profissões da saúde em todas as áreas/campos de

atuação pertinentes. A Câmara Técnica possibilita o diálogo, o intercâmbio e a articulação entre as especificidades e normativas referentes às diversas profissões e as necessidades relacionadas à formação profissional, com objetivo de impactar na qualidade da atenção integral à saúde.

São divididas em seis grandes áreas temáticas: CT1 – Apoio diagnóstico e terapêutico, Especialidades clínicas e especialidades cirúrgicas; CT2 – Urgência/Emergência e Intensivismo; CT3 – Atenção Primária à Saúde/Atenção Básica, Saúde da Família e Comunidades; Saúde Coletiva; CT4 - Saúde Mental; CT5 – Saúde Funcional; CT6 – Saúde Animal e ambiental.

Constituem atribuições das Câmaras Técnicas:

1) Examinar matérias e questões de natureza específica, referentes à autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento de programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde, em consonância com as linhas de cuidado em saúde, bem como suas respectivas modificações;

2) Subsidiar a CNRMS na elaboração de diretrizes curriculares gerais para Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde e diretrizes curriculares específicas para as áreas profissionais e de concentração referendadas pela CNRMS;

3) Apreçar processos que lhe forem distribuídos e sobre eles emitir parecer, subsidiando as decisões da plenária da CNRMS;

4) Participar do processo de avaliação e aprimoramento do Sistema de Informação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – SisCNRMS.

O Banco de avaliadores

A Resolução CNRMS nº 1, de 06 de fevereiro de 2013, instituiu o banco de avaliadores da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Sua redação foi alterada pela Resolução nº 3 de 20 de junho de 2013, ficando o banco de avaliadores como cadastro nacional e único de profissionais da saúde habilitados a avaliar *in loco* e registrar as condições concretas em que se desenvolvem os programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde. Estabeleceu-se que o funcionamento desse Banco de Avaliadores obedecerá aos princípios de: legalidade impessoalidade, moralidade, publicidade e transparência, eficiência e economicidade, segurança jurídica, segurança e gestão da tecnologia da informática, relevância pública, compromisso com a missão pública das instituições que ofertam Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde, respeito à identidade e à diversidade das instituições.

O Ministério da Educação, por meio da Comissão Nacional, é responsável pelo gerenciamento do Banco de Avaliadores e pelo acompanhamento dos processos. Sendo o Banco de Avaliadores constituído de profissionais da saúde com registro nos respectivos conselhos profissionais, escolhidos por meio de processo seletivo público. Em 2013 foi publicada a Resolução nº 4, nomeando os profissionais.

A composição da comissão de avaliação levará em conta o perfil acadêmico e profissional dos avaliadores e as características do programa avaliado. Esses profissionais não poderão estar vinculados às instituições responsáveis pelo desenvolvimento do programa de residência avaliado e não poderão residir na unidade federativa do programa de residência. Pelo menos um dos avaliadores deverá ser da área profissional do programa a ser avaliado e os avaliadores contarão com o apoio técnico e administrativo

da Coordenação Geral de Hospitais Universitários e Residências de Saúde na execução de suas tarefas.

De acordo com dados do SisCNRMS, atualmente existem no país 212 programas de residência multiprofissional e 296 de residência em área profissional. Destes, o Ministério da Educação financia 137, e os outros 371 são financiados por outros órgãos e instituições (como o Ministério da Saúde, por exemplo), neste contexto, consideramos que há muitos programas para serem avaliados.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação Na Saúde (SGTES)

Esse é o panorama que se configura até o momento, mas que por seu dinamismo, novas normatizações devem compor esse cenário das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores do SUS, que é de responsabilidade da SGTES. Esta secretaria é uma importante instância que além de coordenar Editais para outros projetos, como o PET para formação na graduação tem apoiado outras políticas de formação não só para a Residência ou SUS. Ela tem ainda desempenhado a função de organizar eventos.

O I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, realizado pela SGTES, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, em dezembro de 2005, contou com mais de 150 participantes, representados por gestores, controle social, executivas de cursos da área da Saúde, residentes e coordenadores de programas de RMS. O seminário teve como objetivo iniciar o processo de reflexão e debate, partindo do relato das experiências dos programas já financiados pelo Ministério da Saúde, avançando na obtenção de 12 subsídios dentro dos seguintes temas:

- 1) Estratégias para a construção da multidisciplinaridade, visando atender o preceito constitucional da integralidade;
- 2) Construção de diretrizes nacionais para a residência multiprofissional em saúde;
- 3) Composição da CNRMS, com representações, número de integrantes, acompanhamento e avaliação;
- 4) Criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SNRMS), que permitirá o registro das instituições, dos programas e dos profissionais residentes, bem como a gestão do sistema.

Esse processo teve continuidade em 2006, quando o DEGES/SGTES, em parceria com o CNS e o Fórum de Residentes Multiprofissionais em Saúde iniciou a realização de seminários regionais para discutir a RMS e, com isso, dar seguimento ao seu processo de regulamentação.

A SGTES é constituída por três Departamentos: Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalhador na Saúde; Departamento de Gestão da Educação na Saúde e Departamento de Planejamento e da Regulação da Provisão de Profissionais na Saúde.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde da SGTES é o responsável pelas políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores do SUS. Na graduação, é o responsável pelo Pró-Saúde e Pet-Saúde e na Pós-graduação, pelas Residências Multiprofissionais em Saúde.

O Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais da Saúde (DEPREPS), criado em agosto de 2013, por meio do Decreto nº. 8.065; tem como principais responsabilidades:

- 1) Planejar, coordenar, monitorar e avaliar a provisão de profissionais da área de saúde no âmbito do SUS;
- 2) Planejar, coordenar e monitorar o Projeto Político Pedagógico, o processo de certificação e a avaliação de desempenho dos envolvidos nos programas de provisão de profissionais da área saúde no âmbito do SUS;
- 3) Planejar a Estratégia de Ação dos Programas de provisão de profissionais da área de saúde no âmbito do SUS em áreas carentes e remotas do país e promover a articulação dos setores de saúde e educação no âmbito federal, estadual, distrital e municipal, dentre outros.

Nesse sentido, os Projetos da Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional) devem priorizar conteúdos, estratégias e cenários de aprendizagem inseridos nas Redes de Atenção à Saúde do SUS, de modo a promover as transformações nas práticas de saúde com o envolvimento da gestão, atenção, formação e participação social.

Essas ações objetivam transformar as práticas institucionais; melhorar a qualidade da atenção e assistência em saúde; comprometer a equipe com seu processo de trabalho e com a comunidade; melhorar as relações nas e entre equipes de trabalho; integrar ensino, assistência, gestão e controle social e contribuir para a transformação dos processos formativos e das práticas pedagógicas em saúde.

Vale destacar que atualmente as áreas e redes prioritárias do SUS para a realização da Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional) são (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006):

- Rede de Atenção Psicossocial, com ênfase no plano *crack*;
- Rede de Atenção às Urgências;
- Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência;
- Rede Cegonha;
- Rede de atenção à saúde das pessoas com Doenças Crônicas, com ênfase na atenção ao câncer;
- Atenção Básica.

Indubitavelmente, os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional) são de suma importância para o fortalecimento do SUS, pois possibilitam ao profissional residente lidar com diferentes aspectos da vida e seus ciclos, na sua complexidade clínica e cultural. Esses programas favorecem também a atuação profissional de forma contextualizada à realidade local, tanto do indivíduo quanto do coletivo; constituem cenários de integração de práticas das diferentes áreas, campos e núcleos de conhecimento; e contribuem para uma vivência na rede intersetorial de atenção e cuidados em saúde.

Considerando-se as prerrogativas do Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005) Programas de Residência em Área Profissional da Saúde têm como contribuição o desenvolvimento de:

- Uma prática clínica integrada, possibilitando a interprofissionalidade;
- Conceituação de saúde e adoecimento, respeitando o saber do outro e da comunidade local;
- Competência cultural e dialógica na comunicação em saúde;

- Processo de formação articulado aos diversos espaços de atuação dos trabalhadores de saúde, em rede, com base nos princípios éticos e de trabalho em equipe.

Considerações finais

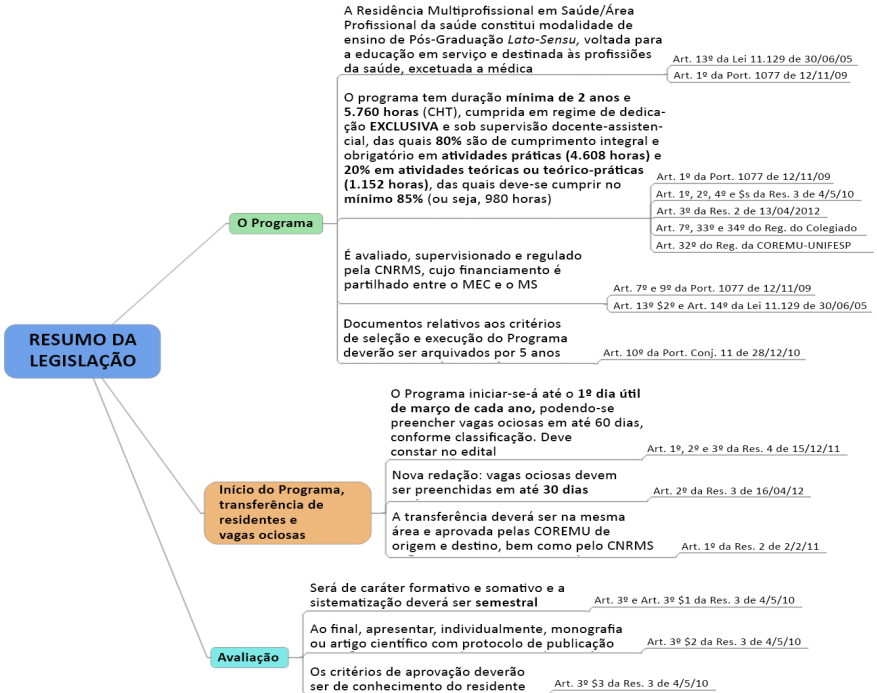
No decorrer do processo de instauração dos Programas de residência multiprofissional em saúde, muitas necessidades forçaram o surgimento enviesado de resoluções e a gestão do PRMAS sentiu falta de ter normativas como aliadas ao bom andamento do nosso programa, por exemplo: legislações mais estruturantes em âmbito nacional, sobre os currículos mínimos esperados para cumprimento pelos programas, o que não só teria concretizado e apressado a emissão das diplomações, como também teria proporcionado maior e melhor coerência no diálogo das práticas dos Programas. Outro fato foi o da não retroatividade do pagamento da bolsa, por exemplo, instituída normativamente, mais tarde, para corrigir o transtorno de pagar valores presos por falhas processuais ou documentais dos residentes.

Podem-se imaginar quantas dificuldades das instituições formadoras, executoras e financiadoras poderiam ter sido evitadas ou mesmo quantas ações positivas se perderam devido a um processo gestacional introdutório que poderia ter sido mais bem conduzido. Corroborar o programa da ENSP/Fiocruz quando menciona sobre a dificuldade de manutenção do seu programa. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

[...] Identificamos também a falta de financiamento como questão que tem dificultado a operacionalização das ações pedagógicas. Os recursos só são aportados para o pagamento de bolsas de alunos/residentes e ainda não estamos recebendo recursos para bolsas de preceptoria. Faltando financiamento para pagamento de aulas, idas a congressos, publicações dentre outras. (p.155)

Como em todo o processo em construção, os desafios e perspectivas são vislumbrados no horizonte. Assim sendo, ao abordar esse tema, não se pode furtar em apontar para a necessidade de ampliação dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde com distribuição mais equitativa no país, visando à redução das lacunas regionais de formação; aumento da quantidade de instituições que integram ensino, serviço e comunidade; desenvolvimento do trabalho de equipe multiprofissional e interdisciplinar; implantação de estratégias de valorização da preceptoria e da tutoria; bem como a construção de Projetos Políticos Pedagógicos condizentes com as diretrizes do SUS e das Redes Prioritárias.

Figura 6: Mapa mental com o resumo da legislação aplicada aos Programas de Residência Multiprofissionais.



Fonte: PRMAS.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br>. Acesso em: 02 mai 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria interministerial nº 45**, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União. 15 jan. 2007; Seção 1:28, 2007.

_____. **Portaria Interministerial n.º 2.117**, de 03 de novembro de 2005. Institui a Residência multiprofissional em Saúde. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, Brasília, DF, 3 no. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde, 2006.

BATISTA, S.H.; ROSSIT, R; BATISTA, N.A. **Educação Interprofissional, Interdisciplinaridade e a Formação em Saúde: potências e desafios**. In: SILVA, G.T.R. (Org) Residência Multiprofissional em Saúde: vivências e cenários da formação. São Paulo: Martinari, 2013, p.29-46.

CAMPOS, G.W.S. et. al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G.W. S. e GUERREIRO, A. V. P. (Org.) **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p.132-153.

CECCIM, R.B. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 3, nov. 2008/fev. 2009, p. 443-456.

CURY. G.C. Prefácio. In: SILVA, G.T.R. (Org) **Residência Multiprofissional em Saúde: vivências e cenários da formação**. São Paulo: Martinari, 2013, p.XXI.

NETO, P.E.W.C.; BATISTA, S.H. A Preceptorial na Formação em saúde: uma incursão na literatura. In: SILVA, G.T.R. (Org) **Residência Multiprofissional em Saúde**: vivências e cenários da formação. São Paulo: Martinari, 2013, p.47-60.

ROSA, S.D.; LOPES, R.E. Residência Multiprofissional em Saúde e Pós-Graduação Lato Sensu no Brasil: Apontamentos Históricos. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p.479-498, nov.2009/fev.2010.

Capítulo 3.

PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE

Macarena Urrestarazu Devincenzi

Terezinha de Fátima Rodrigues

Maria Ligia Lyra Pereira

Tania Terezinha Scudeller

Introdução

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde foram criados pela Lei nº 11.129 de 2005, orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e coordenados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), em conjunto com os Ministérios da Saúde (MS) e Educação (MEC).

A proposta de um Programa de Residência no *campus* Baixada Santista da UNIFESP ocorreu ao longo do ano de 2009, em uma parceria com a Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Santos. Essa parceria foi estratégica na consolidação das atividades desenvolvidas nos estágios curriculares, nas do Eixo Comum Trabalho em Saúde (TS) e

outras dos Eixos Específicos, ligados às graduações do Instituto Saúde e Sociedade¹.

Cabe ressaltar a importância dessa iniciativa inovadora na medida em que envolveu o *campus* na construção de uma proposta que já nasce interdisciplinar, reforçando seu projeto político pedagógico intitulado “A educação interprofissional na formação em saúde – a competência para o trabalho em equipe” (2006). Nele destacam-se os princípios da educação interprofissional, a integralidade no cuidado e o preparo para o trabalho em equipe. Ao assumir esses princípios, o *campus* passa a enfrentar o importante desafio de protagonismo na construção de uma nova cultura no âmbito da educação em Ciências da Saúde.

Esse protagonismo pôde ser verificado na concepção do Programa de Residência Multiprofissional, articulado inicialmente pela Direção de *Campus*² e que impulsionou a comunidade acadêmica a assumir o desafio da construção interdisciplinar de um Programa de Residência. Como instância articuladora, a Direção de *campus* protagoniza as ações iniciais e posteriormente o trabalho é assumido por uma equipe de docentes do *campus*, com representação de todas as áreas profissionais envolvidas no Programa, integrada a um grupo de gestores, diretores, coordenadores e profissionais da Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS) e da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SMS).

Em meio ao intenso trabalho, que envolveu reuniões entre docentes de eixos comuns e específicos, direção acadêmica e principalmente com os parceiros para

¹ Graduações no Instituto Saúde e Sociedade, envolvidas na proposta inicial: Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Serviço Social. A partir de 2012, o curso de Educação Física passa a compor as áreas do Programa.

² Direção do *Campus* Baixada Santista (2006-2012), Diretor Acadêmico Prof. Dr. Nildo Alves Batista. Vice Diretora Acadêmica – Profa. Dra. Nancy Ramacciotti de Oliveira-Monteiro.

sensibilização e construção da proposta, bem como com a Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) da UNIFESP e contatos com outras instâncias locais e em Brasília (DF), foi se consolidando o nascedouro da proposta que seria submetida ao Edital de Convocação nº 24, aberto pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)³, intitulado “Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde”, em dezembro de 2009.

A Construção da proposta do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde – PRMAS: Percursos Interprofissionais nas linhas de cuidado

O percurso de construção da proposta possibilitou intensas trocas: a discussão da interdisciplinar/interprofissionalidade, a abertura para a “escuta” e alinhamentos necessários da comunidade acadêmica e parceiros em sua compreensão de como aquela poderia ser vivenciada por meio de um programa que vinculasse a formação em serviços proposta pela Residência, e a potência do trabalho em rede, articulando atenção básica e terciária.

Os desafios já se apresentaram no momento em que se buscava não uma construção verticalizada, mas sim, horizontal, embasada nos princípios presentes no Projeto Pedagógico do *campus* Baixada Santista, com destaques para “a prática profissional como eixo norteador do projeto pedagógico”, “a interdisciplinaridade”, a postura ativa na construção do conhecimento” e, fundamentalmente, “a integração com a comunidade.” (UNIFESP, 2006)

³ SGTES: criada em 2003, com a responsabilidade de formular políticas públicas orientadoras da gestão, formação, qualificação e regulação profissional dos trabalhadores da área da saúde no Brasil.

Nesse “alinhar do tecer” a proposta, compreendeu a oportunidade de avanços com um Programa de Residência em Santos, articulando a Universidade e serviços, na perspectiva da formação de recursos humanos para o SUS. Considerou-se, ainda, o ambiente favorável na esfera federal, de incentivos à criação de Programas de Residência Multiprofissional com financiamento de bolsas para os residentes, pensando não só na formação de Recursos Humanos para o SUS, mas também como estratégia de educação permanente em serviços e seus impactos na qualidade da atenção na saúde da população.

A proposta apresentada para submissão ao Edital de Convocação, intitulada “Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção à Saúde”, assumiu como eixo transversal a “Atenção à Saúde do Indivíduo, Família e sua Rede Social” e sete eixos perpendiculares, compostos pelas áreas profissionais: enfermagem, farmácia⁴, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. Tanto o eixo transversal como os perpendiculares a serem realizados nas áreas de atenção básica e hospitalar ocorreriam nas seguintes linhas de cuidado: saúde do adulto e do idoso; saúde da mulher e do recém-nascido; saúde da criança e do adolescente; e saúde mental. Apresentava-se como objetivo geral formar um profissional de saúde capaz de colocar o saber específico na direção de um saber compartilhado e que, não abrindo mão da sua formação, pudesse estar atento às diferenças, aos movimentos de inclusão e ao interprofissionalismo em todos os níveis de atenção à saúde junto aos indivíduos, famílias e redes sociais. A área de concentração foi Saúde Coletiva. O perfil

⁴ Ressalta-se que o Instituto Saúde e Sociedade não conta com formação de graduação nas áreas de enfermagem e farmácia, o que exigiu intensa articulação com a Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos e a Escola Paulista de Enfermagem da UNIFESP, para a área de enfermagem, bem como com o *campus* Diadema da UNIFESP, para a área de Farmácia.

de egresso esperado era o de profissionais preparados para o trabalho em equipe interprofissional para atuar em todos os níveis de atenção à saúde, com consciência crítico-reflexiva sobre o processo saúde-adoecimento-cuidado, assim como capacidade para fazer as mediações entre o conhecimento acadêmico e as práticas nos serviços de saúde, com indivíduos, famílias e redes sociais. Também foram estabelecidos os objetivos e perfil dos egressos de cada área profissional, destacando a valorização para o trabalho em equipe interprofissional, as práticas em todos os níveis de atenção à saúde, apresentando as competências e habilidades para intervenção de cada área na construção de projetos terapêuticos singulares.

As cartilhas HumanizaSUS foram permanentes fontes de consulta, estudo e reflexões, especialmente a da Clínica Ampliada e Compartilhada, por considerar o trabalho em saúde em seus diferentes enfoques, propondo uma integração por valorizar o trabalho potente da equipe multiprofissional e a participação dos usuários, suas famílias e comunidade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

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

O projeto foi aprovado e contemplado com catorze bolsas, sendo destinadas duas vagas em cada área de atuação profissional: enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. O resultado foi homologado pela Portaria Conjunta nº 1, de 24

de fevereiro de 2010. O Termo de Compromisso foi assinado e encaminhado à SGTES em 24 de março e em 25 de junho daquele ano; encaminharam-se também os pareceres de aprovação do Conselho Municipal de Saúde de Santos – CMS (publicado no DO de Santos em 15 de julho), tanto da Comissão Intergestora Bipartite – CIB quanto da Comissão Permanente de Integração Ensino-Serviço – CIES.

A primeira turma, com catorze residentes, iniciou suas atividades em 16 de agosto de 2010, com solenidade de abertura do Programa envolvendo todos os sujeitos inseridos na construção da proposta e convidados, realizando-se uma Aula Magna, proferida pelo Prof. Dr. Nildo Alves Batista, com a discussão “Educação Interprofissional na Formação do Profissional de Saúde.”

A vivência inicial do programa: desafios, avanços e recuos

Este processo envolveu todos indistintamente em seus inúmeros desafios: inicialmente na própria consolidação do corpo docente, de tutores e preceptores na articulação do trabalho, que se colocou em uma perspectiva interdisciplinar/interprofissional em todas as suas etapas. O desconhecimento das áreas, as desconfianças e as tensões estiveram presentes em vários momentos, com o desafio de afinar e costurar relacionamentos tanto no espaço da Universidade como nos serviços, o que exigiu grande dedicação, envolvimento, escuta e conciliação da então primeira coordenação do Programa⁵.

⁵ A primeira coordenação do Programa, indicada pela Direção de *Campus* e participantes da construção da Proposta, foi composta por uma representante da área de Nutrição (Prof.^a Dr.^a Macarena Urrestarazu Devincenzi) e uma da área de Fisioterapia (Prof.^a Dr.^a Tânia Scudeller).

Um grande desafio, talvez o maior dentro do percurso do Programa, foi a inexistência de um trabalho integrado, ainda que multiprofissional, nos espaços onde os residentes ficaram lotados. A incompreensão do que seria uma atuação interprofissional, da exigência dos vários momentos de troca, do compartilhar de experiências, de conhecimentos, da possibilidade de produção do novo e a descrença na oportunidade de alterar processos de trabalho na lógica da reprodução de práticas alienadas e alienantes se fez presente. Nessa construção, o desejo era da consolidação de uma proposta assentada na prestação de serviços com qualidade e como direito aos usuários da política de saúde, mais centralmente, do SUS, e o papel dos trabalhadores da política de saúde como indutores de mudanças na vinculação da saúde como direito. Esse processo perpassou por todo o Programa, avançando em alguns momentos e retrocedendo em outros.

Em 2010, o Programa iniciou suas atividades na atenção básica na Zona Noroeste da cidade de Santos, em Unidade Básica de Saúde (UBS Rádio Clube), e na região dos Morros, em Unidade de Saúde da Família (USF Vila Progresso). Para 2011, foi proposta a ampliação para outras duas regiões da cidade, Centro (UBS Martins Fontes) e Orla (UBS Embaré). Nesses cenários de inserção dos residentes, as ações concentraram-se na assistência pré-natal, atenção a hipertensos e diabéticos e apoio na construção do sistema de referência e contrarreferência entre a Atenção Básica (ESF e UBS) e a atenção especializada (Saúde Mental), predominantemente por meio de ações educativas em grupo e desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares. O envolvimento das equipes dos serviços no planejamento e execução das ações permitiu uma reflexão sobre as práticas e processos de trabalho em saúde. Além desse aspecto positivo, apontam-se o diálogo e maior integração/articulação entre os níveis de atenção.

Na atenção hospitalar, as atividades dos residentes foram desenvolvidas nas unidades de internação da maternidade/pediatria, oncologia, clínica médica e queimados, onde permaneciam, em cada setor, por três meses. No início da manhã os residentes, antes do início dos atendimentos e articulados com seus preceptores de núcleo, levantavam e discutiam os casos a serem atendidos e elegiam os profissionais de referência para o acompanhamento dos casos que aconteciam até o final da manhã. O período da tarde estava voltado às discussões da Rede, gestão do cuidado, construção dos projetos terapêuticos e implementação das ações multiprofissionais.

O intenso trabalho dos docentes em toda a costura para a viabilização do Programa merece destaque. Uma proposta inovadora, com sete áreas de formação, sendo duas não vinculadas ao *campus*, aliou-se ao frequente contato dos tutores nos serviços (reuniões com a equipe, com gestores, posteriormente na articulação das atividades dos residentes nos cenários de prática da Secretaria de Saúde e ISCMS). Ressalta-se ainda, a participação em reuniões no Colegiado Interno⁶, nas instâncias do *campus* (Congregação, Câmara de Extensão), nas ligadas à COREMU e, posteriormente, na Comissão de Provas dos Programas de Residência Multiprofissional da UNIFESP. Para além destas, registra-se também a participação na construção dos instrumentais ligados ao Programa, como os avaliativos, as propostas de construção dos trabalhos de conclusão de curso, as normativas do Programa e outras ligadas à COREMU, como seu Regimento.

⁶ Organização própria do Programa, constituída por reuniões ordinárias (mensais) ou extraordinárias, com representantes de todas as áreas profissionais do Programa, na condição de tutores, preceptores, gestores e representantes dos residentes (para cada turma). Constituiu-se um espaço deliberativo do Programa.

Destaca-se também a organização dos primeiros processos seletivos no *campus*⁷, realizados para a primeira e segunda turmas⁸, em que os envolvidos no Programa ficaram responsáveis por todas as etapas: edital, inscrições, elaboração das provas, aplicação, resultados, bancas, análise de currículos, entrevistas. Da mesma forma, estiveram presentes na construção interprofissional, com bancas compostas por diferentes áreas no processo seletivo. Essa organização envolvendo os preceptores foi fundamental na aproximação e reflexões sobre o perfil dos profissionais que se candidatavam, presente a discussão de habilidades e competências essenciais para a vivência no Programa, com o conhecimento da realidade dos serviços e condições de vida da população do município.

A necessária articulação entre tutores, preceptores e residentes

Inicialmente, como tudo que é novo, o Programa gerou inquietações tanto sobre o impacto da presença dos residentes na rede de serviços até a definição do papel de tutores, preceptores e dos próprios residentes.

Em relação à discussão de papéis, destaca-se a inexistência, naquele momento, das normativas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional quanto aos tutores e preceptores⁹. Desta forma, tentou-se definir

⁷ Organização e realização do processo seletivo junho-julho (elaboração e aplicação das provas objetivas, entrevistas e análise de currículo). Houve 124 inscritos, com início das atividades em agosto de 2010, para uma primeira turma de 14 residentes. Novo processo seletivo, em fevereiro-março de 2011 (processo similar ao anterior), contando com 137 inscritos, início em abril de 2011, igualmente com 14 residentes.

⁸ A partir da seleção da turma 2012, o processo seletivo foi unificado na UNIFESP, *campus* São Paulo, via COREMU- PROEX.

⁹ Isso só ocorre com a Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012.

a partir da experiência de outros Programas, oportunidade em que fizemos contato e recebemos a visita de profissionais da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade Santa Marcelina (FASM) de São Paulo e também da Santa Casa de São Paulo, além de material encontrado na literatura com a experiência das Residências médicas.

Para Botti e Rego (2008), a figura do profissional experiente que auxilia na formação dos profissionais da área da saúde é uma constante e apesar do seu papel fundamental, esse profissional vem recebendo diferentes denominações: preceptor, supervisor, tutor e mentor.

O conceito de preceptor é usado para designar aquele profissional que tem importante papel na inserção e socialização do recém-graduado no ambiente de trabalho, ainda que não seja da academia. A principal função do preceptor é ensinar por meio de instruções formais e com determinados objetivos e metas. Portanto, dentre as suas características marcantes, deve estar o conhecimento e a habilidade em desempenhar seus procedimentos. Nesse sentido, o preceptor se preocupa principalmente com a competência ou com os aspectos de ensino-aprendizagem do desenvolvimento profissional, favorecendo a aquisição de habilidades e competências pelos recém-graduados, em situações reais, no próprio ambiente de trabalho.

Já o tutor, segundo as literaturas americana e européia, designa o professor que se preocupa em ensinar o aluno a “aprender a aprender”, principalmente na chamada Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Nesse cenário, o tutor é considerado um guia, um facilitador que auxilia no processo de aprendizagem centrado no aluno. O tutor se responsabiliza por ensinar e orientar, tendo o objetivo de zelar pelo cumprimento do programa do curso, além de buscar as metas pessoais do aluno. O tutor orienta, ensina, ajuda na busca de conhecimento e tem também papel

importante como avaliador. Pode trabalhar com um aluno individualmente ou com um grupo pequeno de alunos. (BOTTI; REGO, 2008)

Essa discussão permeou várias reuniões e promoveu a consolidação de um “modo de ser” do Programa, com os docentes na condição de tutores, inseridos diretamente nos serviços, articulando os residentes nas diferentes atividades a serem construídas. Isso propiciou uma diferenciação ou, como podemos afirmar, uma dupla inserção do docente, que assumiu o papel de tutor e também de professor, acumulando, dentre outras atividades, o desenvolvimento teórico e a orientação dos Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC). Quanto aos preceptores, após amplas discussões, ficou acertado que a preceptoria estaria ligada a um profissional de cada área, trabalhador, seja da ISCMS ou da SMS, em seus respectivos espaços profissionais. Na construção das dinâmicas de trabalho, construiu-se a figura do “tutor-referência”, que era o responsável na articulação universidade – residentes – serviços.

Com a publicação posterior da Resolução nº 2, em abril de 2012, essa função foi definida como tutor de campo, para apoio e supervisão da prática nos serviços, na perspectiva da equipe multiprofissional e de núcleo (mantendo a especificidade da prática e discussão na área profissional).

Todo esse processo possibilitou a discussão das competências profissionais, mexeu com lógicas institucionais, induziu mudanças e processos de trabalho. Destaca-se a existência, na Secretaria de Saúde, à época, da Seção de Atenção à Saúde da Comunidade (SEATESC). Nessa Seção, profissionais de diferentes áreas, com trabalho por escalas, atuavam como apoio nas Unidades Básicas de Saúde. Esses profissionais, a partir de critérios definidos pela Secretaria de Saúde, passaram a compor o

Programa, agregando-se ao papel de preceptores. Alguns não foram lotados necessariamente nos espaços de prática dos residentes, mas com escalas para acompanhamento do trabalho, orientações, articulação das atividades e reuniões. Na ISCMS, algumas áreas profissionais não existiam e houve intenso envolvimento no sentido de contratação de profissionais, como no caso da terapia ocupacional.

Consolidando um modo próprio de ser do Programa, agregando os diferentes sujeitos, foram estabelecidos encontros mensais entre tutores e preceptores, fortalecendo uma ação no sentido da formação continuada e da participação dos preceptores nas atividades transversais¹⁰ do Programa.

Outra importante questão foi o impacto dos Residentes na rede de serviços. Este aspecto foi tenso em seu início, pois esses profissionais, pela própria natureza da atuação, possuíam uma inserção diferenciada, ainda que dúbia: não eram estudantes, mas estavam em processo de formação, amparados pela Universidade; não eram trabalhadores dos serviços, porém inseridos na rede e aptos a atuar; em relação à remuneração, acima da percebida pelos trabalhadores dos serviços, distinguindo-os. Essa situação deflagrou, ainda que permeada por silêncios, as condições de trabalho e remuneração dos trabalhadores da política de saúde, destoantes das condições dos residentes. Logo na implantação do Programa esta questão se tornou tensa: a presença dos residentes nos serviços demandaria maior trabalho dos preceptores e estes, na condição de trabalhadores, possuíam menor remuneração.

Nessa discussão, o *campus* se articulou em seu papel formador, oferecendo, em contrapartida, a participação

¹⁰ Encontros teóricos na UNIFESP, em temas relacionados à área de concentração do programa, saúde coletiva, com a participação de docentes do campus e convidados.

dos preceptores e demais profissionais da rede de saúde em seus cursos de especialização, mestrado profissional e acadêmico, especialmente no ano de 2012, bem como a inserção desses profissionais como bolsistas no Pró-PET Saúde.

A organização do trabalho e cotidiano dos residentes sempre se mostrou de modo permanente e dinâmico. Um Programa envolvendo sete áreas profissionais e catorze residentes exigiu uma articulação com serviços e planejamento dos cenários de prática em territórios distintos na Atenção Básica e em alas e especialidades na ISCMS. Isto exigiu intenso acompanhamento, avaliação e mudanças em todo o percurso do Programa. Não fizemos a opção por mais um programa, mas por um programa singular. Não fomos para um cenário “protegido” da universidade, fomos para o SUS do município de Santos e para regiões com uma realidade social muito adversa. É claro que seria tenso e desgastante. É por isso que aconteciam os embates, as frustrações, as desistências. Os residentes, de fato, acreditavam e esperavam que a academia pudesse ajudar a resolver todos os problemas; afinal, nos diziam: “você criaram o programa, o pensaram desta maneira!”

Os espaços de discussão foram fundamentais para escuta e acolhimento de todas as questões e tensões, destacando a importância do colegiado interno, das reuniões de integralidade nos serviços e rodas de acolhida.

A construção da semana padrão e a discussão da carga horária

Os Programas de Residência Multiprofissional têm duração mínima de dois anos e 5.760 horas (CHT), cumpridas em regime de dedicação exclusiva e sob supervisão docente-assistencial, das quais 80% são de cumprimento integral e obrigatório em atividades práticas (4.608 horas) e 20% em atividades teóricas ou teórico-práticas (1.152 horas), das quais se deve cumprir, no mínimo, 85% (ou seja, 980 horas) (CNRMS nº 3 de 2010).

A construção da semana-padrão do PRMAS constituiu-se um esforço coletivo para convergir as disciplinas e ações multiprofissionais propostas na matriz curricular com o cumprimento da respectiva carga horária total (CHT), traduzindo-as e sistematizando-as em um quadro semanal de práticas profissionais e estudos acadêmicos que resultassem a carga horária semanal (CHS) de 60 horas. A integralização da CHT é uma das condições estabelecidas pela CNRMS para a conclusão dos cursos conduzidos pelas Comissões de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde ou em Área Profissional da Saúde (COREMUs), instaladas nas Instituições Formadoras sob a forma de Programas.

Ao lançarmos luz sobre os cálculos anteriormente expressos, temos uma dimensão aproximada do que significa, no dia a dia, uma dedicação tão elevada e baseada no modelo das residências médicas, implicando adoecimentos e desistências, motivadas pela intensificação e precarização nas condições objetivas de um trabalho em serviço, em que onde se deseja o diálogo, a reflexão e a produção de novas práticas em saúde. A tarefa de combinar todos os sujeitos da construção “ensino-aprendizagem” (a prática nos serviços parceiros com a disponibilidade

acadêmica dos docentes e tutores), especialmente no início do Programa, prezando pela riqueza do construto didático-pedagógico final, apresentou diversas e difíceis intervenções.

Primeiramente, era importante definir a “semana padrão”. Como organizar os períodos e horários, permitindo a vivência das diferentes linhas de cuidado e níveis de atenção? Como garantir o cumprimento das 60 horas? Haveria plantões? Haveria diferenças de cenários e carga horária para o residente do primeiro ano (R1) e do segundo (R2)? Neste “jogo de xadrez”, a primeira semana padrão se mostrou extremamente difícil em sua operacionalização, na medida em que os residentes atuavam, durante a semana, nos dois cenários de prática, em distintos territórios.

No trabalho dos residentes, contando com 14 profissionais por turma, definiu-se, como perspectiva de atuação desde o início, a subdivisão em duas equipes, compostas por sete residentes de cada área do Programa. As primeiras turmas (2010 e 2011) conviveram com uma semana padrão, em que atuavam nos dois cenários de prática, na atenção básica (duas UBS localizadas na Região dos Morros e Zona Noroeste), na Santa Casa (em diferentes alas), além das atividades na Universidade, em dias pré-estabelecidos.

Essa organização causou intenso desgaste nos residentes, com a necessidade de deslocamentos em um mesmo dia, em distintos territórios e serviços de saúde na cidade de Santos. Após amplas discussões e algumas tentativas de transição (dois dias e meio em cada serviço), um Grupo de Trabalho (2012) que envolveu docentes, residentes, preceptores, coordenação e representação das instituições parceiras, definiu uma nova semana padrão, fixando uma equipe por um ano em equipamentos da rede básica e outra na ISCMS. No segundo ano ocorreu a troca,

possibilitando aos residentes um tempo maior de atuação em cada espaço (um ano). Essa mudança foi vivenciada pela turma com ingresso em 2013. Para garantir a linha de cuidado e a integralidade, havia encontros semanais entre as duas equipes para discussão de casos, o que é objeto de discussão de outro capítulo.

Considerações finais

A intensidade dos trabalhos, bem como a dedicação no período de implantação, trouxe questões centrais no âmbito da vida acadêmica, para pensar o lugar da Residência no *campus* e a valorização dos docentes envolvidos em propostas de tal natureza.

Não é trabalho para poucos, só para abnegados e idealistas. Essa atividade exige capacidade de articulação e mediação, gosto pelo trabalho em saúde na prática, tolerância e humildade. O docente deve estar disposto a dedicar seu tempo e energia para muitas reuniões no serviço, com os gestores, preceptores e residentes, bem como se deslocar e conhecer os territórios e as unidades de internação de perto e por dentro, para não ser um tutor que “cai de paraquedas” em uma dada realidade. Enfatiza-se, ainda, que tudo isso deve ocorrer em concomitância com outras atividades que, igualmente importantes, não podem ser poupadas, tais como a graduação, a pesquisa e funções administrativas do *campus*.

Muitos docentes e mesmo áreas inseridas na proposta, ao longo do processo, reavaliaram suas participações e deixaram de compor as atividades o que fragilizou o andamento do Programa. Isso se consolidou no final do ano de 2012 com várias discussões envolvendo a comunidade

acadêmica, ano também em que houve uma importante greve nacional dos docentes das IFES.

A abertura do processo seletivo para o Programa no ano de 2013 foi o compromisso de um grupo reduzido envolvido desde o início em uma tentativa articulada com a Direção de *campus* para continuidade da proposta em outras condições que garantissem a inserção de novos docentes, assim como a incorporação da Residência, de fato, como uma atividade acadêmica formativa do *campus* como um todo.

Essa discussão não avançou, ficando o pequeno grupo ainda menor no decorrer do ano de 2014, com outras desistências de docentes e áreas profissionais, fato este que implicou diretamente em uma (re)avaliação da sustentabilidade da proposta. Como abrir novo processo seletivo em 2015? Esse “pequeno grupo”, extremamente demandado pelo Programa e desgastado pelas diferentes inserções nas demais atividades acadêmicas, decidiu abrir a discussão no *campus* pela não abertura do processo seletivo.

A opção do *campus* foi organizar dois novos Programas, envolvendo uma composição com um menor número de áreas profissionais e linhas de cuidado, a saber: Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia (2014) e Programa de Residência Multiprofissional em Rede de Atenção Psicossocial (2015).

Para os que vivenciaram intensamente a história de cinco anos do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde fica a certeza de que foi uma experiência transformadora, que marcou para sempre a vida e o fazer dos profissionais de saúde, além de criar vínculos permanentes de amizade e cumplicidade.

Referências

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

BRASIL. Ministério da 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. DOU nº 73, segunda-feira 16 de abril de 2012, Seção 1, páginas 24 e 25.

BOTTI, S.H.O; REGO, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? **Rev. Bras. Educação Médica**, v.32, n.3, p.363-373, 2008.

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

UNIFESP. *campus* Baixada Santista. **Projeto Político Pedagógico**. 2006.

_____. **Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde**, 2010.

Capítulo 4.

GESTÃO DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

*Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo
Macarena Urrestarazu Devincenzi
Ieda Maria Ávila Vargas Dias
Ana Cristina Correia
Ana Cláudia Freitas Vasconcelos*

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS) foi um curso de Pós-graduação em nível de especialização *Lato Sensu* caracterizado pelo ensino em serviço, que teve como característica principal o desenvolvimento de profissionais para atuação multi e interprofissional, no intuito de formar um profissional de saúde capaz de colocar o saber específico na direção de um saber compartilhado e que, não abrindo mão da sua formação, pudesse estar atento às diferenças, aos movimentos de inclusão e ao interprofissionalismo em todos os níveis de atenção à saúde com junto a indivíduos, famílias e redes sociais. (UNIFESP, 2010) O Programa teve como eixo transversal a “Atenção à saúde do indivíduo, família e sua rede social” e sete eixos perpendiculares (áreas profissionais). Tanto o eixo transversal como os perpendiculares aconteceram nas áreas de atenção básica e hospitalar, seguindo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). (UNIFESP, 2014a)

Por ser um programa pioneiro em residência multiprofissional no município de Santos e para as instituições envolvidas, fez-se necessário, logo que o resultado foi divulgado, iniciar conversas com as pessoas envolvidas: gestores (Universidade Federal de São Paulo, *Campus* Baixada Santista; Secretaria Municipal de Saúde de Santos – SMS; e Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos – ISCMS), docentes e tutores (UNIFESP/BS) e preceptores (ISCMS e SMS). A finalidade era iniciar a estruturação do novo programa, conforme a realidade da universidade e das instituições parceiras.

Levando em consideração as linhas de cuidado que compunham o PRMAS, o mesmo este foi estruturado com os seguintes atores:

- 1) Profissionais de saúde residentes das áreas profissionais referidas;
- 2) Preceptores de núcleo, da atenção primária e hospitalar, de acordo com as categorias profissionais presentes nas unidades de saúde (UBS ou ESF) ou hospital;
- 3) Preceptores de campo, da atenção primária e hospitalar;
- 4) Tutores de núcleo, de acordo com as categorias profissionais independente do cenário de atuação do residente;
- 5) Tutores de campo;
- 6) Docentes do *Campus* Baixada Santista, para apoio nas aulas teóricas.

A ideia original de criação do Programa inicialmente envolveu a direção do *Campus*, o Secretário de Saúde do Município de Santos e a Gestão da Santa Casa. Na sequência, foram envolvidos também seus núcleos de ensino e integração ensino-serviço, COFORM e NEP, respectivamente, para operacionalização da proposta, bem como os docentes do *Campus* e profissionais dos serviços. A apropriação pelos demais envolvidos, os que de fato conduziram o programa na prática, foi acontecendo ao longo do processo, concomitante à entrada dos residentes nos serviços.

Muitas reuniões foram agendadas até que fosse encontrado um primeiro modelo para receber os residentes R1, da turma 2010. Além das equipes envolvidas, foram também realizadas conversas com grupos mais amplos de profissionais das instituições parceiras, que queriam se apropriar e entender o funcionamento da residência e seus desdobramentos. As reuniões tinham um caráter explicativo e de reflexão sobre como seria a Residência dentro daqueles cenários, principalmente considerando seu caráter inovador, de não reproduzir práticas hegemônicas e segmentadas.

A primeira coordenação do programa foi definida em reunião com a Direção do *Campus*, representantes das instituições parceiras e docentes das áreas profissionais e do Eixo Trabalho em Saúde, o qual faz parte da graduação do *Campus* Baixada Santista. Essa coordenação atuou de março de 2010 a janeiro de 2012. Também foi designado um secretário no *Campus*, para apoio e organização da documentação e funcionamento do Programa.

Para a organização e gestão do PRMAS optou-se por ter um Comitê Gestor, intitulado “Comissão Local”, que se reunia mensalmente na própria UNIFESP e era composta por representantes dos gestores das instituições (um da

SMS e um da ISCMS), coordenação do programa, tutores (um de cada área profissional), docentes (Eixo comum, Trabalho em Saúde), preceptores (um da atenção básica e um da hospitalar) e residentes (representantes dos residentes R1 e R2), que juntos constituíram um coletivo forte, conseguindo uma gestão compartilhada.

A Comissão Local do PRMAS foi aprovada na instância maior do *Campus* Baixada Santista, a Congregação, em abril de 2011. Tanto essa comissão quanto a representação dos residentes e dos discentes de pós-graduação passaram a ter assento formal no Conselho do *Campus*/Congregação, além da representação dos residentes, como discentes de pós-graduação.

A cada dois anos era realizada a eleição para a coordenação do Programa/presidência da Comissão Local. Convencionou-se que o coordenador seria sempre alguém da Universidade. Os demais membros eram substituídos à medida da necessidade. As reuniões contavam com lista de presença e atas assinadas pelos membros, tendo como exemplo de deliberações desse colegiado: o andamento e mudanças da semana padrão e calendário letivo, sobre a saída e participação em eventos, estágios optativos, avaliações dos residentes, frequência, afastamentos, situações e conflitos da prática nos serviços, acompanhamento do andamento dos TCC, dentre outros.

No decorrer das reuniões do primeiro grupo de residentes e por solicitação do SGTES/MS, a comissão local organizou o seu regulamento próprio (UNIFESP, 2011a), a partir de um Grupo de Trabalho (GT), com membros da comissão que se reuniram ao longo de 2011 e que foi submetido à COREMU-UNIFESP, sendo aprovado em novembro de 2011. O regulamento foi um ganho positivo para o PRMAS, pois além de definir papéis, também deliberava sobre situações cotidianas. Em seus quarenta

e nove artigos está pormenorizado o funcionamento do programa, apresentado na íntegra no Anexo I. (UNIFESP, 2011a)

No cotidiano da gestão do programa, alguns papéis foram determinados para o seu melhor funcionamento do programa, e, assim, a coordenação foi responsável por representá-lo representar o mesmo nas diferentes instâncias, internas e externas, visando garantir a viabilidade dos cenários de prática.

A coordenação, composta por coordenador e vice-coordenador, somente poderia ser ocupada por docentes que participassem efetivamente do respectivo Programa, vinculados à Instituição Formadora do *Campus* Baixada Santista, e na ausência e/ou impedimento do coordenador, o vice deveria assumir.

É de responsabilidade do (a) Coordenador(a) do Programa (UNIFESP, 2011a):

I - coordenar o processo de autoavaliação do programa;

II - conduzir o processo de constituição e qualificação do corpo de tutores, docentes e preceptores, submetendo-o à aprovação pelo Colegiado Interno;

III - promover a articulação do programa com outros programas de residência da instituição, incluindo a médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação;

IV - promover a articulação com as políticas nacionais de educação em saúde e com a política de educação permanente do seu estado por meio da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES);

V - representar o programa na COREMU e Congregação do *Campus*;

VI - coordenar a equipe responsável pela elaboração e revisão do Projeto Pedagógico do PRMAS;

VII - encaminhar informações sobre a frequência e notas dos residentes para a Secretaria;

VIII - garantir o cumprimento da programação estabelecida;

IX - encaminhar ao Colegiado Interno os problemas que interferirem no bom andamento do PRMAS;

X - manter informações atualizadas do Programa junto à secretaria dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em área profissional da saúde da UNIFESP;

XI - zelar pelo comportamento ético dos tutores, preceptores e residentes sob sua responsabilidade;

XII – coordenar a elaboração do cronograma anual de atividades práticas e teóricas do PRMAS;

XIII - aplicar aos residentes sanções disciplinares previstas no Regimento Geral da COREMU-UNIFESP;

XIV - elaborar a pauta, convocar e presidir reuniões ordinárias e extraordinárias do PRMAS;

XV - encaminhar os procedimentos pertinentes à execução do Programa na articulação Universidade e Instituições Parceiras;

XVI – conduzir o processo de discussão junto ao colegiado interno sobre o desenvolvimento das atividades dos residentes;

XVII - participar do processo de seleção do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde. (UNIFESP, 2011a)

Na primeira quinzena do mês de dezembro do ano corrente, o Representante de cada área profissional deverá encaminhar à Coordenação do Programa a indicação ou manutenção do nome do(s) Tutor(es) e Preceptor(es) para o ano letivo subsequente.

Os **docentes** envolvidos no PRMAS, em sua maioria, foram profissionais vinculados à instituição formadora que participaram do desenvolvimento do eixo teórico e teórico-prático previstos no Projeto Pedagógico do Programa, podendo ainda contribuir para (UNIFESP, 2011a):

I - estruturar e desenvolver grupos de estudo e de pesquisa, que fomentem a produção de projetos de pesquisa e projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;

II - articular junto ao tutor mecanismos de estímulo para a participação de preceptores e residentes nas atividades de pesquisa e nos projetos de intervenção;

III - apoiar a coordenação na elaboração e execução de projetos de educação permanente para a equipe de preceptores da instituição executora;

IV - promover a elaboração de projetos de mestrado profissional associado à residência;

V - orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno do programa. (UNIFESP, 2011a)

O **Tutor** é o profissional, da carreira docente ou não, que tem como função a atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo. A tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes. A tutoria de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas, desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito da saúde coletiva, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa.

Ao tutor compete (UNIFESP, 2011a):

I - implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no Projeto Pedagógico do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal;

II - organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para planejamento semestral das atividades, implementação e avaliação do Projeto Pedagógico;

III - planejar e implementar atividades de educação permanente para os preceptores;

IV - planejar e implementar, juntamente com os preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;

V - articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;

VI - coordenar o processo de avaliação dos residentes;

VII - participar da avaliação do Projeto Pedagógico do Programa de Residência, contribuindo para o seu desenvolvimento;

VIII - orientar e avaliar os trabalhos científicos desenvolvidos no Programa de residência conforme as regras estabelecidas no Colegiado Interno. (UNIFESP, 2011a)

São competências do Tutor, representante de área profissional no Colegiado Interno: representar a área profissional no Colegiado Interno, promover gestões necessárias para garantir o bom andamento da Residência, colaborar na elaboração da prova escrita dos candidatos de sua respectiva área, participar do processo de seleção do Programa quando acionado pela Comissão de Exames de Residência Multiprofissional em Saúde – CEREMUP.

O **Preceptor** é o profissional que atua no programa de Residência Multiprofissional, exercendo a função de facilitar a inserção e a socialização do residente no ambiente de trabalho, estreitando a distância entre a teoria e a prática profissional; considerando a área de concentração do programa, em saúde coletiva, a preceptoria foi estruturada em: preceptor de campo e núcleo. O preceptor de campo é o profissional nos serviços que atua de maneira mais ampla nas atividades de articulação institucional, acompanhando as demandas desenvolvidas no Programa e garantindo os espaços de discussão e atuação interprofissional. O preceptor de núcleo deverá, necessariamente, ser da

mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática, com atuação na supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora. (UNIFESP, 2011a)

Ao preceptor de campo do PRMAS compete: exercer a função de orientador de referência para a equipe multiprofissional de residentes da unidade, no desempenho das atividades práticas interdisciplinares vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde; articular, em parceria com o tutor de campo, o planejamento das ações no espaço; viabilizar as práticas interdisciplinares nos cenários do Programa; controlar a frequência dos residentes e a escala de plantões; definir, conjuntamente ao preceptor de núcleo, a pertinência de participação do residente em eventos científicos e validação das horas; participar do processo de avaliação do ensino-aprendizado durante o curso, facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática.

Ao Preceptor de Núcleo do Programa compete: exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde; participar com o Tutor de núcleo do planejamento semestral das atividades teóricas e práticas para os R1 e R2 referentes à sua área de atuação; elaborar, com suporte dos tutores e preceptor de campo, as escalas de plantões, acompanhando sua execução; facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional

na saúde que atuam no campo de prática; participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS; identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no Projeto Pedagógico do PRMAS, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando necessário; participar do gerenciamento da produção de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão; proceder, em conjunto com tutores, a avaliação do residente, participar da avaliação da implementação do Projeto Pedagógico do PRMAS; participar do processo de seleção do Programa, quando solicitado.

O profissional de saúde que ingressou no PRMAS-BS-UNIFESP recebeu a denominação de **Residente** e foi corresponsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, bem como participou da avaliação e implementação do Projeto Pedagógico do Programa. Na admissão ao Programa, todos residentes receberam uma cópia do Regimento da COREMU e do Regulamento do PRMAS e semestralmente cada um recebia a programação de suas atividades para o período correspondente.

O residente em sua rotina de trabalho teve direito a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos ou dois períodos de quinze dias de descanso (Resolução nº 3 de 17/02/2011, CNRMS), em cada ano do Programa, preferencialmente nos meses de julho, dezembro e janeiro, definido pelo Colegiado Interno do PRMAS.

A biblioteca e outros recursos/equipamentos usados pelos discentes no *campus* Baixada Santista foram disponibilizados aos residentes do PRMAS. A ISCMS, por

sua vez, também deixou o residente utilizar a biblioteca, com acesso integral aos seus recursos e equipamentos.

Ficou assegurada ao residente, sem necessidade de reposição, a participação em eventos científicos externos de interesse do Programa e da formação do Residente, na seguinte ordem: dezesseis horas no primeiro ano de Residência e vinte e quatro horas no segundo ano, ficando a critério do Colegiado Interno do PRMAS-BS-UNIFESP deliberar sobre a autorização. Considerando a subdivisão dos residentes do PRMAS em equipes de trabalho, coube ao colegiado aprovar a liberação de mais de um residente no mesmo período, de forma a não comprometer o desenvolvimento das atividades do Programa nos serviços, bem como a organização dos serviços das instituições parceiras.

O Profissional da Saúde Residente que se afastou do programa por motivo devidamente justificado teve que completar a carga horária prevista, repondo as atividades perdidas em razão do afastamento, garantindo a aquisição das competências estabelecidas pelo Programa (Resolução nº 3 de 17/02/2011/CNRMS);

Foram deveres dos residentes no PRMAS (UNIFESP, 2011a):

I. Firmar Termo de Compromisso, sem o qual não poderá iniciar as atividades no Programa;

II. Apresentar o Certificado de Conclusão de Curso de Graduação, reconhecido pelo Ministério da Educação – MEC, até o mês de junho do ano da matrícula. O não cumprimento acarretaria em cancelamento da matrícula, exclusão do Programa e ressarcimento à União dos valores pagos relativos à Bolsa;

III. Em caso de desistência, informar ao Coordenador do Programa e formalizá-la no junto ao Colegiado

Interno, que encaminharia à COREMU e à CORESA, para que pudessem ser tomadas as medidas administrativas cabíveis. O não cumprimento acarretaria ressarcimento à União dos valores pagos relativos à Bolsa;

IV. Manter postura ética com os outros residentes do Programa, bem como com os demais profissionais e com os usuários dos serviços de saúde;

V. Responsabilizar-se pelo cumprimento das atividades do Programa, obedecendo às atribuições que lhes forem designadas pelos tutores e preceptores;

VI. Cumprir rigorosamente os horários que lhe fossem atribuídos, com assiduidade;

VII. Observar o Código de Ética de sua profissão, principalmente quanto ao sigilo profissional e a veiculação de informações a que tenha acesso;

VIII. Comparecer a todas as reuniões convocadas pelo Colegiado Interno, coordenador, tutores, preceptores e supervisores do Programa;

IX. Cumprir as disposições regulamentares gerais do Colegiado Interno e da COREMU, além das dos serviços ISCMS e SMS de Santos;

X. Prestar colaboração aos serviços, no qual estiver desenvolvendo as atividades, fora do horário do curso, em situações de emergência, ou outras deliberadas no Colegiado Interno;

XI. Levar ao conhecimento do coordenador, tutores e preceptores do Programa, as irregularidades das quais tenha conhecimento, ocorridas nos serviços ou em atividades correlatas ao Programa;

XII. Assinar diariamente a ficha de presença;

XIII. Em caso de doença ou gestação, comunicar o fato imediatamente ao seu preceptor e a Secretaria do Programa, apresentando atestado médico;

XIV. Dedicção, zelo e responsabilidade no cuidado aos usuários dos serviços e no cumprimento de suas obrigações;

XV. Usar trajes adequados em concordância com as normas internas da ISCMS e SMS de Santos, além do crachá de residente;

XVI. Agir com urbanidade, discrição e respeito nas relações com a equipe do Programa e usuários dos serviços;

XVII. Zelar pelo patrimônio dos serviços onde o Programa está sendo realizado;

XVIII. Reportar aos preceptores/supervisores eventuais dúvidas ou problemas no decorrer das atividades práticas do Programa;

XIX. Dedicar-se exclusivamente ao Programa de Residência, cumprindo a carga horária estipulada;

XX. Participar das atividades programadas de acordo com o rodízio nas linhas de cuidado, obedecendo às atribuições que lhes forem designadas pelos tutores e preceptores;

XXI. Desejar apresentar trabalhos científicos em congressos e/ou similares, discutir previamente a proposta com o tutor de campo e de núcleo no sentido da pertinência/orientação do trabalho.

De fundamental importância para o andamento do programa foi o apoio da secretaria, que conseguiu trabalhar assessorando todos os atores envolvidos no processo, bem como realizando as funções administrativas necessárias.

À secretaria do PRMAS competiu assistir os atores (Coordenação, Tutores, Preceptores e Residentes) nas mais diversas demandas: assistência a reuniões de organização e sistematização pedagógico-administrativa (elaboração de controles estatísticos, atas, bancas e controles de apresentação de TCC, dentre outros documentos); cadastro e controle mensal das atividades dos residentes nas plataformas Institucionais da CNRMS, Ministério da Saúde e Educação (como o SisCNRMS, por exemplo); controle da carga horária e desempenho discente por meio através de lançamento em sistema eletrônico das fichas de presença e avaliação; desenvolvimento e acompanhamento de sistema para envio mensal de extrato de horas aos residentes, para programação de reposições, estágios optativos, dentre outras atividades; auxílio à realização de aulas, encontros e demais atividades teóricas ou teórico-práticas, desde o contato para levantamento das necessidades específicas de tutores, docentes e convidados até a confecção de declarações e certificados de participação; organização de palestras, congressos e eventos especiais do programa; auxílio à elaboração da legislação do Programa (como o Regulamento Interno e o Plano Pedagógico).

Além das atividades supracitadas, nos primeiros anos do Programa a secretaria forneceu à Coordenação do Programa o suporte logístico necessário para a realização local de dois Processos Seletivos de Profissionais da Saúde Residentes: confecção do caderno de provas, segurança da informação, convocação e pagamento de fiscais e pessoal de apoio, suporte à realização do certame e aos candidatos, listagem de convocação, matrícula e orientação preliminar.

A organização da semana padrão dos residentes

O trabalho dos residentes teve como base os eixos: transversal e perpendicular, sendo estes:

- Eixo transversal à “Atenção à saúde do indivíduo, família e sua rede social”;
- Os eixos perpendiculares (áreas profissionais da educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional).

Tanto o eixo transversal como os perpendiculares foram pensados para acontecerem nas áreas de atenção básica e hospitalar, especialmente nas seguintes linhas de cuidado: Saúde do adulto e do idoso; Saúde da mulher e do recém-nascido; Saúde da criança e do adolescente; e Saúde mental (incluindo drogadição e violência). (UNIFES, 2014a)

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

Dessa forma, acreditando na construção da identidade profissional de uma área da saúde, a partir da exposição a situações comuns de aprendizagem com outras áreas, esse programa investiu na educação interprofissional, tendo como ponto de partida o trabalho em equipe e a

integralidade no cuidado, a qual demandou um trabalho em saúde que fosse além dos fazeres individualizados de cada profissão. As atividades dos residentes foram sempre focadas em casos/grupos para discussão, planejamento e intervenção integradas nas linhas de cuidado e a teoria a partir da prática. (UNIFESP, 2006)

Assim, os residentes foram organizados em equipes multidisciplinares, variando entre sete e oito diferentes áreas, atuando interprofissionalmente em cenários distintos, tanto em equipamentos da Secretaria Municipal de Saúde de Santos quanto na Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, passando 50% da carga horária prática na atenção básica e os outros 50% no contexto hospitalar. Desse modo, os residentes com entradas anuais no PRMAS passaram por diferentes alas na ISCMS e em diversas unidades de saúde (UBS ou ESF) de acordo com a semana padrão, que variou de turma para turma. As atividades do PRMAS se desenvolveram de forma que 80% de sua carga horária (4.608 horas) foram voltadas para a prática e 20% destinada às atividades teóricas ou teórico-práticas (1.152 horas), totalizando, ao final dos 24 meses de Residência, 5.760 horas, consistindo as práticas aquelas realizadas no treinamento em serviço. (UNIFESP, 2010)

Os cenários foram organizados por turmas, sendo o período da manhã das 7h às 12h e o período da tarde na atenção básica das 13h às 17h e na ISCMS das 13h às 19h, e toda parte teórica foi dada na UNIFESP/BS, ficando assim as semanas padrão por turma de residentes (UNIFESP, 2014b):

Semana Padrão (R1 – Turma 2010 e Turma 2011)

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Manhã	ISCMS	ISCMS	At. Básica	At. Básica	ISCMS	ISCMS
Tarde	Teórico Específica	At. Básica	ISCMS	At. Básica	At. Básica	ISCMS

Legenda: ISCMS - Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos.

Semana Padrão (R2 – Turma 2010 e Turma 2011)

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Manhã	ISCMS	ISCMS	Atenção Básica	Atenção Básica	Teórico Unifesp	ISCMS (plantão quinzenal de 8h)
Tarde	ISCMS	ISCMS	Atenção Básica	Atenção Básica	Atenção Básica	Livre

Legenda: ISCMS - Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos.

Os residentes da turma 2010 (R1 e R2) ficaram divididos em equipe A e equipe B e passaram pela ISCMS em diferentes setores, fazendo rodízio de modo que contemplassem as linhas de cuidado, sendo estes: 2ºD, 2ºG e 3ºD – Policlínicas Mistas SUS, 4ºD – Maternidade SUS e 1ºD – Pediatria SUS. Na Atenção Básica: equipe A ficou na região do Morro (USF Vila Progresso) e a equipe B na Zona Noroeste (UBS Radio Clube) e a parte teórica foi ministrada na UNIFESP/BS.

A residência, na turma de 2011, manteve as mesmas unidades na Atenção Hospitalar, porém, na Atenção Básica, houve necessidade de ampliar as unidades. Assim, foram escolhidas uma UBS da região da Orla (UBS do Embaré) e uma

outra na região do Centro Histórico (UBS Centro de Saúde Martins Fontes) e não houve alteração no formato da semana padrão. (UNIFESP, 2011b)

A residência de 2012 apresentou uma semana padrão diferente das anteriores, atendendo à solicitação de vários segmentos. O horário passou a ser todos os dias úteis, das 7h às 12h e das 13h às 19h, ficando o sábado livre. A prática foi dividida de forma que cada equipe vivenciasse integralmente um dos cenários por oito meses, sendo que nos próximos oito meses, a vivência se deu em outro cenário; dois meses correspondem às férias, um mês para a vivência da gestão e um mês para o período de transição entre os cenários. Na atenção Básica os residentes ficaram na UBS Bom Retiro, situada na Zona Noroeste da cidade de Santos. Na atenção hospitalar desenvolveram as atividades práticas nas unidades assistenciais 2ºG – RUE (Rede de Urgência e Emergência), 4º D – Maternidade SUS e 1º D – Pediatria SUS.

Semana Padrão (R1 – Turma 2012)

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Manhã 7h-12h	A – UBS BR B – ISCMS	A – UBS BR B – ISCMS	A – UBS BR B – ISCMS	A – UBS BR B – ISCMS	UNIFESP	Livre
Tarde 13-19h	A – UBS BR B – ISCMS	A – UBS BR B – ISCMS	A – UBS BR B – ISCMS	A – UBS BR B – ISCMS	UNIFESP	Livre

Legenda: UBS BR – Unidade Básica de Saúde Bom Retiro.

ISCMS – Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos.

Semana Padrão (R2 – Turma 2012)

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Manhã 7h-12h	A – ISCMS B – UBS BR	A – ISCMS B – UBS BR	A – ISCMS B – UBS BR	A – ISCMS B – UBS BR	UNIFESP	Livre
Tarde 13-19h	A – ISCMS B – UBS BR	A – ISCMS B – UBS BR	A – ISCMS B – UBS BR	A – ISCMS B – UBS BR	UNIFESP	Livre

Legenda: UBS BR – Unidade Básica de Saúde Bom Retiro.

ISCMS – Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos.

Com a turma 2013 manteve-se o mesmo formato da semana padrão, porém a prática da atenção básica foi realizada na UBS Centro de Saúde Martins Fontes, e a parte Hospitalar, na ISCMS, mas mesmas alas da turma anterior.

Semana Padrão (R1 – Turma 2013)

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Manhã 7h-12h	A-UBS CS MF B- ISCMS	A-UBS CS MF B- ISCMS	A-UBS CS MF B- ISCMS	A-UBS CS MF B- ISCMS	UNIFESP	Livre
Tarde 13-19h	A-UBS CS MF B- ISCMS	A-UBS CS MF B- ISCMS I	A-UBS CS MF B- ISCMS	A-UBS CS MF B- ISCMS	UNIFESP	Livre

Legenda: UBS CSMF – Unidade Básica de Saúde e Centro de Saúde Martins Fontes.

ISCMS - Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos.

Semana Padrão (R2 – Turma 2013)

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
Manhã 7h-12h	A – ISCMS	A – ISCMS	A – ISCMS	A – ISCMS	UNIFESP	Livre
	B-UBS CS	B-UBS CS	B-UBS CS	B-UBS CS		
	MF	MF	MF	MF		
Tarde 13-19h	A – ISCMS	A – ISCMS	A – ISCMS	A – ISCMS	UNIFESP	Livre
	B-UBS CS	B-UBS CS	B-UBS CS	B-UBS CS		
	MF	MF	MF	MF		

Legenda: UBS CSMF – Unidade Básica de Saúde e Centro de Saúde Martins Fontes.
ISCMS – Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos.

Muitas vezes os residentes, dentro de suas atividades programadas, tinham contato com alunos da graduação da UNIFESP/BS, em módulos, como Trabalho em Saúde, nas extensões, nos PETs e ainda com alunos em estágio. Esse contato, na verdade, serviu para fortalecer a Rede UNIFESP composta por alunos de diferentes termos, que desenvolviam ações diversas, em campo, para população. O entrosamento dos residentes com os alunos da graduação desencadeou muitas discussões de caso, aprendizados, estudos e colaboração para desenvolver alguns trabalhos, uma rica e próspera experiência.

Avaliação e aprovação

O Programa seguiu os critérios de avaliação definidos pelo Colegiado Interno e COREMU para aprovação ou reprovação. Os residentes foram avaliados nas atividades práticas, teórico-práticas e teóricas desenvolvidas no Programa e a nota de aproveitamento para aprovação foi igual ou maior que sete. (UNIFESP, 2014a)

O processo de avaliação das atividades práticas, em cada cenário, foi bimestral e constituído por uma avaliação individual do residente e por uma autoavaliação da equipe de residentes, com igual peso na composição da nota final. A avaliação individual foi realizada pelo preceptor e tutor, de campo e núcleo, tendo como critérios: o planejamento de ações, a realização de tarefas, o relacionamento interpessoal e as atitudes. A autoavaliação da equipe de residentes se deu por instrumentos próprios, discutidos e aprovados pelo Colegiado Interno.

O resultado da avaliação das atividades teórico-práticas, em cada cenário, foi consolidado semestralmente pelos preceptores e tutores, gerando uma nota de zero a dez, a partir da produção da equipe de residentes, sendo considerados todos os projetos e trabalhos desenvolvidos ao longo do semestre, com igual peso na composição da nota final. (UNIFESP, 2011a)

O resultado da avaliação das atividades teóricas foi consolidado de modo similar, a partir do desempenho do residente nos módulos teóricos do Programa, e o conceito final individual do residente foi obtido semestralmente pela média aritmética simples dos resultados das avaliações. Ao final do primeiro ano da residência, o residente deveria ter obtido no mínimo sete pontos nas avaliações das atividades teóricas e atividades práticas, bem como uma frequência mínima de 85% nas atividades teóricas e 100% nas atividades práticas. O não cumprimento desses requisitos implicaria na reprovação do residente e consequente desligamento do programa. A Resolução nº 3 de 04/05/2010 dispõe coloca que a matrícula no segundo ano fica condicionada à aprovação no ano anterior. (UNIFESP, 2011a)

Todos os residentes do PRMAS-BS-UNIFESP, obrigatoriamente, tiveram que elaborar um trabalho individual de conclusão de curso (TCC) na forma de um

artigo científico para publicação, sob a orientação de um docente, tutor ou preceptor do Programa, com no mínimo título de mestre, com a possibilidade de um coorientador.

O Colegiado Interno ficou encarregado da análise e julgamento dos recursos referentes à avaliação final com o parecer a ser encaminhado para ciência à COREMU. Ao término do PRMAS-BS, a COREMU, mediante documento, contendo a lista de aprovação dos residentes, encaminhado pelo Coordenador do Programa, expede o Certificado de Conclusão conjuntamente com a CNRMS, mediante documento, contendo a lista de aprovação dos residentes, encaminhado pelo Coordenador do Programa. (UNIFESP, 2014a)

A implantação e funcionamento da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU)

OPRMAS iniciou suas atividades com os residentes, em Santos, no mês de agosto de 2010, enquanto os programas da UNIFESP, *Campus* São Paulo, conseguiram se organizar e iniciar em março de 2010. Mesmo com menos tempo de funcionamento, nossa Comissão Local já identificou a necessidade de ter contato com os demais Programas e até mesmo encontros esporádicos.

Foi assim que o gestor do *Campus*, Prof. Dr. Nildo Alves Batista, contactou o coordenador da Comissão de Residência Médica da UNIFESP (COREME), *Campus* São Paulo, o Prof. Dr. Ramiro Anthero de Azevedo; a Prof.^a Dr.^a Sônia Regina Pereira, coordenadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente; e a Prof.^a Dr.^a Macarena Urrestarazu Devincenzi, na época coordenadora do PRMAS, para poderem pensar juntos numa estrutura que entrosassem

as residências. Para tal, na época, criou-se a CORESA, que funcionou por pouco tempo, até que ficou designado pela Resolução CNRMS nº02, de 04 de maio de 2010, que cada Instituição de Ensino Superior (IES) deveria ter sua Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), para gerir e estabelecer diretrizes a todos os programas de Residência Multiprofissional ou Uniprofissionais da instituição.

A COREMU foi organizada e como primeira gestora teve a Prof.^a Dr.^a Sônia Regina Pereira, que passou a definir suas atribuições/regimento, assim como seu lugar na estrutura da UNIFESP, que no caso foi a Pró-Reitoria de Extensão (PROEXT). O PRMAS passou a compor a COREMU da UNIFESP, com assento para: coordenação, gestores das instituições parceiras, preceptores, tutores e residentes. As reuniões mensais eram realizadas no *Campus* São Paulo, local este para onde nos deslocávamos qual subíamos de van a partir do *Campus* Baixada Santista, com os demais membros parceiros, para participarmos. Dessa forma, o PRMAS sempre foi representado na COREMU.

Pelo fato do PRMAS estar em outra cidade e sermos o único programa fora do *Campus* São Paulo, muitas vezes percebíamos que a reunião voltava-se para a realidade/cotidiano/problemas dos Programas de São Paulo. Além disso, enquanto tivemos o financiamento do Ministério da Saúde, não conseguíamos nos enquadrar com as exigências do MEC, pois as nossas eram outras, o que já nos diferenciava em relação à concepção e organização do Programa. A partir da terceira turma, em 2012, passamos a ser regidos pelo MEC e, conseqüentemente, fomos nos adequando à realidade da COREMU.

Processo seletivo

Respeitando e considerando as especificidades que regem a Residência Multiprofissional e a Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, foi publicado o primeiro Edital oferecendo 14 vagas, sendo duas bolsas para cada área profissional e a carga horária semanal de 60 horas, cumpridas em período integral e com dedicação exclusiva.

O processo seletivo do primeiro edital foi organizado no próprio *Campus* da Baixada Santista, pelo Comitê Gestor da época, que cuidou da divulgação, das inscrições, elaboração das provas, correção e também fez as arguições e análise curricular dos candidatos. Participaram do processo preceptores e tutores, compondo bancas mistas, o que permitiu maior aproximação e vínculo entre os envolvidos, além de nossa corresponsabilização pela seleção e perfil desejado dos candidatos. (UNIFESP, 2010)

A Coordenação do PRMAS recebeu e-mail da Consultoria Técnica do DEGEG/SGTES/MS em 29 de setembro de 2010, autorizando a abertura de processo seletivo para admissão de uma nova turma de R1-2011 para início de atividades em fevereiro de 2011, desde que “aprovado pelas instâncias do SUS, da sua própria instituição e pela COREMU.” Foi dado início aos trâmites burocráticos de elaboração do processo seletivo, entretanto, devido a contratempos jurídicos na formalização do contrato da fundação que administraria o certame (FAP), fomos obrigados a adiar o início das atividades da residência para abril. (UNIFESP, 2011b)

A Secretaria de Saúde de Santos confirmou o interesse no recebimento da nova turma de residentes (R1-2011) nos moldes de 2010 (via ofício 008/2011 de 24 de janeiro de 2011), na seguinte ordem: duas vagas em Enfermagem,

duas vagas em Farmácia, duas vagas em Fisioterapia, duas vagas em Nutrição, duas vagas em Psicologia, duas vagas em Serviço Social e duas vagas em Terapia Ocupacional, totalizando catorze Residentes. O mesmo ocorreu com a ISCMS, que também enviou um ofício confirmando o interesse em receber os R1 da turma 2011, sendo este assinado pelo Dr. Marcos Calvo, na ocasião, diretor daquela Instituição. As atividades da segunda turma de residentes deram início em 04 de abril de 2011.

Nos anos de 2010 e 2011 as bolsas foram credenciadas pelo MS (SEGEST). A partir de 2012, as bolsas passaram para o MEC (SESu), implicando em mudanças no formato do processo seletivo até então realizado. As solicitações ao SESu passaram a ser feitas diretamente pela COREMU-UNIFESP, que já tinha outros programas de Residência Multiprofissional pelo MEC.

No ano de 2012 foi inserido o profissional educador físico, aumentando então para dezesseis vagas no ano referido. No Edital do Programa de Residência do ano de 2013 foram oferecidas catorze vagas, ocasião em que a área profissional de saúde farmacêutica foi removida do processo, resultando no Programa com as áreas de: educação física, enfermagem, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional.

Nos demais anos, a organização do processo seletivo de todos os programas ficou a cargo de uma comissão específica dentro da COREMU, que cuidou de todas as etapas. Assim, a organização passou a ser de responsabilidade da Comissão de Exames de Residência Multiprofissional em Saúde (CEREMUP) e as etapas passaram a ser realizadas em São Paulo.

Se por um lado houve um avanço no sentido de organizar o processo de maneira mais centralizada e institucionalizada pela UNIFESP, por outro restringiu o

envolvimento no processo de decisão e de definição de perfil dos candidatos, a partir de uma prova com abordagem mais local e peculiar à realidade da Baixada Santista e do SUS de Santos.

Considerações finais

Temos conhecimento de que os programas de residência multiprofissional surgiram para dar conta de uma lacuna no ensino, tendo em vista que muitos cursos de graduação em saúde pouco ou nada têm se comprometido com o desenvolvimento dos futuros profissionais para o trabalho em equipe multi e interprofissional.

Apesar do reconhecimento da importância dessa proposta, os cursos de graduação no Brasil mantêm uma ênfase nos próprios cursos em si, na procura de estratégias de aprimoramento voltadas para uma visão de prática isolada das diferentes profissões.

Ficou muito evidente que o esforço de todos os atores sociais envolvidos no processo da residência se faz necessário, ainda mais se o objetivo é um trabalho nos moldes indicados para um Programa de Residência Multiprofissional eficaz, em que onde os residentes possam ter ricas experiências interdisciplinares e contato com a rede de saúde e suas equipes, de modo a tornarem-se agentes críticos e ativos. A rotina de trabalho muitas vezes não colabora para que o suporte seja dado de modo efetivo, no momento desejado ao residente, que no programa, apesar de estar formado e ser um profissional, não deixa de ser um aluno.

Importantes atores sociais envolvidos no processo da residência acabaram por deixar o PRMAS, por falta de apoio institucional, uma vez que a residência precisa ser

repensada e valorizada dentro da própria universidade e ter um lugar de reconhecimento pelo efetivo trabalho que executa. Com a diminuição crescente de tutores, as funções acabaram por acumular para aqueles já abarrotados de afazeres.

E assim, tendo se passado cinco anos de sua criação e com quatro turmas finalizadas, com entradas e saídas de áreas profissionais, de tutores, preceptores, gestores e residentes, o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde, em difícil decisão, tomada por seus atores sociais em 2014, deixa de oferecer novas vagas, terminando suas atividades em 2015. Vislumbrou-se que a descontinuidade, naquele momento, seria oportuna e proporcionaria que novas reflexões e articulações fossem feitas, na perspectiva de recriação do escopo do Programa, indubitavelmente sem perder a essência da interdisciplinariedade.

Referências

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

UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. *campus Baixada Santista*. Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. **Relatório do processo de seleção de candidatos e implantação do programa de residência integrada multiprofissional em atenção à saúde**. 2010.

UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. campus Baixada Santista. Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. **Regulamento do programa de residência multiprofissional em atenção à saúde.** 2011a.

_____. **Relatório do processo de seleção de candidatos do programa de residência integrada multiprofissional em atenção à saúde R1-2011.** 2011b.

_____. **Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde.** 2014a.

_____. Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. **Relatório dos cenários de prática profissional do programa de residência multiprofissional em atenção à saúde da UNIFESP *campus* Baixada Santista.** 2014b.

Capítulo 5.

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL E FORMAÇÃO EM SAÚDE: pontes e diálogos

Ieda Maria Ávila Vargas Dias

Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Nildo Alves Batista

Saúde: pontos de partida

A concepção ampliada de saúde situa as determinações sociais, culturais, econômicas, biológicas, políticas como estruturantes de modos de relacionar-se com os outros, consigo mesmo e os diferentes contextos: saúde como direito que demanda movimentos de integração, composição, criação, interação, ações políticas. (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988; CANGUILHEM, 1995) Inscreve-se, nessa concepção de saúde, o lugar do sujeito crítico, ativo e interativo. Abandona-se a contraposição linear de saúde, reconhecendo os processos de autoria e de condicionantes histórico-culturais de práticas de vida.

A dimensão política da saúde foi explicitada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde.” (BATISTA; BATISTA, 2014, p.116)

Canguilhen (1995) situa, também, um plano epistemológico na concepção de saúde: “uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador, mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais”.

Na tessitura epistemológica, metodológica e política da saúde como direito emerge o princípio da integralidade entendido como “um 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 sistema.” (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988)

A compreensão do sujeito na sua totalidade e a defesa de práticas de atenção à saúde que invistam atendimento integral explora o sentido de cuidado integral nas ações, objetivando um agir que integra ética, competência técnico-científica e compromisso político.

Reconhece-se que a construção do cuidar na perspectiva da integralidade demanda trabalhar em equipe, articulando as diferentes profissões e produzindo uma prática comum sobre e com o usuário de suas questões de saúde. (SILVA et al., 2013) Configuram-se espaços de avaliação compartilhada sobre as necessidades e desejos do usuário, bem como acerca das possibilidades de serviços e ações dos profissionais de saúde.

Cury (2013) alerta que a legislação pertinente ao Sistema Único de Saúde tem uma dimensão de declaração dos princípios e compromissos de um sistema que defende a universalidade e a equidade. Mas, para o autor, traz, também, um caráter vivo como proposição a ser construída por todos em processos de consolidação dos direitos humanos, de justiça social e de democracia.

O SUS apresenta, assim, inúmeros desafios, dentre os quais se destacam: (1) garantir acesso com qualidade em tempo oportuno a todos os cidadãos brasileiros; (2) produzir a integralidade da atenção e do cuidado em saúde; e (3) ter profissionais suficientes e qualificados para o atendimento das necessidades de saúde da população.

Esses desafios têm sido enfrentados a partir do delineamento de eixos da política de saúde no país, enfatizando o SUS como espaço de formação, imbricando com a educação permanente (eixo transversal de múltiplas ações de formação dos profissionais nos serviços) e com os processos de regulação da formação profissional. Assim, busca-se concretizar o que está propugnado na Constituição Brasileira vigente:

Compete à gestão do Sistema Único de Saúde o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico. (Constituição Nacional, Art. 200, Incisos III e IV, 1988) (BRASIL. PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 1988)

Ceccim e Feuerwerker (2004) consideram o princípio da integralidade da atenção à saúde fundamental para se pensar em movimentos de reorientação de formação em saúde. Neste sentido,

Utilizam o conceito de integralidade da atenção à saúde como um princípio norteador das necessárias transformações nas graduações em saúde, orientando-as para as necessidades do SUS e da população. Essa mudança nas graduações de saúde, [...] deveria configurar-se como uma política a ser assumida na interface entre setor da educação e setor da saúde,

dando lugar à humanização também na ordem da formação, não apenas na gestão e atenção, como previsto na Política Nacional de Humanização. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013. p.334)

O percurso teórico-político de reconceituar saúde implica, no contexto aqui situado, reconhecer e problematizar a formação a partir da consolidação do SUS e do compromisso com as demandas das pessoas em seus cotidianos, na produção de suas vidas. (PEDUZZI, 2016)

Formação em saúde: desafios e perspectivas

A análise da formação em saúde, tendo por referência as políticas públicas de saúde e educação, exige o entendimento de que se trata de uma categoria conceitual e política: conceitual, pois implica em explicitar as concepções de saúde e educação como práticas sociais, historicamente situadas. Política, pois expressa projetos de sociedade e perspectiva de homem que constrói a realidade e é por ela, transformado e construído.

Os movimentos de colocar em foco a formação em saúde favorecem a compreensão das buscas de superação das formações profissionais pensadas a partir somente de suas trajetórias disciplinares, bem como os deslocamentos entre áreas de conhecimento para o campo da saúde, como Educação Física, Psicologia e Serviço Social.

Nesse cenário, transformações nos processos de formação profissional na área de saúde situam-se como proposições e intervenções que se comprometem com o SUS e com as lutas pela democratização da sociedade brasileira.

Sonzogno, Ruiz-Moreno e Abensur (2013) afirmam que o paradigma newtoniano-cartesiano que caracterizou a ciência do século XIX e grande parte do século XX, influenciou fortemente a sociedade e, em especial, os processos de escolarização e formação universitária: valoriza-se a fragmentação do conhecimento em áreas, as áreas em cursos, os cursos em disciplinas e as disciplinas em especialidades. Esse movimento, fundamental para os avanços em vários campos da atividade humana, distancia-se das complexas relações de determinação sócio-histórica, possibilitando que a Ciência assuma um caráter de verdade universal e de neutralidade frente às opções político-econômicas que se definiram por todo o século passado.

Destacam-se, desta forma, as mudanças necessárias nas graduações em saúde (BATISTA; BATISTA, 2014):

- 1) Adequar os perfis profissionais por meio da formação em serviço;
- 2) Diversificar os cenários de educação pelo trabalho;
- 3) Articular ação hospitalar com a ação de toda a rede de cuidados do sistema de saúde;
- 4) Envolver os gestores de saúde, os estudantes, os órgãos de gestão da educação e o controle social no SUS na condução da política nacional;
- 5) Sistema de avaliação do ensino fundado no compromisso institucional com o SUS;
- 6) Formação docente.

E por entre desafios e mudanças necessárias, é possível reconhecer marcos no percurso da formação em saúde: as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs, 2001/2004), PROMED, VER-SUS, PRÓ e PET SAÚDE, Pró-

Internato, Pró-Residência, TELESSAÚDE-REDES, Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), Residências Multiprofissionais, UNA SUS, Mestrado Profissional em Ensino na Saúde, Pro Ensino na Saúde, Programa Mais Médicos e Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina (2014).

Costa et al. (2015) trazem importantes apontamentos sobre os marcos da formação em saúde no Brasil, enfatizando que há necessidade de inovações no processo de ensino e aprendizagem dos cursos da saúde, investindo em um pensamento capaz de compreender que a multidimensionalidade das políticas de saúde e educação, assumindo a intencionalidade não é informar para a saúde, mas transformar os saberes existentes buscando o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade coletiva e individual no cuidado com a saúde.

Em relação às DCNs, Batista (2012) refere que a implantação ainda é um desafio, apesar dos anos já decorridos de sua implantação, especialmente no que tange a mecanismos efetivos de integração curricular; diversidade de cenários de aprendizagem; articulação com o SUS; resgate da dimensão ética, humana, crítico-reflexiva e cuidadora do exercício profissional, assumindo uma concepção ampliada de saúde. Concomitantemente, discute-se sobre a necessidade de ampliar a educação superior para além da profissionalização específica, a assunção da problematização na proposta de ensino-aprendizagem, a integração e interdisciplinaridade como direcionadoras da proposta de formação.

Neste sentido, a Integração deve ser entendida numa perspectiva de novas interações no trabalho em equipe interprofissional, de troca de experiências e saberes e posição de respeito à diversidade, criando possibilidades de

cooperação para o exercício de práticas transformadoras, parcerias na construção de projetos e exercício permanente do diálogo. (BATISTA, 2012)

Ecoam, assim, diferentes propostas que não aceitam a simples transmissão de informação com princípios científicos organizados e sequenciados por especialidades, em que é privilegiado o conhecimento observável e mensurável, que prioriza o controle do ambiente para garantir a transmissão/recepção das informações e que destina o aluno à emissão de respostas esperadas e pré-estabelecidas. (SONZOGNO; MORENO; ABENSUR, 2013)

Estas propostas dialogam, significativamente com as ideias educativas de Paulo Freire (2001) na defesa de uma educação crítica, a serviço das transformações sociais, econômicas e políticas, visando à superação das desigualdades sociais. Assim, a chamada Pedagogia da Problematização, mobiliza e estimula a autonomia do sujeito, a relação dialógica entre professores e alunos, a relação social democrática que propicia a construção do conhecimento. (SONZOGNO; MORENO; ABENSUR, 2013)

As concepções ampliadas de saúde e de educação permitem que sejam experienciados projetos de ruptura com os modelos disciplinares rígidos, contemplando a integração de diferentes áreas do conhecimento, com reflexão, crítica, empoderamento e criação. (BATISTA; ROSSIT; BATISTA, 2013)

Formação em saúde e educação interprofissional:

diálogos e pontes

Segundo Batista, Rossit e Batista (2013), no contexto da formação em saúde, a educação interprofissional, desponta como caminho fecundo para o desenvolvimento de propostas que possam articular as especificidades das profissões, as singularidades dos sujeitos sociais, as demandas para a integralidade do cuidado, as necessidades da sociedade e suas urgências éticas, humanas, políticas, educacionais e culturais.

A educação interprofissional caracteriza-se por situações de aprendizagem nas quais estudantes de duas ou mais profissões aprendem sobre os outros, com os outros e entre si para possibilitar a efetiva colaboração e melhora da saúde da população. Dessa forma, é considerada um passo importante para diminuir a fragmentação das profissões e do sistema de saúde, pois prepara os profissionais para atuarem como membros de uma equipe de prática colaborativa. (OMS, 2010)

A educação interprofissional apresenta como pressupostos: 1) a aprendizagem de adultos (aprendizagem que acontece quando se vê significado, que desperta um conhecimento prévio e identifica a aplicação do que foi aprendido), 2) a aprendizagem baseada nas interações e 3) a aprendizagem baseada na prática que é apontada diante da observação e da ação. (BATISTA, 2012)

Considerada uma educação que valoriza o trabalho em equipe, a integralidade, o respeito às especificidades de cada profissão e à produção da prática comum,

a perspectiva da EIP e do trabalho colaborativo, e suas bases teóricas e metodológicas, garantem aderência aos

princípios da reforma sanitária brasileira, na medida em que apresentam elementos para mudanças importantes na dinâmica de produção dos serviços de saúde, a partir da resignificação dos papéis profissionais, bem como de todos os atores envolvidos. (COSTA et al., 2015, p.711)

Observa-se que se faz necessário inverter a lógica conservadora de entender a formação em saúde – cada profissão definida em si mesma – abrindo espaços para o interprofissionalismo, reconhecendo que as diferentes áreas profissionais podem constituir um campo comum do e para o cuidado em saúde. (GYAMARTI, 1986; CASTO; JULIA, 1994; CARPENTER, 1995; FREETH, 2007) Há necessidade da competência colaborativa no cotidiano do trabalho em equipe em saúde e a Educação Interprofissional (EIP) situa-se como um caminho potente para a aprendizagem dessa competência. (BARR, 1998)

Estudos sobre experiências brasileiras Willians et al. (2011); Aguiar-da-Silva et al. (2011); Rossit et al. (2014) indicam possibilidades fecundas sobre atitudes interprofissionais, sugerindo potências no campo da aprendizagem compartilhada. Essas potências, consideradas fundamentais para qualificar o cuidado em saúde, são influenciadas pelas práticas dos profissionais em relação à sua própria profissão e aos outros grupos profissionais. (COSTA et al., 2015)

Nos últimos 40 anos, a Educação Interprofissional vem sendo discutida como proposta de formação, com o objetivo de se promover um aprimoramento no cuidado em saúde por meio do trabalho em equipe. Os seus princípios podem ser aplicar à graduação e à educação permanente de profissionais que atuam em uma equipe de trabalho. Segundo Liaskos e col. (2009), a formação interprofissional envolve desafios e necessidades significativas. São

necessárias mudanças estruturais entre os professores, estudantes, os gestores dos serviços de saúde e a comunidade, para que todos dialoguem sobre os objetivos da EIP e suas práticas.

Batista (2012; 2016) discorrem sobre os principais aspectos que se relacionam com a Educação Interprofissional. Segundo os autores, na Educação Interprofissional deve-se romper com o caráter instrumental dos conteúdos e metodologias em favor da construção de uma reflexão crítica sobre as práticas em saúde, levando-se em conta as dimensões biológicas e culturais, do trabalho, das relações sociais, das condições de produção e da vida nas sociedades. Enfatiza, como estratégia central, a formação compartilhada, na qual onde várias profissões aprendem juntas por meio de turmas mistas dentro de eixos norteadores comuns de formação na atenção à saúde.

O referido autor afirma que a educação interprofissional privilegia o trabalho em equipe, a discussão de papéis profissionais, o comprometimento na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão. A consideração do outro como parceiro legítimo na construção de conhecimento, com respeito pelas diferenças, num movimento de busca, diálogo, comprometimento e responsabilização marcam a EIP. Inscreve-se, segundo o autor, a aprendizagem de competências comuns a todas as profissões; competências específicas de cada área profissional; e competências colaborativas.

As competências colaborativas desenvolvidas pela EIP culminam em uma prática colaborativa que apresenta como base a coordenação e a cooperação que são estimuladas nos momentos de aprendizagens compartilhadas, permitindo que os profissionais interajam, lidem com a diversidade e construam um olhar comum. Aprende-se a interprofissionalidade, desenvolvendo habilidades

de comunicação, análise crítica, trabalho em equipe integrado, no compromisso de melhorias da atenção à saúde, avançando para sistemas de saúde fortalecidos, com profissionais que se identifiquem como membros de uma equipe de prática colaborativa. (OMS, 2010; REEVES, 2016)

Costa (2016) aponta outros aspectos que estão interligados com a consolidação da formação e educação interprofissional: importância da contribuição de legislações e políticas destinadas aos processos de aprendizagem e educação em saúde, valorização da formação profissional pelos serviços de saúde, construção de parcerias entre os envolvidos no processo de aprendizagem, formação adequada de docentes, aprimoramento da comunicação interprofissional e utilização de metodologias ativas de ensino, o que demonstra o desafio que a EIP provoca diante da busca pela construção de um novo modelo assistencial e de formação integrado.

Formação em saúde: o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção a Saúde (PRMAS) como espaço de educação interprofissional

A guisa dessa questão, vale destacar que no Brasil, apesar de ainda não serem muitas as experiências de educação interprofissional, o *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo, vem se destacando pioneiramente com seu desenho curricular que assume como objetivo a formação interprofissional na área de saúde, tanto na graduação quanto na pós-graduação. (BARR, 2015)

Nesse contexto, tendo sua proposta aprovada pelo Ministério da Saúde no primeiro semestre de 2010, o *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São

Paulo implantou em agosto do mesmo ano, o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS), envolvendo sete áreas de graduação: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Posteriormente, em 2012, inseriu também a área da Educação Física.

Esse Programa assumiu como objetivo formar profissionais de saúde capazes de colocar o saber específico na direção de um saber compartilhado e que, não abrindo mão da sua formação, pudesse estar atento às diferenças, aos movimentos de inclusão e ao interprofissionalismo em todos os níveis de atenção à saúde dos indivíduos, famílias e redes sociais, além de propiciar aos residentes condições de olhar a saúde de modo descentralizado da doença, das teorias e suas meras aplicações, da reprodução de informações, das tecnologias e exclusivamente da prescrição. (UNIFESP, 2014)

As atividades da residência aconteceram na atenção básica e hospitalar, especialmente nas seguintes linhas de cuidado: 1) saúde do adulto e do idoso; 2) saúde da mulher e do recém-nascido; 3) saúde da criança e do adolescente e 4) saúde mental (incluindo drogadição e violência).

Os *loci* de aprendizado pelo trabalho abrangeram a Rede de Atenção à Saúde Básica do Município de Santos e ao hospital Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS), hospital filantrópico conveniado com o Sistema Único de Saúde (SUS), fundada em 1543 por Brás Cubas e reconhecida como primeiro hospital do Brasil. As entradas dos residentes ocorreram anualmente e estes foram organizados em equipes multidisciplinares, variando entre sete e oito diferentes áreas, atuando interprofissionalmente nos serviços de saúde.

Ambos os cenários constituíram parcerias estabelecidas entre a universidade e a rede municipal

de saúde, sendo necessária uma adaptação por parte do Programa à realidade da organização dos serviços que é estabelecida pela competência municipal. Essa relação mostrou-se bastante delicada em alguns cenários e envolveu uma multiplicidade de atores, emergindo um grande desafio para residentes, tutores e preceptores.

A formação foi desenvolvida nas áreas de atenção básica e hospitalar, especialmente nas seguintes linhas de cuidado: Saúde do adulto e do idoso; Saúde da mulher e do recém-nascido; Saúde da criança e do adolescente; Saúde mental. Foi desenvolvida por uma equipe de professores do *campus* Baixada Santista da UNIFESP, integrada a um grupo de gestores, diretores, coordenadores, profissionais e preceptores de dois grandes pilares da Atenção à Saúde no Município de Santos: a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Prefeitura Municipal de Santos e a Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos.

Com o encerramento de suas atividades em 2015, o registro da experiência – sentido nuclear deste livro, traz o convite de refletir teoricamente sobre seus fundamentos epistemológicos e metodológicos, as vivências construídas, os avanços e suas contradições e a percepção de seus diferentes sujeitos e protagonistas. Assumi-lo como uma experiência de EIP não traduz uma leitura academicista, mas antes traduz um posicionamento ético-político de articular a formação inicial com os processos de educação permanente dos profissionais da saúde: o interprofissionalismo e, assim, também uma postura de resiliência frente aos desafios do SUS, das instituições de ensino superior e dos projetos curriculares inovadores.

Manoel de Barros nos diz “*a reta é uma curva que não sonha*”. Que o leitor possa acompanhar as narrativas dos processos vividos no PRMAS percebendo a potência da EIP para provocar sonhos, mobilizar desejos, inspirar inovações e intervenções transformadoras da realidade.

Referências

AGUILAR-DA-SILVA, R.H.; SCAPIN, L.T.; BATISTA, N.A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: aspectos da colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação** (Campinas). v. 16, n. 1, 2011, p.165-82.

BARR, H. **Interprofessional Education: the genesis of a global movement**. Londres: CAIPE, jun, 2015.

BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H.S.S. **Docência em Saúde: temas e experiências**. 2ed., São Paulo: SENAC, 2014.

BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H.S.S. Educação interprofissional na formação em Saúde: tecendo redes de práticas e saberes. **Interface** (Botucatu). v.20, n.56, Jan./Mar. 2016.

BATISTA, S.H.; ROSSIT, R.; BATISTA, N.A. Educação Interprofissional, Interdisciplinaridade e a Formação em Saúde: potências e desafios. In: SILVA, G.T.R. (Org) **Residência Multiprofissional em Saúde: vivências e cenários da formação**. São Paulo: Martinari, 2013, p.29-46.

BATISTA, N.A. **Educação Interprofissional: concepções e práticas**. São Paulo: Caderno FNEPAS, v.2, jan. 2012.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm. Acesso em: 01 fev 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 25 jul 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização – PNH. Brasília-DF. 2013.

CANGUILHEN G. **O normal e o patológico**. 4ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CARPENTER J. Doctors and nurses: stereotypes and stereotype change in interprofessional education. **J Interprof Care**. v.9, n.2, 1995, p.151-161.

CASTO, R.M.; JULIA, M.C. **Interprofessional care and collaborative practice**. Ann Arbor: Brooks/Cole, 1994.

CECCIM, R.B.; FEUERWERER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad Saúde Pública**. v.20, n.5, 2004, p.1400-1410.

COSTA, M.V. A educação interprofissional no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface** (Botucatu) v.20, n.56, Jan./Mar. 2016.

COSTA, M.V.; PATRÍCIO, K.P.; CÂMARA, A.M.C.S.; AZEVEDO, G.D.; BATISTA, S.H.S.S. Pro-Health and PET-Health as interprofessional education spaces. **Interface** (Botucatu). v.19, Supl 1, 2015, p.709-720.

CURY, G.C.; Prefácio. In: SILVA, G.T.R. (Org) **Residência Multiprofissional em Saúde: vivências e cenários da formação**. São Paulo: Martinari, 2013, p.XXI.

FREETH, D. **Interprofessional learning**. Edinburgh: Association for the Study of Medical Education, 2007.

FREIRE, P. **Educação na cidade**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

GOLDENBERG, P.; SARAVALLE, D.V.N. Educação em Saúde: em direção à construção de novas vivências. In: SILVA, G.T.R. (Org) **Residência Multiprofissional em Saúde: vivências e cenários da formação**. São Paulo: Martinari, 2013, p.17-28.

GYAMARTI G. The teaching of the professions: an interdisciplinary approach. **Higher Educ Rev.** v.18, n. 2, 1986, p.33-43.

LIASKOS, J. et al. Promoting Interprofessional education in health sector within the European Interprofessional Education Network. **International Journal of Medical Informatics.** v.78S, 2009, p.S43-S47.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa.** Genebra: OMS; 2010.

PEDUZZI, M. O SUS é interprofissional. **Interface** (Botucatu) v.20 n.56 Botucatu Jan./Mar. 2016.

REEVES, S. Why we need interprofessional education to improve the delivery of safe and effective care. **Interface** (Botucatu). v.20, n. 56, 2016, p.185-196.

ROSSIT, R.A.S.; BATISTA, S.H.; BATISTA, N.A. Formação para a integralidade do cuidado: potencialidades de um projeto interprofissional. **Rev Int Humanid Med.** v.3, n.1, 2014, p.55-56.

SILVA, E.P. Projeto Terapêutico Singular como Estratégia de Prática da Multiprofissionalidade nas Ações de Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da saúde.** Paraíba. v.17, n.2, 2013, p.197-202.

SONZOGNO, M.C.; MORENO, L.R.; ABENSUR, P.L.D. Educação em Saúde: implicações teóricas-metodológicas. In: SILVA, G.T.R. (Org) **Residência Multiprofissional em Saúde: vivências e cenários da formação.** São Paulo: Martinari, 2013, p.1-16.

UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista. Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. **Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde**. 2014. Acessado em fevereiro de 2015. Disponível em: <http://www.baixadasantista.unifesp.br/resid_mult.php>. Acesso em: 01 fev 2016.

WILLIAMS, L.; MARKS, L.; BARNHART, R.; EPPS, S.; ICF, C.Y. **Basis for a conceptual model for interprofessional education**. In: Paper presented at the 2011 Annual ASHA Convention; San Diego, CA, 2011 nov, p.17-19.

Capítulo 6.

PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

*Terezinha de Fátima Rodrigues
Carmem Lúcia Brandalise
Rosana Neves Marques de Souza
Irina Moriyama*

Introdução

A reflexão sobre os processos de trabalho na atenção básica implica uma aproximação às discussões que permeiam o trabalho em suas diferentes formas e lógicas organizacionais. Conforme Granemann (1999), como aspectos constitutivos dos processos de trabalho tem-se a força de trabalho, a matéria e os instrumentos. Falar em força de trabalho nos direciona aos trabalhadores que se organizam para alcançar finalidades e metas; à matéria sobre a qual se vinculam; e, aos instrumentos como mediação homens-objeto de trabalho.

Na saúde, os processos de trabalho estão correlacionados a essas dimensões que, nas formas atuais como o trabalho se organiza, apresenta complexidades que recaem no processo saúde-doença.

Importante destacar as condições em que se insere a política pública de saúde, que passa por uma séria crise, refletida no sucateamento do SUS como modelo construído na Reforma Sanitária (anos 1980) em favor de uma lógica mercadológica que privilegia o privado em detrimento do público (anos 1990). O que é colocado choca-se com as concepções construídas no Projeto de Reforma Sanitária, assentadas na saúde como direito social e dever do Estado, fortemente na consolidação de um efetivo sistema público de saúde no país. Conforme Bravo (2006, p.20),

há uma enorme distância entre a proposta do movimento sanitário e a prática social do sistema público de saúde vigente. O SUS foi se consolidando como espaço destinado aos que não têm acesso aos subsistemas privados, como parte de um sistema segmentado.

Ao voltarmos nossas análises para a área de saúde, mais centralmente na atenção básica na rede de saúde de Santos/SP, consideramos importantes as reflexões sobre as condições em que este trabalho se efetiva. Essas análises são fundamentais para a compreensão dos instigantes desafios presentes em todo o percurso vivenciado no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde.

No transcorrer histórico da construção do SUS, inserido em uma política pública de saúde, tem-se processos articulados às profundas transformações no mundo do trabalho com consequências centrais aos trabalhadores. A quadra histórica pós anos 1990, com a ofensiva neoliberal no Brasil, aponta inúmeros desafios aos trabalhadores, dentre estes, a precarização do trabalho, a terceirização, a fragilidade/quebra de direitos trabalhistas com fragilizações e/ou inexistência de Planos de Carreira; na área de saúde, mais especificamente, dentre alguns

exemplos, a intensificação do trabalho com plantões de 24 ou 12 horas; rebaixamento salarial, insuficiência de recursos humanos com a não realização de concursos públicos para provimento de vagas, dentre outros.

Ainda que com muitos desafios, pelas diferentes arenas políticas em disputa no SUS, ressaltam-se aprovações importantes no período, protagonizadas pelos que defendem a política de saúde nos marcos do Projeto de Reforma Sanitária. Destaca-se, nesta direção, a aprovação da Política Nacional de Saúde (Lei 8080/1990) e de Atenção Básica (2011).

No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (PORTAL DAB, 2014)

Com estes princípios orientadores, a articulação dos processos de trabalho na atenção básica em Santos/SP foram se construindo e reconstruindo por meio de inúmeras ações voltadas não só ao efetivo trabalho dos residentes nos espaços de prática como nas articulações entre docentes, tutores, preceptores e serviços de uma forma geral.

Um pressuposto sempre esteve presente: a construção de processos de trabalho não “para os residentes”, mas com impactos na rede de serviços no sentido da defesa de um sistema público de saúde. Presente aqui, a concepção

norteadora da criação dos Programas de Residência Multiprofissional como estímulo para a mudança nos cursos de graduação em saúde, mas fortemente voltado para mudanças das práticas de formação e atenção, do processo de trabalho e da construção do conhecimento, a partir das necessidades dos serviços. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Do ponto de vista legal, compete à gestão do SUS o ordenamento da formação de recursos humanos da área da saúde, bem como o incremento, na sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico (CF, art.200, III e IV). Além disso, a CF concebe como essencial para a implementação do Sistema, a definição de uma política relacionada aos trabalhadores. O art. 27 da lei 8080/90 reconhece que os serviços públicos que integram o SUS constituem campo de prática para o ensino e a pesquisa, de modo a articular os interesses das Instituições de Educação Superior (IES) e do SUS, com vistas à melhoria da qualidade do atendimento à população. (CAVALHEIRO e GUIMARÃES, 2011. p.19)

Todos esses elementos são centrais na compreensão da política de saúde com impactos diretos nos serviços de saúde e, para fins dessas análises, nos serviços vinculados ao Programa de Residência Multiprofissional. Construir processos de trabalho na Atenção Básica de Saúde, envolvendo equipes multiprofissionais, transformou-se em árduo trabalho dos sujeitos envolvidos na proposta.

Um breve percurso na atenção básica em Santos/SP

O município de Santos iniciou o processo de implantação do SUS em 1989. Nesse período, a cidade ficou conhecida por estabelecer uma política de saúde por meio da implantação de uma rede de serviços que abarcou os três níveis de atenção, além de uma série de programas inovadores para responder às especificidades locais. Os serviços da rede de Atenção Básica, denominados na época de “policlínicas”¹, possuíam um território sanitário sob sua responsabilidade para garantir o acesso da população ao sistema e desenvolver ações de caráter curativo, preventivo e promocional.

Em sua organização administrativa, a Secretaria de Saúde estruturou equipes de trabalho para desenvolver serviços e/ou programas específicos, as quais eram compostas por profissionais de diversas áreas de conhecimento, para responder às demandas de cuidado, monitoramento e avaliação, com intuito de incrementar a política local de saúde.

O município consolidou a rede de serviços de saúde que opera até hoje e que está organizada para atender as diversas situações de saúde da população, de forma hierarquizada e regionalizada, respondendo pelos três níveis de atenção. Além do estabelecimento de programas como a vigilância ao recém-nascido de risco, o de internação domiciliar e a constituição dos serviços específicos de Saúde Mental, AIDS, Vigilâncias, Casa da Gestante, Saúde

¹ A denominação refere-se à designação dada aos serviços de Atenção Básica no período de implantação da rede de serviços, que começa em 1989, tendo sido usada até 2004, quando esses equipamentos passaram a ser denominados Unidades Básicas de Saúde ou Unidades de Saúde da Família. Até os dias de hoje, parte significativa da população, como também alguns funcionários públicos, ainda chamam os serviços de Atenção Básica de “policlínicas”, demonstrando o singular significado desses serviços.

Bucal, Fisioterapia, dentre outros, os quais serviram como inspiradores para outras cidades e também para a política nacional.

No decorrer dos anos 1990/2000 a situação se tornou complexa. Quanto aos recursos humanos, houve um processo de achatamento salarial que desestabilizou o quadro funcional, provocando algumas exonerações. Essa redução do número de profissionais nos serviços, somada à dificuldade em processar as substituições na mesma medida em que ocorriam os desligamentos funcionais, acabou por fragilizar algumas das ações até então presentes, mais especificamente na atenção básica, com as atividades educativas e extramuros². Esse tipo de ação passa a ser realizada por outros profissionais que não compunham o quadro fixo de pessoal desses serviços e sim pelos que estavam vinculados ao Departamento de Programas ou ao Departamento de Vigilância Epidemiológica.

Cabe destacar que as atividades desenvolvidas pelos profissionais de outros Departamentos na Atenção Básica (DEAB) estavam voltadas às ações de monitoramento e avaliação, além de ações educativas, dirigidas à população-alvo do próprio Programa. Apenas em 2010, foi criada a Equipe Multiprofissional do DEAB para incentivar as ações grupais, de caráter educativo e preventivo, dentro da dinâmica de trabalho das UBS e USF, sendo que alguns Programas continuaram desenvolvendo suas ações nos serviços da Atenção Básica, dentro da lógica de acompanhamento focalizado.

² As atividades educativas e extramuros dizem respeito às atividades de caráter educativo, preventivo e de promoção da saúde realizadas pelos profissionais da Atenção Básica nos territórios sob sua responsabilidade sanitária e concretizadas pela através da articulação com outros serviços de saúde da SMS. Em alguns casos envolviam outras Secretarias, instituições, entidades e ONGs e visavam estimular a participação da comunidade.

A configuração da Atenção Básica no município de Santos começou a ser redesenhada com a implantação dos Programas Agente Comunitário de Saúde e Saúde da Família (PACS) em 2000, estabelecendo-se uma Equipe de Saúde da Família (ESF) na Área Continental e sete Equipes do Programa de Agentes Comunitários na área insular. Os profissionais não foram vinculados à administração gerencial do Departamento de Atenção Básica inicialmente, mas sim ao Departamento de Vigilância Epidemiológica.

Somente em meados de 2004 o município iniciou a inclusão das Equipes de PACS e de Saúde da Família na subordinação administrativa do DEAB. Foram implantadas outras Equipes de Saúde da Família, mantendo-se a rede constituída de Policlínicas, mas denominando-as, a partir de então, de Unidades Básicas de Saúde.

Em 2006 o DEAB estabeleceu um grupo de apoio técnico (GAT), de forma não oficializada, composto por dois psicólogos, quatro assistentes sociais e quatro farmacêuticos para desenvolver ações de apoio aos serviços da Atenção Básica. Esses profissionais também cumpriam um papel de interlocutores entre serviços e a gestão, com a tarefa inicial de realizar um diagnóstico da situação da rede para, posteriormente, estabelecer ações e intervenções técnicas junto aos serviços da rede de Atenção Básica. Eles atuavam em dupla para o acompanhamento dos serviços e semanalmente reuniam-se com a chefia do DEAB e com duas Coordenações da Atenção Básica, uma responsável pela coordenação da ESF e a outra das UBS.

Posteriormente, como o GAT foi dissolvido, alguns dos profissionais assumiram cargos de chefia em unidades de saúde no próprio DEAB e apenas três se mantiveram como apoiadores, porém, agora subordinados administrativamente à Seção de Atenção à Saúde da Comunidade (SEATESC). Somaram-se outros, oriundos do

Departamento de Programas, que passaram a compor a recém-criada Equipe Multidisciplinar do DEAB.

Posteriormente à proposta ministerial de reordenamento da Atenção Básica, a partir da Estratégia de Saúde da Família, em janeiro de 2008, o Ministério da Saúde estabeleceu a Portaria 154, que instituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), incentivando financeiramente os municípios a aderir a essa proposta como forma de fortalecimento da Atenção Básica. Objetivou-se, com isso, ampliar o escopo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolutividade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica. No seu Art. 2.º a portaria define:

Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família – ESF, compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008, p.47)

Dessa forma, o município que adere à proposta de NASF deve estabelecer espaços de reuniões rotineiros para viabilizar as discussões de casos, a definição de objetivos, critérios de prioridade e de encaminhamentos ou compartilhamento de casos, além de critérios de avaliação. Esse processo não ocorre automaticamente, sendo necessário que os profissionais assumam um protagonismo na cogestão dos casos. Por ser um processo que deve estar

em constante construção, torna-se necessária também sua coordenação por parte da gestão.

Com isso, o Ministério da Saúde reforça a Estratégia de Saúde da Família como ordenadora da Atenção Básica, apontando como sendo de responsabilidade desse nível de atenção o primeiro acesso do indivíduo ao sistema de saúde, bem como a continuidade e a integralidade³ do seu acompanhamento, sendo esses requisitos primordiais para a qualidade da Atenção.

Em 2011 o Ministério da Saúde realizou uma revisão da Portaria que instituiu o NASF, publicando a Portaria n.º 2.488, ampliando as categorias profissionais que compõem as equipes dos NASF, e esclareceu as modalidades de NASF, para fins de adesão por parte dos municípios e os respectivos repasses financeiros para cada uma das modalidades.

A cidade de Santos não aderiu ao NASF em 2008, pois já vinha trabalhando com uma equipe técnica de apoiadores, consubstanciada no GAT. A gestão central entendia que, como a Atenção Básica municipal era constituída por USF e UBS, não havia possibilidade de implantação da Estratégia de Saúde da Família como única opção de ordenamento da Atenção Básica. Com base na realidade do município, optou-se, assim, por estabelecer um processo de apoio para toda a Atenção Básica, sem preocupação de diferenciar as estratégias de acompanhamento de cada um dos modelos de atenção.

³ Integralidade refere-se ao conceito apresentado por Mattos (2001), que nos diz que é um princípio que orientou a expansão e qualificação dos serviços de saúde. É um conceito articulador entre as ações práticas e de gestão, portanto, constitui-se uma forma de responder ao cuidado integral na medida em que propõe a ruptura com o modo fragmentado de organização das práticas e dos serviços de saúde. Assim, a integralidade só é possível nas práticas dialógicas estabelecidas entre sujeitos. Dessa forma, a integralidade pressupõe as trocas de saberes, a escuta qualificada e a garantia da articulação das ações de cuidado para responder às reais necessidades dos usuários.

No transcorrer do ano de 2009, com a necessidade de adequar o desenho organizacional e regularizar a situação administrativa dos profissionais que compunham o GAT, a Gestão Central da SMS foi tecendo uma proposta de Reforma Administrativa que foi aprovada e posteriormente publicada no Diário Oficial do município, em janeiro de 2010, oficializando a SEATESC, que passou a ser a lotação administrativa da Equipe Multidisciplinar da DEAB.

Nesse novo organograma, essa Seção apresentou-se na mesma linha hierárquica das Coordenações que, a partir de então, se organizavam não mais por modelo de atenção, mas, sim, pela da lógica de territórios sanitários, compondo, dessa forma, quatro Coordenações (Morros, Zona Noroeste, Centro Histórico/Área Continental e Orla). Demarcou-se a subordinação da SEATESC às Coordenações Regionais, por seu status de Seção e não de Coordenação.

Conforme publicação no Diário Oficial de Santos⁴, de 9 de janeiro de 2010, a Reforma Administrativa, no seu artigo 199, descreve as competências da SEATESC, definindo que são suas funções:

Fortalecer a interdisciplinaridade, a educação popular, o território, a integralidade, a promoção da saúde, e a humanização na Atenção Básica;
Construir núcleos compostos de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em parceria com os profissionais da rede básica, compartilhando as práticas de saúde nos territórios sob sua responsabilidade, atuando diretamente no apoio às equipes e às unidades da qual

⁴ O Diário Oficial de Santos é um jornal de circulação municipal, elaborado e impresso sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Comunicação da Prefeitura de Santos, com edições de terça-feira a sábado, no qual onde são noticiadas as iniciativas, atividades e regulamentações da gestão municipal.

estão referenciados;

Registrar, atualizar e organizar os dados produzidos pelo Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB;

Avaliar, em conjunto com as coordenações, as equipes e a comunidade, o desenvolvimento e a implementação das ações e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde, por meio de indicadores previamente estabelecidos;

Executar outras tarefas correlatas, a critério do Chefe de Departamento da Atenção Básica. (DIÁRIO OFICIAL DE SANTOS, 2010, p.16)

Comparando as competências previstas para a SEATESC com as do NASF, podemos dizer que há algumas similaridades entre a proposta ministerial e a do município de Santos, principalmente no que diz respeito ao trabalho compartilhado a partir da lógica de territórios sanitários. Há uma diferença em relação ao número de unidades/equipes para cada profissional apoiador, em decorrência da proposta municipal abarcar todos os serviços da Atenção Básica, não apenas a ESF, que era a proposta ministerial na época.

Os profissionais que compunham a SEATESC foram divididos em pequenas equipes regionais, com a missão de apoiar todos os serviços da Atenção Básica do referido território sanitário. É importante esclarecer que a composição das pequenas equipes não era a mesma nas quatro macrorregiões, visto que algumas áreas de conhecimento não tinham o número suficiente de profissionais para abarcar todas as regiões. O processo de trabalho desses profissionais estava organizado a partir de uma agenda fixa de acompanhamento aos serviços.

A Inserção do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde Na Atenção Básica em Santos

Em 2010, o Programa de Residência vem agregar-se à proposta da Secretaria de Saúde no acompanhamento multidisciplinar na Atenção Básica. A preceptoria, passou a ser realizada pelos profissionais da equipe multidisciplinar do DEAB, na maioria das áreas, com o diferencial de que, na lógica do processo de trabalho, os residentes ficaram fixos em um serviço, enquanto o preceptor percorria os serviços do distrito sanitário. No caso da psicologia e da TO, a preceptoria foi realizada por profissional da área de Saúde Mental, que estava responsável pelo processo de implantação do matriciamento do programa na Atenção Básica.

A inserção dos residentes (turmas 2010 e 2011) na atenção básica inicia-se na Região dos Morros, na USF Vila Progresso/Santa Maria e na Região Zona Noroeste, na UBS Rádio Clube. Posteriormente, ocorreu a mudança da UBS Rádio Clube para o Bom Retiro, na mesma Região. A partir da segunda turma, ampliam-se os territórios de abrangência do Programa com inserções na Região do Centro, Centro de Saúde Martins Fontes e Região da Orla, na UBS do Embaré. As Unidades foram definidas pela Secretaria de Saúde, considerando os dados epidemiológicos e as vulnerabilidades dos territórios.

Ressalta-se que, pelo número de profissionais e áreas envolvidas (inicialmente 14 vagas, depois 16), os residentes foram subdivididos em duas miniequipes.

Para que o Programa se constituísse em uma estratégia de educação permanente e que possibilitasse mudanças nas práticas fez-se necessário estabelecer redes de encontro que favorecessem o cuidado compartilhado; afinal, é também no exercício vivenciado das práticas que

se oportuniza a construção de conhecimentos e sentidos para o cuidado em saúde.

Com isto, foram inúmeros os encontros nesta direção problematizando, apontando os “nós críticos” vivenciados e no fortalecimento/construção de estratégias articuladas que envolveram todos os sujeitos.

Ressaltamos que, na construção dos processos de trabalho, os desafios se apresentaram em diferentes naturezas; inicialmente, na tomada de decisão quanto aos locais de inserção dos residentes. Pactuações foram construídas no espaço da gestão do Programa, alargando para os sujeitos envolvidos na proposta, porém, sem o envolvimento mais direto dos trabalhadores dos serviços onde os residentes estariam lotados. Essa discussão ficou mais no âmbito da gestão do Programa e da Secretaria de Saúde, o que gerou tensionamentos, com a necessidade de vários encontros para discussão da proposta, sejam nos espaços da Secretaria envolvendo os trabalhadores, de uma forma mais ampliada, seja nos cenários de prática, de uma forma mais direta com aqueles, que cotidianamente estariam com uma equipe de residentes, de diferentes formações, para uma ação a ser construída em uma perspectiva multiprofissional/interdisciplinar. Nesse aspecto, ressalta-se o papel dos tutores e da figura do tutor-referência, instituído para a mediação Universidade/serviços.

Além disso, outros aspectos dificultaram o estabelecimento de processos compartilhados de trabalho, como as precárias condições dos serviços, em decorrência dos espaços físicos inadequados, do número insuficiente de profissionais e o agravante da falta de uma rotina de reuniões na maioria dos serviços.

O “alinhar” das Ações do Programa de Residência na Atenção Básica

Conforme Merhy e Feuerwerker (1998) prevalece no modelo de atenção à saúde, o uso de tecnologias duras em relação às leves. Mudar esse modelo implica em ações articuladas à rede de serviços, centradas no concreto vivido das populações, tendo como ênfase a integralidade do cuidado. Nessa relação há um trabalho vivo “em ato”, qual seja, o momento em que é executado e que determina a produção do cuidado; interage com os instrumentos/normas formando-se um processo de trabalho no qual articulam-se diferentes tecnologias.

Com base nos pressupostos presentes na Portaria n.º 648/2006, que ampliou o escopo da Atenção Básica, foram se constituindo as diretrizes das ações do Programa na Atenção Básica.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e

da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.12)

Considerando as linhas de cuidado estabelecidas no Programa: saúde do adulto e do idoso; saúde da mulher e do recém-nascido; saúde da criança e do adolescente; e saúde mental (incluindo drogadição e violência), foram articuladas as ações que compuseram as práticas nos serviços de saúde da rede básica, preconizadas na Política Nacional de Atenção Básica e no Plano Municipal de Saúde, buscando a ênfase nas tecnologias leves. Destacam-se nesta construção os objetivos norteadores desta construção: o da assistência aos municípios, visando a promoção da saúde, qualidade de vida e integralidade do cuidado.

Com essa diretriz, como algumas das ações construídas, têm-se as articuladas a alguns Programas, considerados prioritários, como o Programa Hiperdia, envolvendo grupos de insulino-dependentes, atividades físicas e campanhas. Conforme Portaria 371/GM (março/2002), o Programa Hiperdia insere-se em um Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus.

Como ações articuladas às linhas de cuidado, podemos citar: salas de espera articuladas ao pré-natal; ao Programa de Combate às hepatites virais; grupos de gestantes; ações ligadas à saúde mental, como o matriciamento; grupo de valorização da mulher, discussões sobre planejamento familiar, ações e grupos de mães voltados ao recém-nascido de risco; semana de atividades temáticas ligadas à saúde do homem, semana da Criança, ações de conscientização contra a dengue; visitas domiciliares, estudo de caso, elaboração dos projetos terapêuticos singulares; ações ligadas ao controle social, com participação em reuniões

dos Conselhos Municipal e Local de Saúde e à na Universidade, ampliando as possibilidades de trocas e inserções diferenciadas de residentes e fundamentalmente, envolvendo a rede parceira dos serviços.

Na construção dessas ações, algumas discussões se faziam presentes: como trabalhar o “multi” não esquecendo a singularidade de cada profissão? Como os trabalhadores da Unidade viam os residentes que estavam chegando? O que cada um poderia fazer nas várias frentes de trabalho (programas) dentro da Unidade? Afinal eram profissionais ou alunos? Até onde ia a responsabilidade de cada um?

No alinhar das ações, observou-se a criativa iniciativa dos residentes, dando o formato ao trabalho e mostrando o que poderiam fazer e que estavam ali para contribuir, aprendendo e ensinando ao mesmo tempo. Ressalta-se a sensibilidade para a escuta e os vínculos com os usuários dos serviços. Nesse contexto, cabe destacar a firme condução de tutores, preceptores e gestores no envolvimento não só no planejamento, quanto no desenvolvimento, avaliação e monitoramento das ações.

Com a criação de grupos e/ou a continuidade e apoio para alguns que já existiam, ocorreu a possibilidade do aprofundamento dos conceitos: aos poucos o multi e o específico foram se mesclando nas atividades, nas propostas de ações de promoção de saúde e nas campanhas. A ampliação da compreensão sobre as profissões foi outro fator fundamental para a “costura” coletiva das ações. A discussão de casos como o ponto de integração do multi: aqui ficava mais clara a contribuição que cada um podia dar; como pensar junto trazia maior clareza para todos!

Outro aspecto a ressaltar foi a consciência sobre a condição do próprio trabalho, bem como dos trabalhadores dos serviços, o que possibilitou outras trocas e ações, por exemplo, aquelas voltadas à saúde do trabalhador.

Podemos afirmar que processos de mudança ocorreram nos serviços e nos profissionais que tiveram de dar conta de uma nova demanda (serem preceptores) e também passar a construir um novo olhar e a criar novas formas de pensar, entendendo e valorizando o processo de trabalho e as demandas de estar com os residentes e outros alunos da graduação presentes nos serviços. Ainda, que a Universidade faz seu papel na relação com a comunidade ao estar nos serviços, o que muitas vezes provoca e desafia a outras práticas compartilhadas, visando o atendimento humanizado e a melhoria da saúde e da qualidade de vida.

A experiência nos possibilita afirmar a necessidade de reformulação da *práxis* na saúde, a qual pode estar pautada na lógica interdisciplinar, pois a própria natureza da saúde assim o é, pela complexidade de seu objeto. Compartilhamos da ideia de que o trabalho em equipe é um arranjo para a integração das disciplinas e que a troca de saberes e a operacionalização no cotidiano do processo de trabalho em saúde deve pautar-se pelo uso de tecnologias relacionais.

Portanto, a interdisciplinaridade deve ser considerada como fundamental para a efetivação dos propósitos do SUS. Dessa forma, é importante que se consiga estabelecer processos de trabalho em equipe em que os princípios da humanização do cuidado, a equidade e a integralidade representem o cotidiano das práticas.

Aplicada no cotidiano das práticas, a postura interdisciplinar representa uma possibilidade de enfrentamento do modelo hegemônico na saúde. Destacamos, porém, que uma prática interdisciplinar não depende somente do esforço dos profissionais, mas também de um projeto institucional que viabilize essa construção e, fundamentalmente, de um redirecionamento da política de saúde na busca da construção de um efetivo sistema público de saúde no país.

Considerações finais

Quando se trata de uma proposta inaugural, como foi o caso do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde, que se propôs a criar uma alternativa de formação de profissionais para o SUS e concomitantemente formar os profissionais que estão operacionalizando o sistema, compartilhando responsabilidades, aproximando a instância do ensino com a instância do trabalho dentro do próprio SUS, esse movimento criou incertezas e inseguranças, desestabilizando o que se pensava estável. Foi um Programa que mexeu com o imaginário coletivo e, ao agregar novos atores, exigiu uma recomposição, um aprendizado que não foi só dos residentes, mas simultaneamente de todos os envolvidos.

Para os profissionais que assumiram a tarefa de preceptoria, destaca-se o desafio em conseguir balizar o planejamento de intervenção construído juntamente com os residentes, com a rotina de atendimento da unidade de saúde, de tal forma que fosse possível responder às demandas da população, sem entrar na reprodução da prática mecanicista, autoritária, descompromissada com o cuidado integral que o SUS, por meio da Residência, buscava superar.

Para os profissionais da equipe multidisciplinar da SEATESC, verificaram-se dificuldades quanto ao acompanhamento dos residentes que perpassaram pela lógica da organização do seu próprio trabalho. Esse fator incidiu diretamente na qualidade do acompanhamento e no envolvimento para a construção de uma proposta de intervenção pautada na escuta ampliada.

Ressalta-se que esse aprendizado em serviços, que visa uma competência técnica para uma atuação

articulada nas diversas áreas do conhecimento, também o é para o coletivo de profissionais, que, paulatinamente, ao apropriar-se de seu lugar dentro do Programa, necessitam de apoio institucional para participar dos espaços de formação teóricos, com intuito de qualificar sua práxis e, conseqüentemente, potencializar o seu papel.

O instituído dessa estratégia inovadora de formação foi criar possibilidades de invenção, do estabelecimento de projetos singulares compartilhados, do protagonismo dos envolvidos no Programa, instituindo um processo compartilhado de formação coletiva. Isso exigiu uma aceitação da partilha de informações e da problematização de fronteiras disciplinares e, principalmente, da colocação de integralidade como uma meta a ser desenvolvida.

Observando o percurso do Programa na rede básica percebe-se que mesmo com os impasses, os conflitos e as fragilidades, houve avanços e conquistas com trabalho em equipes interdisciplinares, implicando em desconforto para os sujeitos protagonistas, desestabilizando certas práticas cristalizadas na medida em que se estabeleceram novas formas de intervenção.

O PRMS permitiu a experimentação dos profissionais em formação e formadores, das relações entre ensino e atenção à saúde para que, conjuntamente, dessem sentido coletivo ao cotidiano de seu trabalho, potencializando a construção de novas ferramentas de atuação e defesa do SUS.

Referências

BRANDALISE, C.L. **Apoio à Atenção Básica de Saúde: percurso da pesquisa-intervenção**. 2014. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação strictu sensu do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde da Universidade Federal de São Paulo - *campus* Baixada Santista, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal do Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2008. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>. Acesso em 02/02/16.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria n. 2488**, de 21 de outubro de 2011.

_____. **Portaria n. 648**, 28 mar. 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Política Nacional de Atenção Básica. 4ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_v4_4ed.pdf>. Acesso em: 4 mar 2014.

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

_____. **Portaria nº371/GM**, de 04 de março de 2002. Brasília (DF), 2002.

BRAVO, M.I.S. **Política de Saúde no Brasil**. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo, Cortez, 2006.

CAVALHEIRO, M.T.; GUIMARÃES, A.L. Formação para o SUS e os desafios da integração Ensino Serviço. **Caderno FNEPAS**. v1. Brasília (DF), 2011, p.19-27.

GRANEMANN, S. **Processos de trabalho e Serviço Social I**. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 2. Brasília (DF), CFESS/ABEPSS/CEAD/UNB. 1999.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009, p.29-74. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>>. Acesso em: 28 jan 2016.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Trabalho em saúde. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. EPJV / FIOCRUZ. cap 25, Novembro, 2005, p.278-283. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>>. Acesso em: 02 fev 2016.

SANTOS. **Município de. Diário Oficial**. 09 de janeiro de 2010.

Capítulo 7.

PROCESSOS DE TRABALHO NA ATENÇÃO HOSPITALAR

Nadja Shinyashiki Igarashi

Ana Virgínia de Almeida Carrasco

Mariana Soares Lima

Renata Jasinski de Arruda

Rita de Cássia Martins Russo

Sarita Barbosa Sanches Pereira

No processo de criação do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde foi estabelecida a parceria entre a Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, e alguns serviços públicos de saúde do município de Santos/SP. A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos (ISCMS) foi um desses serviços.

A proposta dessa nova realidade demandou o envolvimento dos profissionais da instituição com o Programa de Residência. Estes passaram a associar em suas práticas profissionais as funções do preceptor. Estratégias de trabalho e de aproximação da equipe de preceptores foram necessárias, uma vez que muitos desses profissionais não se conheciam, apesar de ocuparem o mesmo espaço de trabalho, e muitos não tinham a experiência de preceptoria. Uma das estratégias foi a implantação de encontros periódicos, onde se buscava a criação de vínculos, compartilhamento de conhecimentos e espaço

de expressão, fosse de realização e conquistas, fosse de partilhamento de angústias acerca do envolvimento em um programa tão novo e desafiador.

De forma inédita, as reuniões de equipe multiprofissional passaram a ser possíveis, mesmo que ainda limitada ao programa, o que contribuiu sobremaneira não apenas na formação profissional de cada área envolvida, mas também na criação de uma rede de suporte para atender às demandas do programa e do serviço. Nesse sentido, Costa (2016) refere que o desafio do trabalho de equipe no contexto hospitalar reforça a necessidade dessas discussões do trabalho multiprofissional, para que este seja efetivo e atenda às necessidades sociais e de saúde, sendo essa a parte central da intervenção.

A estratégia estava sendo tão profícua que se buscou expandir esses encontros para além do Programa, ou seja, não mais se limitando à participação de residentes e preceptores e sim ampliando para as equipes que atuam nas alas dos serviços que estavam recebendo os residentes, buscando com isso uma maior interação entre as equipes. O que se acreditou poder resultar em um novo modelo de assistência, com um olhar mais integral sobre o sujeito e sua família.

Muitos desafios foram vencidos, desde a criação de um espaço legitimado a um horário protegido em que o profissional era liberado para esses encontros. Implantou-se até novos modelos de assistência em detrimento de práticas que, apesar de já enraizadas, não mais atendiam. Em alguns momentos, foi possível expandir a participação a outros profissionais do serviço que não estavam vinculados à residência de forma a aproximá-los desse novo modelo de assistência. E isso foi fortalecendo o trabalho desenvolvido em equipe e tornando maior sua efetividade.

Segundo a OMS (2010), a prática compartilhada e a integração de saberes de cada profissão resultam em melhorias nas práticas de saúde. A troca de saberes, o trabalho de equipe, a interdisciplinaridade e a vontade de colocar em prática a assistência integral somente é possível com amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão. Aqui se torna oportuno rever as ideias de Delors (2001), que em seu relatório sobre Educação para o Século XXI, apresentado para a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), mencionou uma proposta fundamentada em quatro pilares da aprendizagem à vida das pessoas: aprender a ser, aprender a fazer, aprender a conhecer e aprender a viver juntos.

Felizmente vivemos uma fase de evolução do ensino em saúde e essa evolução deu-se pelo avanço contínuo do conhecimento ao processo de cuidar, ensinar e aprender com a sociedade, imbuído em motivação com base no saber crítico, criativo e competente, nas relações entre tutores, preceptores, residentes, docentes, alunos, profissionais de saúde e sociedade, o que permite a interação da teoria com a prática cotidiana, tornando-os, assim, mais humanos, éticos e experientes.

Segundo Waldow (1998), o pensamento crítico tende a colaborar ou mesmo auxiliar no processo de ensino aprendizagem por três dimensões: ver (observação científica e reconhecimento do problema/doença); ouvir (manifestação do ser humano tanto pela comunicação verbal como não-verbal) e sentir (habilidade técnica, percepção, visão e intuição). E indubitavelmente essas dimensões contribuem para o contexto do fazer em saúde. Segundo Villela et al. (2013), a contextualização da prática planejada e crítica buscando sempre novas formas de fazer é resultado de um processo de ensino-aprendizagem dinâmico.

Os pesquisadores Serrano, Costa e Costa (2011) afirmam que a formação em saúde ocorre entre os contextos, as relações sócio profissionais, a complexidade dos problemas e a cultura organizacional. Promovem-se mudanças e ações, a partir da aprendizagem pela experiência com intencionalidade, competência e flexibilidade dos atores envolvidos nas situações de trabalho. Com isso, criam-se condições para despertar habilidades e atitudes pelo espírito de equipe e pelo trabalho reflexivo.

Assim, percebe-se que as experiências profissionais dos tutores e preceptores são contextualizadas na prática em saúde sob a origem de inquietações e incertezas, por meio através do ato de cuidar, ensinar e aprender com a sociedade (pacientes, familiares, profissionais e residentes) pelos conhecimentos científicos, técnicos e comportamentais. Nesse momento, o cenário prático hospitalar torna-se um espaço importante para o desenvolvimento de propostas, objetivos, possibilidades, oportunidades e alcance de resultados.

A integração entre os tutores, preceptores e residentes otimiza a construção de projetos assistenciais, educação em serviço e capacitações profissionais em saúde. Remete-se ao clima científico, seguro e colaborativo para qualificar a assistência aos pacientes e familiares, assim como a formação inicial e permanente dos profissionais de saúde. Entretanto, as atividades de ensino e aprendizagem são complexas e dinâmicas e demandam que tutores e preceptores estejam preparados para enfrentar a imaturidade profissional, a insegurança e a ansiedade dos residentes que ingressam no programa, reconhecendo as suas potencialidades. Anastasiou (2006) diz que, para existir a apropriação do conteúdo no processo de ensino aprendizagem, é necessário o “fazer junto”. Este é um processo gradativo, sistematizado e criativo que exige de todos os envolvidos: discernimento; compromisso;

raciocínio crítico-reflexivo; domínio técnico, científico e comportamental; liderança e comunicação assertiva; planejamento e controle; tomada de decisão, autoconceito, autoaprendizagem e autocuidado, o que favorecerá o trabalho coletivo, as problematizações, as transformações e as práticas colaborativas.

Atualmente, verifica-se uma tendência das organizações hospitalares no investimento de estrutura física, mais especificamente estética, de suas instalações, com o intuito de gerar avaliação positiva no usuário, estando essa questão relacionada ao mercado consumidor. Segundo Ribeiro e Silveira (2015), o diálogo entre os membros envolvidos na assistência (gestor-profissional-usuário) mostra-se a melhor alternativa para garantir a satisfação e eficiência no atendimento.

Corroborando, Pereira e Silva (2013) referem que os relacionamentos interpessoais da equipe multidisciplinar devem ser valorizados e acima de tudo estimulados, o que torna possível a construção de uma assistência em que onde o acolhimento e a escuta estão presentes no atendimento ao usuário.

De acordo com Merhy e Feuerwerker (2009) é possível dividir em leves, leves-duras e duras as ferramentas utilizadas no trabalho em saúde. As chamadas leves são as ferramentas que permitem o desenvolvimento da relação profissional-paciente, como: a escuta, o interesse, a construção de vínculos e de confiança; são as que possibilitam mais precisamente captar a singularidade, o contexto e o universo cultural do sujeito, ampliando o raciocínio clínico do profissional. As leve-duras constituem o saber do profissional, que insere o usuário no seu contexto, e a relação construída é a partir da associação desse saber com o saber técnico, epidemiológico e clínico. Por fim, as duras são os equipamentos, medicamentos e saber técnico que constroem o raciocínio clínico.

A função da atenção hospitalar no processo do cuidado não pode se restringir apenas à questão biológico-curativista, mas deve preconizar também a prevenção e promoção da saúde. Segundo Pedrosa (2007), não é o bastante mudar atitudes e comportamentos direcionando-os para questões sociais, mas além do engajamento ativo é necessário também praticar posturas acolhedoras e que visem à autonomia das pessoas e grupos sociais. Ao aumentar a percepção sobre suas ações a pessoa se torna capaz de se assumir como escritora da sua história. (FREIRE, 1982 apud CECCIN, 2007, p.34) Há grande importância na formação de sujeitos ativos para que os mesmos reflitam sobre o seu fazer e as consequências para o mundo. (COSTA; PINHEIRO, 2013)

Assim, observa-se o esforço de gestores e cuidadores em reorientar o modelo do cuidar, principalmente no reordenamento da composição das equipes multiprofissionais, tentando valorizar ações como humanização, vínculo profissional-paciente, acolhimento do paciente e família, tentando incluir sua rede de relações, que dará continuidade ao processo de cuidar, após o retorno para o domicílio, bem como a elaboração do plano terapêutico singular. (BALDISSEROTTO et al., 2006) Essa nova ferramenta de cuidar gera um atendimento integral e individualizado, com responsabilização do paciente e das suas redes sociais na sua recuperação. (RIBEIRO; SILVEIRA, 2015)

Dessa mesma forma, foi proposto o desenvolvimento das atividades do Programa de Residência, que desenvolveu em equipes ações de acolhimento dos pacientes admitidos, construção de narrativas, discussão de casos, construção de plano terapêutico, realização de grupos, intervenções necessárias, orientações de alta, contra e contrarreferência, educação em saúde, entre outras. Além de atividades específicas de sua área de formação.

Em uma proposta de atendimento centrada no usuário e em suas necessidades é que se inseriu a nova equipe de residentes, deslocando o eixo central do profissional médico para uma equipe multiprofissional comprometida com a resolução dos problemas de saúde dos indivíduos atendidos. Reconhecendo a importância da ação dos residentes nesse processo de produção de saúde, destacaram-se as ações iniciais de identificação das necessidades reais de saúde do paciente, articulação com outros serviços de saúde para continuidade da assistência após a alta hospitalar, propostas para melhorias nas condições de trabalhos dos funcionários e de atendimento, construção de saberes, trabalho em equipe e em rede, além da educação em saúde.

A implantação dessas novas ações inicialmente trouxe estranhamento a rotina de um trabalho centrado na atenção médica como responsável pelo tratamento. Porém, com o tempo e a colaboração de todos da equipe, observou-se que o modelo utilizado tradicionalmente precisava ser revisto, pois não comportava as atuais necessidades humanas, como visa o conceito de saúde, segundo a Constituição de 1988 e as regulamentações da Lei Orgânica de 1990. (MISHIMA et al., 2015)

Esse novo olhar sobre o processo de cuidar, inicialmente conflitante, mostrou-nos como poderíamos ter maior efetividade e resolutividade em alguns casos, principalmente os crônicos, bem como sobre o processo de educação permanente que havia se instaurado. Cavalcanti e Padilha (2014) relatam a importância e a necessidade da educação permanente dos profissionais para proporcionar seu maior engajamento dos mesmos, além de propiciar e a oferta de uma melhor assistência para a comunidade.

É nesses momentos que há a construção/desconstrução/reconstrução de conceitos e paradigmas, o que possibilita a renovação de energias e dá chance

de criação. Assim, a primeira forma de fazer acontecer o cuidado integral é com o desenvolvimento da educação permanente. (MISHIMA et al., 2015) Para isso, o Governo criou a acreditação de hospital ensino, que é um espaço de referência da atenção à saúde para alta complexidade, a formação de profissionais de saúde e desenvolvimento tecnológico. O foco é melhorar a prática, avaliação permanente, compromisso de todos e transparência de informação em todos os níveis de atendimento.

À guisa de conclusão, podemos salutar que, considerando a integralidade como eixo articulador na organização do processo de cuidado, tanto no cenário hospitalar quanto na atenção básica, as ações de responsabilização, a busca pela continuidade da atenção, a construção multiprofissional do projeto terapêutico, a busca pela autonomia dos usuários e de suas famílias, podem ser norteadores na organização do trabalho. Dessa forma é necessário promover sujeitos ativos, reflexivos, que consigam propor e realizar ações para o desenvolvimento da autonomia e protagonismo dos sujeitos, intuito do Programa de Residência, que apesar de finalizado no ano de 2015, deixará mudanças significativas em cada profissional que esteve envolvido, pois possibilitou que outros modos e novas formas de atuação fossem vislumbrados, evidenciando que é possível lutar por jeitos diferenciados de assistência com a potencialidade da atuação interprofissional.

Referências

ANATASIOU, L.G.C.; ALVES, L.P. (orgs.) **Processos de ensinagem na Universidade:** Pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 6ed.- Joinville, SC: UNIVILLE, 2006.

BALDISSEROTTO, J.; FAJARDO, A.P.; PASINI, V.L.; SCHMIDT, M.H.; AZEREDO, N.; MARTINS, A.R.; SILVEIRA, C.B.; AMORETTI, R. **Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS (2006)** Disponível em: <http://ltc.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/residencia_multiprofissional.pdf#page=355>. Acesso em: 23 abr 2014.

CAVALCANTI, Y.W.; PADILHA, W.W. Qualificação de processos de gestão e atenção no município de Caapora - PB: relatos de tutoria de educação permanente em saúde. **Saúde em Debate** Rio de Janeiro, v.38, n.100, p.170-180, Jan-Mar, 2014.

CECCIN, R.B. Pacientes Impacientes. In. BRASIL. Ministério da Saúde. **Cad. de Educação Popular e Saúde**, 2007, p.32-45.

COSTA, J.M., PINHEIRO, N.A.M. O ensino por meio de temas-geradores: a educação pensada de forma contextualizada, problematizada e interdisciplinar. **Imagens da Educação**. v.3, n.2, 2013, p.37-44, Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/ImagensEduc/article/download/20265/pdf>>, Acesso em: 10 jan 2013.

COSTA, M.V. A educação interpessoal no contexto brasileiro: algumas reflexões. **Interface**. Botucatu, v.20, n.56, 2016, p.197-198.

DELORS, J. **Educação: Um tesouro a descobrir**. 6ed., São Paulo: Cortez, 2001.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009, p.29-74.

MISHIMA, S.M.; AIUB, A.C.; RIGATO, A.F.G.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S.; OGATA, M.N.; SILVA, M.V.; NOGUEIRA, A.C. Managers' perspective on continuous health education in a region of São Paulo State. **Rev. Esc. Enferm.** USP São Paulo, v.49, n.4, July/Aug. 2015.

PEDROSA, J.I.S. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Cad. de Educação Popular e Saúde.** 2007, p.13-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000184&pid=S0100-5502201300030001300026&lng=en>, Acesso em: 24 jan 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa.** Genebra: OMS; 2010. Disponível em: <www.fnepas.org.br/omstraduzido2010.pdf>. Acesso em: 13 out 2010.

SERRANO, M.T.P.; COSTA, A.S.M.C.; COSTA, N.M.V.N. Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). **Revista de Enfermagem** Referência, III Série, n.03, Coimbra, mar. 2011, p.15-23.

RIBEIRO, I.; SILVEIRA, M.G.C.C. Humanização hospitalar no Sistema Único de Saúde. **Rev. Interd. Ciên. Saúde,** 2015 ago-out.

VILLELA, J.C., MAFTUM, M.A.; PAES, M.R. O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem: um estudo de caso. Florianópolis: **Texto Contexto Enferm,** v.22, n. 2, p.397-406, Abr-Jun 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v22n2/v22n2a16>. Acesso em: 22 out 2013.

WALDOW, V.R. **Cuidado Humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.

Capítulo 8.

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL E SUA INTEGRAÇÃO COM AS ATIVIDADES DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO UNIVERSITÁRIAS

André Eduardo Mei

Natássia Aparecida Augusto

Ricardo José Gomes

Virgínia Junqueira

Maria Fernanda Petrolí Frutuoso

Caio Tomás

Introdução: o contexto da experiência

Em escala mundial, a complexidade dos perfis epidemiológicos e o custo crescente dos cuidados têm exercido pressão por mudanças na formação dos profissionais de saúde. Desde sua origem, os currículos das distintas profissões da área da saúde foram fortemente influenciados pelo modelo configurado na segunda década do século XX, a partir do estudo de Abraham Flexner, cuja ênfase era centrada nas disciplinas da área biológica, nos primeiros anos da formação e ao aprendizado da clínica, sobrevalorizando a prática especializada e hospitalar e o modelo de atenção curativo individual. (CECCIM; CARVALHO, 2006)

Na atualidade, os profissionais de saúde enfrentam o desafio de superar a fragmentação dos nichos de conhecimento,

a competição entre as distintas formações e o assim denominado “tribalismo” (FRENK et al., 2010), no intuito de tornar mais efetivas as possibilidades de intervenção no quadro de saúde dos indivíduos e dos grupos populacionais, estando colocada, como requisito fundamental, a importância da vinculação dos dois sistemas: educacional e de saúde.

No campo da formação dos profissionais de saúde, a Universidade é chamada a produzir conhecimento e gerar práticas que superem o modelo de ensino centrado no biologicismo, na assistência individual, na especialização e na centralidade do hospital. Como instrumento de mudança, a partir de 2001, foram formuladas em nosso país novas diretrizes curriculares nacionais, no intuito de fortalecer a aproximação, na esfera pública, entre os órgãos formadores e o sistema de saúde (ROSSONI; LAMPERT, 2004; FEUERWERKER, 2003), procurando apoiar o cumprimento, pelo Sistema Único de Saúde (SUS), dos princípios da universalidade, integralidade e igualdade de acesso.

Outra medida importante, sinalizando o mesmo direcionamento, foi a criação pelo Ministério da Saúde dos Polos de Educação Permanente a partir de 2003, da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) Em ambas as iniciativas, reafirmaram-se os princípios da Reforma Sanitária Brasileira, a saber: a busca da integralidade da atenção à saúde, a qualificação da gestão e a relevância da participação da sociedade nas decisões acerca da condução do sistema nacional público de saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Nas ações de integração entre ensino e serviços, a formação e a capacitação devem estar voltadas para as realidades locais, valorizando a atuação e o papel da

Atenção Primária (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), bem como o desenvolvimento de processos permanentes de formação dos profissionais de saúde, alicerçados em discussões teórico-práticas que se orientam para a resolução de situações concretas em cenários reais e estimulando a interação entre as distintas profissões. O Projeto Político Pedagógico (PPP) do *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-BS), estruturado desde 2006 (UNIFESP, 2006), insere-se nesse movimento de mudança, uma vez que orienta a formação de profissionais nas áreas de Educação Física, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Terapia Ocupacional e Serviço Social.

O currículo proposto pelo PPP é estruturado em quatro eixos, dos quais três são comuns, ou seja, mesclam estudantes dos vários cursos de graduação: “O Ser Humano em sua Dimensão Biológica”, “O Ser Humano e sua Inserção Social” e “Trabalho em Saúde”. As atividades de ensino desses três eixos desenvolvem-se nos dois primeiros anos de todos os cursos, à exceção do eixo Biológico, que não abrange os alunos de Serviço Social, bem como do eixo “Trabalho em Saúde”, que se estende também pelo terceiro ano de todos os cursos, exceto Serviço Social. O quarto eixo “Aproximação a uma prática específica em saúde”, chamado de eixo específico, é destinado aos alunos de cada área profissional.

O eixo “Trabalho em Saúde” (TS) permite a reflexão sobre o trabalho em saúde a partir da aproximação gradativa dos estudantes com os serviços e, conseqüentemente, com a prática de cuidado, de acordo com o ano cursado e com o acompanhamento de docentes com diferentes áreas de formação. (CAPOZZOLO; FEUERWEKER, 2013)

No primeiro ano de graduação, os alunos cursam os módulos Saúde como Processo: contexto, concepções e práticas I e II, do eixo TS, que, no primeiro semestre, visa

conhecer diversos modos de vida da população e suas implicações para o processo saúde-adoecimento-cuidado. A discussão do sistema de saúde vigente e a implicação da racionalidade clínico-epidemiológicas nas políticas e práticas de saúde são objetivos do segundo semestre. (CAPOZZOLO; FEUERWEKER, 2013)

No segundo ano, o módulo Prática Clínica Integrada: análise de demandas e necessidades de saúde tem como objetivo, utilizando narrativas de vida de indivíduos e/ou famílias escolhidas pelas equipes das unidades em conjunto com os professores, ampliar as percepções dos estudantes sobre o cuidado em saúde. Ainda no segundo ano, o módulo: Clínica Integrada: atuação em grupos populacionais possibilita, a partir de ações de promoção de saúde e de prevenção de doenças, usando o dispositivo de grupos, que o estudante vivencie momentos de intervenção propostos por equipes de alunos de diferentes cursos. (CAPOZZOLO; FEUERWEKER, 2013)

No terceiro ano, no módulo Prática Clínica Integrada: produção de cuidado, miniequipes de alunos propõem atividades de intervenção por meio de visitas domiciliares ou de atividades em grupo, a partir da elaboração de um projeto terapêutico de cuidado. (CAPOZZOLO; FEUERWEKER, 2013)

Entende-se que as respostas a serem oferecidas diante das situações e problemas de saúde de indivíduos e de grupos populacionais demandam não apenas a contribuição de cada campo de conhecimento em particular, mas a constituição de um modo de pensar e agir dos futuros profissionais que considere a complexidade de questões envolvidas no processo saúde-doença-cuidado.

Outra dimensão enfatizada é a de contribuir para uma formação na qual os estudantes consigam perceber que a atenção que irão proporcionar, também depende da forma

como está organizado o processo de trabalho e a rede de serviços de saúde, que condicionam o acesso dos usuários aos serviços e à resolutividade dos problemas de saúde. Em outras palavras, que a qualidade do cuidado depende dos modelos de atenção e gestão dos serviços de saúde, bem como das políticas de saúde e das demais políticas públicas.

O trabalho em saúde envolve dimensões técnicas, subjetivas, éticas e políticas e o eixo TS, desde seu início, teve como referência a produção de um conhecimento a partir de experiências, que possibilitam um exercício crítico das diversas dimensões envolvidas no trabalho.

Como parte da afirmação do papel social da Universidade, explora-se também a possibilidade de qualificar os serviços públicos de saúde, promovendo a articulação dos processos de ensino aos processos de trabalho dos profissionais de saúde nos territórios onde indivíduos e coletivos vivem e trabalham, assim como no interior dos sistemas político-sanitários. Associam-se atividades de ensino, pesquisa e extensão ao mesmo tempo em que se incentiva a integração das diversas áreas profissionais.

Dando continuidade à formação nos serviços, o Projeto Político Pedagógico do *campus* Baixada Santista prevê a realização de estágios curriculares obrigatórios no último ano de graduação, organizado de forma independente e de acordo com as diretrizes curriculares de cada área, em serviços da saúde, educação, assistência social, esporte e lazer.

Outrossim, com a consolidação do *campus* na Baixada Santista, outras estratégias de formação foram encontrando espaço. De 2010 a 2015, a Universidade operou o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS), que assumiu como Eixo Transversal a “Atenção à saúde do indivíduo, família e sua rede social” e como Eixos

Perpendiculares os núcleos profissionais de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Educação Física e Terapia Ocupacional e sua área de concentração na Saúde Coletiva. (UNIFESP, 2010; 2012)

Tanto o Eixo Transversal como os Perpendiculares possuíram como cenários de atuação as áreas de Atenção Básica e Hospitalar, conforme pactuação com as Instituições Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Santos. O programa operou especialmente nas seguintes Linhas de Cuidado: Saúde do Adulto e do Idoso; Saúde da Mulher e do recém-nascido; Saúde da Criança e do Adolescente; e Saúde Mental, considerando os cenários de atuação supracitados. (UNIFESP, 2012)

Dado todo o cuidado da Instituição Formadora em exercer seu papel em consonância com os princípios da reforma sanitária, desde os cursos de graduação, o PRMAS buscou trilhar sua trajetória neste mesmo sentido. Dessa forma, partindo dos mesmos princípios e inserindo alunos nos mesmos serviços, não demorou para que as diferentes modalidades de ensino e extensão se cruzassem e fossem estabelecendo parcerias a partir de atividades compartilhadas entre graduandos e residentes.

Além das atividades do Eixo TS, dos estágios curriculares e do PRMAS, a UNIFESP-BS, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, foi contemplada pelo Programa de Reorientação da Formação em Saúde (Pro Saúde), no período de 2012-2014, e por cinco Programas de Educação pelo Trabalho – PET Saúde (sendo dois sobre formação em rede e cuidado psicossocial, um sobre construção de rede e cuidado da saúde materno-infantil, um sobre rede de atenção às urgências e emergências na linha de cuidado da hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus e um sobre rede de atenção à saúde das

pessoas com deficiência e dependência funcional a partir do cuidado prolongado e da alta hospitalar responsável).

O projeto “Formação e Cuidado em Rede: integração ensino-serviço na construção da integralidade” pretendeu promover a articulação entre as atividades de ensino, de extensão e pesquisa nos diversos equipamentos do Município de Santos, potencializando o aprendizado conjunto e fortalecendo as ações de cuidado integral e de educação permanente em saúde. Como uma das estratégias, foi oferecido o Curso de Especialização em Formação e Cuidado em Rede para profissionais da Baixada Santista, incluindo residentes e preceptores de atividades realizadas nos serviços. Cabe ressaltar que, desde 2012, a Universidade oferece o Mestrado em Ensino em Ciências da Saúde, modalidade profissional.

Considerando a articulação entre as ações oferecidas pela UNIFESP-BS, são descritas neste capítulo as experiências compartilhadas entre a Residência Multiprofissional e outras modalidades pedagógicas, e são discutidas as percepções de tutores e residentes envolvidos neste processo.

Quais parcerias foram estabelecidas? Quais experiências foram vividas?

Nos cenários de atuação anteriormente mencionados (na Atenção Básica e na Atenção Hospitalar), os residentes vivenciaram ao longo do processo diversas experiências de contato com alunos, docentes e profissionais de diferentes áreas de formação ali inseridos. A integração e as parcerias foram estabelecidas entre Residência e Graduação (estágios curriculares e Eixo Trabalho em Saúde - TS), Programa de Educação pelo Trabalho (PET-Saúde), Programa de Educação Tutorial (PET) e o curso de Especialização em Formação e Cuidado em Rede.

O contato entre os residentes e os alunos dos módulos do eixo TS foi orquestrado de acordo com o módulo no qual os alunos se encontravam. A aproximação com os estudantes do módulo Saúde como Processo: contexto, concepções e práticas foi pautada pela apresentação de alguns serviços, sua estrutura e organização. Os residentes receberam os alunos na ISCMS e nas Unidades Básicas de Saúde da SMS em que atuavam, apresentando o ambiente, a equipe local, alguns procedimentos realizados, bem como apontaram os principais fluxos e processos de trabalho, em momentos pontuais.

No módulo Prática Clínica Integrada: produção de cuidado, a interação dos residentes com estes alunos dava-se por meio da troca de saberes e vivências nas discussões dos casos acompanhados, ou da intervenção – por vezes conjunta – em alguns desses mesmos casos. Vale ressaltar que os residentes também auxiliaram o planejamento da execução desse módulo, sugerindo aos docentes responsáveis casos que apresentavam potencial de promover aprendizado para os alunos.

Esse formato de interação também permeou a convivência dos residentes com os estagiários do último ano da graduação. Uma singularidade potente no cenário da atenção básica foi a inserção dos estagiários de Nutrição em um mesmo equipamento por 30h semanais, o que permitia mais tempo de contato com os residentes; facilitava, aumentava e diversificava as possibilidades de intervenções conjuntas. Dessa forma, foi possível a realização, de maneira compartilhada, de planejamento de ações, avaliações, atendimentos individuais, atividades em grupo, acompanhamentos terapêuticos e ações de promoção e prevenção em saúde. Não obstante, houve ainda, na atenção básica, importante interação com os estagiários do curso de Educação Física que realizavam

atividades grupais nas Unidades de Saúde da SMS e, dessa forma, constantemente participavam de reuniões para discussão de casos e compunham com os residentes em intervenções coletivas.

No cenário na ISCMS, o contato entre residentes e estagiários ocorreu em algumas enfermarias onde os residentes atuavam, por meio do desenvolvimento de atividades compartilhadas, sobretudo atendimentos individuais e em grupo, com alunos que cursavam Terapia Ocupacional e Nutrição.

Outra integração potente do programa de Residência foi com o Programa de Educação pelo Trabalho na Saúde (PET), em suas diferentes temáticas. Com o PET – Construção de Rede de Cuidado em Saúde da Mulher e da Criança, a interação ocorreu em planejamentos, organização e coordenação de atividades de grupos de educação em saúde. Já o PET – Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência e Dependência Funcional a partir do Cuidado Prolongado e da Alta Hospitalar Responsável (PET pessoa com deficiência), iniciado em agosto de 2012, houve alguns encontros teórico-práticos, relacionados ao planejamento das atividades pedagógicas dos alunos do Programa, apresentação e oficina sobre ferramentas para o trabalho em rede, ministrada pelos residentes, e apresentação de caso clínico de deficiência, assistido pelos residentes na Atenção Básica e compartilhado entre as modalidades pedagógicas.

Ainda, uma das equipes de residência viveu a articulação com o PET – Saúde Mental, por meio de reuniões semanais de discussão de casos entre profissional do NAPS de referência (Núcleo de Apoio Psicossocial – equipamento de atenção em nível secundário para o cuidado em saúde mental), os residentes, alunos, preceptores, e ocasionalmente algum profissional da equipe de referência

na Atenção Primária. Fora esses encontros, os residentes participavam das reuniões com todos os integrantes do PET Saúde Mental na UNIFESP-BS.

A integração com o PET-Saúde propiciou ganhos importantes para o desenvolvimento dos profissionais e estudantes, ao buscar caminhos práticos para integrar os usuários no cuidado para além da consulta clínica e individual, como por exemplo: nos grupos de atividades físicas, insulinodependentes e terapia comunitária da unidade de saúde referência. Vale ressaltar que durante o processo de construção e reestruturação das atividades da Residência, ainda que o PET-Saúde estivesse presente em unidades onde não havia atuação dos residentes, o contato entre eles foi mantido por meio de reuniões e atividades que envolviam a gestão da SMS (na Coordenação de Saúde da Mulher, no Comitê de Prevenção ao Óbito Materno-Infantil e em reuniões para a implementação e operacionalização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no município), e tinham por objetivo de identificar as dificuldades na rede e trabalhar no desenvolvimento de possíveis estratégias para a gestão do cuidado nas diferentes problemáticas.

Por sua vez, o Programa de Educação Tutorial – Saúde da Criança teve algumas ações conjuntas com os residentes durante atuação na atenção hospitalar. Ambos, residentes e alunos PET, dividiram espaços comuns nas praticas lúdicas na Pediatria e muitas vezes esses pares integraram atividades na promoção do brincar, como por exemplo, no dia das crianças. Outra prática comum foi a escuta terapêutica, em que onde alunos e residentes escutavam os pacientes e articulavam conjuntamente caminhos para acolher suas demandas.

Por fim, houve a experiência de integração dos residentes com os grupos de alunos do curso de Especialização sobre Cuidado em Rede. Com essa

modalidade a interação ficou no plano teórico, uma vez que os residentes assistiam às aulas com os especializando e participavam das discussões teóricas e clínicas, de acordo com os temas determinados e frequentemente vivenciados na prática.

Como as parcerias foram desenvolvidas?

Essas parcerias e articulações, que tinham como característica central a construção de estratégias envolvendo docentes, alunos e profissionais dos serviços nos espaços micropolíticos, procuravam, sempre que possível, não se prender à diretrizes institucionais que caminhassem no sentido contrário à integralidade.

Em determinados momentos, os residentes foram convidados para uma parceria na iminência da chegada de alunos dos módulos Saúde como Processo: contexto, concepções e práticas e Prática Clínica Integrada: análise de demandas e necessidades de saúde, para conhecer pontualmente o serviço ou na seleção de casos para as práticas do módulo. Em outros momentos, a parceria originava-se de uma construção mais estável, como no caso da relação com estagiários e alunos do módulo Prática clínica integrada: produção de cuidado, cuja inserção naquela unidade ou setor já se apresentava de forma mais consolidada, e onde a população assistida, os espaços e os serviços eram compartilhados. Contudo, algumas parcerias foram se estabelecendo ao longo do processo, pois o interesse de alguns residentes pela temática da pessoa com deficiência, bem como o desafio posto por alguns casos atendidos, aproximou a residência do então recém-iniciado Programa de Educação pelo Trabalho sobre esse tema.

A inserção dos residentes como ouvintes do curso de Especialização sobre Cuidado em Rede (experiência realizada para compor a carga teórica da 3ª turma do PRMAS) foi essencial para encontros que se desdobraram em grandes parcerias na assistência, uma vez que as discussões a partir de temas vivenciados na prática pelos profissionais que compunham as turmas da Especialização permitiram proximidade.

Podemos destacar que um grande facilitador do processo de integração entre a Residência e as demais ações da UNIFESP-BS se deu com a presença de docentes, preceptores e alunos na mesma Unidade ou território. Em uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS), por exemplo, estavam presentes no mesmo dia da semana docentes responsáveis pelos módulos de TS e estágio e que apoiavam ou eram tutores da residência ou PET. Da mesma forma, alguns preceptores dos estágios atuavam também como preceptores da residência. Além disso, alunos do módulo de TS, estagiários e residentes acompanhavam, em certos momentos, casos comuns, o que favorecia o compartilhamento de experiências e de estratégias de cuidado.

Para ilustrar, após as visitas domiciliares do módulo de TS, todos os alunos se reuniam para compartilhar as experiências, com o objetivo de sustentar a elaboração de um Projeto Terapêutico Singular para cada caso. Contudo, como alguns dos casos eram comuns, as discussões eram ampliadas também para estagiários, e residentes, o que enriquecia as discussões e as propostas de intervenção. Podemos destacar que nos casos considerados mais complexos, houve momentos de discussão envolvendo representantes da UBS, dos estágios, TS e residência, além de docentes e preceptores. Outro aspecto relevante é que uma das atividades em grupo realizadas em uma das UBS

(Grupo HiperDia) ocorria no mesmo dia do módulo de TS e o responsável pelo grupo também era preceptor da residência e de estágios. Em função disso, alguns usuários acompanhados pelos estudantes de TS foram convidados e puderam participar de diversas oficinas e ações de saúde desenvolvidas pelo grupo HiperDia.

Sabe-se que a gestão do cuidado é um fator essencial para potencializar as ações de saúde. Nesse sentido, cabe enfatizar que o envolvimento e a colaboração dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (em seus diversos níveis de gestão) foram fundamentais para que tal integração fosse viável. Ademais, a forma de organização da UBS e a disponibilidade dos membros da equipe (alguns dos quais vinculados ao mestrado profissional e ao PET) tornaram possível uma maior articulação entre as ações desenvolvidas no território.

Todos esses aspectos favoreceram a integração entre as áreas e foram ao encontro do processo de formação compartilhada em saúde, com ênfase na educação interprofissional e interdisciplinar, proposto pelo Projeto Político Pedagógico da UNIFESP-BS. Tais experiências nos fazem refletir sobre a necessidade de um maior investimento nas estratégias de articulação e integração das diferentes ações em saúde que ocorrem nos territórios, no sentido de potencializar o processo ensino-aprendizagem bem como o cuidado em saúde.

Discussão: que questões emergem desta experiência?

Como ponto de partida para a problematização dessas experiências de articulação, cabe a reflexão de que as distintas estratégias pedagógicas do *campus* não permaneceram fechadas em si mesmas e a integração da residência com as demais modalidades, apesar de incipiente, não se resumiu a algumas poucas experiências isoladas, mas sim a uma gama abrangente e rica de vivências.

Consideramos que elementos como a imersão do residente no serviço, dada a sua rotina, bem como o seu duplo papel de estudante/profissional, agiram como facilitadores para que esse ator pudesse acumular um grande número de encontros, além de ser peça importante para fortalecimento da ponte ensino-serviço-comunidade.

Feuerwerker (2014), ao refletir sobre possibilidades em estratégias de educação permanente em saúde, corrobora com o exposto e acrescenta que a vivência dos incômodos que emergem dos processos e dificuldades do trabalho, intrínseca à imersão dos residentes, mais do que discursos e subsídios para análises externas, é combustível potente para buscar novas formas, em ato, de pensar e produzir saúde.

Além da quantidade e diversidade dos momentos de troca, pudemos perceber a riqueza dessas experiências, a qual acreditamos que residiu principalmente na busca pela mudança da lógica cartesiana no trabalho em saúde, linguagem comum entre os diferentes atores dessa experiência de integração ensino-serviço.

Essa busca, por sua vez, não está posta e compreendemos que a experimentação, criação e a produção do conhecimento e do cuidado em ato, elementos percebidos no cotidiano da interação dos residentes com outras modalidades pedagógicas da UNIFESP-BS, puderam,

como sugerem Abrahão e Merhy (2014), atuar como processo de religar a multiplicidade (de eventos, de pessoas, de distintos saberes e papéis que podem ser ocupados na rede do fazer-saber-ensinar). Esses elementos puderam também desabrochar aquilo que nos toca e nos impulsiona a produzir coletiva, compartilhada, livre e criativamente sobre um desafio posto.

Ainda, consideramos que a criação nascida da experimentação supracitada foi elemento condutor para a possibilidade de pensar e operar o cuidado de maneira tal que ele o mesmo se traduzisse em projetos ao mesmo tempo transcendentais e atravessados pelas diferentes disciplinas que o compuseram sem, no entanto, borrar fronteiras ou meramente sobrepô-las sem a devida costura, algo que se caracteriza, para alguns autores como Morin (2000), como trabalho transdisciplinar.

Outro ponto relevante de discussão, já sob um prisma mais macroscópico, é o diálogo entre as vivências relatadas neste capítulo com a literatura nacional atual. É possível verificar que a reorientação na formação em saúde, preconizada pelo Ministério da Saúde e adotada pela UNIFESP-BS, vem ocorrendo em diversas localidades brasileiras. A publicização das experiências advindas desse novo fazer, por sua vez, mostrou ser essencial o investimento em elementos como o ensino em serviço, a interdisciplinaridade e o trabalho em conjunto de todos os atores envolvidos: graduandos, pós-graduandos, docentes e preceptores. (HOLANDA; ALMEIDA; HERMETO, 2012; PIZZINATO et al., 2012; BATISTA, 2013; CAPOZZOLO et al., 2013; AUTONOMO, 2013)

Por outro lado, observa-se menor ênfase em relatar a integração de distintas estratégias pedagógicas, em contraste com a integração entre disciplinas e/ou entre Universidade e serviços, mais frequentemente abordada. Pizzinato et al

(2012) descrevem e advogam a favor da integração inclusive de diferentes modalidades pedagógicas, afirmando que a interação motivou estudantes e profissionais, potencializou recursos destinados a formação e produziu conhecimento compartilhado por esses atores, que publicaram várias de suas experiências.

Estudo recente sobre a experiência de inserção das atividades da UNIFESP-BS na atenção básica de saúde apontou que, embora os profissionais relatem não participar do planejamento conjunto das atividades e reiterem a dicotomia entre teoria e prática, também apontam potencialidades na integração ensino-serviço-comunidade no que diz respeito a mudanças das práticas. Os depoimentos de profissionais que acompanham atividades em equipamentos que recebem diversas modalidades de inserção da UNIFESP-BS ilustram o entendimento da universidade não substituir o serviço, mas propiciar um momento de pausa e discussão que permite mudar a forma de se relacionar e perceber os problemas dos usuários; de repensar a concepção de saúde, cuidado e trabalho em equipe, além de favorecer o estudo e o contato com novas ferramentas/formas de trabalho. (VASCONCELOS et al., 2016)

Assim, pelas através das experiências destes autores, podemos refletir que, apesar da maneira tímida e incipiente, a questão da integração de diferentes modalidades de formação em saúde começa a ser publicizada e problematizada, o que abre caminho para ser lapidada em direção a à uma formação mais sólida para a integralidade do cuidado, para todos os atores envolvidos.

Considerações finais

As experiências vividas e compartilhadas nesse capítulo nos trouxeram maior consciência acerca da diversidade e da riqueza da integração ensino-serviço para a formação e para o trabalho em saúde. Dada a incipiência de trabalhos que foquem essa dimensão da formação, consideramos que este relato, ao oferecer mais detalhes sobre algumas vivências, contribui de modo exploratório à temática, que merece aprofundamento e olhares diversos.

Referências

ABRAHÃO, A.L.; MERHY, E.E. Formação em saúde e micropolítica: sobre conceitos-ferramentas na prática de ensinar. **Interface**. Botucatu, v.18, n.49, 2014, p.313-324.

AUTONOMO, F.R.O.M. **A preceptoría em saúde a partir das publicações brasileiras**. 2013. Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, Rio de Janeiro.

BATISTA, C.B. **Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.38, p.97-125, jan./jun. 2013.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 11 129**. 2005. Institui a Residência em Área Profissional de Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS 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 2004; 16 fev.

_____. **Pró-saúde**: programa nacional de reorientação da formação profissional em Saúde /Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 77 p. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/pro_saude/publicacao_pro-saude.pdf>. Acesso em: 06 jun 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v.4 (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial MEC/ MS nº1320**, de 11 de novembro de 2010. Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS.

CAPOZZOLO, A. A. Experiência, produção de conhecimento e formação em saúde. **Interface**. Botucatu, v.17, n.45, 2013, p.357-370.

CECCIM, R.B.; CAPOZZOLO, A.A. Educação dos profissionais de saúde: prática clínica como assistência e criação. In: MARINS, J.J.N.; LAMPERT, J.; CORREA, G.A. **Transformação da educação médica**. São Paulo: Hucitec, 2004, p.80-94.

CECCIM, R.B.; CARVALHO, Y.M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. **Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006, p.69-92.

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, v.14, n.1, 2004, p.41-65.

FEUERWERKER, L.C.M. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. **Revista da ABENO**, Brasília, DF, v.3, n.1, p. 24-27, 2003.

_____. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FRENK, J.; CHEN, L.; BHUTTA, Z.Q.A.; COHEN, J.; CRISP, N.; EVANS, T.; FINEBERG, H.; GARCIA, P.; KE, Y.; KELLEY, P.; KISTNASAMY, B.; MELEIS, A.; NAYLOR, D.; PABLOS-MENDEZ, A.; REDDY, S.; SCRIMSHAW, S.; SEPULVEDA, J.; SERWADDA, D.; ZURAYK, H. **Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world**. 376 Lancet, 1923–1958, 2010.

HOLANDA, I.C.L.C.; ALMEIDA, M.M.; HERMETO, E.M.C. Indutores de mudança na formação dos profissionais de saúde: pró-saúde e pet-saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v.25, n.4, outubro-dezembro, 2012, p.389-391.

MORIN, E. **Complexidade e transdisciplinaridade: a reforma da universidade e do ensino fundamental**. Trad. Edgard de Assis Carvalho. Natal: EDUFRN, 2000.

PIZZINATO, A. et al. A Integração Ensino-Serviço como Estratégia na Formação Profissional para o SUS. **Revista Brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 170-77, 2012.

ROSSONI, E.; JADETE, L. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v.18, n.1, Jan/jun2004, p.88-98.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP), *campus* Baixada Santista. **Projeto Político Pedagógico do campus Baixada Santista**, 2006 Disponível em <<http://prograd.unifesp.br/santos/download/2006/projetopedagogico.pdf>>. Acesso em: 01 fev 2016.

_____. **Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde**. 2ver. Santos, 2012, 49p.

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

Capítulo 9.

A VIVÊNCIA PRÁTICA DA GESTÃO EM SAÚDE: sua organização num Programa de Residência Multiprofissional

Ana Claudia Freitas de Vasconcelos

Ana Cristina Correia

Macarena Urrestarazu Devincenzi

Introdução

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS) do *Campus* Baixada Santista tem como área de concentração a saúde coletiva e, segundo a Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO, no âmbito da formação profissional, o desafio que se apresenta é a contínua preparação de recursos humanos com capacidade técnica para identificar e hierarquizar as necessidades sociais em saúde; organizar saberes e instrumentos em modelos tecnológicos de trabalho que garantam a efetividade das intervenções, bem como avaliar os impactos. Além da capacidade técnica, os profissionais da Saúde Coletiva necessitam de capacidade para a negociação política interna e externa ao setor; capacidade para fazer a intermediação entre o conhecimento acadêmico e as práticas nos serviços de saúde; e capacidade para organizar as evidências científicas para embasar as funções regulatórias do Estado.

Com essa perspectiva, o planejamento inicial das atividades práticas dos residentes foi organizado nos cenários da atenção básica e hospitalar, focando a atenção à saúde, com visão da rede e do cuidado integral. No entanto, ao longo do primeiro ano de funcionamento, em uma oficina de revisão e avaliação do Programa, os próprios residentes trouxeram a demanda de que fosse contemplado o “quadrilátero de formação”, onde o componente serviço não deve se restringir somente à noção de práticas de atenção, mas deve revelar também uma estrutura de condução das políticas, a gerência do sistema e organização de conhecimentos do setor. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

Para atingir esse objetivo foram organizadas as práticas em gestão, tanto na Secretaria Municipal de Saúde de Santos como na Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos. Os setores responsáveis por essa atividade foram a COFORM e o NEP, respectivamente, por seu papel na integração ensino-serviço e pelo contato com os demais setores das instituições.

A vivência na secretaria municipal de saúde de Santos

A Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde – COFORM/SMS, setor responsável pela integração acadêmica, foi criada na reforma administrativa nº 542, de 27 de setembro de 2005 e modificada pela lei complementar no 667, de 29 de dezembro de 2009, apresentando as seguintes competências:

- I. A identificação das demandas para formação, qualificação e educação continuada nos aspectos gerais e específicos, direcionadas às diversas áreas e setores de trabalho da SMS;

II. A articulação e integração de recursos humanos, financeiros e materiais para atividades de educação permanente, estágios, formação e qualificação dos profissionais da SMS;

III. A proposição e formulação de ações relativas à formação e educação permanente dos profissionais de saúde em todos os níveis de escolaridade e a capacitação de profissionais de outras áreas e da própria população, buscando o favorecimento de articulação intersetorial e controle social no setor de saúde.

Na sua criação, a Coordenadoria estava vinculada ao Departamento de Vigilâncias e Programas em Saúde e tinha uma composição ampliada com seis profissionais, divididos em três seções: uma administrativa, uma responsável pela integração acadêmica SEINTAC e uma responsável pela formação dos profissionais de saúde – SEFORM. Após a reforma de 2009, a Coordenadoria modificou-se passando a ser subordinada diretamente ao gabinete do secretário e seu quadro de pessoal foi reduzido para apenas dois profissionais. A COFORM-SMS tem então a atribuição de estabelecer a política de educação permanente para todos os profissionais e, portanto, repensar a educação em saúde.

A educação na área de saúde configura-se na busca de se adequar às necessidades apontadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS, deixando o papel de complementaridade do processo de formação e adquirindo papel primordial em sua prática.

Com a nova dinâmica e estruturação da Coordenadoria, elaborou-se um novo processo de gestão da prática. No que se refere à integração acadêmica, optou-se pela territorialização das unidades de saúde por universidade, pois no município de Santos havia, na época,

sete universidades com cursos na área da saúde, sendo uma pública e seis privadas. Esse critério de divisão permitia estabelecer vínculo e elaborar propostas pedagógicas de atuação acadêmica em consonância com as singularidades de cada unidade, mas por outro lado impedia que as instituições ampliassem a inserção e se aproximassem de outras e diferentes realidades.

A Universidade convoca para dentro do SUS, e o sistema de saúde, incitado à formação e desenvolvimento com implicação da Gestão e modos participativos com os trabalhadores, por meio de articulações interinstitucionais e locais de educação permanente em saúde, descobrem a interseção ensino e trabalho. (CECCIM, 2005, p.164)

Foi nesse novo cenário que o PRMAS se apresenta na Secretaria. Destaca-se aqui que o primeiro contato entre as Instituições não ocorreu por meio da Coordenadoria, mas diretamente com o setor responsável pelas Unidades onde ocorreriam as atividades da Residência. A coordenadoria passa a exercer a função de gestora do Programa na Secretaria no final de 2010, e, portanto, não participou de forma direta do planejamento das ações do primeiro ano da primeira turma.

Nesse processo de construção em ação os residentes apontavam necessidades de entendimento do funcionamento da gestão do SUS, pois não compreendiam como se organizavam os processos e fluxos de ação. Diante de tal necessidade pensou-se na elaboração de atividades para que os residentes não apenas conhecessem os diferentes setores da gestão, mas também pudessem de fato vivenciá-los e assim refletir sobre o fazer saúde, de forma que se desse sentido a esses atos. Assunção (2012)

afirma que esse sentido diz respeito ao modo de um indivíduo relacionar seus atos profissionais à construção de seu próprio futuro. A utilidade social daquilo que se faz, as ocasiões de aprendizagem e de autodesenvolvimento são fatores preponderantes para o sentido do trabalho.

O planejamento da gestão aconteceu de forma conjunta entre as três Instituições envolvidas, apresentado aos residentes posteriormente. Diante das características diferenciadas dos dois cenários de atuação da residência, optou-se também por diferentes formas da vivência da gestão.

A vivência na gestão foi planejada para os meses finais do Programa. Na Secretaria Municipal de Saúde, inicialmente, foram organizados Seminários, com duração de até duas semanas, onde as chefias apresentavam os setores, sua gestão e financiamento. Após as apresentações os residentes deveriam escolher o setor em que permaneceriam durante um a dois meses. Ao final da vivência o residente apresentava um Plano de Ação para o setor escolhido, descrevendo as competências, pontos positivos, nós críticos e sugestões de melhorias.

Os setores envolvidos foram selecionados a partir das funções na gestão central, sua importância e atuação no sistema. Todos os profissionais deveriam abordar as questões de financiamento e fluxo, pontos positivos, além das dificuldades na gestão. Participaram dos seminários: Departamento Financeiro – DEAFIN, Departamento de Especialidades – DEAESp, Departamento de Atenção Pré-hospitalar e Hospitalar – DAPHOS, Departamento de Atenção Básica – DEAB, Departamento de Regulação – Dereg, Auditoria/Faturamento/Convênios, Departamento de Vigilâncias – DEVIG, Recursos Humanos, Programas da Atenção Básica, Coordenadoria de Assistência Farmacêutica – COAFARMA, Coordenadoria de Saúde do

Adulto – COS ADULTO, Coordenadoria de Saúde da Mulher – COS MULHER, Coordenadoria de Saúde da Criança – COS CRIANÇA, Coordenadoria de Saúde Mental – COS MENTAL e Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde – COFORM/SMS.

Após a escolha o residente acompanhava todas as atividades do setor, inclusive participava das reuniões em órgãos Regionais, Conselhos e Colegiados. Também vivenciava as reuniões internas entre os setores subordinados e de chefias imediatas. Observava as relações horizontais e verticais existentes, bem como, realizava tarefas designadas pelas chefias.

A Coordenadoria de Saúde da Mulher foi o setor mais procurado em todas as turmas, o que pode estar relacionado à forte presença dessa linha de cuidado nas atividades práticas nos serviços, considerando as ações prioritárias municipais e regionais de vigilância e controle da Mortalidade Materno-Infantil.

Na leitura dos relatórios produzidos pelos residentes apreende-se que o período na Gestão em saúde municipal agregou saberes tanto para eles quanto para o setor que os acolhia, pois permitiu um olhar transformador para o “fazer”, sendo a educação permanente um meio para que o encontro entre o mundo da formação e o do trabalho se incorpore ao cotidiano das organizações, pois se baseia na aprendizagem significativa desenvolvida no lócus da atuação profissional. (LOPES, 2007, p.148)

A vivência na santa casa de Santos

O Núcleo de Ensino e Pesquisa- NEP foi criado em 2009 após a reestruturação da estrutura organizacional da Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS), que o vinculou à Diretoria Técnica do Hospital. Após a certificação como Hospital de Ensino, em 2007, a Santa Casa de Santos iniciou o processo de fortalecimento das ações de ensino e pesquisa no hospital através de uma maior articulação e integração com as instituições de ensino parceiras.

Sua estrutura era composta por três profissionais, sendo dois coordenadores de ensino e pesquisa e um auxiliar administrativo. Em 2010, sua estrutura foi ampliada com a contratação de um profissional enfermeiro e, finalmente, em 2013, passamos a contar com cinco profissionais, após a contratação de uma enfermeira, egressa da primeira turma de 2010 do PRMAS.

Das diversas atividades desenvolvidas pelo NEP, podemos destacar:

I. Acompanhamento das atividades desenvolvidas pelas instituições de ensino no âmbito hospitalar (graduação, pós-graduação e extensão);

II. Articulação e integração das áreas do hospital com as instituições de ensino, viabilizando as ações propostas e incentivando a participação dos profissionais do hospital nas atividades desenvolvidas por docentes e discentes;

III. Fomento das práticas de integração ensino-serviço, buscando consolidar o processo de educação permanente no contexto hospitalar e, a partir daí, proporcionar um espaço de reflexão e mudança da forma de atuação pautada no modelo biomédico e hospitalocêntrico, o qual prioriza a utilização de tecnologias duras e mantém o médico como centro da equipe.

Diante de tais desafios, iniciamos o planejamento das atividades do PRMAS em parceria com a UNIFESP e a Secretaria Municipal de Saúde. Durante o primeiro ano do Programa, realizamos diversos ajustes na programação das atividades, provenientes de demandas apresentadas pelos residentes. Em sua prática, os mesmos traziam diversos questionamentos relacionados às dificuldades nos processos assistenciais, que esbarravam em limitações institucionais e do próprio Sistema de Saúde (SUS). Inicialmente, os residentes pensavam que tais dificuldades diziam respeito tão somente à estrutura hospitalar e ao modelo de atenção à saúde centrada na assistência curativa e altamente especializada. Diariamente éramos questionados sobre nossas práticas e em nossas reuniões de equipe discutíamos as dificuldades de implantação e consolidação das diretrizes do SUS. Nesse momento, entendemos a importância de proporcionar aos residentes a vivência do processo de gestão em saúde e seu impacto direto nos processos assistenciais.

Na Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos, planejamos as atividades de gestão contemplando áreas que possibilitem ao residente entender o fluxo de entrada do paciente, o período de internação e o processo de alta hospitalar e sua articulação com a rede. Optamos também por inserir algumas áreas de apoio, uma vez que os

residentes tinham muita dificuldade em entender algumas situações da prática assistencial, que eram influenciadas diretamente por questões de autorização do Sistema Único de Saúde, fornecimento de materiais e insumos, burocracia, falta de leitos e dificuldade de articulação com a rede.

Complementamos a programação da gestão incluindo áreas de Recursos Humanos e Treinamento e Desenvolvimento com o objetivo de proporcionar uma visão da formação de recursos humanos para o SUS e das ações de capacitação. Cabe destacar que os residentes também tiveram a oportunidade de vivenciar a gestão de suas áreas específicas, onde iniciavam o período de gestão com o seu preceptor, entendendo como os serviços (fisioterapia, enfermagem, terapia ocupacional, farmácia, psicologia, nutrição e serviço social) realizavam a gestão de suas atividades e se relacionavam com as diversas áreas do hospital e com os órgãos fiscalizadores.

Os setores envolvidos nas práticas de gestão foram: Núcleo de Vigilância em Saúde (NUVISA), Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), Central de Guias, Central de Vagas, Almoxarifado, Farmácia, Compras, Oncologia, Nefrologia, Recursos Humanos, Treinamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos (TDRH) e as áreas específicas.

O período de gestão foi dividido da seguinte forma: uma semana na área específica; de três a cinco dias em cada área, rodiziando os residentes em duplas; duas semanas no setor escolhido e uma semana para elaboração dos relatórios.

No início do período de gestão, os residentes recebiam um roteiro para elaboração de um relatório final, abordando os seguintes pontos: descrição do setor, finalidade, localização, recursos humanos, organograma hierárquico, atividades desenvolvidas e fluxograma dos

mesmos, dificuldades observadas, pontos facilitadores e sugestões de melhoria.

No planejamento do período de gestão, a coordenação do NEP apresentou o PRMAS aos gestores, explicando os objetivos da vivência na gestão e definindo junto a esses quais seriam as principais atividades apresentadas aos residentes. Também definimos que cada dupla de residentes seria acompanhada por um preceptor durante todo o período de gestão. Essa estratégia teve como objetivo dar suporte constante aos residentes e aproximar os preceptores às diversas áreas do hospital, proporcionando também um aprendizado para estes.

De um modo geral, os gestores foram receptivos na acolhida aos residentes. Em alguns momentos, percebemos certo incômodo de alguns gestores, motivado pelos constantes questionamentos que os residentes faziam sobre as práticas adotadas, organização dos setores e articulação com as demais áreas do hospital. Outra questão foi a intensa demanda de trabalho vivida pelas áreas, o que, em alguns momentos, impedia o gestor de dispensar maior atenção ao residente.

Alguns setores se destacaram na escolha dos residentes: Oncologia, Compras, Farmácia e Recursos Humanos. Em nossa percepção, essa maior afinidade do residente com esses setores foi motivada por dois fatores: a percepção do residente da importância e relação direta com a prática e suas consequências; e receptividade e disponibilidade dos gestores e colaboradores.

Ao término do período de gestão, proporcionamos um momento em que os residentes apresentaram aos gestores das áreas suas percepções e contribuições. Nesse momento, pudemos perceber a riqueza da experiência vivida por todos os atores: residentes, preceptores e

gestores. Por outro lado, os residentes trouxeram uma nova demanda: iniciar o período de gestão durante as atividades práticas, no momento em que as questões afligiam os residentes na prática cotidiana.

Discutimos muito essa questão e optamos por manter a vivência da gestão no final do Programa considerando os seguintes aspectos:

1. As questões apresentadas pelos residentes foram subsidiadas pela vivência na “ponta”. Na medida em que o residente se apropriava do seu papel na equipe multiprofissional, defrontava-se com uma série de dificuldades relacionadas à estrutura hospitalar, ao Sistema Único de Saúde e à a deficiência do trabalho em rede. Sem essa vivência, que se deu em unidades de internação que contemplavam todas as linhas de cuidado, não seria possível trazer à tona a riqueza de questões que vivenciamos;

2. Conciliar a Semana Padrão do residente nos cenários hospitalar e da Atenção Básica, além dos momentos teóricos e de tutoria, com a rotina dos setores envolvidos na vivência da gestão, pareceu-nos inviável. Tínhamos como objetivo central proporcionar ao residente diversas atividades com a menor sobrecarga possível.

Considerações finais

A experiência de organizar a vivência prática da gestão em saúde no PRMAS, liderada pelos setores de integração ensino-serviço da SMS Santos e Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos, proporcionou aprendizado e reflexões não só aos residentes, mas promoveu os encontros tão necessários entre a gestão e a “ponta”. Foi sem dúvida mais um diferencial, pois tratou-se de uma atividade de formação sobre a organização e funcionamento das instituições de saúde, seus limites e possibilidades, questão essencial para o profissional no âmbito da saúde coletiva.

Referências

ASSUNÇÃO, A.A. **Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde**. Belo Horizonte; Nescon/UFMG, 2012.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde, **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-987, out./dez. 2005.

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, v.14 n.1 Rio de Janeiro, Jan./Jun 2004.

LOPES, S.R.S.; PIOVESAN, E.T.A; MELO, L.O.; PEREIRA, M.F. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Com. Ciências e Saúde**. v.18, n.2, p.147-155, 2007.

Capítulo 10.

EXPERIÊNCIAS EM ESTÁGIOS OPTATIVOS

Carolina Vieira Tomanik Adolpho

Heloisa Gonçalves Alexandre

Maira Heise

Eduardo Rodrigues da Silva

Estágio optativo: o que é?

Existem diferentes tipos de sistemas de saúde para atender a população de cada país do mundo; no Brasil, denomina-se Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS foi criado após a década de 70, com o fim da ditadura militar e após a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, quando a saúde foi reconhecida como “direito de todos e dever do Estado”, mediante a composição de um sistema descentralizado e democrático de saúde, a partir da Reforma Sanitária e com a redação do artigo 196 da Constituição Federal de 1988. Em 2002, foram criadas as Residências Multiprofissionais em Saúde ou em Área Profissional da Saúde, tendo a Saúde da Família como ponto de partida, expandindo-se para outras áreas e programas do SUS.

Com o intuito de comparar, adicionar novas experiências e entender o modo de funcionamento da saúde em lugares distintos, aos Residentes Multiprofissionais foi possibilitado realizar um período de estudos em outros Programas de Residência ou em outros sistemas de saúde distintos do brasileiro, chamado de Estágio Optativo.

O Estágio Optativo pode ser definido, em termos gerais, como uma atividade extracurricular de aprendizagem e experimentação profissional que pode favorecer ao educando a oportunidade de vivenciar uma prática profissional diferente daquela em que normalmente está submetido, contribuindo para ampliar o horizonte de entendimento sobre a lógica das próprias práticas, vivenciando-as por um olhar imerso em novas situações, realidades, dificuldades e facilidades, multifacetando-o.

Cada instituição professa a sua prática de atendimento em saúde segundo a sua realidade profissional. Esta, por sua vez, sofre influências da especificidade de atendimento ao público assistido, em função de suas peculiaridades regionais ou dos valores acreditados pelos atores que as vivenciam, tanto na academia quanto no cenário de atuação profissional.

O Estágio Optativo tem como intuito principal estimular a multiplicidade de vivências e soluções em função das situações-problema locorregionais, contribuindo para ressignificar o olhar do cuidado para com o usuário do serviço em saúde e estimular o surgimento de recursos diferenciados em função da experiência profissional em um contexto diferente do já vivenciado.

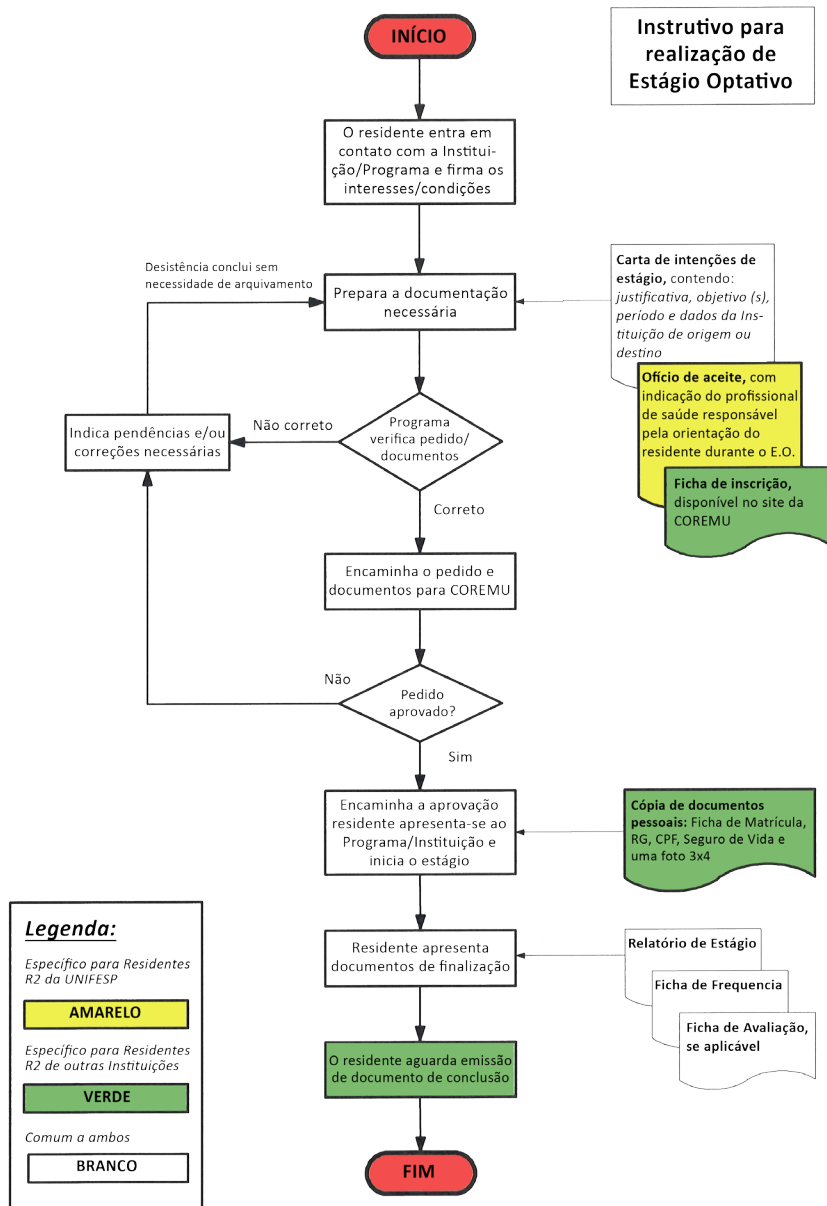
A tramitação do processo é iniciada pelo próprio profissional de saúde residente, a partir do segundo ano do Programa (R2), mediante apresentação pessoal dos interesses à instituição anfitriã, por meio de uma **carta de**

intenções de estágio. Firmado o acordo preliminar e as pertinentes autorizações entre as Coordenações, COREMUs e cenários de prática profissional de ambos os Programas envolvidos, a Instituição Anfitriã e o profissional de saúde residente recebem as autorizações e a documentação inerente (seguro saúde, normativas de estágio, fichas de frequência e avaliação, dentre outros). Quando do seu retorno, o profissional de saúde residente fornece os documentos resultantes de sua experiência (relatório de estágio e fichas de presença e avaliação), geralmente sendo convidado a apresentar sua experiência ao grupo. O Estágio Optativo tem duração máxima de trinta dias, se em território brasileiro, e sessenta dias, se internacional. (Art. 34º do Regimento COREMU-UNIFESP)

Um fato que vale destacar é o pioneirismo e a iniciativa dos profissionais em saúde residentes do *Campus* Baixada Santista nesse tipo de mobilidade estudantil, desde a busca por instituições anfitriãs, inclusive internacionais, bem como as pertinentes negociações de período, cronograma, cenários, locais, escopo e possibilidades de atuação. Dessa ação resultou o aperfeiçoamento das próprias práticas didático-administrativas de regulação e promoção do Estágio Optativo como uma valiosa experiência extracurricular, tanto de cunho pessoal quanto profissional.

A análise do fluxograma do “Instrutivo para realização do Estágio Optativo” permitirá entender melhor o funcionamento do processo administrativo.

Figura 7: Fluxograma do Instrutivo para a realização do Estágio Optativo.



Fonte: PRMAS.

Dados na mesa: o estágio optativo em resultados

Dos quarenta residentes multiprofissionais que concluíram o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS) ao longo de seus cinco anos de atividade, vinte e dois realizaram estágio optativo, seja em território nacional (17) ou internacional (5). Com o intuito de avaliar essa experiência e entender melhor os seus resultados, os autores reuniram-se para discutir a metodologia de trabalho mais adequada.

Principiamos com um grande desafio, considerando que grande parte do público-alvo é composto por estudantes já formados, que assumiram novos compromissos de trabalho ou simplesmente retornaram as suas residências, muitas vezes em outros estados: como desenvolver e disponibilizar um instrumento que conseguisse interpelá-los com amplitude, simplicidade e eficácia, obtendo o máximo possível de adesão? Após algumas reuniões, decidiu-se criar um formulário eletrônico para preenchimento online, por meio do editor de formulários do *Google Docs* (pacote gratuito de aplicativos e ferramentas de produção da empresa americana Google Inc.[®], que funciona diretamente no ambiente do navegador de Internet), uma vez que esta ferramenta possibilita o acesso a partir de um simples celular, bem como colhe e classifica automaticamente as respostas em uma planilha eletrônica virtual e tabula simplificada os resultados. Abaixo, exibimos uma imagem do formulário virtual, construído com seis perguntas e com tempo de resposta estimado de até cinco minutos, sendo cinco objetivas (dentre estas, quatro obrigatórias) e uma discursiva optativa; nas quatro primeiras, objetivou-se colher dados básicos acerca do local, região e duração do estágio optativo; nas duas últimas, detalhes sobre a experiência em si. Obtiveram-se quinze respostas válidas.

1. Que tipo de estágio você realizou?
2. Se internacional, em que país você estagiou?
3. Em que tipo de instituição você realizou seu estágio?
4. Quanto tempo durou seu estágio optativo?
5. Informe como foi sua experiência de estágio optativo.
6. Use o espaço abaixo para outros apontamentos.
7. Figura 8: Formulário para levantamento de dados acerca da experiência de Estágio Optativo.

Dados para levantamento de experiência de Estágio Optativo para o Livro do PRMAS

CONTRIBUA COM A SUA RESPOSTA, GARANTIMOS O ANONIMATO!

*Obrigatório

ATENÇÃO: para efeitos de apresentação, deslocou-se esta questão para a direita

QUE TIPO DE ESTÁGIO VOCÊ REALIZOU?*

- Internacional
- Nacional, região Norte
- Nacional, região Nordeste
- Nacional, região Centro Oeste
- Nacional, região Sudeste
- Nacional, região Sul

SE INTERNACIONAL, EM QUE PAÍS VOCÊ ESTAGIOU?

EM QUE TIPO DE INSTITUIÇÃO VOCÊ REALIZOU SEU ESTÁGIO?*

- Pública, pertencente a uma Universidade Federal
- Pública, pertencente a uma Universidade Estadual ou Municipal
- Pública, pertencente a um Hospital ou Serviço de Saúde
- Pública, pertencente a uma Fundação ou ONG
- Privada, pertencente a uma Universidade
- Privada, pertencente a uma Empresa ou Sociedade
- Não sei informar

QUANTO TEMPO DUROU SEU ESTÁGIO OPTATIVO?*

- até 10 dias
- de 11 a 15 dias
- de 16 a 20 dias
- de 21 a 25 dias
- de 26 a 30 dias
- de 31 a 35 dias
- de 36 a 40 dias
- de 41 a 45 dias
- de 46 a 50 dias
- de 51 a 55 dias
- de 56 a 60 dias
- superior a 60 dias

USE O ESPAÇO ABAIXO PARA OUTROS APONTAMENTOS

ENVIAR

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

INFORME COMO FOI SUA EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO OPTATIVO*

Cruze cada linha (pergunta) com a respectiva coluna (grau de adequação da resposta)

	CONCORDO (verdadeiro)	NEUTRO (Não sei dizer)	DISCORDO (falso)
Percebi trabalho em equipe nos cenários de prática profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Havia momentos de diálogo ou troca, entre a equipe, sobre práticas em saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fui acolhido tanto nos serviços quanto nos locais de atuação prática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A instituição anfitriã tinha a infraestrutura necessária para realização do estágio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percebi que o modelo de saúde é centrado no profissional médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visualizei interprofissionalidade entre as práticas de saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O que aprendi no estágio tem/terá aplicabilidade em minhas práticas profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O que aprendi no estágio permitiu transformações pessoais e/ou profissionais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Visualizei participação social como uma ferramenta na gestão de políticas públicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Percebi atividades de promoção e prevenção em saúde na prática	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Constatarei que a produtividade interfere negativamente na qualidade de atendimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

100% concluído.

Fonte: PRMAS.

Após um período de colheita e análise dos dados, obtivemos os seguintes resultados, acerca da experiência dos Residentes Multiprofissionais do PRMAP em seus respectivos processos de realização de Estágio Optativo:

Os Estágios Optativos realizados em território nacional ocorreram, em sua maioria, no eixo sul (40%) e sudeste (20%), majoritariamente em Instituições Federais de Ensino Superior (67%), embora outra parte significativa tenha se desenvolvido em Hospitais e demais serviços estaduais ou municipais de saúde pública (20%); já os internacionais aconteceram em Portugal e Cuba, igualmente apresentando grande relevância (20%). Em ambos os casos, o período de experiência teve duração média de trinta dias (73%), com um positivo relato geral de acolhimento pelos serviços e locais de atuação prática (87%), bem como infraestrutura geral para a realização do estágio (80%).

A grande maioria dos residentes multiprofissionais relatou ter percebido atividades de promoção e prevenção em saúde na prática dos profissionais de saúde (73%), bem como momentos de diálogo ou troca entre a equipe (80%). Esses residentes afirmaram também que o aprendizado obtido no Estágio Optativo permitiu transformações pessoais ou profissionais, acreditando na aplicabilidade desse aprendizado em suas futuras práticas profissionais (87%).

Atentando-se para os dados vistos acima, é possível sugerir que as reflexões promovidas pela realização do Estágio Optativo possam ser resultantes tanto do afastamento do discente de seu campo habitual de trabalho quanto da aproximação e observação da realidade funcional de outros serviços e equipes. Tal afastamento pode suscitar uma releitura na intensidade das emoções, relações e problemas cotidianamente vivenciados a partir da compreensão analítico-reflexiva de outros contextos,

possibilitando repensar seu trabalho, sua inserção na equipe e assim enxergar novas possibilidades. Evaldt (2010), dissertando sobre sua experiência de estágio, faz uma interessante reflexão:

Estamos habituados com a realidade cotidiana, logo, procuramos entender fatos ou conceitos a partir daquilo que nos é mais conhecido, vivenciado todos os dias. Este setor da realidade é também chamado de 'não problemático'. (DUARTE, 2006) Não é problemático porque pensamos ter domínio dos conhecimentos que dispomos sobre ela, o que nos leva a deixar de questionar acontecimentos ou conceitos relacionados à realidade imediata. (EVALDT, 2010, p.26)

Visando ilustrar a riqueza dessa vivência, selecionamos três narrativas de Estágio Optativo: uma experienciada em território nacional e duas internacionais.

Azeite e bacalhau: um relato de experiência em Portugal

“Ora pois”, mas por que Portugal?

Tudo começou nos comentários sobre o tal “sistema de saúde europeu”: que é um exemplo, é ótimo e deveria ser um modelo mundial. Quando se mergulha de cabeça, trabalhando na área da saúde, esse tipo de discurso pode causar a famosa “pulga atrás da orelha”. Será que existe mesmo uma atenção à saúde perfeita?

A partir desse questionamento foi preciso analisar as possibilidades e Portugal foi escolhido devido à a facilidade da língua e porque esse país passou por reforma recente de reestruturação e reorganização dos cuidados primários

de saúde, com a implantação de Unidades de Saúde da Família (USF), desde 2006. (PORTUGAL, 2010) Escolha feita, processo burocrático cumprido, estágio em Fisioterapia na Saúde da Comunidade aceito, passagens aéreas compradas: “Portugal, lá vamos nós”!

O pouso ocorreu no dia 9 de fevereiro de 2014 e os estágios observacionais iniciaram na mesma semana. Primeiramente foi preciso entender que a gestão de saúde em Portugal também se dá regionalmente, porém de forma “desconcentrada” (e não descentralizada), por meio através das Administrações Regionais de Saúde (ARS). As ARS coordenam os serviços responsáveis pela Atenção à Saúde e, dentre estes, estão os Centros de Saúde, que são distribuídos em Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES).

Os Centros de Saúde e os ACES são compostos por unidades funcionais, a saber:

- Unidade de Saúde Familiar (USF);
- Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP): é considerada equivalente a USF, pois possui estrutura idêntica, no entanto, a equipe é composta por médicos, enfermeiros e administrativos não integrados em USF;
- Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC): se caracteriza-se por prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social em ambiente domiciliar e comunitário. Equipe composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos;
- Unidade de Saúde Pública (USP): responsável por elaborar informações e planos no âmbito da saúde pública, proceder à vigilância epidemiológica e gerir programas de intervenção em prevenção, promoção e

proteção da saúde. A equipe é composta por médicos e enfermeiros de saúde pública ou de saúde comunitária, bem como técnicos de saúde ambiental;

- Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados (URAP): presta consultoria e assistência a outras unidades funcionais, além de organizar ligações funcionais aos serviços hospitalares. Equipe composta por médicos de várias especialidades (exceto geral, familiar e de saúde pública), assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, técnicos de saúde oral (não são dentistas).

Cada Centro de Saúde possui pelo menos uma USF ou UCSP (já que são equivalentes em teoria) e uma UCC, ou serviços prestados por esta. Cada ACES é constituída, além dos Centros de Saúde, por somente uma USP e uma URAP. (PORTUGAL, 2006)

Conforme mencionado anteriormente, apesar da inserção em uma Residência Multiprofissional, foi solicitado estágio em área profissional específica, pois não foram encontradas formações semelhantes a do PRMAS. Nesse contexto, os fisioterapeutas da rede de saúde de Portugal estão alocados em UCCs, em hospitais e URAPs. Já que esta última funciona de forma parecida com os centros de especialidades no Sistema Único de Saúde (SUS), em que os usuários vão ao serviço para consultas e tratamentos ambulatoriais e o estágio em questão seria em saúde da comunidade, as UCCs foram as unidades em que se acompanhou o trabalho dos fisioterapeutas que compunham as equipes.

Os atendimentos mais observados dentro das UCCs foram os realizados pelas equipes, ou parte delas, da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;

nesse sentido vale conceituá-la. Considerando “Cuidados Continuados Integrados (CCI)” o conjunto de intervenções sequenciais de saúde ou de apoio social, decorrente de avaliação conjunta, centrado na recuperação global e que visa promover a autonomia e melhoria da funcionalidade do sujeito ou cuidador, essa rede é constituída por unidades e equipes que trabalham nesse âmbito. (PORTUGAL, 2008) A rede de CCI tem grande visibilidade no país e foi inevitável não observar em campo que há cobrança em relação à produtividade de ações realizadas por esta, o que acaba sobrecarregando o profissional e dificultando que projetos de promoção e prevenção de saúde sejam desenvolvidos, pois o profissional que faz parte da equipe de CCI é o mesmo responsável por desenvolver os outros projetos que competem à UCC.

Apesar das questões apontadas acima, alguns projetos de promoção de saúde foram vivenciados, sendo alguns grupos de práticas de exercícios voltados para a população idosa e um para os portadores de diabetes. É evidente a grande adesão a essas atividades, inclusive pelo público masculino, característica pouco observada nas propostas oferecidas e realizadas pela turma R2013 do PRMAS, quando no campo da atenção básica. É plausível refletir que essa diferença possa ser observada devido ao país europeu sugerir melhor estrutura para aposentadoria plena de seu público senil, ou até pela relação dos homens com a saúde como fruto da cultura local.

Nesse contexto, foi possível perceber o crescimento que a atuação “multiprofissional tentando o interprofissional”, como a encontrada no PRMAS, pode promover. Foram muitos os momentos, para não dizer todos, em que se sentiu a imensa falta dos colegas para discussão de casos em equipe, salientando-se que houve várias discussões com os profissionais acompanhados em

que foi apontada a necessidade dessa ou daquela área profissional atuar juntamente em alguns casos. Apesar de não ter se percebido trabalho em equipe de fato nos serviços, foram observadas discretas trocas no corredor sobre um caso ou outro.

Em relação a reuniões de equipe, foi informado que em algumas UCCs aconteciam quinzenalmente, porém não houve a oportunidade de vivenciá-las. Por outro lado, foi possível participar da reunião de uma equipe de CCI uma vez, na qual as discussões foram bem multidisciplinares, cada área expondo seu parecer sobre o caso em questão, para posteriormente a equipe definir encaminhamentos.

Outra reflexão surgiu ao encontrar colegas de profissão que trabalham totalmente “dentro da caixinha”, ou seja, com olhar compartimentalizado sobre o sujeito e suas situações. A conversa é muito difícil perante o discurso “isso não compete à fisioterapia”, nesse sentido é preciso encontrar estratégias para lidar com essas situações e conseguir colocar que, além de fisioterapeutas, estes sujeitos são profissionais de saúde. Em contrapartida, houve encontros com outros colegas que estariam totalmente abertos para aprender a trabalhar de forma compartilhada, mas infelizmente esse modelo de trabalho ainda é insipiente, tanto no Brasil quanto em Portugal. Fica aparente a importância de a interdisciplinaridade ser trabalhada desde a formação de base para oportunizar a prática interprofissional; mais que isso, é preciso comprovação científica dos resultados que essa abordagem traz.

Em relação à diferença entre os sistemas de saúde, pondera-se que o planejamento adequado à realidade de um país, baseado em sua cultura e no tamanho de sua população, não necessariamente funcionam bem em outro país, em virtude de suas particularidades características. Foi

uma oportunidade incrível conhecer um sistema de saúde do “modelo europeu” e considerar que este apresenta pontos fortes, como a Rede de Cuidados Continuados Integrados; por outro lado, quase todos os serviços do Sistema Nacional de Saúde de Portugal são cobrados dos usuários, além dos impostos, enquanto o SUS se limita apenas aos impostos. Conclui-se, assim, que dificilmente existirá um sistema de saúde perfeito, para ao qual “nenhum dedo seja apontado”. A verdade é que todo sistema possui suas lacunas e questões a serem aprimoradas.

Diante disso, acredita-se que o investimento em formações diferenciadas dos profissionais de saúde, pelo implemento de mais teoria sobre o SUS na grade curricular, a formação baseada na experiência e a vivência na prática do trabalho em equipe, possam constituir um investimento positivo. Deve-se pensar também em maneiras de divulgar os pontos positivos encontrados no SUS, para que apareçam mais do que os desafios a serem superados.

Maracatu e queijo de coalho!: um relato de experiência em Pernambuco

Ao vivenciar uma realidade diferente em saúde, movimento social, postura política e educação, novas inquietações e reflexões são disparadas, possibilitando um olhar diferente dos modelos de atenção ao usuário das políticas públicas municipais e estaduais, em específico no eixo Santos / São Paulo. Assim, a escolha por conhecer o formato de saúde praticado no nordeste, especificamente em Recife (PE), deu-se pela curiosidade em compreender conhecer o modo de funcionamento do SUS em outra parte do país.

Ao chegar a Recife, soubemos da divisão da cidade em seis Distritos Sanitários (DS), bem como das ações das Universidades segundo esses DSs, da seguinte forma: a Universidade de Pernambuco (UPE) tem como cenários os DS dois (II) e três (III); a Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e outra universidade pública do município detêm os DSs quatro (IV) e cinco (V). De acordo com essa divisão, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família está inserida nos DSs da UPE.

Esses distritos são divididos em Microrregiões e dentro delas existem os bairros, onde estão localizadas as Unidades de Saúde em que são desenvolvidas as ações, além de outros espaços dentro das comunidades. Esse tipo de divisão remete, de uma forma comparativa, à praticada em São Paulo, no quesito das Universidades, bem como das autarquias que oferecem serviços de cuidado em saúde para a população. No entanto, ao se olhar a cidade em que o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde está inserido, a divisão existente se dá de uma forma muito mais político-universitária do que relacionada à necessidade populacional, ao menos é o que o contato inicial com Recife nos apresentou; resguardados os embates políticos na divisão de Recife, ela se mostra bem estruturada.

Durante o processo do Estágio Optativo, conhecemos os programas de saúde existentes no Estado e desenvolvidos em Recife, sendo estes: Prevenção e Controle das Hepatites Virais, Prevenção e Controle de Aids e outras DSTs, Programa de Controle da Tuberculose, Programa de Controle do Tabagismo e Outros Fatores de Risco de Câncer, Programa de Imunização do Estado, Programa de Prevenção à Dengue, Programa de Telemedicina em Cardiologia, Programa de Vigilância e Controle das Leishmanioses Visceral e Tegumentar; Raiva e Peste, Programa Estadual de Vigilância, Prevenção e Controle da Hanseníase, Programa Mãe Coruja

Pernambucana, Programa Pesquisa para o SUS (PPSUS), Programa Sanar – Doenças Negligenciadas, Programas de Residências, Projeto Boa Visão, Programa Saúde na Escola e o Programa Mais Médicos. Dentre estes, os que mais nos chamaram a atenção foram os dois últimos.

A forma com que a Equipe de Residência, a Unidade de Saúde e a Escola estão integradas e manejam as ações do Programa são efetivamente simples e assertivas. Observamos que os envolvidos no processo de cuidado das crianças e adolescentes, atendidos pelo programa, empenham-se para que a ação vá além da questão da saúde biológica propriamente dita, transformando-o em algo que seja culturalmente reconhecido pela população atendida.

Manter contato com os profissionais de saúde do Programa Mais Médicos e entender a dinâmica de atendimento à população, entre os profissionais brasileiros e cubanos (os que conhecemos foram todos cubanos), significou ir desde questões relacionadas ao idioma até as às diferentes formas de cuidado, no intuito não apenas de sanar as dúvidas da população atendida como também proporcionar um atendimento mais adequado.

Conhecemos também algumas coordenadorias de saúde como: SAMU, Saúde Bucal, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde da Mulher, Saúde da Pessoa com Deficiência, Saúde da População Negra, Saúde Mental, Segurança Alimentar e Nutricional Sustentável. Ao visitar algumas unidades de saúde, conhecemos também grupos em saúde existentes no local: Unidade de Saúde da Família – Córrego do Jenipapo: Grupo HiperDia (para munícipes que tinham hipertensão e diabetes), Grupo da Diversidade (público LGBTQ+), Grupo de Homens (somente para homens) e Ação do Programa de Saúde na Escola (PSE). Unidade Básica de Saúde - Mário Ramos: acompanhamento dos atendimentos no ambulatório de Fisioterapia; Unidade de

Saúde da Família – Alto do Pascoal: Grupo de Mulheres (somente para mulheres); Unidade de Saúde da Família – Córrego da Jaqueira: Reunião de Matriciamento em Saúde Mental – Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras drogas (CAPSad), reunião esta que ocorre entre as equipes da unidade de saúde e dos CAPS a fim de alinhar os cuidados dos munícipes; Unidade de Saúde da Família – José Bonifácio/Morro da Conceição: Reunião com a Gerente de Distrito Sanitário, problematizando a questão do acolhimento na unidade.

Em vivência de campo, ao acompanhar as atividades da USF Córrego do Jenipapo, como o grupo HiperDia, o grupo da Diversidade voltado para o público LGBT e o grupo de homens, ficou evidente a organização da comunidade que está para além da unidade de saúde, pois ela se inicia na comunidade, que carrega um histórico de movimentos sociais e de luta de território. Resultado disso, o trabalho dos ACS é apoiado nos munícipes e não na equipe de saúde, pois estão diariamente no território, como moradores e disparadores, facilitadores e articuladores do território com a unidade.

Conhecemos também alguns equipamentos, locais e cursos específicos: Ambulatório de Fisioterapia do Hospital Universitário Oswaldo Cruz, que dentre os inúmeros tratamentos realizados no local, existe o tratamento para pessoas infectadas com o Vírus T-linfotrópico humano (HTLV); Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde, voltados especificamente para os agentes de saúde, com conteúdos epidemiológicos, territoriais dentre outros, curso este que fora conseguido devido à organização e movimento dos agentes de saúde; Comunidade Quilombola Onze Negras; Unidade de Cuidados Integrados Guilherme Abath, neste equipamento encontram-se os profissionais que realizam as práticas integrativas em saúde, a fim de oferecer outros cuidados em saúde para a população.

Durante o período de estágio conseguimos perceber o fazer do SUS de outras formas, muitas vezes efetivas. Percebeu-se o comprometimento de trabalhadores e gestores da saúde, ressaltando o comprometimento da região com o cuidado à população. Ao deixarmos o Recife, saímos com um questionamento importante: como, dentro das nossas possibilidades nos locais em que estamos, podemos fazer um SUS melhor, um SUS efetivo? Pois percebemos que ele é possível.

Hasta la victoria, siempre!: um relato de experiência em Cuba

Este relato traz a vivência de uma residente no campo da saúde pública de Cuba no que foi o primeiro estágio optativo internacional do Programa de Residência da UNIFESP. Esta iniciativa pioneira trouxe desafios que percorreram desde o preparo da documentação e aceite pela Escuela Nacional de Salud Publica até o retorno da Ilha.

No mês de julho de 2011, formou-se um grupo online composto por residentes e preceptores de diversos programas de residência brasileiros (UFSC, UFSCAR, UFPE, UFRS, dentre outras), com interesse em realizar o estágio eletivo em Cuba. Esse grupo, consolidado com 20 integrantes, discutiu e elegeu coletivamente tanto as temáticas a serem enfocadas quanto as atividades oferecidas a partir das possibilidades apontadas pela Instituição cubana, incluindo aulas teóricas, reconhecimento do território e vivências nos serviços de saúde local. A proposta principal foi conhecer e fortalecer as práticas interdisciplinares no contexto cubano, na área da atenção básica, especialmente nas seguintes linhas de cuidado: saúde da mulher e recém-nascido, criança e adolescente e saúde do adulto e idoso.

¡Bienvenido!

Localizada no mar do Caribe, com uma superfície de 104.945 Km² e ocupada por cerca de 11 milhões de habitantes, a Ilha de Cuba chama a atenção por seu contexto histórico, marcado por transformações políticas e sociais. Foi na Revolução de 1956 que Cuba se tornou uma república socialista e, após quase 53 anos do governo de Fidel Castro, exibe seus melhores êxitos no campo social, tendo conseguido eliminar o analfabetismo, diminuir significativamente as taxas de mortalidade e implementar um sistema de saúde público universal. Diante deste contexto informacional, ressaltaram os desejos de (re) conhecer a história da saúde pública em Cuba por meio de uma vivência “in loco”.

“Los derechos no se compran con lágrimas”. Essa foi a sentença que marcou o primeiro encontro verbal ocorrido em território cubano. O trecho remete a um famoso parágrafo do texto constitucional brasileiro: “A saúde é um direito de todos e dever do Estado”. O que faz refletir: onde se encontram nossos direitos?

E foi construindo paralelos entre a saúde pública no Brasil e em Cuba que se trilharam os caminhos percorridos por essa vivência, tomada por bons encontros e partilha de saberes. De fato, durante essa trajetória, alguns fatores dificultaram a compreensão da realidade local, como as distintas realidades sociais entre Brasil e Cuba, as diferentes formas de organização da sociedade, a estruturação do sistema de saúde e principalmente a língua, que ainda registrando semelhanças, algumas conceituações e termos do âmbito da saúde pública não se faziam claros.

Em Cuba, saúde é um produto social, que contribui para o desenvolvimento da nação e isso parece ser levado muito a sério. Identificou-se muito comprometimento

das pessoas que trabalham, tanto na docência quanto na assistência, de forma integrada; um exemplo, é que todos os equipamentos referentes à saúde levam a nomenclatura de “Docentes”, de forma a deixar evidente a integração entre ensino e serviço.

A partir de 1984, o Sistema Nacional de Saúde Cubano passou por uma reestruturação, com a implantação do Programa de Atenção Integral à Família como estratégia sanitária, ou seja, a Atenção Primária à Saúde (APS) não é apenas um nível de atenção, mas uma estratégia de organização sanitária. A estratégia de Atenção Primária à Saúde é dividida por três níveis de atenção, sendo eles: Atenção Primária (consultórios, grupos de trabalho, policlínico, *hogar* materno, CCSM, casa de *abuelos*), Atenção Secundária (Hospitais – Centros de Atenção) e Atenção Terciária (institutos especializados).

Vale ressaltar, ainda, que o Sistema Nacional de Saúde instituiu uma forma programática de intervenção (ou seja, por programas), que não são verticais, fragmentados ou isolados e, sim, integrais e intersetoriais. Há quatro programas priorizados pelo Ministério de Saúde Pública:

1. Programa de Atenção Materno-Infantil: abrange saúde da mulher, da criança, do adolescente e planejamento familiar. Esse é um dos principais êxitos do SNS, indicador de qualidade do sistema, de desenvolvimento econômico, social, educacional e político de um país. A mortalidade materna é de 29,7%, crianças com baixo peso ao nascer é de 5,7%, a mortalidade infantil é de 9 a cada 1.000 nascidos vivos, número que diminui a cada ano. “É muito raro que, se uma criança menor de 1 ano morrer hoje às 8h, às 12h o presidente de Cuba não esteja sabendo”. Em Cuba, o aborto não é uma prática ilegal, dependendo de alguns critérios, sendo um direito do casal; a

Federação de Mulheres Cubanas foi fundamental para a conquista desse direito. Se comparados com o número de nascimentos, os abortos podem ser considerados altos, mas se comparar com o número de mulheres em idade fértil, não. Como o tema não enfrenta grandes resistências culturais e nem restrição de acesso à prática segura da interrupção da gestação, não conseguem diminuir os índices;

2. Programa de atenção às enfermidades crônicas não transmissíveis: as principais causas de morte são relacionadas ao câncer, hipertensão e doenças cardíacas e há um alto índice de pessoas com diabetes, por isso esse é um dos principais programas de intervenção. “Os cubanos nascem como ricos, vivem como pobres e morrem como ricos”, sentenciou um professor, analisando a perspectiva de que a mortalidade materna e infantil, assim como as principais causas de morte, se assemelham com as de países super desenvolvidos economicamente;

3. Programa de atenção às enfermidades crônicas transmissíveis: no calendário básico de imunização há 14 vacinas, sendo que, já foram erradicadas doenças como poliomielite, sarampo, tétano neonatal e doença de chagas. Há um programa intersectorial, com participação popular de controle de endemias, que envolve visitas domiciliares de brigadistas sanitários procurando possíveis focos dos mosquitos, presença de outros vetores de doenças transmissíveis. Se necessário, esses brigadistas recolhem amostra de água para identificação de larva e também desenvolvem ações de educação sanitária. A dengue é uma das principais preocupações atualmente, pois apesar de não ser considerada uma doença endêmica há mais de 50 anos, consideram a necessidade de vigilância permanente, uma vez que não

conseguiram erradicar o mosquito vetor, e com a grande chegada de turistas do mundo todo, alguém pode vir com o vírus incubado e iniciar a cadeia de transmissão. Há também um enfoque na tuberculose, com uma taxa de infecção de 5 para cada 10.000 pessoas. Como também um programa de controle de transmissão e tratamento para o HIV/AIDS;

4. Programa do adulto maior: a população com mais de 60 anos é de 15,4%; a expectativa de vida dos homens é de 76 anos e das mulheres, de 80 anos. A ação intersetorial tem enfoque comunitário e institucional a partir dos consultórios de família, equipe multiprofissional geriátrica no policlínico, círculo, casa e *hogares de abuelos*. A compreensão de que os idosos precisam ser respeitados, bem como sua história e conhecimentos, e terem condições dignas para viver é a base das ações. As *casas de abuelos* são instituições de reabilitação social, onde também se desenvolve o trabalho com as famílias. Nesse lugar, os idosos passam o dia, alimentam-se e levam suas medicações; participam de oficinas (muitas vezes desenvolvidas por eles mesmos), como as de teatro, de música, estudos e também podem contar com apoio de voluntários. Essa ação ocorre por um período de tempo determinado e quando os idosos são considerados “reabilitados” eles voltam para suas residências. Não entram na casa idosos que tenham qualquer tipo de dependência (para se movimentar, se alimentar, entre outras etc.). Os círculos de *Abuelos* são desenvolvidos nas comunidades, em parceria como o ministério do desporto, fazem caminhadas, praticam Tai-chi e, principalmente, convivem entre si. Os *hogares* são mais parecidos com instituições de longa permanência: há leitos, pessoas sem família e que necessitam de ajuda do estado.

E não foram somente as teorias que marcam essa vivência em Cuba, foram muitos os cenários, serviços de saúde, educação e eventos culturais visitados pelos grupos de Residentes: Consultórios de Família, Policlínicos, Laboratórios, Farmácias, Escolas Rurais, Museus, Feira Internacional do Livro, Teatro e Cinema. O que se percebeu durante a observação das práticas em saúde é que, se de um lado a intersetorialidade ganha evidência, entendendo que o cuidado em saúde extrapola o terreno dos equipamentos de saúde, de outro, vê-se a interdisciplinaridade como ação coadjuvante, entendendo que o modelo médico centrado é hegemônico.

No entanto, é fato que a saúde é entendida como ação promotora de vidas, que abrange os mais diversos setores públicos ofertados pelo Estado, como disse Chê em sua carta de despedida a Fidel em 1965:

[...] não deixo aos meus filhos e à minha mulher nada material e não me apena: alegra-me que assim seja. Que nada peço para eles, pois o Estado dar-lhes-á o suficiente para viver e educar-se. (CARTA DE DESPEDIDA A FIDEL, 1965, s/n)

Durante minha vivência no campo da saúde pública em Cuba, pude perceber a importância de momentos de diálogos entre teorias, conceitos e convivências. Cada passo surti efeitos no cotidiano do trabalho, constituído de iniciativas, questionamentos, reflexões, potencialidades e proposições acerca das práticas em saúde. O experimento e os sabores dos encontros durante o meu percurso na ilha da revolução me trouxeram reflexões sobre a atuação profissional em um contexto onde a colaboração e a participação social são a engrenagem de todo um sistema público que traz como elemento principal a igualdade, onde a vida de qualquer um vale a pena.

Como anfitrião: relatos de experiência de residentes de outros programas no PRMAS

O PRMAS despertou a atenção de cinco residentes multiprofissionais de outros Programas, sendo três do Estado de São Paulo (Botucatu, Campinas e São Paulo) e dois da região sul (Paraná e Santa Catarina).

Não foi realizado um estudo sistemático com esses residentes, a exemplo do anteriormente relatado, no entanto, a leitura dos relatórios de estágio, componente obrigatório para emissão de documento comprobatório de conclusão da experiência, permitiu verificar a similaridade dos relatos, desde a esperada perturbação inicial, advinda da diferença contextual, até a validade global da experiência, como nos relatou A.S.K:

Este estágio possibilitou observar que a Residência está em fase de construção (...). Apesar disso, consegui vivenciar realmente as atividades multiprofissionais (...). Este estágio propiciou também uma maior experiência de atendimentos e elaboração de grupos e uma vivência em outra realizada.

Vale apontar que os tutores responsáveis pelo acompanhamento desenvolveram cronogramas de atividade que permitiram a esses residentes observar a rotina de trabalho, tanto na Atenção Primária das Unidades Básicas de Saúde quanto na Hospitalar, na Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, visando que o estudante pudesse ter uma visão holística da integralidade do cuidado, como demonstrado no relato de A.S.K.

A realização do estágio na atenção básica ocorreu na UBS Centro de Saúde Martins Fontes, localizado no Centro Histórico do Município de Santos (...). Passando na área hospitalar foi possível entender os objetivos e a importância de integrar o atendimento do indivíduo nos diversos níveis de atenção.

Referências

ACOSTA, J. **Aprendendo saúde e sociedade**. Disponível em: <<http://juemcuba.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 20 nov 2012.

CARTA DE DESPEDIDA A FIDEL, 1965, s/n.

CUBA. Ministério de Salud Publica. **Dirección Nacional de Ciencia y Tecnología**. Prêmio Anual de la Salus, 2009, 34ed./ Pról. Ernesto de la Torre Montejo – La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2010.

ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA – ENSAP. CD **Maestría de Atención Primaria de Salud**. Curso 8. Cuba, 2012. CD-ROOM.

VALDT, L.S. **Realidade do aluno: em busca de novo olhar**. Três Cachoeiras: UFRGS, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/37729/000821779.pdf>>. Acesso em: 11 nov 2015.

IMSS. **Proceso de mejora de la Medicina Familiar**. Disponível em: <<http://www.imss.gob.mx/eep/>>. Acesso em: 15 jun 2012.

PORTUGAL, Ministério da Saúde. Alto comissariado da Saúde. **Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016:** reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Lisboa, 2010. Disponível em: <<http://pns.dgs.pt/files/2010/08/CSP1.pdf>>. Acesso em: 12 nov 2014.

PORTUGAL. **Decreto nº 38**, de 22 de fevereiro de 2008. Diário da República, 1ª série.

_____. **Decreto nº 109**, de 6 de junho de 2006. Diário da República, 1ª série-A.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO (UNIFESP). **Regimento da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde da Universidade Federal de São Paulo (COREMU-UNIFESP)**. Disponível em: <<http://www.proex.unifesp.br/multiprofissional/regimento>>. Acesso em: 11 nov 2014.

Capítulo 11.

O TECER DA REDE DE CUIDADOS: referência e contrarreferência

Alessandra Keyth Pereira

Ana Paula Geraldo de Sousa

Fabiane Aquino Lourenço de Araujo

Nataniele Patrícia Bohn Pfuetzenreiter

Vanessa Piovani Solbiati

A comunicação é uma ferramenta valiosa no cuidado com o usuário e é utilizando-se desse meio que os serviços de saúde, assistência e educação se unem para proporcionar um cuidado de qualidade, criando e fortalecendo as redes de atenção. Esse recurso é, então, utilizado na assistência ao usuário, tanto para possibilitar a continuidade de seu cuidado, como para auxiliar na criação e manutenção do vínculo.

Neste sentido emerge a indagação: como otimizar a comunicação com os diversos equipamentos de saúde, assistência e educação, possibilitando a responsabilização do cuidado ao usuário?

Na atuação profissional, percebendo os entraves que os serviços enfrentavam para realizar trocas de informações sobre o usuário, os residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde criaram um instrumento com a finalidade de articular a rede de serviços do município de Santos, objetivando a comunicação entre os profissionais, a responsabilização e a continuidade do cuidado ao usuário. Alicerçada na definição da referência e contrarreferência, a

escrita deste capítulo descreverá a trajetória dos residentes na elaboração desse instrumento e algumas repercussões de sua utilização no cotidiano dos serviços, contando com a participação da preceptoria.

O trabalho desenvolvido pelos residentes nos cenários hospitalar e da atenção básica foi pautado na atenção integral ao usuário, porém, diversas dificuldades surgiram para a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) efetivo. Muitas vezes, o usuário não conseguia relatar com detalhes o seu acompanhamento de saúde na atenção primária, não sabendo referir seus diagnósticos, medicamentos utilizados e até mesmo qual era a Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade de Saúde da Família (USF) de referência.

Observaram-se também inúmeros entraves para efetivar a comunicação da rede, como o desconhecimento, tanto dos profissionais como dos usuários, sobre os equipamentos disponíveis na rede e o trabalho desenvolvido por eles. Por vezes, os profissionais não sabiam para quais serviços seria possível realizar encaminhamentos ou não identificavam demandas que não fossem referentes a sua especialidade.

Outro aspecto relevante foi a falta de comunicação existente entre os diferentes níveis de atenção, de modo que a UBS não tinha acesso às informações de cuidado realizados em hospitais e outros serviços, dificultando a continuidade do cuidado e prevenção de agravos que poderiam culminar em novas internações.

É possível notar que muitos serviços de saúde do município de Santos ainda se organizam e funcionam baseados no modelo médico-centrado e hospitalocêntrico, de modo que o foco do trabalho desenvolvido é baseado na doença e a promoção da saúde e prevenção de agravos não são enfatizadas.

De acordo com a literatura, o Sistema Único de Saúde (SUS) se institui por meio de sistemas fragmentados de atenção à saúde, que respondem às condições agudas e à agudização das condições crônicas de forma isolada, não havendo articulações entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária, além de não serem capazes de ofertar uma atenção contínua, longitudinal e integral. Apesar dessa situação, há uma busca para que esse sistema fragmentado se torne uma rede integrada, para que o atendimento aos usuários não sofra interrupções, sendo organizados por através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar assistência contínua e integral a uma população definida, devendo ocorrer uma comunicação e articulação efetivas entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário. (MENDES, 2011)

Assim, deve-se compreender a rede em seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, possibilitando a viabilização de comunicação entre os diferentes equipamentos de saúde; permitindo encaminhamentos resolutivos, reforçando a concepção central de fomentar e assegurar o vínculo entre usuário e serviço/equipe de saúde, intraequipes de saúde, intequipes/serviços e, finalmente, entre trabalhadores e gestores. Essas ações buscam uma maior resolubilidade das necessidades de cada usuário baseando-se nos preceitos da singularidade, equidade e acompanhamento terapêutico. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; 2014)

Os usuários do SUS percorrem essa rede em busca de atenção à sua saúde e dependem da eficácia dessa articulação para ter suas necessidades atendidas. Um dos principais componentes para a integração das redes é por meio de um efetivo sistema de referência e contrarreferência. Essa prática possibilita a integralidade das ações e caracteriza uma forma de organização dos

serviços de saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014; SERRA; RODRIGUES, 2010)

Os conceitos de referência e contrarreferência em saúde ainda estão em desenvolvimento, tanto em relação aos seus sentidos teóricos quanto no que se refere à efetivação e divulgação de experiências. Apesar disso, alguns autores consideram que a referência representa o encaminhamento do usuário de um serviço de menor complexidade para outro(s) de especialização mais complexa, como os hospitais e clínicas especializadas, por exemplo. Já a contrarreferência diz respeito ao caminho inverso, ou seja, do serviço considerado de maior complexidade para aquele com menor grau de complexidade. (FRATINI et al., 2008) Assim, usuários que são atendidos em serviços de saúde, como Unidades Básicas, podem ser encaminhados (referenciados) aos serviços especializados ou de alta complexidade, como hospitais. Após ter suas necessidades atendidas ou ocorrer a estabilização de seu quadro clínico, o usuário é reencaminhado (contrarreferência) para uma unidade de menor complexidade, a fim de dar continuidade seguimento ao tratamento. (FUNDAÇÃO ZERBINE, 2014)

Pautado nessas definições, o instrumento desenvolvido (Figura 1) apresentava dados como: identificação do usuário (nome do usuário e de sua mãe, endereço, data de nascimento e idade), data da internação e alta, motivo e resumo da internação, processo saúde-doença, situação socioeconômica, dinâmica familiar, rede de suporte, histórico de atendimentos e intervenções realizadas na instituição hospitalar.

Figura 9: Modelo de instrumento de Referência e Contrarreferência.



PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE - UNIFESP BAIXADA SANTISTA
 Histórico de Acompanhamento

Paciente	
Nome da Mãe	
Endereço	
Data de nascimento	
Idade	
Data de internação e alta	
Motivo e resumo da internação	
Outras informações	

Fonte: Residentes Multiprofissionais.

Nessa experiência, o envio da referência ou da contrarreferência era realizado com o consentimento do usuário e de acordo com as discussões dos casos acompanhados pela equipe de residente, que elencava os que necessitavam de um acompanhamento mais próximo pela rede de serviços. Os casos eram, então, discutidos anteriormente e a equipe se atentava para que esse instrumento não fosse utilizado sem critérios.

Antes do envio do instrumento, por meio de endereço eletrônico ou fax, era feito contato prévio com o equipamento em que o usuário continuaria a ser assistido e, posteriormente, o envio era realizado. Na sequência, confirmávamos o recebimento do mesmo. Alguns usuários recebiam a cópia do instrumento, orientados a apresentá-lo ao profissional que realizasse seu atendimento posteriormente. Vale ressaltar que todos os usuários eram orientados a procurar sua UBS de referência para a continuidade do cuidado. Inicialmente, esse instrumento era enviado somente às unidades onde havia atuação da equipe de residentes multiprofissionais, facilitando a atenção ao usuário por essas equipes e

mantendo a comunicação entre hospital e unidade básica, sendo posteriormente ampliado para as demais unidades. A necessidade de parceria entre a atenção hospitalar e a atenção básica, mediante o estabelecimento ou criação de um diálogo intersetorial permanente, é necessária para que o sistema de contrarreferência seja, de fato, existente. (FRATINI et al., 2008)

A dificuldade para a efetivação do sistema de referência e contrarreferência, ou a sua inexistência do mesmo, é uma deficiência importante no contexto do SUS, uma vez que este se configura como peça importante para o alcance de determinados princípios e diretrizes, como a universalidade, a integralidade, a equidade, a regionalização e a hierarquização, traduzindo-se, assim, como o impedimento de algumas possibilidades de ações e intervenções em saúde. (PONTES et al., 2009; MACHADO et al., 2011)

Após um ano de uso do referido instrumento, foi necessário realizar algumas modificações em sua estrutura, para que outras informações fossem agregadas e contemplassem, assim, as necessidades de cada equipamento. Ampliaram-se também os equipamentos para os quais o instrumento era enviado, como UBS, escolas, serviços de atenção secundária e terciária, dentre outros. Em experiências pontuais, foi também utilizado na comunicação com os serviços de saúde de outros municípios da Baixada Santista e até mesmo da cidade de São Paulo.

No início dessa trajetória, o instrumento causou muita estranheza aos profissionais, até mesmo nos equipamentos de saúde em que a residência estava alocada. Muitos profissionais questionavam o “porquê” e “qual era a finalidade” do envio do instrumento, mas após esclarecimentos a explicação e envio do mesmo, muitos se mostravam agradecidos.

Outras dificuldades encontradas foram relacionadas à confecção do instrumento, como tempo para escrevê-lo, equipamentos eletrônicos disponíveis para a escrita e acesso à internet, mostrando o despreparo dos equipamentos de saúde para efetivar essa construção e envio. De acordo com SERRA e RODRIGUES (2010), os sistemas de informação e comunicação existentes são frágeis na atenção básica, muitas vezes sendo os formulários em papel o meio mais utilizado. Um efetivo sistema de referência e contrarreferência seria um elemento primordial para integração das redes de saúde, pois essas dificuldades se apresentam também em outros serviços, como o hospital, por exemplo.

Encontramos também o desafio de conhecer os equipamentos e as formas de comunicação existentes com esses serviços. Muitas vezes os dados dos serviços, como e-mail, telefone, endereço e atividades propostas, não estavam atualizados nos sites, gerando a necessidade de que fossem feitas diversas ligações telefônicas para se conseguir as informações desejadas. Sendo assim, foi criada a estratégia de se construir uma pasta contendo essas informações organizadas por município, de forma a garantir um acesso mais fácil e rápido, visando promover o envio das referências e contrarreferências. Para que o sistema seja eficaz, é necessário a correta organização, utilização e entendimento real pelos profissionais de saúde, assim como o adequado preenchimento de prontuários e formulários existentes em cada instituição. (RODRIGUES et al., 2013)

No entanto, mesmo com tantos entraves, após a familiarização dos profissionais com o instrumento pôde-se notar diversos resultados positivos. Os profissionais relataram que a referência e a contrarreferência contribuíram na abordagem e no direcionamento do cuidado do usuário. Houve estimulação do reconhecimento e valorização do

contexto do usuário, possibilitando a aproximação dos diferentes serviços relacionados ao cuidado integral.

Com a avaliação positiva desse instrumento pelos profissionais da rede, algumas iniciativas estão surgindo para viabilizá-lo como prática institucional. Um dos exemplos é o caso do Projeto Canguru, da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos, que tem estudado a possibilidade de trabalhar com o instrumento de contrarreferência para todos os recém-nascidos que receberão alta hospitalar. Outro exemplo foi a Seção Núcleo Atenção ao Tóxico Dependente, que por contato telefônico, solicitou a referência de um de seus usuários para a UBS, iniciativa que não é observada com frequência.

Além do descrito acima, o instrumento possibilitou lançar novos olhares aos profissionais dos serviços acerca do cotidiano extra institucional do usuário. Os novos olhares se fazem presentes no momento em que discutimos a quebra dos pré-conceitos que cercam o usuário, seja por não aderir ao tratamento na Unidade Básica de Saúde, seja por não ter estrutura em sua moradia para garantir os cuidados necessários em sua atual condição de doença, além de outros motivos.

Considerações finais

O desenvolvimento desse trabalho frente a um sistema médico- centrado destacou a importância de um olhar multiprofissional e singular sobre os casos, buscando uma aproximação de encaminhamentos assertivos que minimizassem os percursos desnecessários que os usuários realizam e que fossem baseados em suas reais necessidades.

Consideramos que o instrumento desenvolvido foi uma alternativa criada dentre outras possíveis e que ainda

pode ser aprimorado, sendo moldado de acordo com as necessidades de cada serviço e com as informações relevantes para cada discussão. Dessa forma, a avaliação do impacto do uso desse instrumento nos serviços e no seguimento dos usuários se faz necessário, o que emerge como objeto de estudo de pesquisas futuras.

No entanto, observamos que o instrumento favoreceu o caminhar do usuário pela rede de serviços, auxiliando na resolutividade e fluidez de sua atenção. Neste contexto, consideramos que o instrumento de referência e contrarreferência trouxe contribuições importantes ao se tornar uma estratégia institucional dos serviços.

Essa iniciativa foi o primeiro passo, que proporcionou uma sensibilização e já gerou bons resultados. O importante é estabelecer uma forma de comunicação efetiva entre os serviços e para que isto ocorra é necessário incentivo tanto institucional como pessoal, visando ao empoderamento dos profissionais de saúde, bem como a efetivação de condições suficientes nos serviços para a realização dessa troca de informações.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede HumanizaSUS - Rede de colaboração para a humanização da gestão e da atenção no SUS. **Glossário - Sistemas de contrarreferência**. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/132>>. Acesso em: 12 abr 2014.

FRATINI, J.R.G.; et al. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v.1, n.7, p.65-72, jan./mar. 2008.

FUNDAÇÃO ZERBINI. **Atendimento Médico**: Hierarquização, referência e contra-referência no SUS. São Paulo, SP. Disponível em: <http://www.zerbini.org.br/servicos/atend_medic/atend_medic_sus_hierarq.htm>. Acesso em: 12 mai 2014.

MACHADO, L.M. et al. Estratégia de saúde da família e o sistema de referência e de contrarreferência: um desafio a ser enfrentado. **R. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v.1, n.1, p.31-40, jan./abr. 2011.

MENDES, E.V. **As redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011. Disponível em <http://www.conass.org.br/pdf/Redes_de_Atencao.pdf>. Acesso em: 10 jun 2014.

PONTES, A.P.M. et al. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de Saúde: o que pensam os usuários?. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, jul./set. 2009.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.15, supl.3, p.3579-3586, nov. 2010.

RODRIGUES, L.A. et al. Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidades odontológicas implantado em cidade de médio porte na região Sudeste. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.40-45, jan./mar. 2013.

Capítulo 12.

APOIO E RODA DE ACOLHIDA

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Terezinha de Fátima Rodrigues

Mariana Chaves Aveiro

Iêda Ávila Vargas Dias

Introdução

A Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) *campus* Baixada Santista envolvida com a discussão sobre a complexidade da formação de recursos humanos para a saúde, por meio de seu Instituto Saúde e Sociedade, buscou estruturar o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde no fortalecimento de suas atividades didático pedagógicas voltadas ao aprendizado de práticas interprofissionais, oferecendo aos residentes um processo de ensino-aprendizagem interativo por meio do qual se consolidassem atitudes de autonomia, criatividade, cientificidade, auto aperfeiçoamento, cooperação, negociação entre outras. (UNIFESP, 2006)

O princípio orientador dessa construção é o de que a prática interprofissional constitui-se em um dos caminhos para que áreas profissionais, delimitadas e separadas, encontrem-se e produzam novas possibilidades.

Integrar também implica pensar em novas interações no trabalho em equipe multiprofissional, configurando trocas de experiências e saberes em uma postura de respeito à diversidade, cooperação para efetivar práticas transformadoras, parcerias na construção de projetos e exercício permanente do diálogo. Assim, a ênfase interdisciplinar demanda não à diluição das áreas, mas o reconhecimento da interdependência entre estas. (LENOIR, 1998)

No Programa de Residência consideramos a prática como um eixo estruturante para o processo de ensino-aprendizagem. No processo de construção do conhecimento, a prática necessita ser reconhecida como eixo a partir do qual se identifica, questiona, teoriza e investiga os problemas emergentes no cotidiano. O residente lida com a realidade e dela se retira os elementos que conferirão significado e direção às aprendizagens. (UNIFESP, 2006)

Apreender a prática como estruturante significa construir um referencial orientador diferenciado para as decisões pedagógicas: pensar sobre o que foi realizado representa interrogar a própria ação, os interesses e expectativas dos alunos e as condições institucionais e sociais. Neste sentido, a reflexão “jamais é inteiramente solitária. Ela se apoia em conversas informais, momentos organizados de profissionalização interativa.” (PERRENOUD, 1999, p.11)

A formação proposta pelo PRMAS aos residentes foi articulada com o compromisso formativo com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com as necessidades e realidade de saúde da população da cidade de Santos, apostando para novas práticas nos serviços, principalmente nas ações interprofissionais.

Segundo Camelo et al. (2000), para o processo de implantação do SUS, o Ministério da Saúde considera que um dos desafios está na área dos Recursos Humanos, principalmente no campo de sua preparação, relativos à integração ensino-serviço. Ressalta ainda que no campo da administração de recursos humanos, um dos problemas está relacionado à inadequação de composição das equipes de saúde frente às demandas sociais e epidemiológicas.

O PRMAS funcionou como um meio de aproximar a formação do residente às realidades nacional, regional e local de saúde e de trabalho com a oportunidade de contato com situações diversas, como a percepção da multi causalidade dos processos mórbidos, sejam físicos, mentais ou sociais, tanto individuais como coletivos (UNIFESP, 2010). Como objetivo, que os residentes fossem capazes de interferir positivamente na modificação das condições de vida e saúde da população, influenciando diretamente na atenção à saúde, bem como, na terapêutica prestada aos indivíduos e coletivo.

Na diversidade que marca as conceituações, é possível identificar pontos comuns que são necessários para que uma equipe de saúde consiga trabalhar de modo interdisciplinar: o sentido de relação, a valorização da história dos diferentes sujeitos/disciplinas envolvidas, o movimento de questionamento e dúvida, a busca por caminhos novos na superação de problemas colocados no cotidiano, a ênfase no trabalho coletivo e na parceria e o respeito pelas diferenças.

Partindo da ideia que para trabalhar junto no futuro é importante aprender junto sobre o trabalho, os residentes do PRMAS foram divididos em duas equipes multidisciplinares em cenários de prática, na atenção básica e no contexto hospitalar. As equipes tiveram que se conhecer e aprender a trabalhar junto, conseguir se

relacionar com as outras equipes dos cenários e também se adaptar às rotinas de cada cenário e das instituições envolvidas na residência, incluindo a UNIFESP.

Com isso, o Programa foi uma experiência muito rica para todos os envolvidos (residentes, preceptores, docentes, tutores, coordenação e gestores), porém intensa principalmente para os residentes. Oriundos de diferentes áreas com distintas formações, muitos, recém-formados e com pouca ou nenhuma experiência profissional, vivenciaram o impacto de um Programa de Residência inovador, estruturado em um formato fora do convencional, aliado à obrigatoriedade do cumprimento de uma extensa carga horária de 60h semanais durante 24 meses.

Os impactos oriundos dessa diversidade foram muitos com diferentes tensionamentos e a necessidade de construção de processos de acolhida.

A reflexão sobre o acolhimento

Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (2004) e encontra-se também presente em outras políticas como a Nacional de Assistência Social (1994). É frequente o termo como diretriz e ações no campo das políticas sociais. Quanto às ações, têm-se os serviços de acolhimento denominados: institucional, familiar; dentre outros. Ainda que nessa lógica se vinculem a um conjunto de serviços, o pressuposto é o do “acolher”, “atender” e implica “compromissos de resposta”.

Ao analisarmos a conceituação, alguns elementos estão presentes, com destaque para “postura ética que implica escuta”; “ação de aproximação, um estar com e um estar perto de”; “ativação de redes de compartilhamento de

saberes”, e fundamentalmente, “compromisso de resposta às necessidades”.

O acolhimento é uma postura ética que implica na escuta do usuário em suas queixas, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento, e na responsabilização pela resolução, com ativação de redes de compartilhamento de saberes. Acolher é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Nessa perspectiva, falar de acolhimento implica reconhecer a necessidade de espaços de escuta para as problematizações relativas a diferentes tensionamentos, com isso, a necessidade de construção de outras formas baseadas na “escuta”, porém, não só na “escuta”! É importante compreender a origem dos tensionamentos para que se construam as respostas que, muitas vezes, não estão no campo das individualidades. Trata-se das contradições presentes no campo das próprias políticas sociais que expressam interesses contraditórios.

Consideramos que o termo acolhimento traz uma série de conceituações com determinantes nas relações interpessoais, mas não podem estar deslocados da esfera pública que concentra um conjunto de tensionamentos

nos quais diferentes sujeitos convivem em uma arena com projetos em disputa.

Em todo o percurso do Programa de Residência esses elementos estiveram presentes na relação não só com os residentes, mas no conjunto de tensionamentos oriundos desta tríplice articulação: Universidade, Secretaria Municipal de Saúde e Irmandade Santa Casa de Misericórdia, mediadas pelas coordenações do Programa.

A experiência das rodas de acolhida

A ferramenta Roda de Acolhida foi o nome dado para um trabalho diferenciado que a coordenação e alguns tutores colocaram em prática mais efetivamente a partir de 2013 direcionada aos residentes. Um espaço de trocas, onde as relações, os conflitos, as tensões, as diferenças, as repactuações, a reflexão da diversidade, do respeito à alteridade, as discussões sobre os tensionamentos oriundos das situações cotidianas pudessem ser compreendidos, discutidos, atendidos, respondidos, orientados, explorados. Um momento de acolhimento compartilhado no sentido do desenvolvimento das ações em equipe.

No decorrer dos percursos formativos do programa, os residentes foram fundamentais, porém, em determinados momentos, alguns potencializaram os tensionamentos que eclodiram como conflitos, os quais apareceram de forma bastante visível.

Algumas das tensões ocorreram em decorrência da abordagem adotada no Programa dando ênfase para o trabalho interprofissional, que muitas vezes era uma prática nova também para os membros da equipe local dos cenários de prática. Outro ponto forte se deu por conta da vivência concreta e do cotidiano do trabalho em equipe que

por si só potencializa conflitos, estes agravados já que cada residente era de uma área em sua equipe multiprofissional e cada um com uma formação distinta, além do mais se sentiam sobrecarregados por terem que cumprir a intensa jornada de 60 horas semanais.

Lima (2013), em sua experiência no Programa, na condição de residente (Turma 2011-2013) reflete aspectos dessas tensões na inserção no Programa.

Considerando uma equipe de residentes recém-formada, iniciando suas atividades em um cenário “não preparado” para recebê-los, indefinições diversas, tanto quanto a preceptoria no Programa, papéis, trabalho interprofissional fez do início da inserção na Unidade um momento desafiante. O sentimento de dúvidas foi geral envolvendo a equipe de profissionais e de residentes que tinham o anseio tanto em aprender como também colocar em prática os conhecimentos adquiridos na Graduação. (...) A situação inicial gerou uma reação na miniequipe de residentes que ficou muito voltada ao grupo, ainda sem o sentido de equipe, mais reagindo “ao que não fazer”; no caso, não atuar no específico; e sim no multi, mas sem clareza ou articulações para isto. (LIMA, 2013, p.19)

Aos tensionamentos oriundos da própria constituição do Programa agregaram-se as diferenças presentes na diversidade da composição das turmas de residentes, como postura ética, idades (desde jovens recém-formados a adultos com inserções diferenciadas em espaços de trabalho); visão de mundo; inserção de classe.

Mediante a necessidade de discussão compartilhada das dificuldades, a Coordenação do PRMAS optou por

oferecer grupos de apoio para situações bem pontuais, geralmente conduzidos por docentes com experiência em conflitos no processo de trabalho, porém com o passar do tempo observou-se a necessidade de uma ferramenta que fosse constante. Assim decidiu-se por trabalhar mais sistematicamente com as *Rodas de Acolhida*.

Nesse espaço foi possível utilizar alguns recursos como: conversas, filmes, dinâmicas, atividades e construções diversas. Com a presença de algum tutor e/ou a coordenação, os encontros eram previamente agendados nos finais de tarde, com o grupo todo e também com as equipes separadamente. A Roda de Acolhida aconteceu em diferentes cenários, seja no *campus* Baixada Santista, na ISCMS, bem como nos cenários da Atenção Básica.

Para esses momentos, nos quais o objetivo além de acolher o residente foi também o de “cuidar” da equipe, construiu-se um cuidado humanizado para o coletivo de residentes, com participação coletiva nas práticas de saúde, tais como, os residentes construíam para os usuários. Dessa forma, favoreceu-se a criação de vínculo entre os atores, tutores e residentes.

Tanto profissionais quanto usuários, individualmente ou coletivamente, percebendo ou não, depositam afetos diversos uns sobre os outros. Isto ajuda a melhor compreender-se e a compreender o outro, aumentando a chance de ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença de modo proveitoso para ela. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Segundo Jorge et al. (2011) o vínculo favorece o cuidado integral por democratizar e horizontalizar as práticas em saúde, na medida em que constrói laços

afetivos, confiança, respeito e a valorização dos saberes. Assim, o vínculo construído na Roda de Acolhida propiciou o reconhecimento multilateral da parceria e corresponsabilização para a realização das atividades pactuadas nos diferentes cenários.

A Roda de Acolhida se constituiu em um momento privilegiado para problematizar as questões oriundas desta diversidade e foi considerada assertiva por todos que dela compartilharam.

Considerações finais

Consideramos que a ação da coordenação e dos tutores do PRMAS com a ferramenta “Roda de Acolhida” colaborou de modo efetivo com as relações interpessoais, permitindo fluir o processo de construção e consolidação de vínculos do trabalho em equipe.

Com a última turma de residentes essa ação ocorreu de modo sistemático, com horários agendados e dispensa dos serviços especificadamente para isto e como resultado prático nessa turma, não tivemos desistentes, enquanto que, nas turmas anteriores, até por inexperiência, não conseguimos sistematizar uma ação deste nível, somente encontros esporádicos, com um objetivo diferente da Roda de Acolhida.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde**. 2Ed., 5reimp. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília (DF), 2010.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Secretaria Nacional de Assistência social. **Política Nacional de Assistência Social**. 1994.

CAMELO, S.H.H.; ANGERAMI, E.L.S.; SILVA, E.M.; MISHIMA, S.M. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no município de Ribeirão Preto. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.4, p.30-37, ago 2000.

JORGE, M.S.B.; PINTO, D.M.; QUINDERÉ, P.H.D.; PINTO, A.G.A.; SOUSA, F.S.P.; CAVALCANTE, C.M. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. **Cien Saúde Colet**, v.16, n.7, p.3051-3060, 2011.

LENOIR, Y. Didática e interdisciplinaridade: uma complementaridade necessária e incontornável. In: FAZENDA, I. C. A. (Org.). **Didática e interdisciplinaridade**. Campinas: Papirus, 1998, p. 45-75.

LIMA; M. S. **O trabalho da equipe multiprofissional de residentes no território sob o olhar da Equipe do Centro de Saúde Martins Fontes em Santos/SP**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso. Orientação. Profa. Terezinha de Fátima Rodrigues. Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. UNIFESP, *campus* Baixada Santista, 2013.

PERRENOUD, P. **Avaliação**: da excelência à regulação das aprendizagens. Porto Alegre: ARTMED, 1999.

UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. *campus* Baixada Santista. **Projeto Político Pedagógico do *campus***. Santos, 2006.

_____. Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. **Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde**. 2010.

Capítulo 13.

CADA CASO É UM CASO: residentes multi em ação!

Aline Fajardo

Flavia Rupolo Berach

Joana Teixeira Ferraz da Silva

Maria Carolina Netto

Paula Marques de Freitas Burattini

Nestes dois anos de residência vivenciamos encontros que nos fizeram perceber as dificuldades dos profissionais de saúde em trabalhar com as diferentes necessidades dos usuários, bem como outras demandas que interferem na saúde, e que por vezes não são consideradas no cuidado. Observamos que se não estivermos atentos a certos aspectos, corremos o risco de nos deixar levar pelo olhar simplista que culpabiliza os usuários por suas ações, sem considerar o contexto no qual eles estão inseridos.

Cada caso é um caso! E assim, fica mais evidente a importância de considerar os condicionantes e determinantes sociais do processo saúde-doença, bem como a subjetividade, com o objetivo de produzir saúde e garantir a autonomia do sujeito e de sua família, equilibrando, então, o combate à doença com a produção de vida. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008)

A abordagem dos sujeitos como seres singulares favorece as possibilidades de cuidado na medida em que estes passam a fazer parte da construção e delineamento dos projetos terapêuticos. A necessidade de contextualizar e também de desenvolver a empatia com o usuário e as situações encontradas contribui para a construção de uma relação mais horizontal, respeitando e valorizando os diferentes saberes. Vínculo formado, então mãos à obra!

A você que pretende se aproximar das páginas seguintes, antecipamos: trataremos da nossa experiência a partir do acompanhamento e do trabalho árduo que é estar e caminhar com os usuários. Para superar os limites das práticas tradicionais de saúde e atingir a prática integral, precisamos lançar mão de diversas estratégias: humanização, acolhimento, vínculo, responsabilização dos profissionais para com os problemas de saúde dos usuários e resolutividade da atenção. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

Com a aproximação entre o profissional de saúde e o usuário se produz um encontro, no qual o usuário busca assistência com o profissional, criando-se um vínculo, ou seja, um processo que ata ou liga e que gera ligação afetiva e moral entre ambos, em uma convivência de ajuda e respeito mútuos. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004) A constituição do vínculo permite o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, devido às relações de afetividade e confiança entre os envolvidos, carregando, assim, um potencial terapêutico. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

Outra ferramenta adotada pelas equipes de residentes é o acolhimento. Este pode ser entendido como uma ação de aproximação, uma atitude de inclusão, que implica estar em relação com algo ou alguém. Envolve,

ainda, no compartilhamento de saberes, angústias e intervenções, acolhendo o usuário e suas demandas, com responsabilidade e resolutividade. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

A criação do vínculo se estabelece conforme se investe na aproximação com o usuário, ou seja, no acolhimento e acompanhamento de sua história e processo saúde-doença. Para a criação do vínculo é preciso que o acolhimento tenha como base a escuta qualificada, em que o profissional de saúde se atenta para questões que o usuário traz, mas que não estão diretamente relacionadas com o diagnóstico. A escuta ajuda o usuário a compreender a relação que o adoecimento tem com sua vida, bem como o auxilia na percepção de como ambos estão atrelados, e que não há mágica para a resolutividade do adoecimento, o que contribui para a sua autonomia. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Durante o período da residência, muitos foram os casos em que estivemos próximos dos usuários; estabelecemos vínculo e pudemos acolher suas demandas, mas não seria possível falar de todos, por isso elegemos alguns com os quais vamos dialogar durante o texto. Nas próximas linhas estão entretecidas as histórias de acompanhamento de casos, as incorporações teóricas e, acima de tudo, as intensidades e impactos positivos vivenciados pelos envolvidos – profissionais de saúde e usuários – além da repercussão no trabalho em rede.

Caso 1: gestando vínculos

Quem diria que uma ação de saúde poderia estar nos “olhares” de uma máquina fotográfica? Lençóis, cortinas, roupas, brinquedos e pétalas de rosas compunham o cenário de uma sessão de fotos.

Dias antes do nascimento de seu bebê, o olhar distorcido de uma gestante para sua gravidez, mesmo que momentaneamente, pode se ajustar. Por meio das fotos, ela enxergou novamente em si o desejo de ser mãe e a gratificação, que, mesmo pela ausência de tinturas nos cabelos, pelos quilos a mais e por todas as dificuldades pesadas que carregou, pode se ver e se sentir bonita.

No início de agosto de 2013, no grupo “Unidos por Cordão e Coração”, o qual se propunha a oferecer orientações a gestantes, conhecemos uma mulher de 32 anos de idade, já com alguns meses de gestação e que chorava ao falar de sua gravidez. Ouvidos abertos para uma história que estava carregada com o medo de rejeição pós-parto, o inconstante desejo de aceitação do novo e uma condição bipolar sem tratamento.

O grupo ocorria semanalmente, um pouco antes das consultas com o ginecologista, sendo o público alvo as gestantes da unidade, porém predominavam aquelas que tinham sua consulta marcada. Já essa mulher de 32 anos, independente da consulta estar marcada, tentava participar. O cansaço estava sempre presente quando chegava à unidade, mas ela se mostrava interessada. Quando não comparecia, justificava posteriormente. Suas presenças foram estreitando os vínculos com os residentes e com a equipe da UBS. Os choros se apresentaram frequentes e o tratamento para a bipolaridade precisava ser retomado. Sendo assim, o trabalho na residência permitiu acompanhar a munícipe até o NAPS, para retomar o tratamento, tanto psiquiátrico quanto psicológico.

A cada encontro, em que se visavam ao acolhimento e cuidado integral, maneiras criativas surgiam de modo a estimular a múnicipe a dar continuidade ao acompanhamento e prosseguir com uma gestação saudável e tranquila. Para isso, as discussões para a estruturação do famoso PTS (Projeto Terapêutico Singular) foram ferramentas fundamentais a fim de acolher as demandas individuais e também da rede social e familiar.

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p.40)

A retomada do tratamento, o cansaço do fim da gravidez e a descoberta de diabetes gestacional trouxeram novamente o desejo pelo aborto, assim como o sentimento de inutilidade. De modo a contribuir para que a gestação fosse encarada de maneira positiva, demonstrando que muitas barreiras já haviam sido ultrapassadas, foi proposta a sessão de fotos descrita anteriormente.

Cheiro de bebê no ar. E quem irá acompanhá-la durante o parto? O vínculo entre residentes e essa gestante estava estabelecido, de modo que foi impossível recusar o convite em acompanhar o parto, já que o pai do bebê não se sentia confortável. A nutricionista da residência entrou na sala como acompanhante e ali percebeu que todo o peso da gravidez, todas as angústias e medos, deram lugar a um lindo sorriso e a um choro de realização maternal.

Dúvidas e preocupações foram frequentes após a chegada do bebê, principalmente pelo desejo em assumir um lugar de perfeição, de alguém que possa suprir todas as necessidades do filho, mesmo que para isso fosse preciso

abdicar de sua vida como mulher e esposa. O vínculo não se encerrou no parto, a mais nova mamãe continuou frequentando a UBS nos encontros de Aleitamento Materno, trocando experiência com outras mães.

O tratamento da bipolaridade fez com que, entre sorrisos e choros, o ato de amamentar fosse interrompido. Em visitas domiciliares foram feitas algumas orientações importantes para que o encerramento do ato de amamentar não comprometesse o afeto e o cuidado com o bebê, próprio da fase de amamentação.

Os residentes trocaram de cenários de prática, a usuária e sua família estabeleceram um vínculo diferente com a nova equipe. Os residentes, sempre interessados e disponíveis, demonstraram-se apreensivos com o distanciamento da família. Entretanto, logo puderam enxergar – conforme a usuária os procurava para compartilhar suas dificuldades, satisfações e conquistas – que ela estava “caminhando com suas próprias pernas”, estabelecendo contratos terapêuticos e descobrindo suas potencialidades, tal qual é preconizado pela Política Nacional de Humanização, acerca de um sujeito autônomo na medida em que vai compreendendo seu processo saúde-doença. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) Empoderada de seu cuidado, julgou, desejou e optou por interromper o tratamento para a bipolaridade por estar enfrentando positivamente sua nova rotina, por compreender suas necessidades, sua subjetividade e seu cuidado em saúde.

Caso 2: o desabrochar de uma família: dos desafios aos cuidados

O acompanhamento pela equipe de residentes se iniciou na atenção hospitalar, em maio de 2013, quando uma criança com poucos dias de vida foi internada em um hospital do município de Santos e, devido a complicações, foi submetida a uma cirurgia na mão esquerda. Em sua alta, recebeu o encaminhamento para o ambulatório de reabilitação de mão do próprio hospital, sendo atendida principalmente pela residente de Terapia Ocupacional (TO); paralelamente, foi realizado o contato com a UBS de referência para acompanhamento mais próximo.

Durante o período de atendimento de Miguel, com a terapia ocupacional, seu irmão gêmeo adoeceu e precisou ser internado no hospital. Emanuele, uma mulher de 30 anos, matriarca da família na qual nasceram os dois meninos e outros cinco filhos, ficou extremamente dividida nos cuidados entre os filhos que estavam em casa e o filho no hospital. Para ajudá-la, a madrinha de Miguel assumia seus cuidados e o levava à terapia. Emanuele muitas vezes foi culpabilizada por não estar com seus filhos, mas eram poucos os que entendiam sua complexidade familiar. Após um mês de internação, com quatro meses de vida, o irmão de Miguel faleceu.

Por não ter acompanhado o pré-natal, descobriu na hora do parto que estava grávida de gêmeos e teve que realizar uma cesárea logo depois de um parto normal. A tristeza da mãe era latente, mas trazia a esperança religiosa de que a criança estaria em um lugar melhor. Encontrávamos uma mulher decidida, firme, que conversava e impunha respeito. Trazia no rosto as marcas das preocupações da vida: a falta de dinheiro para pagar o aluguel, comprar comida, as discussões com o ex-marido e com alguns vizinhos.

Após a saída de Miguel do hospital a equipe de residentes da UBS foi acionada para que a família recebesse um apoio bem de perto. A família morava em um porão, um local escuro, úmido e abafado no qual mal se conseguia respirar quando o dia estava muito frio, pois a casa ficava fechada por longos períodos. Não havia janelas e a única comunicação com o ambiente externo era feita por uma porta, que saía diretamente na calçada; nesse espaço se alojavam a mãe, as crianças e duas cachorras que completavam a família. Uma realidade dura de encarar, porém que se apresentava de forma muito semelhante em diversas outras famílias que moravam no território.

Os profissionais de saúde demonstraram por vezes sua dificuldade de investir no cuidado, quando em tantas tentativas anteriores não obtiveram sucesso e a adesão ao serviço sempre esteve prejudicada. Os boatos sobre a “família problema” chegavam aos ouvidos dos trabalhadores na unidade de saúde e assim só reforçavam a visão de que “não adiantava tentar, pois não daria certo”.

Mas nós tentamos. As visitas domiciliares eram as melhores ferramentas de encontro com a família, não só por contribuir para as ações ao conhecer a realidade da mesma, mas também em função dos seis filhos dificultarem a ida à UBS. Com a morte de uma criança pequena, a rede se atentou para a emergência do caso e começou a se articular. As reuniões de rede desencadearam a criação de um projeto terapêutico singular para essa família, não que antes não houvesse o cuidado, mas agora diferentes profissionais e serviços conseguiam atuar em suas especificidades orientadas sobre um objetivo comum.

A tentativa dos profissionais residentes, em parceria com outros profissionais, de reconhecer a necessidade de discussão entre os diferentes serviços é uma maneira de ir contra a compartimentalização desses, bem como

uma chance de reverter e prevenir outros boatos e a desresponsabilização das políticas e dos setores, definindo assim competências e responsabilidades de cada um. (BELLINI et. al, 2012)

Foram vários encontros presenciais entre representantes de serviços, tais como a UBS, o Hospital, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), o Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), o Conselho Tutelar, a Coordenadoria de Saúde da Criança, a Seção de Vigilância Epidemiológica e uma das escolas para traçar um projeto de cuidado e acompanhar o desenvolvimento das ações. Com esses encontros as ações se tornaram concretas, pontuando as finalidades e metas, incrementando a interprofissionalidade e buscando respostas às demandas reais da família. (BELLINI et al., 2012) A presença nos encontros contribuiu também para conhecer o outro serviço e para que a comunicação fosse mais eficaz. Por vezes, os residentes ocuparam papel fundamental de articuladores, reconhecido pelos profissionais.

A rede se fortalecia e assim conseguia dar subsídios para que Emanuele pudesse se fortalecer também. Não era tarefa simples, pois as demandas eram inúmeras, os serviços necessários nem sempre existiam, a rede não estava acostumada a trabalhar nessa conformação e cada pequena tarefa a ser desempenhada pela mãe exigia um grande esforço. Com a aproximação entre os serviços, o trabalho em rede, a construção de um projeto terapêutico coerente com a realidade da família e o protagonismo desta, as obrigações se transformaram em ações de cuidado significativas para a usuária e sua família.

As visitas domiciliares frequentes, organização de calendário semanal com atividades da usuária, a articulação da rede de serviços para discussão e compartilhamento do caso e o acompanhamento da usuária pelos serviços por

onde passou, contribuíram para a vivência intensamente próxima entre os profissionais e vinculada à família. O maior envolvimento e aproximação dos serviços no seu processo de cuidado resultou em um encaminhamento para o NAPS II, para auxiliá-la a se fortalecer emocionalmente, a fim de lidar com as atribuições de seu cotidiano. Diversas vezes, nas visitas domiciliares, Emanuele não conseguia nos receber devido à grande sonolência, efeito da medicação psiquiátrica.

Nos atendimentos sociais do CREAS, Emanuele expôs a vontade de mudar de casa e sair da vizinhança conflituosa. Então, a ideia de um abrigo institucional da família passou a ser uma realidade presente no discurso dela. Iniciou-se um longo processo de procura por uma instituição na qual as crianças e a mãe pudessem ficar todas juntas. As sete vagas foram encontradas, a família foi comunicada um dia antes que seria acolhida, juntaram seus pertences e deixaram para trás os poucos bens que mobiliavam a casa.

Dificuldades em entender as regras da instituição, o convívio com pessoas desconhecidas, a distância dos amigos e familiares, a saudade de cozinhar e ter suas coisas tornaram a estadia no abrigo sofrida. A chefe da instituição acionou a rede de serviços, pois as crianças precisavam de escola. Emanuele precisava retomar seu acompanhamento no NAPS, bem como todos da família necessitavam prosseguir com o atendimento na UBS.

Emanuele já não fazia seus acompanhamentos de saúde há algum tempo e apresentava sintomas. Após uma semana no abrigo, ela piorou e foi encaminhada para o hospital. Ali as crianças não podiam ficar sozinhas, sendo necessário transferi-las para um serviço de acolhimento especializado em cuidados com crianças e adolescentes. Novas reuniões de rede, agora com novos serviços incluídos, foram mobilizadas para que juntos pudessem organizar os

cuidados da família. Emanuele e os profissionais escolheram parentes e amigos da família para serem contatados, na tentativa de que ficassem com as crianças enquanto ela recebia cuidados no hospital.

Dias depois, ainda preocupada com as crianças, a usuária conversou com os profissionais do hospital e recebeu alta com orientação para continuar os cuidados na UBS. De volta ao bairro em que vivia, agora na casa da sua mãe, ela se reencontrou com seus filhos e ia à UBS para realizar curativo. Certo dia, o médico avaliou Emanuele e percebeu que ela estava bastante machucada, pois o curativo não tinha evoluído bem e, sendo assim, resolveram encaminhá-la ao pronto-socorro. Ela se despediu de seus filhos ali mesmo na UBS. As crianças, entristecidas, foram levadas à casa da tia.

A usuária foi hospitalizada e, após procedimentos cirúrgicos e internação na UTI, faleceu quatro dias depois. Mais do que nunca os serviços que acompanhavam a família precisariam articular o processo de guarda das crianças. O CREAS assumiu o papel central para acompanhamento das famílias acolhedoras, por meio de atendimentos, organização dos benefícios que a família recebia e de diálogos constantes com a Vara da Infância e Juventude. As escolas estiveram em contato direto com o CREAS e com o Conselho Tutelar, expondo as dificuldades e aceitação das crianças à nova realidade.

A dificuldade de vinculação da usuária ao serviço, a falta de comunicação entre os profissionais da rede, a dificuldade do trabalho em rede, a percepção de falhas e de rigidez na rede de serviços oferecidos, assim como a culpabilização da usuária, são alguns exemplos de desafios enfrentados. A capacidade de enfrentamento foi possibilitada pela integração dos serviços de saúde e de outros setores públicos não compreendidos no âmbito do

SUS, o que potencializou os recursos disponíveis evitando-se duplicidade de meios para os mesmos fins: a isso se dá o nome de intersectorialidade (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), que a passos lentos buscou aqui o cuidado da família.

Caso 3: articulando os distantes e lutando contra as burocracias

Em 2013, no início do processo de residência, uma das equipes da turma de residentes foi inserida na enfermaria da Rede de Urgência e Emergência (RUE) de um hospital do município de Santos/SP. Era uma enfermaria para homens, que suscitava diferentes histórias de vida. Entre uma e outra conversa que tínhamos com os senhores e suas famílias, conhecemos Evaldo.

Evaldo era um senhor de meia idade, reservado, tímido, falava pouco e baixo, mas sempre agradecia enfaticamente pela nossa visita. Apaixonado pelos livros, por vezes, ele nos narrava o que lia ao invés de nos contar sua própria história. Chamava a nossa atenção o fato de quase não receber visitas e ter poucas roupas, porém, sempre que lhe oferecíamos as peças que tínhamos para doação, ele negava dizendo que não queria nos incomodar, embora isso fizesse parte do nosso trabalho.

Com as visitas diárias, de duas a três vezes, conseguíamos nos aproximar de Evaldo e conhecer sua história. Ele veio a Santos quando era jovem, deixando para trás seus familiares com o sonho de trabalhar na construção civil. Mas o trabalho como ajudante de obras durou pouco e ele começou a enfrentar problemas financeiros. Procurou então os empregos oferecidos pela prefeitura, que garantiam seu sustento e permitiam uma condição de vida melhor, porém não conseguiu se manter no mercado

de trabalho formal e, com dificuldades para pagar as contas, Evaldo passou a dormir na rua, situação na qual se encontrava antes da internação.

Com o passar dos dias de internação, percebíamos que Evaldo tinha dificuldades para entender seu diagnóstico – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica grave (DPOC) – e as repercussões que este poderia ter no seu dia a dia, principalmente em relação ao trabalho, do qual se orgulhava e se reconhecia como sujeito ativo. Assim, sua única fonte de renda estaria comprometida. Depois de alguns dias, a equipe médica orientou Evaldo sobre seus cuidados e disse que ele poderia ir para casa. Mas para qual casa?

As orientações da equipe para a alta de Evaldo incluíam o uso contínuo de medicamentos de alto custo e de oxigênio domiciliar. Porém essas orientações não poderiam ser seguidas se Evaldo não comprovasse seu endereço e tivesse uma moradia com espaço físico suficiente para a instalação do cilindro de oxigênio. Percebe-se assim que, por vezes, os profissionais e equipamentos de saúde não consideram a realidade e as necessidades das pessoas em situação de rua, adotando fluxos de encaminhamento que dificultam o acesso aos serviços. Comumente os serviços que trabalham com base no território exigem comprovação ou referência de endereço, mas quem vive nas ruas não se encontra em nenhuma área de abrangência específica, tornando-se invisível para o sistema. (COSTA, 2005)

Em contrapartida a estes obstáculos, o princípio da universalidade prevê a atenção à saúde de todos os cidadãos, garantindo o acesso aos serviços públicos e conveniados ao SUS. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990) Observa-se, portanto, um paradoxo entre as políticas de saúde e sua aplicação no cotidiano dos serviços, dificultando o acesso de populações com características específicas devido a critérios burocráticos pouco flexíveis.

Pensando em um lugar para Evaldo ficar após a alta, propusemos a ele entrar em contato com a sua família, o que não ocorria há quase 20 anos. Evaldo concordou entusiasmado e, através de telefonemas, conseguimos localizar sua irmã, que morava em Minas Gerais e organizar um momento para que ambos conversassem.

A irmã de Evaldo ficou bastante preocupada com a situação, porém devido às dificuldades financeiras e de sua relação familiar, ela não poderia vir a Santos vê-lo, mas convidou o irmão para morar em sua casa. Ele, porém, não se sentia à vontade em incomodar as pessoas, muito menos sua irmã, com quem pouco conviveu na infância e tinha perdido contato há anos. Dessa forma, entramos em contato com os abrigos do município para discutir a possibilidade de Evaldo ficar lá por algum tempo, porém esses equipamentos não tinham condições para o suporte e os cuidados de saúde, nem poderiam garantir uma vaga.

Observamos a dificuldade de articulação intersetorial entre as Secretarias de Saúde e as demais do município para garantir a continuidade do acompanhamento de Evaldo, muito embora deva ser considerado que as condições de vida dos usuários refletem diretamente em suas condições de saúde e seja preconizado levá-las em consideração ao realizar o planejamento e a gestão da saúde de forma integrada com as políticas sociais e econômicas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010)

Evaldo continuou internado devido à dificuldade de comunicação entre os serviços e a falta de resolutividade. Foi enviado um relatório para o Ministério Público, solicitando auxílio para o direcionamento da situação, e, enquanto isso, o orientamos sobre o processo de solicitação de benefício que poderia auxiliar na sua autonomia financeira e fomos nos aproximando de seus amigos. Em acordo com um deles, Evaldo conseguiu um comprovante de endereço para iniciar

o processo de pedido dos medicamentos de alto custo, que demorava cerca de um mês.

Com o passar do tempo, percebíamos que Evaldo estava cada vez mais incomodado com sua permanência no hospital por se sentir preso e acreditar que nos dava trabalho. Por mais que explicássemos que fazia parte do nosso trabalho tentar favorecer as condições de alta dos pacientes, não conseguíamos amenizar seu desconforto. Até que um dia, Evaldo pediu alta.

Soubemos que Evaldo havia sido internado novamente pelos mesmos motivos cerca de três vezes após nosso primeiro encontro. Nesses momentos entramos em contato com os serviços em que ele estava, na tentativa de contribuir com os profissionais no direcionamento dos cuidados. Algumas vezes o encontramos pelas ruas de Santos e soubemos que o benefício lhe havia sido negado e que a situação continuava praticamente a mesma. Depois disto, nunca mais o vimos...

E foi assim...

Com uma dose de criatividade a sessão de fotografia pôde despertar em uma futura mãe a reflexão sobre suas sensações e expectativas com a chegada do bebê; a partir da leitura de um livro, aquele senhor tímido pode falar mais sobre si; músicas e brincadeiras podem quebrar o gelo com uma mulher fechada que reconhece a atenção e o afeto dos profissionais com seus filhos e passa a confiar nas propostas de cuidado.

Na busca da totalidade e humanização do cuidado foram aprofundadas as relações subjetivas entre trabalhador, usuário e serviço de saúde. Dispositivos relacionais como

acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomia foram utilizados e representaram possibilidades de se construir uma nova prática em saúde calcada nas diretrizes da Clínica Ampliada e do Trabalho em equipe. Esses dois termos visam o atendimento integral do sujeito por meio da intervenção interprofissional de diferentes profissionais de saúde, buscando o cuidado do usuário e ainda buscando a clínica ampliada que busca também integrar várias abordagens para o manejo mais eficaz do trabalho em saúde. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Com a discussão desses casos, quisemos refletir sobre o cuidado em saúde que desenvolvemos e que estamos construindo, e que devemos então construí-lo por meio de parcerias com a equipe de profissionais e com quem é mais importante: o usuário.

Referências

BELLINI, M.I.B.; FALER, C.S.; SCHERER, P.T.; FERREIRA, G.G.; JESUS, T.B.; GUIMARAES, C.F. **Territórios de saber & intersectorialidade**: algumas notas sobre políticas públicas no contexto brasileiro. Memórias Convención Internacional de Salud Pública. Cuba Salud, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS doutrinas e princípios**. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 2ed. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006.

_____. **Clínica Ampliada e Compartilhada**. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília. 2008;

_____. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília, 2010. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf Acesso em 24 jul. 2015.

_____. **Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. Brasília, 2010 Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/humanizaus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf Acesso em 24 jul. 2015.

_____. Cartilha da Política Nacional de Humanização. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular**. Brasília, 2007.

CECCIM, R.; FEUERWERKER, L. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

COSTA, A.P.M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos & Contextos**, nº 4, ano IV, dez 2005. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/993/773>>. Acesso em: 24 jul 2015.

LA HABANA 3-7 de diciembre de 2012. Disponível em:
<<http://www.convencionalud2012.sld.cu/index.php/convencionalud/2012/paper/viewFile/1957/617>>. Acesso em: 24 jul 2015.

Capítulo 14.

MENINOS DA MALOCA: o encontro com os usuários

Joana Teixeira Ferraz da Silva

Flávia Rupolo Berach

Ana Paula Geraldo de Sousa

Paula Marques de Freitas Burattini

Alessandra Keyth Pereira

As pulgas sonham com comprar um cão, e os ninguéns com deixar a pobreza, que em algum dia mágico a sorte chova de repente, que chova a boa sorte a cântaros; mas a boa sorte não chove ontem, nem hoje, nem amanhã, nem nunca, nem uma chavinha cai do céu da boa sorte, por mais que os ninguéns a chamem e mesmo que a mão esquerda coce, ou se levantem com o pé direito, ou comecem o ano mudando de vassoura.

Os ninguéns: os filhos de ninguém, os donos de nada.

Os ninguéns: os nenhuns, correndo soltos, morrendo a vida, fodidos e mal pagos:

Que não são, embora sejam.

Que não falam idiomas, falam dialetos.

Que não praticam religiões, praticam superstições.

Que não fazem arte, fazem artesanato.
Que não são seres humanos, são recursos humanos.
Que não têm cultura, têm folclore.
Que não têm cara, têm braços.
Que não têm nome, têm número.
Que não aparecem na história universal, aparecem nas páginas policiais da imprensa local.
Os ninguéns, que custam menos do que a bala que os mata.
("Os ninguéns", Eduardo Galeano, 2002, p.32)

No início de 2014, chegamos a uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Santos/SP como uma equipe de residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção a Saúde (PRMAS) da Universidade Federal do Estado de São Paulo (UNIFESP), *campus* Baixada Santista. Essa UBS, localizada no bairro Vila Mathias, é responsável por uma população bastante vulnerável, possuindo um território de 360 famílias cadastradas e pessoas em situação de rua, todos assistidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Em frente à UBS, na esquina do outro lado da rua, a presença de alguns homens de cerca de 40 anos de idade chamou a atenção da equipe. Ficavam sentados durante o dia em cadeiras na calçada fazendo daquele lugar uma casa, com espaço para cozinhar e para dormir, em camas improvisadas com papelões. Os muros da antiga Hospedaria dos Imigrantes de Santos serviam como as paredes das salas nas quais eram escritas frases, colocados cartazes e objetos. Esses mesmos muros escureciam cada dia mais por causa do fogão improvisado com blocos, madeiras e uma velha panela de pressão.

A comida ali preparada, carregada com tempero baiano, era oferecida por quem conseguia comprar o alimento e dividida entre todos. A comida distribuída de forma igualitária era colocada em cada um dos “sujinhos” apelidos que davam a seus pratos. Já a cachaça era compartilhada boca a boca, em pequenas garrafas, e nunca faltava.

A “Maloca”, como era carinhosamente chamada por eles, era uma realidade tão próxima que não poderia passar despercebida. Com o passar do tempo fomos nos aproximando dos “Meninos da Maloca” e fomos descobrindo seus nomes, apelidos e histórias de vida, sempre contadas de forma engraçada, embora muitas vezes tenhamos descoberto depois o peso que essas vivências tinham.

A cada visita que a agente comunitária fazia à Maloca, era reforçada a importância de que se cuidassem. A agente comunitária de saúde era uma das poucas pessoas que se aproximava deles, reconhecendo-os como pessoas que moravam no território adstrito à unidade. A discussão com os demais profissionais da unidade era bastante difícil. Poucos compreendiam que a ausência de uma casa com paredes e um teto não desresponsabilizava a unidade pelos cuidados dessas pessoas, pois elas continuavam a ser da comunidade.

Este fato não era “coisa da nossa cabeça”, pois a atenção à saúde da população em situação de rua, como de todas as outras pessoas do território, é de responsabilidade dos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Atenção Primária. A fim de aumentar o acesso desses usuários aos serviços e garantir a atenção integral à saúde, os municípios podem aderir à iniciativa do Ministério da Saúde, organizando equipes de Consultório da Rua, que desenvolvem ações compartilhadas e integradas a outros

equipamentos de saúde, de acordo com a necessidade dessa população. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a) Para isso, as relações entre as equipes das UBS e do Consultório de Rua devem ser próximas, diferente do que vivenciamos em Santos, onde os profissionais de apenas algumas unidades de saúde se articulavam com o Consultório. Observávamos uma grande demanda de trabalho para a equipe do consultório de rua e uma fragilidade eminente da rede de equipamentos que atuam com a população em situação de rua.

Aos poucos os meninos da Maloca foram ganhando nomes e histórias: primeiro conhecemos Gabriel, que timidamente começou a nos entregar jornais todos os dias e conversar com a gente. No início, cada vez que o cumprimentávamos, ele se fazia surpreso: “Vocês sabem meu nome?”. Gabriel quase nunca vinha na unidade, embora nos falasse de seus problemas de saúde. Ele trabalhava no ferro velho que fica ao lado da unidade de saúde e, aos poucos, fomos percebendo que ele tinha vergonha de entrar na UBS por se sentir sujo.

Certo dia, Gabriel nos encontrou falando que estava com dores e muito “inchaço” nas mãos e, após muita insistência nossa e da agente comunitária de saúde, Gabriel passou em atendimento médico. Porém, por não ter RG, não conseguiu realizar os exames pedidos e continuar o acompanhamento.

Não sabemos ao certo o que aconteceu com os documentos de Gabriel. Ao conversarmos com ele e com os profissionais da Abordagem Social, articulamos uma maneira de tentar fazer a segunda via da documentação através de telefonemas, encontros entre os profissionais e discussão entre os equipamentos da rede.

“A abordagem social deve buscar a resolução de necessidades imediatas e promover a inserção na rede de

serviços socioassistenciais e das demais políticas públicas na perspectiva da garantia dos direitos.” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p.22) A aproximação da equipe de residentes com os profissionais da Abordagem Social propiciou a corresponsabilização nos acompanhamentos, fortalecendo o trabalho interssetorial, a troca de experiências, de saberes e das angústias que o trabalho despertava em todos.

Se por um lado nos preocupávamos com o cuidado de Gabriel, por outro, quando estávamos no território, este demonstrava estar atento ao tratamento das pessoas em relação à gente, sempre nos protegendo e respeitando. O “Arcanjo Gabriel”, como também era conhecido por sua sensibilidade ao cuidar dos amigos, se tornou também um dos nossos protetores.

Outro parceiro do nosso trabalho era o Grego, como gosta de ser chamado. Embora more com a mãe em um distrito da cidade de Guarujá, o Grego trabalha em frente à unidade de saúde e passa muito tempo na Maloca, por vezes dormindo dias com os meninos. É conhecido como o mais inteligente do grupo por saber ler e escrever, mesmo que nunca tenha frequentado a escola, e gosta de nos impressionar calculando as datas e dias da semana do nascimento das pessoas. Ele sempre nos disse que ficava pela rua porque queria e defendia, com muita firmeza, as pessoas que ali moram por não terem outras opções. Às vezes, chegava a desafiar seu padrão diante de palavras preconceituosas direcionadas às pessoas em situação de rua.

Diante do que estávamos vivenciando com os meninos da Maloca, descobrimos que havia um Dia Nacional de Luta da População em Situação de Rua e achamos interessante lembrá-lo, organizando uma atividade para dar voz a estas pessoas. Coincidentemente, a rede de equipamentos do

município, que trabalhava direta ou indiretamente com essa população, estava se articulando para promover encontros entre os profissionais, visando fortalecer a comunicação entre eles e aprimorar a atenção a esses sujeitos. Em um desses encontros dos quais participamos, percebemos que os usuários e os profissionais da rede também estavam planejando algo para aquela data. Então por que não fazer juntos?

Em outras reuniões com os usuários, organizamos as atividades de preparação para o dia, com confecção de cartazes, rodas de conversa, divulgação do encontro e o convite de outros segmentos da sociedade para participar. Elaboramos um trajeto para a passeata que passava por alguns dos lugares da cidade em que se concentrava a população, por alguns equipamentos da rede do município, terminando no saguão principal da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), *campus* Baixada Santista, para uma roda de conversa.

Convidamos o Grego para nos ajudar na organização do encontro no Dia Nacional da Luta das Pessoas em Situação de Rua. Grego marcou um encontro com os meninos, conversou e incentivou o grupo, escrevendo as ideias faladas pelos amigos nos cartazes. Surpreendemo-nos durante a elaboração dos cartazes, com a aproximação que os meninos nos permitiram, o que se materializou nas palavras escritas, carregadas da necessidade daquelas pessoas serem vistas, ouvidas e tratadas como gente.

As expectativas e a ansiedade eram grandes para a realização do encontro. Nós e os profissionais dos serviços tínhamos receios em relação à organização da passeata, às repercussões nas secretarias municipais, que desacreditaram do potencial dessa ação e a aceitação das pessoas que veriam o movimento acontecendo nas ruas. Por outro lado, a motivação das pessoas que estavam se

preparando para a atividade, que confeccionavam cartazes e camisetas e que pensavam em gritos de ordem para denunciar o que sofriam, nos contagiava, dando forças para enfrentarmos os obstáculos.

O primeiro dos desafios foi entrar na UNIFESP. A equipe de segurança, assustada, rapidamente fechou as portas da entrada principal. Porém umas das professoras que apoiaram a atividade nos ajudou a acalmá-los e a agilizar a entrada das pessoas sem a obrigatoriedade de apresentarem RG, o que havia sido exigido inicialmente, embora argumentássemos o absurdo que era essa comprovação de identidade naquelas circunstâncias.

O Encontro contou com cerca de 130 pessoas, entre elas pessoas em situação de rua; usuários, profissionais e gestores dos serviços de saúde e assistência social do município de Santos; professores e estudantes da UNIFESP; representantes do Conselho Municipal de Habitação; representantes do Conselho Regional de Psicologia e população em geral. Discutimos as questões que mais afetavam essa população, as quais estavam relacionadas ao fim da violência contra as pessoas em situação de rua, com a reorganização das ações da Guarda Municipal; às poucas vagas e baixa qualidade no atendimento dos albergues e abrigos municipais; às poucas senhas de acesso ao Centro Pop (Centro de Referência Especializado para a População em Situação de Rua) e sobrecarga dos trabalhadores; à necessidade de melhorias na qualidade de atendimento dos serviços de saúde do município, com entendimento da singularidade desta população; à necessidade de mais banheiros públicos na cidade; às poucas oportunidades de formação profissional e trabalho para a população; e ao reduzido acesso à habitação.

Os meninos da Maloca participaram durante grande parte do encontro, em especial o Grego, que se manifestou

em relação às discussões. Alguns nos disseram, depois, que há muito tempo tinham vontade de conhecer a Universidade que ficava ao lado da Maloca e viam todos os dias.

Muito do que ouvimos no Encontro se concretizava no nosso dia a dia. Quase todas as manhãs víamos a Guarda Municipal levar os cobertores, móveis, comida, painéis e papelões dos meninos. Parecia que tinham hora marcada e os meninos, por saberem disso, passaram a juntar e esconder os pertences um pouco antes da Guarda chegar. Com o passar do tempo, os meninos nos contaram o que os guardas faziam, além do que víamos: pegavam seus documentos, os ameaçavam e os agrediam.

Certo dia, após a “limpeza”, como era chamada pela Guarda, o Loiro nos chamou. Estava com os olhos vermelhos e cheios de lágrimas, pedindo ajuda, pois a Guarda tinha jogado spray de pimenta em seu rosto. Sabíamos que dificilmente o Loiro procuraria o pronto-socorro, por mais que o orientássemos. Com muita insistência conseguimos levá-lo à UBS para que a enfermeira o avaliasse. Orientamos o Loiro a lavar bem os olhos e reforçamos a necessidade de fazer uma avaliação mais detalhada no pronto-socorro, mas esse não foi.

Loiro trabalhava nas oficinas mecânicas que ficavam perto da Maloca e, assim como o Grego e o Gabriel, tentava controlar o uso de álcool para manter os “bicos” que fazia. Tinha vindo do ABC Paulista, onde havia trabalhado na indústria automobilística, daí o conhecimento e a habilidade em pintar e consertar carros. Durante o ano em que estivemos com os meninos, observamos de perto o esforço de Gabriel, Grego e Loiro para manter seus empregos. Foi interessante perceber o manejo que tinham com o uso de álcool, que tentavam passar para os demais meninos, e a autopercepção de como a bebida afetava suas atividades diárias.

Sem perceber, esses meninos colocavam em prática a estratégia da Redução de Danos, adotada pelo Ministério da Saúde, que atua na perspectiva de reduzir os prejuízos causados pelo uso de drogas e prevenir aqueles ainda não apresentados, sem necessariamente focar no uso de drogas. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012) Era essa a linha de raciocínio que usávamos nas nossas abordagens, embora muitas vezes eles considerassem necessário, e melhor, se internarem em clínicas da região pela primeira vez ou em mais uma tentativa. Para nós, o mais importante era que os meninos despertassem para o autocuidado e conhecessem as opções para os tratamentos que necessitavam. Assim, poderiam escolher, de forma mais autônoma, os caminhos para o seu cuidado.

A maioria dos meninos vivia sozinha. Muitos nos contavam as histórias que tinham vivido em relacionamentos anteriores e a ruptura que tiveram com suas companheiras. Eram poucas as mulheres que ficavam na Maloca, normalmente estavam de passagem ou permaneciam por um curto período de tempo. As mulheres que vimos por ali moravam em casas próximas ao local e tinham vínculos afetivos ou de amizade com algum dos meninos. Algumas vezes fomos abordadas pela Avó, uma senhora de cabelos brancos, que nós pedia para ajudarmos um ou outro dos meninos que não estavam passando bem. A Avó morava em uma rua próxima à Maloca, inicialmente sozinha, até que, tempos depois, passou a morar na rua juntamente com os amigos Diana e seu companheiro Roberto.

A primeira vez que Diana nos abordou levamos um susto. Ela estava muito alcoolizada e chorando nos contava da sua tentativa de ser internada em uma clínica para tratamento do uso abusivo de álcool e drogas. As dificuldades eram muitas, além do fato de existirem poucas vagas. Diana já havia sido internada outras vezes em diversas

clínicas religiosas em Santos e, por ser transsexual, sofria preconceito e era criticada pela forma como se vestia e pelas alterações que tinha feito em seu próprio corpo. Dizia que em algumas delas só poderia permanecer internada caso cortasse os cabelos e retirasse os seios, o que, segundo ela, não faria. Questionava ainda a forma como foi tratada no pronto-socorro de Santos, sofrendo novamente preconceito dos profissionais da saúde. Diana sentia na pele as repercussões da discriminação que sofria em sua saúde, gerando sofrimento e podendo ser considerado um dos determinantes sociais importantes para a população de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transsexuais (LGBT). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013, p.19)

Os problemas começaram quando Diana deu entrada no Pronto-Socorro: em qual enfermaria ela ficaria? Foi encaminhada para a enfermaria masculina – embora se reconhecesse como mulher – na qual sofreu discriminação por parte dos profissionais e usuários do serviço, que lhe chamavam constantemente de “viado”. O preconceito que Diana relatava sofrer não se limitava aos equipamentos de saúde. Como havia mudado para Santos há poucos dias e estava em situação de rua, Diana procurou o abrigo da cidade para passar as noites, porém dizia que as vagas eram disponibilizadas conforme a vontade de quem fazia a triagem e que o espaço físico não garantia a privacidade e segurança de quem lá dormia. Em Santos, ela também tinha retomado alguns dos acompanhamentos de saúde que fazia em São Paulo e estranhava muito a forma como os equipamentos do município eram organizados. Estranhava ainda mais o fato de Santos não ter uma referência de equipamento específico para o atendimento da população LGBT, no qual costumava fazer acompanhamento na cidade da qual veio. Em nossos encontros, Diana nos contou sua história de vida, ressaltando a dificuldade de aceitação na sua própria família, as percepções que tinha em relação a

sua orientação sexual, aos preconceitos que enfrentava e as alterações que havia feito no corpo e que ainda gostaria de fazer.

Orientamos Diana a realizar os acompanhamentos de saúde nos equipamentos que fossem necessários, após procurar, sem sucesso, serviços específicos na rede. Negociamos com a chefia da UBS a abertura do prontuário dela, por estar no território adstrito. As dificuldades apareceram com a equipe da recepção. Acompanhamos Diana na abertura de seu prontuário e agendamento da primeira consulta, solicitando que ela fosse chamada por seu nome social nos atendimentos. Logo que Diana saiu, ouvimos piadas preconceituosas feitas para quem quisesse ouvir, embora seja assegurado pela Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde o uso do nome pelo qual o usuário tiver preferência, seja o nome civil ou o social. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b)

Nas semanas seguintes não encontramos mais com ela. A Avó nos disse que Diana havia se mudado por problemas de relacionamento na região. Em reunião com os profissionais da Seção Núcleo de Apoio ao Toxicodependente (SENAT), no qual Diana fazia acompanhamento diário, soubemos um pouco mais da sua história e que ela havia interrompido o tratamento. Combinamos então de manter contato e informar uns aos outros caso ela retornasse. Ouvimos ainda que ela estava em outro bairro da cidade, ainda, com o seu companheiro Roberto. Nunca mais a vimos ou soubemos dela. Meses depois descobrimos, em conversas informais, sobre um ambulatório de diversidade sexual funcionando no Hospital Estadual Guilherme Álvaro (HGA), em Santos, porém não foi possível entrar em contato com Diana.

Era interessante como a Maloca chamava a atenção de tanta gente! Ouvíamos comentários dos funcionários e usuários da unidade, na maioria com ares de repulsa ou de

incompreensão de quem eram aquelas pessoas e por que estavam na UBS. Acreditamos que muito do estranhamento que percebíamos estava ligado à prática de saúde adotada pela equipe de residentes de estabelecer uma relação horizontal com esses sujeitos, aproximando-os dos equipamentos de saúde. Por vezes, esse estranhamento conseguiu sensibilizar as pessoas para um olhar mais atento aos meninos, outras vezes, os narizes permaneceram torcidos. O mais interessante é que os próprios meninos percebiam o que acontecia e comentavam com certo tom de ironia quando estávamos fora da unidade.

Não eram somente as pessoas da Maloca que despertavam olhares diferentes. Algumas outras pessoas que estavam em situação de rua iam à unidade para seus cuidados de saúde, tais como Adriana, que passou a frequentar diariamente a unidade para tomar seus medicamentos, após descobrir que estava com tuberculose. Adriana sempre estava vestida de forma diferente e usava: acessórios, chapéis, galochas e adereços que dizia encontrar pelas ruas e não titubeava em pedir as roupas das pessoas que passavam pelos corredores da unidade. Muitas vezes relatava que a estavam perseguindo pelas ruas e que não poderia mais ir aos equipamentos da Assistência Social nos quais ia diariamente. Adriana era muito resistente ao tratamento de saúde em outros lugares como o Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS). Havia abandonado seu acompanhamento há tempos e, apesar da insistência, não o retomou. Mesmo após encerrar o tratamento para tuberculose, Adriana continuou a frequentar a unidade de saúde para os demais acompanhamentos, demandando sempre muita atenção dos profissionais que, muitas vezes, demonstraram intolerância às suas muitas solicitações.

Durante alguns meses Sofia também foi quase diariamente à unidade de saúde. Na maioria das vezes,

bastante alcoolizada, ela chorava e contava sobre a perda de sua filha poucos dias após o parto. Solicitava bastante atenção dos profissionais, demonstrando uma grande tristeza com o que havia acontecido. Sofia buscava no apoio religioso um amparo para retomar sua caminhada e cantava para os profissionais suas músicas: fonte de aconchego e força. Observávamos que a presença de Sofia na unidade de saúde despertava incômodo nos profissionais, que não reconheciam a unidade como um espaço de cuidado para as questões que ela e Adriana traziam, que transcendiam ao físico e objetivo. Percebíamos ainda que os profissionais não legitimavam a escuta como uma ferramenta de cuidado.

Na calçada da unidade de saúde, bem em frente à Maloca, ficava uma barraca de pastel. Há cerca de 20 anos ali trabalhava o pasteleiro, conhecido como Cearense, uma daquelas “figuras de desenho animado”. Várias vezes sentávamos com ele na barraquinha para conversar sobre a vida e os acontecimentos do bairro. A relação do Cearense com a comida era muito forte, tanto pelo trabalho que exercia há tempos, quanto por sua origem nordestina, acostumado a comer feijoada, rabada, baião de dois e buchada. Bom de papo, o Cearense podia passar horas conversando com a gente sobre sua vida, mas sempre fugia de assuntos como sua saúde e os cuidados com ela. Quando tínhamos uma oportunidade, conversávamos sobre a alimentação e pouco a pouco começamos a trocar frutas com ele. O Cearense não entendia ao certo porque nos aproximávamos da Maloca; por vezes, ele nos questionava por que íamos conversar com os meninos, contava histórias de violência que havia sofrido nessa região e rindo nos mandava ir atender outras pessoas.

Foi na barraca do Cearense que conhecemos Carmen, uma mulher sorridente que conversava com todas as pessoas que frequentavam a Maloca. Era loira, bem articulada,

comunicativa e, aos 50 anos, trazia em seu rosto marcas de uma vida de dificuldades. Carmen saiu da Bahia quando jovem e veio para Santos para trabalhar. Durante anos trabalhou para sustentar seus filhos, mantendo o aluguel da casa e tentando esquecer as inúmeras formas de violência que sofreu quando adolescente. Mas a tranquilidade não veio em seu relacionamento, no qual continuou sofrendo agressões do companheiro.

Depois de alguns anos, Carmen se separou e soube que a mãe estava adoecendo na Bahia. Juntou as coisas que tinha e foi ficar perto de sua mãe, porém não chegou a tempo de vê-la. Muito triste com o que havia acontecido, voltou para Santos, tentando retomar a vida com os filhos. Mas não demorou muito até que um de seus filhos fosse preso e seu uso de álcool e outras drogas se tornasse abusivo.

Quando Carmen nos procurou, estava morando com o atual companheiro em um quarto bastante precário nos arredores da unidade. Contava com muita tristeza estar sem documentação, não ter o que comer, estar usando muitas drogas e ainda sofrer violência do novo companheiro. Pediu-nos ajuda para retomar seus acompanhamentos. Mais uma vez, a agente comunitária de saúde foi fundamental na criação do vínculo de Carmen com a equipe de residentes e a unidade de saúde. Diante de tantas necessidades, realizamos discussões com os equipamentos da rede e pactuamos com Carmen como se daria o acompanhamento a partir de então.

Em conversa com o NAPS, a SENAT e o Centro de Referência e Apoio à Víctima (CRAVI), foram organizados os locais e os dias de atendimento, com o estabelecimento de profissionais de referência. No decorrer do acompanhamento, Carmen teve altos e baixos que fizeram com que os profissionais estivessem em contato

permanente, expandindo a comunicação entre a rede, com o acolhimento temporário de Carmen no abrigo para mulheres vítimas de violência, no abrigo para pessoas em situação de rua e a passagem pelo pronto-socorro.

O trabalho com Carmen tornou-se tão intenso, com vínculos estreitos, que nos fez pensar nas fragilidades da rede, nos fluxos de acolhimento dos serviços e no trabalho em saúde de forma corresponsável. Demonstrou a possibilidade de estabelecer diálogos entre os profissionais, elaborando intervenções coordenadas entre os serviços e fortalecendo as ações de cuidado. Mostrou-nos, acima de tudo, que as condições de vida estão ligadas ao sofrimento das pessoas e devem ser abordadas em sua complexidade, para que as propostas de mudanças sejam efetivas.

A articulação entre os equipamentos da rede de serviços do município faz-se necessária se levamos em conta que o cuidado fragmentado dificulta a vinculação e a adesão dos usuários aos acompanhamentos. Entretanto, a viabilidade de se trabalhar de forma integrada depende também do usuário, que deve estar empoderado para tal e das questões estruturais que influenciam na vida dos sujeitos.

Foram poucas as oportunidades que tivemos de conhecer as famílias das pessoas com quem passamos esse tempo. O trabalho com a família é fundamental para os profissionais que consideram que ninguém vive sozinho.

Embora a família, muitas vezes, seja fruto de desavenças, é nela que encontramos também a diversidade das formas de cuidado que tem significado para as pessoas. Certo dia, o Cantor nos procurou dizendo que precisava tirar novos documentos; aos poucos, descobrimos que ele tinha os documentos, mas estes ficavam com seu filho, com quem morava. O Cantor, um senhor de quase 60 anos, insistia em afirmar que não era idoso e que gostava de passar os dias

na Maloca mesmo tendo uma casa perto dali. Contava-nos que havia ficado viúvo muito jovem, com seus cinco filhos, ainda crianças, e que trabalhava como estivador no porto de Santos, em tempos de dificuldade que enchiam seus olhos de lágrimas, ao falar. Havia criado seus filhos “apesar dos pesares” e agora, aposentado, passava os dias entre uma garrafa de bebida e outra. Dizia que havia perdido o contato com alguns filhos e que tinha muitos conflitos com o que morava com ele. Associava a isso o fato de ter sido um pai bastante severo e achava que por isso era repreendido pelos filhos, atualmente. As brigas, segundo ele, eram causadas pela bebida, na maior parte das vezes, mas o que mais o incomodava era a dificuldade de conversar com sua família. Dizia, muito emocionado, que gostaria de gostar mais de si, se conhecer e se entender melhor; que gostaria de se orgulhar da pessoa que via no espelho todos os dias.

O Cantor nos contava sua história na medida em que percebia a disponibilidade que tínhamos em escutá-lo. Levamos algum tempo para que ele se sentisse confortável em conversar conosco, combinando horários em que ele beberia menos, local onde seus amigos não nos interrompessem e sinais que demonstrassem a disposição em conversar. Nossos encontros, sempre bem humorados, eram recheados da emotividade do Cantor, da nossa disponibilidade e das trocas que causavam em todos, muitas afecções. Ao fim, o Cantor sempre nos abençoava e agradecia, em nome de todos, por mais um dia.

Com o passar do tempo, fomos nos aproximando de seu filho e neto, de quem o Cantor gostava muito, e tentando facilitar a conversa entre eles para discutir a questão da bebida, que os afetava tanto. O Cantor e seu filho concordaram em retomar o acompanhamento dele no SENAT e na unidade de saúde, nos quais já havia feito tratamentos anteriores, em uma nova tentativa de diminuir

os prejuízos que o álcool lhe causava. Por vezes, discutimos as estratégias de manejo com o uso de álcool, reforçando a forma com que a família já lidava com esta situação: sob o ponto de vista da redução de danos.

Os profissionais do SENAT foram mais uma vez nossos parceiros para o acompanhamento, disponibilizando atenção ao Cantor. Mantivemos nosso trabalho tentando garantir que ele se vinculasse aos equipamentos e seus profissionais, como forma de assegurar a continuidade do cuidado.

Outra família com quem tivemos algum contato durante nosso trabalho com a Maloca não estava, efetivamente, em situação de rua e, sim, morava em um dos “cortiços” em frente à Maloca, dividindo um quarto entre cinco pessoas. Marcelo, o chefe da família, era companheiro de Mirela e com ela tivera três filhos: Iara, de oito anos; Igor, de cinco anos; e Jonas, de quase um ano. A família ficava a maior parte do dia na Maloca e as crianças, embora estivessem com seus pais, também eram cuidadas por muitos dos meninos. Alimentavam-se, brincavam e aprendiam a linguagem das ruas, soltos entre os materiais que seu pai e os meninos revendiam. Chamava nossa atenção tamanha vulnerabilidade social e a presença das crianças naquele lugar.

Apesar da aparente receptividade e simpatia dos pais, era muito difícil acessá-los. Foram várias as conversas em que orientamos quanto à importância e necessidade das crianças frequentarem a escola, terem os cuidados de saúde e a documentação. Sempre afirmando que seguiriam as orientações, Marcelo e Mirela se esquivavam com justificativas diversas. Após discussão com os profissionais da unidade e da rede de saúde, procuramos pensar em novas abordagens com a família para um acompanhamento mais próximo e contínuo.

O tempo passava e percebíamos o quanto a situação em que os meninos da Maloca estavam e as formas como se relacionavam com o mundo geravam prejuízos para suas vidas e para o futuro. Entretanto, sabíamos que, apesar de nossos esforços, essas questões estavam tão enraizadas no cotidiano deles que demandariam uma disponibilidade contínua para estar perto. Não conseguimos acessar todos eles; muitos não tiveram nomes durante o ano em que estivemos por ali; outros possibilitaram que conhecêssemos apenas seus apelidos. Cesinha, em especial, nos perguntava todas as vezes que nos encontrávamos: Você nunca vai esquecer o meu nome?

Quando o conhecemos, Cesinha ia todos os dias na unidade para fazer curativos em seus pés, que estavam bastante machucados. A auxiliar de enfermagem, sabendo que ele ficava a maior parte do tempo sentado na calçada em frente à unidade, o orientava a lavar os pés antes do curativo e sempre arrumava sacos plásticos para envolvê-los, de modo que não ficassem molhados. Cesinha foi avaliado pelo médico da unidade, que pediu exames e orientou medicamentos, mas novamente não poderiam ser feitos sem documentos, que ele, desconfiado, não informava se tinha. Por algumas semanas os curativos diários foram feitos, mesmo que para isso tivéssemos que chamar Cesinha para lembrá-lo. Por algum desentendimento com profissionais da UBS, ele parou de ir.

Nas semanas seguintes íamos até ele tentando descobrir o porquê de seu sumiço e Cesinha não falava. Observávamos a sua falta de paciência para conversar, a piora de seus ferimentos, o aumento do consumo de bebidas e as tentativas frustradas de seus amigos para que ele se alimentasse, até que em uma tarde, seu corpo não aguentou. Cesinha morreu na Maloca, sendo acudido por seus amigos, que esperavam desesperados a chegada

da ambulância. Foi enterrado dias depois com seu nome de registro, graças à articulação da equipe da Abordagem Social. Alguns de seus amigos foram ao enterro.

A morte de Cesinha mexeu muito com os meninos, que durante semanas nos contavam suas versões do acontecido e os sentimentos despertados, demonstrando que o vínculo que formamos permitia que expusessem suas questões mais íntimas.

É meninos, foram tantas as histórias e os afetos que compartilhamos, que nunca caberiam nestas linhas. Se no início os pedidos eram de desculpas por estarem ‘tomando nosso tempo’, agora somos nós que agradecemos pela possibilidade de encontrar vocês.

Não meninos, nunca nos esqueceremos de vocês...

“Saudosa Maloca,

Maloca querida

Dim dim donde nós passemos

dias felizes de nossa vida”

(“Saudosa Maloca”, Adoniran Barbosa, 1957)

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 109**, de 11 de Novembro de 2009. Descreve os serviços da Proteção Social Básica e da Proteção Social Especial. Texto da RESOLUÇÃO nº 109, de 11 de Novembro de 2009. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Brasília, 2009.

_____. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011a.

_____. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. Brasília, 2011b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais**. Brasília, 2013.

Capítulo 15.

CLÍNICA COMUM COM ÊNFASE NOS GRUPOS

Carla Fernandes de Andrade

Simone Cristina de Amorim

Tamiris Braga Natal

Grupos na residência

As reflexões desenvolvidas neste capítulo foram elaboradas com base nas experiências das autoras durante o processo da Residência Multiprofissional UNIFESP/Baixada Santista, porém intensamente marcadas pela discussão com outros residentes, preceptores e tutores. Portanto não trazemos somente nossas histórias e cenas, mas também aquelas contadas a partir da memória de outros residentes, e como toda cena contada é reinventada, pretendemos reinventar essa experiência coletiva dos residentes, conforme o que essa amplificação coletiva de perspectivas vividas nos permitiu pensar.

Quando há uma decisão por trabalhar com grupos faz-se necessário considerar a partir do objetivo qual o tipo de grupo a ser escolhido, o público-alvo, sob qual objeto a realização do grupo será guiada, como essa demanda chegou até os facilitadores/coordenadores do grupo, se o número de encontros será preestabelecido, a periodicidade

desses encontros e a justificativa técnica/teórica para cada uma dessas escolhas, especialmente por contarmos com uma imensa diversidade de perspectivas dos saberes em que se assenta o trabalho interprofissional. Todavia, como sabemos, inerente às teorias e técnicas há o desejo do próprio profissional; e assim, observamos que a escolha por trabalhar com grupos pautou-se por questões que ultrapassaram a técnica, somando-se a ela o desejo de cada residente por unir pessoas e com elas desenvolver um trabalho coletivo; o gosto pessoal de alguns profissionais pela técnica grupal; a familiaridade que a própria formação trouxe para abarcar essa forma de trabalho; e o desejo emergido dos encontros/desencontros que se deram durante o trabalho em saúde e permitiram a efetivação ou não de encontros grupais.

Um desafio enfrentado por muitos residentes foi a procura por um local para o desenvolvimento das atividades em grupo. Todos os profissionais de saúde porventura já sonharam em algum momento com a afamada “sala de grupos”. Em contraposição, o que se encontra habitualmente são unidades de saúde sem essa sala específica para grupos e com salas pequenas e normalmente sempre ocupadas. Algumas estratégias foram usadas para driblar esses obstáculos, e em geral contaram com diversas parcerias e muita criatividade. Durante a Residência foram desenvolvidos alguns grupos em que o público-alvo, o número de participantes e de encontros foram pré-definidos e também foram realizados grupos abertos, que ocorreram com a entrada e saída de participantes. O formato de um grupo dependia da possibilidade concreta de sua realização, e nisso entrava o acesso ao local apropriado (fosse ele ao ar livre ou não), as alianças com os trabalhadores do local, o tempo para o planejamento, a distribuição das tarefas, a divulgação, os estudos, o preparo de materiais, a distribuição dos papéis que cada residente desempenharia na condução de

um grupo e/ou a determinação por compatibilidade dos residentes aí envolvidos, a avaliação conscienciosa ou não do que houve neste ou naquele grupo, os improvisos, certos espontaneísmos, o registro documental nos prontuários, a finalização dos encontros.

Na Residência Multiprofissional os grupos ocorreram basicamente em dois cenários o Hospitalar e o da Atenção Básica. Há algumas diferenças ao se desenvolver grupos nesses dois cenários para além das características físicas de cada local. No hospital os grupos ocorreram em sua maioria no terraço de algumas alas e na capela. De um modo geral, no ambiente hospitalar contamos com grupos de acompanhantes, puérperas, gestantes, entretenimento e brinquedos (terapêuticos e/ou de sucata), os grupos foram direcionados às crianças, aos adolescentes e aos adultos das diferentes alas. Observamos que o grupo no hospital favoreceu o fortalecimento do vínculo com os profissionais da ala (mesmo que em uma experiência transitória); a saída da rotina hospitalar que muitas vezes é cansativa e monótona para os pacientes e seus acompanhantes e familiares; a possibilidade de o acompanhante sair desse lugar podendo assumir outros papéis, inclusive o de ser cuidado; além de estimular que muitos *pacientes* (termo que traz em seu significado a noção de alguém passivo no processo de cuidado) possam restituir a própria voz, possibilitando que essa ecoe dentro de uma coletividade.

Alguns grupos da Atenção Básica foram realizados em locais da própria comunidade, como igrejas e centros comunitários; alguns ocorreram em consultórios médicos (muitas vezes locais pequenos e apertados), salas de espera, salas de reuniões, no lado externo das unidades de saúde, nos corredores das mesmas e até em lugares inusitados como na praia, no Orquidário, em um bar e em casas de usuários que cederam seus espaços. Na Atenção Básica, quanto ao público-alvo para o qual se direcionavam as

ações, citamos alguns: adolescentes, insulínodpendentes, hipertensos e diabéticos, adolescentes institucionalizados, idosos, Agentes Comunitários de Saúde, dentre outros. Os residentes realizaram algumas intervenções coletivas, como a manifestação em defesa da população em situação de rua, um evento voltado para a população idosa, ações voltadas para a saúde do trabalhador, dentre outros. É importante destacar que os grupos não ocorreram somente em decorrência da ação dos residentes, seus tutores e preceptores; mas, também, devido ao esforço de profissionais das unidades de saúde e das alas hospitalares e dos próprios usuários que participaram dessa construção.

Mas afinal, quando falamos de grupos, de quais grupos falamos? Os chamados grupos que foram realizados em práticas de saúde de diversas turmas de residentes do programa de residência da UNIFESP/Baixada Santista. Mas será que um grupo se restringe a um agrupamento humano? Em resposta a isso, é possível aludir que a emergência do grupo enquanto objeto não se tece solta na história “as práticas são datadas e objetivam seus próprios objetos” (BARROS, 2007, p.39), produzindo mundos; assim, quando nos disponibilizamos em “fazer grupos” nos nossos trabalhos da residência, estamos optando, deliberadamente ou não, pela reprodução e/ou criação de certos efeitos de verdade nas populações com as quais trabalhamos.

Ao tratarmos dos grupos, notamos, de saída, que o valor absoluto atribuído ao eleger qualquer um dos lados da oposição binária indivíduo-grupo nos é insuficiente por ancorar práticas em saúde numa naturalização de objeto. Contudo não nos estenderemos nesta questão agora, pois já sabemos, também, que viemos apostando nos grupos. Pretendemos assim, avaliar as apostas que viemos fazendo quando trabalhamos com grupos na residência. Quais contextos foram estes que encarnamos e/ou porque apostar nos grupos?

Grupos: para quê e para quem?

Demandas de grupo:

Ocupadas com nossa rotina na ala pediátrica, fomos absorvidas pelo grito que vinha de uma criança; era um grito de dor, desespero, medo. Essas situações ocorriam cotidianamente no cenário hospitalar, mas decidimos olhar novamente para ela e desta vez algo de estranhamento nos surgiu. Era uma injeção que causava terror naquele menino, mas, mais do que a dor, parecia que o sentimento de impotência o amedrontava; aqueles instrumentos, aquela vestimenta branca e fria, e aquela pessoa distante que parecia ter um só objetivo naquele momento: aplicar a injeção. Começamos a olhar para os técnicos que estavam fazendo o procedimento e a nos questionar sobre como intervir para que aquela cena de cuidado pudesse acontecer com menos sofrimento e impotência por parte da criança. E foi assim que surgiu a ideia do novo Grupo de Brinquedoterapia.

Alguns grupos foram planejados com base nas vivências dos profissionais, quando estes levantavam demandas que observam no dia a dia de trabalho (exemplo acima), a partir do envolvimento técnico com os usuários, durante o cuidado em saúde. Entretanto, será que os profissionais sempre encontram essa disponibilidade para decidirem pela criação de alguns grupos a partir de demandas não estabelecidas previamente? Se o estranhamento com o grito da criança houvesse sido silenciado certamente este grupo não teria existido. O que permitiu que o grupo encontrasse lugar e se firmasse? Nós perguntamos, portanto: de onde vêm às demandas para a criação e o desenvolvimento dos grupos na residência multiprofissional?

Quando um grupo de residentes inicia seu trabalho em uma unidade de saúde, seja ela da atenção primária,

secundária ou terciária, há uma expectativa por parte dos usuários dos serviços, dos profissionais dos serviços, dos gestores municipais, estaduais e federais. Parece um pouco megalomaniaco, porém tem certo sentido. Nas experiências das equipes de residentes observamos que muitos dos grupos realizados foram solicitados pelos gestores locais, a partir de orientações e diretrizes do Ministério da Saúde ou pactuações entre os diferentes níveis de gestão. O público-alvo desses grupos e o objetivo dos mesmos são decididos a partir de estudos epidemiológicos, considerando-se os pactos realizados em nível mundial e a realidade do país – como as doenças de maior relevância no cenário nacional –, somados às necessidades locais. Entretanto, se lançarmos uma lupa no fragmento que narra o embrião do Grupo de Brinquedoterapia, perceberemos não ter sido uma grande mídia validada e computadorizada a geradora do grupo, mas a catalização do desejo a partir de uma percepção muito fina da dor e da potência do cuidado, que encontrou eco em um coletivo receptivo, com alianças e meios disponíveis para tornar realizável o grupo desejado.

Se nos voltarmos para a contribuição da epidemiologia observaremos incontestável potencial de reflexão e avaliação da saúde pública, referenciando caminhos na criação e execução de políticas públicas e possibilitando a avaliação dessas escolhas. Ela também contribui para que esse processo não seja prejudicado por visões individuais, pautadas por questões subjetivas ou políticas, e que as ações executadas não se desestrutem pela falta de organização objetiva e de precisão nos métodos de análise e avaliação. (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999) Ayres (2009) aponta que a epidemiologia apresenta em sua base a análise de risco, contribuindo fundamentalmente para a prevenção de agravos ou disfunções, tendo em vista que esses são aferíveis pelas demais ciências biomédicas, requisito este para o manuseio e a validação em termos de especulação causal.

Não obstante essa contribuição da ciência epidemiológica e da incorporação destas pesquisas na organização de programas por parte dos gestores, ainda se observa que frequentemente não ocorre o trâmite interdisciplinar que possibilite aos profissionais pensarem em outras demandas possíveis para as práticas grupais, há também uma predeterminação assumida ou não, fazendo com que o público-alvo do grupo se limite algumas vezes às populações consideradas de risco, como no grupo de hipertensos e diabéticos, e que as ações grupais se restrinjam à prevenção e controle das doenças, como a aferição e acompanhamento da pressão arterial e da glicemia, dentre outras orientações preventivas que, em nome da objetividade das políticas públicas, ocupam o espaço e o tempo de outras sensibilidades consistentes para outra forma de encarar o risco, a exemplo do Grupo de Brinquedoterapia.

Na experiência de inserção de uma equipe de residentes em uma unidade de atenção básica, observamos que alguns desses grupos dados pelas pactuações das políticas públicas, já espera pela ação dessa equipe, como os grupos vinculados ao HiperDia, os grupos de pessoas insulino-dependentes, e os grupos de gestantes e puérperas. O principal trabalho realizado pelos residentes nestes grupos foi o de ampliar seu objetivo para além da prevenção de riscos e agravos à saúde, procurando desenvolver grupos de Educação em Saúde e grupos de Promoção da Saúde.

Em um grupo de pessoas insulino-dependentes, observamos que os participantes, em grande parte idosos, traziam o desejo constante de narrarem suas histórias de vidas, falarem sobre suas famílias, suas relações amorosas e dissabores vividos. Assim decidimos realizar uma dinâmica, elaborada pela própria equipe, nela utilizou-se um “dado”, com seus lados escritos palavras relativas a alguns aspectos

da vida, como: “saúde, trabalho e amor”, cada participante jogava o “dado” e falava o que quisesse sobre aquela palavra. O “dado” foi usado somente em uma rodada, pois na segunda os participantes começaram a elencar seus próprios temas, surgindo um debate muitas vezes acalorado sobre a vida atravessada por este adoecimento, porém, observamos que o movimento do discurso não ficou restrito à doença, e sim à vida em toda sua complexidade. O foco do manejo do grupo deixou de recair sobre o império da doença e da propagação de comportamentos ditos saudáveis e passou a entrar na vida de alguém que além de estar vivo, precisou lidar com as limitações do adoecer.

Para que haja a possibilidade de expansão da clínica até os desejos e demandas que emergem dos grupos, é essencial que se conte com uma equipe interdisciplinar. Ayres (2002, p.41) afirma a importância de se contar com uma equipe dessa natureza: “senão, de que forma identificar, interpretar e validar, de modo autêntico, verdadeiro e legítimo, as diferentes dimensões da vida negadas pelos agravos e adoecimentos?”. Assim, notamos que a hermetização da doença (gestação) nela mesma é insuficiente para penetrar na vida dos viventes que porventura adoecem e/ou engravidam. Deste modo avaliamos a necessidade de se criar agenda que possa aliar a demanda de grupos observada na análise epidemiológica e organizada a partir das diretrizes e programas já existentes àquelas demandas que venham a surgir a partir de avaliações interdisciplinares provenientes da análise do território, do cotidiano do profissional em sua lida com os usuários e das avaliações técnicas individuais daquilo que se apresenta como uma situação-problema em saúde. Ademais, para se avançar na avaliação de demandas para os/dos grupos é imprescindível que junto da análise epidemiológica, se faça uma análise institucional. Se o termo assusta, essa forma de análise é menos distante do que aparenta ser.

Em nossa prática profissional, se tomarmos como exemplo o fragmento que conta como o Grupo de Brinquedoterapia foi disparado, o que podemos perceber? Ora, do ponto de vista do cuidado pautado pela doença “A Verdade” é a de que a criança que chora precisa tomar injeção para melhorar. Até aí o remédio seria injetado na criança e não precisaríamos nos haver com estranhamento algum. Poderíamos até mesmo prontamente fazer um grupo para falar para as crianças que elas não devem chorar e devem aceitar o tratamento, contudo, ao mesmo tempo exigiríamos demais da criança que se expressou, colocando-a na insuficiência (pela nossa preocupação com a doença) e negando a legitimidade do seu medo e de sua dor. Mesmo que “tantos por cento” de crianças com a mesma doença da criança em questão ficassem curadas com o uso de injeção, a demanda que estaria sendo levada em consideração seria unicamente uma forma de demanda da gestão da política pública e não a demanda da própria criança, que era a de encontrar respaldo para o que sentia afirmado no cuidado a ela dispendido. E se a criança pode encontrar espaço e tempo para o que sentia validado junto aos residentes, isso se deu porque a desnaturalização da prática vigente do cuidado em saúde pode ocorrer, ao dar escuta, atenção e legitimidade, reinventados um outro jeito de cuidar, então suficientemente aberto para o estranhamento.

A estridência do grito era de uma autenticidade tamanha que “fomos absorvidas pelo grito”, certamente o grito gritava a voz daquela e de tantas outras crianças, “era um grito de dor, desespero, medo”. Aqui o grito da criança aparece como analisador da instituição hospitalar. No contexto citado, *um* grito de *uma* criança com dor, desespero e medo é um analisador da instituição hospitalar. O que fez com que **este** grito não tenha sido **mais um** grito? A efetivação de uma análise institucional que a partir do analisador ‘grito da criança’ ecoou no estranhamento das

residentes e teve força suficiente para não ser soterrada pela repetição das tarefas predeterminadas que existiam ali, fazendo entropia e angariando aliados para que o Grupo de Brinquedoterapia pudesse ocorrer. Pensamos que os efeitos da realização de uma análise institucional são os desejados quando se pretende/fala em *humanização*.

Para tratar aqui da análise institucional chamamos a autora Guirado (2009) e sua explicação sobre o termo *instituinte*, o qual seria a dimensão em que os sentidos e ações estão em movimento, em constante constituição, sendo o caráter mais produtivo de uma instituição; para nós residentes a escuta do grito, sua ressonância entre as residentes, as alianças na enfermaria e junto de preceptores e tutores. Em contraposição, a autora coloca o conceito de *instituído*, que apresenta a cristalização do movimento do instituinte, cristalização essa que se confunde com a própria instituição. Em nosso exemplo o instituído está na naturalização da dor, do desespero e do medo da criança, numa instituição hospitalar em que o que vigora como norteador das práticas é a noção de doença. E vale destacar que, aqui, quando falamos em instituição hospitalar não estamos nos referindo necessariamente ao hospital “x” ou “y”, mas ao processo histórico que constituiu os hospitais tal como eles conceitualmente existem e produzem práticas e discursos vigentes inclusive no hospital que sediou nosso programa de residência multiprofissional.

Assim, em nossas práticas como residentes, a análise institucional é “um instigador da autogestão dos grupos nas organizações, um favorecedor da revelação dos níveis institucionais, desconhecidos e determinantes do que se passa nesses grupos. É um provocador de rachaduras e rupturas na burocracia das relações instituídas.” (GUIRADO, 2009, p.325) Na cena do grupo de Brinquedoterapia o grito da criança fez ecoar o sentimento que muitos usuários do hospital narram, o de que não possuem mais escolhas

e controle sobre seus corpos, sendo esses manuseados cotidianamente. O que queremos apontar ao chamar a análise institucional para o nosso grupo? Que há ações possíveis para se intervir nessas e em outras demandas institucionais, fortalecendo o movimento de cuidado sobre as rotinas já instituídas.

O grupo de Brinquedoterapia teve como principal objetivo que as crianças da ala pudessem brincar e se aproximar de maneira ativa dos aparelhos que lhes são impostos no cotidiano hospitalar e que assim trouxessem relatos daquilo que sentiram desse lugar. Quando perguntamos a uma criança que nos narrou uma cena dolorosa de seu tratamento “O que você sentiu nessa hora?”, ela nos respondeu “eu senti muito medo”. Durante o uso da brincadeira feito no grupo as crianças recriavam cenas vivenciadas no hospital, uma dessas crianças, a mais velha, representava o profissional de saúde aplicando o soro em outra mais nova, enquanto esta última representava o grito e o choro, a outra mais velha respondia do lugar do adulto com as falas: “Seja forte, é para seu próprio bem. Não é para chorar”. Nessa representação aparecem os lugares onde a criança vivencia, em sua maneira de sentir, qual relação é estabelecida com o adulto, tanto o profissional de saúde quanto seus familiares, podendo se tornar então, ativa em seu sofrimento. A que essa criança chorando ao tomar uma injeção nos incita? A estarmos atentos e preparados para estranhar cenas normatizadas no cotidiano institucional; a continuarmos avaliando os movimentos grupais aos quais nós mesmos estamos instituídos e a conseguir encontrar rupturas nessas cristalizações através de ações instituintes. A análise institucional nos aplica “uma injeção” nas formas de cuidar adoecidas.

O grupo deu certo mesmo?

Estávamos felizes durante a avaliação do encontro do grupo de puérperas. No nosso entendimento elas haviam conversado bastante, trouxeram histórias pessoais trocadas entre si e no final todas saíram aparentemente felizes. Durante a avaliação, um profissional que ficou como observador do grupo fez alguns elogios, porém com uma observação, de que havia sentido falta de um espaço para que elas colocassem o sofrimento, ou que chorassem, ou que houvesse algum momento para acolher as desestabilizações do grupo. Ao final, tivemos que nos perguntar: o grupo deu certo mesmo?

Aqui não vamos nos estender na questão do puerpério, mas na de como trabalhar com grupos nos afetava. Observamos durante a residência que frequentemente os residentes coordenadores de grupos realizavam um planejamento com o que esperavam para aqueles encontros, entretanto, concebendo muitas vezes de forma inconsciente, uma intensa idealização. Aí o coordenador de grupo maneja os participantes do grupo para responderem ao que “deveria ser O saudável”, às suas próprias idealizações de grupo e de ser bem avaliado por estes membros, que aquilo de mais autêntico que emerge é deixado de lado para que o grupo possa “dar certo” conforme sua idealização. A questão que queremos levantar é que em decorrência desta forma de idealização o grupo acaba por ser conduzido pela idealização dos coordenadores e não pelo processo daquele grupo que ali está.

Esse movimento muitas vezes acontece pela própria dificuldade dos profissionais de lidarem com o sofrimento dentro de um grupo, o que não é tarefa fácil, pela própria carga emocional que essas questões despertam em cada profissional e por uma tendência de o profissional de saúde

estar no lugar de quem vai “resolver” os problemas que são trazidos por todos. Observamos que no campo da saúde há uma visão da saúde ligada ao bem-estar, numa espécie de plenitude, harmonização e ausência de angústias e sofrimentos. De dentro deste movimento o profissional de saúde acaba carregando o lugar de construtor do bem-estar na relação com os usuários, um lugar de detentor da verdade sobre a vida desses, podendo usar de uma blindagem emocional que profere conselhos e soluções precipitadas visando ao cumprimento das tarefas do campo da saúde. Como esse movimento aparece na prática em saúde? Através dos profissionais direcionando condutas e caminhos, ou seja, normatizando vidas, com prescrições que vão desde o que comer, o que beber, organizando o planejamento do futuro e a rotina de atividades diárias.

Se faz importante destacar que não descartamos as informações a serem dadas sobre componentes e ações que auxiliam no tratamento e na prevenção de doenças e outros agravos, entretanto queremos aproveitar o espaço para refletir sobre os efeitos dos ideais dessa concepção de saúde na vida dos usuários. Meyer et al. (2006) mostra qual concepção de saúde hegemonicamente é utilizada:

A lógica que se persegue é a da busca de meios mais eficazes para dar conta de objetivos que continuam circunscritos ao universo da higienização e normatização dos comportamentos, como se uma consideração ampliada de sua determinação pudesse gerar uma forma, também ampliada, de prevenção de riscos e adesão a comportamentos saudáveis ainda definidos e legitimados, em primeira instância, pelo conhecimento técnico-científico. (MEYER et al., 2006, p.1336)

Essa idealização da prática grupal, frequentemente baseada numa concepção de saúde normalizadora, também se apresenta, relacionada à cena apresentada com as puérperas, quando os profissionais esperam atingir determinado objetivo em um encontro e a condução é enrijecida para esse objetivo, de forma a não permitir que outros movimentos grupais se apresentem, como os membros solicitarem um tema diferente para aquele encontro, ou outra forma de abordar o assunto escolhido, ou mesmo quando o mero questionamento da própria atividade chegar a ser tomado como afronta. Ocorre muitas vezes o enrijecimento na condução do grupo por parte dos coordenadores, que aparece através de seus gestos, falas e na forma de conduzir as ações de seus participantes. Claro que é imprescindível planejar o grupo e criar formas de contornar naturalizações espontaneístas, entretanto as demandas do grupo exigem espaço na relação para que possam emergir de maneira livre, sem que haja a obturação do desejo dos participantes e a culpabilização dos mesmos por não darem conta de todas as variáveis do mundo que possam incidir em suas saúdes amplamente consideradas.

O desvio do movimento do grupo para o objetivo inicial enrijecido e o controle dos corpos de um grupo pelo papel do coordenador como representante da saúde, explicita mais do que o desenvolvimento da saúde no mundo ocidental, como também os jogos de poder e de verdades existentes através do governo dos corpos. E para o debate dessa questão convidamos à leitura de Foucault, que nos possibilita questionar se as práticas institucionalizadas através dos exercícios grupais não colocam os profissionais como representantes do Estado, não sendo esse Estado visto como uma instância máxima de decisões executivas, mas no sentido de “mecanismos e procedimentos destinados a conduzir a conduta dos homens”; e a partir disso, Foucault (1995, p.235) afirmará que o sujeito “é sujeito a alguém

pelo controle e dependência”. Portanto, não sendo este sujeito àquele mesmo que remete à cisão cientificista entre sujeito e objeto. Este sujeito dependente e controlado é o que, em termos foucaultianos, aparece como sujeito assujeitado, ou seja, como aquele que em jogos de poder e saber constituídos historicamente é, repetimos, “sujeito a alguém pelo controle e dependência.”

Assim, é neste sentido que utilizamos os termos assujeitado/assujeitamento quando nos referimos a ‘pessoas’ e grupos, dependentes e controlados por outros, que são incitados a reproduzir os discursos vigentes, mantendo sua condição.

Ainda nesse debate, também observamos cenas, muitas vezes protagonizadas por nós mesmos, em que o esforço para organização de uma atividade faz com que essa vire o objetivo final de um encontro e não mais o objetivo de potencialização da vida dos participantes do grupo. E a partir dessa reflexão questionamos algo que parece em um primeiro momento não existir, pois a idealização do grupo o apresenta como algo dado, “natural”, mas que foi diversamente observado entre as práticas dos grupos: as atividades estão em função do grupo ou o grupo está em função das atividades? Essa problemática exige reflexão sobre a razão para a escolha de determinada atividade e no que ela poderá contribuir, o que exige planejamento anterior e avaliação posterior a cada encontro. De modo que, a cada encontro, limiares indicativos possam demonstrar se o assujeitamento do sujeito teve seu lugar tomado pelo sujeito acedendo ao seu estado legítimo ou se redundamos em nosso assujeitamento, incitando o outro a assujeitar-se também.

Dado que não é negando nosso assujeitamento que nos tornaremos sujeitos, a peleja aqui lançada é a de se estar aberto para o movimento dos sujeitos que

encontramos nos grupos e dos grupos que encontramos nos sujeitos; abertura, principalmente, para lidar com o fracasso de diversas idealizações – sobre os profissionais de saúde, sobre o campo da saúde e sobre as expectativas para um encontro com grupos. Então lançamos o árduo desafio de nos questionarmos sobre os efeitos de verdade que estão presentes em nossas práticas grupais no Programa de Residência Multiprofissional.

Notamos que, os movimentos inesperados dos grupos foram acumulados e sempre que possíveis aproveitados pelos residentes do Programa, além de renderem muitas histórias, angústias e risadas que ficaram presentes: um grupo de adolescentes que não queria fazer as atividades do lado externo da igreja como se havia proposto por causa do sol e por não gostarem da atividade e, decidiram entrar na igreja e ali conversar sobre suas questões da adolescência, furando as tentativas de controle dos residentes por algum tempo; o planejamento detalhado de atividades para um grupo de idosos que afinal o que queria era espaço para encontros e conversas atuais; o planejamento detalhado de músicas, pesquisa na internet e divulgação da atividade de grupo com adolescentes em uma equipe de residentes que adentrou no mundo do *funk* para dar sustentação a um grupo que no fim não teve comparecimento dos adolescentes convidados para a atividade; a viabilização de uma Oficina de Brinquedos de sucata com detalhado planejamento, desde a confecção de partes moldadas e arrecadação de garrafas pet para a tartaruga, passado pela pesquisa da adequação do jogo Tangran à faixa etária de crianças, que por fim só quiseram fazer tartaruga de sucata, dentre outras experiências.

Como ilustração de mudanças que tivemos que realizar na condução de um grupo, trazemos a experiência de um grupo de adolescentes desenvolvido em uma Unidade

Saúde da Família (USF), coordenado por uma equipe de residentes junto a uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) da unidade. Inicialmente o idealizamos como um grupo fechado, entretanto somente ao final dos 6 (seis) encontros observamos que essas adolescentes haviam iniciado de fato um processo de grupo (grupo sujeito, como vimos anteriormente com Foucault), saindo do agrupamento de pessoas (grupo assujeitado). Algumas ações nos deram essa dica, como no momento da organização do passeio final, onde as adolescentes passaram a discutir sobre o local do passeio e a refletir sobre as regras do encontro e propuseram mudanças nessas; para além da individualidade das integrantes elas mostraram um movimento de grupo interessante, debatendo opiniões e sentidos e se colocaram de forma coletiva, chegando a reivindicar insistentemente a continuidade do grupo.

Ao observamos este efeito decidimos estender o grupo para mais encontros (também programados), e para isso tivemos que realizar um novo pacto com a equipe da unidade que tinha como expectativa a organização de novos grupos. Porém, nós expusemos a aposta que gostaríamos de fazer e a equipe da USF apostou conosco. A partir dessa mudança observamos que esse movimento se desenvolveu, com as integrantes propondo atividades, dando mais opiniões sobre os temas discutidos, levando vivências pessoais e coletivas e fazendo críticas sociais. Tendo em vista que o principal objetivo do grupo era justamente esse, o empoderamento das adolescentes, avaliamos que foi importante apostar nessa mudança.

E para pensar nessa contraposição de grupo sujeito, grupo assujeitado imbricada em nossas práticas, colocamos a definição poética de grupo, da autora Cadermatori (2010, p.59):

Vemos o grupo como o espaço nuclear de uma gema facetada atravessada, em todas as direções, pelos fluxos desejantes e sociais [...]. Estes ou opacificam o âmbito grupal e o subordinam à recepção passiva e repetida, à reflexão de feixes historicamente dominantes, através dos quais o sistema se re-produz ou então a intervenção agita, permeabiliza, recanaliza um sincício móvel capaz de refratar, decompor e recompor a transversalidade como um caleidoscópio desmistificador e produtivo.

Saúde: formação para grupos

Durante uma aula da Residência sobre grupos, um residente de fisioterapia coloca sua angústia sobre o assunto. Ele não havia tido nenhuma aula sobre grupos durante sua formação, e em suas práticas profissionais ele não conseguia entender o que caracterizava um grupo, pois os que ele havia realizado, em sua avaliação, não passava de um agrupamento de pessoas realizando mecanicamente as atividades propostas por ele.

Ao longo da trajetória na Residência avaliamos a necessidade de todas as profissões da saúde terem em sua formação a parte teórica/teórico-prática sobre grupos, com alguns autores que contribuíram para a estruturação dessa temática no campo teórico, como, por exemplo, George Zimmerman, Enrique Pichon Rivière e Gregório F. Barembliitt, aliado a analistas institucionais, como Georges Lapassade, Regina Benevides e Marlene Guirado. Cabe ressaltar que a teoria de grupos é enriquecida por diversas linhas teóricas que podem ser conhecidas pelos profissionais a partir de suas identificações epistemológicas e de afinidades.

Ainda pensando na formação profissional, além da parte teórica tem-se que incorporar nas grades curriculares e atividades de extensão as práticas grupais, para que os profissionais possam experimentar o que seriam esses efeitos grupais, como são conduzidos os grupos e como são sentidos pelos participantes. Como exemplo, colocamos a possibilidade de estágios de coordenação de grupos de Educação em Saúde e de Promoção da Saúde em territórios, e participação em outras atividades como Oficinas de Criatividade, Oficinas de Corpo e Expressão, vivências com teatro e atividades musicais.

Um grande desafio vivenciado pelos residentes foi o desenvolvimento de grupos a partir da interdisciplinaridade, pois as referências de saberes e poderes em jogo são amplos e a dificuldade em lidar com isso nas equipes é proporcional. O trabalho interdisciplinar com grupos possibilita a expansão dos objetivos de um grupo, uma visão ampliada de saúde e avaliações potencializadas pelos diferentes olhares. Todavia também traz desafios, como o de somar diferentes referenciais teóricos ao se pensar um grupo e a dificuldade de se delinear os objetivos de um grupo que muitas vezes se desenham com demandas nem sempre claras. Todavia, é justamente esse trânsito disciplinar que dificulta o enrijecimento profissional a partir de fronteiras pré-estabelecidas, fortalecendo a contínua reflexão sobre as institucionalizações históricas de cada profissional e a possibilidade de reinvenção dessas histórias na atualidade.

Considerações finais

Atualmente vêm-se apostando intensamente em grupos, entretanto, esperamos ter contribuído para que aliado a essas práticas estejam presentes as reflexões provocadas neste capítulo somadas a diversas outras que se apresentem na trajetória de cada profissional da saúde. Esperamos desta forma que o resultado por uma decisão de se trabalhar com grupos venha acompanhado de desejo, estudo sobre o tema e análise sobre os efeitos de poder/verdade adjacentes a cada prática profissional instituída, e sobre os lugares que cada profissional encarna ao trabalhar pelo seu assujeitamento ou sua posição de sujeito na produção de cuidado. Grupos podem ser uma interessante aposta para a ruptura de cotidianos que fortalecem o assujeitamento desde que venham imbuídos de criatividade, cuidado e crítica, com a aposta em grupos autônomos repletos de movimento.

Referências

AYRES, J.R.C.M. Epidemiologia, promoção e o paradoxo do risco. **Revista Brasileira de epidemiologia** (São Paulo), v.5, supl.1, nov. 2002, p.28-42. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5s1/05.pdf>>. Acesso em: 16 fev 2014

BARROS, R.B. Por que grupos? A proveniência do “objeto” grupo. In: ____ (Org.). **Grupo: A afirmação de um simulacro**. Porto Alegre: Sulina-UFRGS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488**, 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

CADERMATORI, A. C. Algumas reflexões sobre a dinâmica em grupos de mulheres “sadias” em situação de gestação. In: BAREMBLITT, G (Org.). **Grupos Teoria e Técnica**. São Paulo: Graal IBRAPSI, 2010, p.57-62

FOUCAULT, M. Sujeito e poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS, H (Org.). **Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p.231-249.

GUIRADO, M. Psicologia Institucional: O Exercício da Psicologia Como Instituição. **Revista Interação em Psicologia**. Curitiba, v.13, n.2, 2009, p.323-333.

MAGALHÃES, P. M. Síntese crítica da teoria dos grupos em George Lapassade. In: BAREMBLITT, G (Org.). **Grupos Teoria e Técnica**. São Paulo: Graal-IBRAPSI, 2010, p.107-125.

ROUQUAYROL, M. Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

Capítulo 16.

CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTI-PROFISSIONAL PARA O MATRICIAMENTO EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA NO MUNICÍPIO DE SANTOS/SP

Simone de Sousa Bernardino Ronchetti

Simone Cristina de Amorim

Élida Maria Rodrigues de Moraes

Carlos Roberto de Castro e Silva

A proposta pedagógica do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS) trouxe em seu bojo muitos desafios quanto ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a articulação mais resolutiva entre os níveis de atenção, setores de saúde e a assistência social. Especificamente no campo da saúde mental, em que o desafio foi de otimizar os recursos existentes, no caso os Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e sua articulação com a Atenção Básica de saúde, reforçando as conquistas da luta antimanicomial, na busca de alternativas de assistência que fortalecessem a autonomia e a cidadania de usuários e seus familiares.

Dessa forma, pretende-se, neste texto, trazer algumas das experiências mais significativas ocorridas no período de atuação do PRMAS (de 2011 a 2015), para isso, se faz necessário situar alguns aspectos mais relevantes das iniciativas em Políticas Públicas de Saúde Mental, destacando as iniciativas mais recentes: o Matriciamento e a construção das Redes de Atenção Psicossocial (RAPS).

O *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP-BS), implantou, em 2010, o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde, estruturando como eixo transversal a “Atenção à saúde do indivíduo, da família e de sua rede social” e oito eixos perpendiculares, as áreas profissionais da Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Em 2013 a área profissional da Farmácia saiu e nesse mesmo ano foi inserida a Educação Física. Tanto o eixo transversal quanto os perpendiculares aconteceram nas áreas de Atenção Primária e Hospitalar, especialmente nas seguintes linhas de cuidado: 1) saúde do adulto e do idoso; 2) saúde da mulher e do recém-nascido; 3) saúde da criança e do adolescente; e 4) Saúde Mental, incluindo drogadição e violência. (UNIFESP, 2010)

Historicamente, cabe lembrar que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Santos são considerados pioneiros no Brasil. A implementação desses centros, em Santos, até recentemente considerados como Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), expressa os anseios defendidos pela reforma psiquiátrica na década de 1990. (TENÓRIO, 2002)

Esse início de transformações tem alimentado um processo amplo e complexo, colaborando com a consolidação de leis que regulamentaram a Atenção à Saúde Mental no país, como, por exemplo, a Lei Paulo Delgado (Lei 10.216, de 06 de abril de 2001) que foi base para as conferências de Saúde Mental, como a IV Conferência Intersetorial de Saúde Mental, em 2010, e o 4º Congresso Brasileiro de Saúde Mental, ocorrido em Manaus em 2014.

A reforma psiquiátrica pode ser entendida como um complexo movimento de ações e transformações nas várias esferas da sociedade que buscam superar modelos de intervenção manicomial e medicalizantes. (DIMENSTEIN, 2009)

Apesar das importantes conquistas consolidadas, ainda hoje é necessária a implantação de estratégias baseadas na integralidade do cuidado e na territorialização dos serviços. Nesse sentido, o apoio matricial é o que possibilita a articulação dos cuidados em Saúde Mental na Atenção Básica.

Os importantes marcos legais para a Política Nacional de Saúde Mental foram conquistados nas décadas de 1990 e de 2000. Atualmente vem ocorrendo um redirecionamento com a Atenção à Saúde Mental, pela portaria que regulamenta as Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010) e o decreto 7.508/2011, que estabelece as Redes de Atenção Psicossocial. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, que integrados por meios de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. Suas diretrizes foram estabelecidas a partir de algumas necessidades: de superar a fragmentação da atenção e gestão nas regiões de Saúde, de aperfeiçoar o funcionamento do SUS, de se reorganizar diante das condições de saúde crônicas e, finalmente, de requalificar a atenção primária como base e centro organizador das redes de atenção integral à saúde.

A partir da regulamentação das RAS, o decreto 7.508/2011 estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) como uma das redes prioritárias na constituição das Regiões de Saúde. Ela é organizada como uma RAS temática, a partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam pessoas ou populações. Suas diretrizes englobam: a territorialização, o aumento de autonomia e de cidadania, a redução de danos, os serviços em rede, as ações intersetoriais, a educação permanente

e o desenvolvimento do cuidado pautado pela construção de um projeto terapêutico singular para as pessoas com transtornos mentais.

Dessa forma, em consonância com a Política Nacional de Saúde Mental, a RAPS busca consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, garantindo livre circulação das pessoas com problemas mentais pelos serviços, pela comunidade e pela cidade.

Além disso, a partir desse decreto a RAPS deve estar presente na Atenção Básica, na Atenção Psicossocial Estratégica, na Atenção de Urgência e Emergência, na Atenção Residencial de Caráter Transitório, na Atenção Hospitalar e nas Estratégias de Desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial.

Para a consolidação desse trabalho em rede, a Atenção Básica assume funções importantes: ser base; ser resolutiva; identificar riscos, necessidades e demandas; produzir ações efetivas na perspectiva de incremento de autonomia; acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS; e, principalmente, coordenar o cuidado por meio da elaboração e acompanhamento de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Dessa forma, os cuidados em Saúde Mental devem abranger todos os níveis de assistência, especialmente a Atenção Básica, visando em primeira instância à integralidade em saúde.

De maneira mais aprofundada, vale a pena destacar as principais estratégias em saúde mental, apontando o cuidado em Rede regido pelo Matriciamento em Saúde Mental. O Guia Prático de Matriciamento publicado pelo Ministério da Saúde em 2011 define Matriciamento como um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais

equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) Também podemos entender o matriciamento como o conjunto de ações que integram a Saúde Mental com a Atenção Básica em um modelo de cuidados compartilhados. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013)

Apesar dos avanços e conquistas no campo da Saúde Mental com a consolidação dos CAPS, ainda existem muitas dificuldades a serem vencidas. A formação do profissional de saúde é insuficiente no aspecto da saúde mental, e as equipes da Atenção Básica não se sentem preparadas para lidar com essa demanda. Dessa forma, estabelecer processos de Educação Permanente em Saúde Mental é fundamental e direciona as ações de matriciamento. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) O Ministério da Saúde, considerando essas dificuldades de formação e capacitação, vem desenvolvendo e fomentando diversas estratégias relacionadas à formação profissional, entre elas destacam-se os programas de Residência e ações relacionadas à Educação Permanente em Saúde, tais como cursos, supervisões e capacitações.

Nesse sentido, é muito importante dissociar o conceito de Saúde Mental do conceito de Doença Mental, assim como é importante entender que a saúde mental não está dissociada da saúde em geral. Esses entendimentos contribuem para a integralidade do cuidado e estão alinhados ao conceito da clínica ampliada e da promoção e proteção à saúde:

Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo

problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda Saúde Mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da Saúde Mental com a Atenção Primária. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003, p.3)

Assim, as potencialidades do matriciamento estão diretamente relacionadas com a corresponsabilização das equipes e com a construção compartilhada do cuidado com comunidades que atendem.

A partir deste breve histórico da construção das políticas públicas em saúde mental, descrevemos algumas experiências concretas implantadas em Santos, apresentando esse percurso, o qual contou com o apoio e envolvimento do Programa de Residência Multiprofissional. O resgate dessas experiências se faz importante, uma vez que revela as principais etapas de um processo intenso de práticas em saúde mental com grande potencial transformador. Estruturamos esta apresentação em três momentos distintos: **Proposta Inicial** (primeiro momento), **Processo de Implantação e Articulação** (segundo momento) e **Um cenário privilegiado** (terceiro momento).

Proposta inicial

Atualmente, fazem parte da rede de Saúde Mental de Santos, os seguintes serviços: cinco CAPS III (com atendimento integral), dois CAPSi voltados para a infância, um Serviço Centro Valorização da Criança (SCVC), duas Residências Terapêuticas, uma Seção de Reabilitação Profissional (SERP), um CAPS ad Infante Juvenil, uma CAPS ad II e uma Seção de prevenção ao uso de substâncias

psicoativas (SECEPREV). Ambas estão sob a Coordenação de Saúde Mental (COSMENTAL), ligada aos Serviços de Atenção Especializada da Prefeitura Municipal de Santos.

Em 2011, a COSMENTAL apresentou uma proposta à equipe de residentes: o pedido para que colaborassem na construção de ações que objetivassem à qualificação da Atenção Primária no manejo dos “casos leves” (Transtornos Mentais Comuns) na rede de Santos. Pois, se por um lado, seria essa a função da Atenção Primária, por outro, os CAPS da rede estariam com sua demanda inchada, ou seja, dirigidos ao grande número de usuários com transtornos psíquicos leves, descaracterizando sua demanda prioritária voltada aos usuários com transtornos mentais severos e persistentes.

Até aquele momento, o apoio técnico às Unidades Básicas de Saúde era realizado pela atuação da Seção de Atenção à Saúde da Comunidade (SEATESC), que atuava nos moldes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), mesmo antes do estabelecimento dessa política no nível nacional, que ocorreu em 2008. Essa seção contava com diversos profissionais de diferentes áreas que possibilitavam a ampliação do escopo de atendimento nas unidades básicas. Em 2014, finalmente, o município implantou formalmente a estratégia dos NASFs.

Tomando como base diretrizes do Ministério da Saúde de 2003 para a integração da Saúde Mental e Atenção Primária, a COSMENTAL propôs aos residentes as seguintes ações norteadas por princípios do Ministério da Saúde (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003): noção de território, organização da atenção à Saúde Mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários, construção da autonomia possível de usuários e familiares.

A Coordenadoria apresentou à equipe de residentes as ações abaixo:

1. Evitar práticas que levem à psiquiatrização e medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;
2. Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda, etc);
3. Priorizar abordagens coletivas e de grupos como estratégias para atenção em Saúde Mental, que podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como na comunidade;

A proposta apresentada aos residentes mostrou um fluxo simples de atenção à Saúde Mental na Rede, referindo-se aos usuários que, em algum momento de suas vidas, necessitaram de atendimento em serviço especializado de Saúde Mental ou foram acolhidos em seu próprio território devido à emergência de algum sofrimento psíquico.

Desse modo, a equipe de residentes assumiu o desafio de traçar um caminho para acolher e realizar o cuidado em Saúde Mental na Atenção Primária, além de avaliar a situação atual e propor possíveis melhorias. Ressalta-se a importância dessa designação dada ao programa que tomou a frente dessas ações, sendo uma equipe disparadora, embora tenha havido outros atores envolvidos nesse processo: gestores das unidades de saúde mental, tutores, preceptores e trabalhadores.

Utilizando-se de diferentes estratégias de aproximação desses serviços, buscaram-se, por meio de

reuniões de equipe intra e interserviços: formulação de projetos terapêuticos dos municípios identificados em sofrimento psíquico, visitas domiciliares com suporte do médico e agentes comunitários, grupo de acolhimento nas Unidades de Saúde da Família (USF), entre outras medidas que tornaram possível conhecer o fluxo de atendimento desses equipamentos e seus recursos comunitários.

As ações realizadas nesse primeiro momento passaram pela aplicação de um questionário quantitativo formulado pela COSMENTAL com a finalidade de obter o perfil dos municípios no que concerne à Saúde Mental, o que certamente orientaria nossas ações.

A análise resultou em uma descrição quantitativa e qualitativa dos dados dos questionários, como perfil da população, perfil dos usuários de Saúde Mental, perfil da população por domicílio, perfil dos usuários em relação ao tratamento em Saúde Mental e, ainda, nos permitiu visualizar o fluxo dos equipamentos de saúde e seus respectivos encaminhamentos.

Após a realização desse mapeamento, pactuaram-se encontros sistemáticos entre CAPS e USF, com a finalidade de dar continuidade aos projetos de cuidado compartilhado levantados. Esses encontros proporcionaram aos profissionais da saúde da família o conhecimento do equipamento especializado em Saúde Mental e permitiu que muitas dúvidas acerca do tratamento em Saúde Mental realizado na Atenção Primária viessem à tona, ao passo que os profissionais iam se integrando à equipe da atenção especializada no intuito de melhorar sua prática e seu conhecimento para o cuidado integral de cada usuário.

Os profissionais do CAPS também percorreram o território da USF durante essas ações, agendando visitas domiciliares conjuntamente com agentes comunitários de saúde e residente. Essas visitas foram elencadas de acordo

com demandas prioritárias em relação ao sofrimento psíquico, e também atreladas a respostas de trâmites jurídicos a pedido do Conselho Tutelar, afirmando o princípio da intersectorialidade.

Nesses encontros entre CAPS e USF, foram elaborados Projetos de Terapêuticos Singulares (PTS), para acompanhamento dos atendimentos discutidos pelas equipes. O PTS é a compilação dos principais sintomas e necessidades psicossociais do usuário relatados nos prontuários da USF e NAPS, assim como o tipo de tratamento planejado e dispensado ao munícipe no sentido do cuidado integral e seus encaminhamentos.

Seguimos um fluxo proposto pela COSMENTAL a partir dos questionários e dos encontros: para paciente inserido no CAPS, levantava-se o prontuário e fazia-se a discussão de casos com as duas equipes e a elaboração do PTS. Para os usuários da Atenção Básica que não necessitavam de avaliação psiquiátrica no momento, eram traçados projetos de prevenção acompanhados pelos residentes (por exemplo, encaminhando para a Terapia Comunitária), além do levantamento do prontuário na USF para verificar se havia inserção em algum programa. Se houvesse necessidade de avaliação psiquiátrica, esta era agendada inicialmente no CAPS.

Uma ação importante impulsionada pela equipe de residentes se refere à criação de um grupo de acolhimento e encaminhamento em Saúde Mental cujo objetivo era acolher usuários identificados com sofrimento psíquico pela equipe. O grupo funcionava acolhendo usuários com demandas psicossociais e realizava seu encaminhamento após, no máximo, cinco encontros, quando, então, era realizado um projeto terapêutico singular para cada integrante do grupo, os quais eram discutidos em reunião de equipe, se necessário.

É importante ressaltar que, devido à mudança da Coordenadora de Saúde Mental de Santos durante o percurso do PRMAS, foi estabelecida uma reunião geral bimestral, proposta pela nova gestão com o intuito de alinhar todas as ações de Saúde Mental na Atenção Básica entre gestores, residentes, preceptores, tutores e profissionais dos serviços.

Processo de implantação e articulação

Em um segundo momento, após o projeto inicial desenvolvido em conjunto com o PRMAS, em 2011, a COSMENTAL iniciou uma série de ações estruturando e delineando a proposta do Matriciamento.

Foi criada uma comissão formada por gestores e alguns funcionários das unidades de Saúde Mental que trabalharam no planejamento e na articulação das ações. Paralelamente a esse planejamento, ocorreram reuniões entre gestores dos departamentos envolvidos para a pactuação dos fluxos e ações. Essa comissão também atuou no planejamento de Oficinas de Sensibilização para profissionais da Atenção Básica (enfermeiros e outros), na capacitação dos médicos da rede e na produção de material de apoio. Paralelamente a isso, as equipes dos cinco CAPS do município se organizaram para estabelecer um fluxo entre os matriciadores e as respectivas unidades básicas de saúde de cada território. Assim, cada CAPS ofereceria apoio às unidades circunscritas nos seus territórios.

Cada equipe se organizou de acordo com as necessidades. Em alguns CAPS, foi criada uma equipe de matriciadores, com um médico e alguns técnicos. Em outros, a equipe técnica se dividiu por unidade básica de saúde, cabendo a cada técnico prestar apoio a cerca de duas unidades básicas.

Nesse momento do processo, as dificuldades já começaram a ser identificadas e trabalhadas. As maiores dificuldades estavam relacionadas à prescrição dos medicamentos psicotrópicos e a dispensação da medicação que continuaria sendo realizada nos CAPS.

Com avanços e recuos e com peculiaridades pertinentes a cada unidade, o processo foi sendo edificado. Parte das equipes estava motivada a enfrentar as dúvidas e resistências que ocorriam de ambos os lados; outras, porém, pareciam não entender a importância do processo e não colaboravam para o enfrentamento das dificuldades. Assim, ocorreram dificuldades no fluxo do atendimento, na aproximação dos matriciadores com as equipes matriciadas, muitos questionamentos com relação a diagnóstico e prescrição medicamentosa. Houve negativas de profissionais a aceitar esse redirecionamento. Essas dificuldades foram aos poucos sendo trabalhadas através da aproximação maior que foi ocorrendo entre as equipes.

Para que o processo se consolidasse, ocorreu também uma importante articulação com o PET Saúde Mental – Pró-saúde, assim, somando-se às equipes de trabalhadores de algumas unidades, o corpo de bolsistas, tutores e preceptores desse programa.

Embora nesse segundo momento tenha havido inúmeros avanços, tais como reuniões entre as equipes matriciadora e equipe da atenção básica, identificava-se a necessidade recorrente de reafirmar as pactuações entre os gestores da Atenção Básica e da Atenção Especializada.

Um cenário privilegiado

Entre os anos de 2013 e 2014, após essas ações de implantação, articulações e definições de fluxos, o matriciamento em Saúde Mental passou a ser efetivado em todas as unidades básicas do município.

Na unidade básica Centro de Saúde Martins Fontes, a presença das equipes de residentes e do PET Saúde Mental propiciou um cenário privilegiado para o matriciamento, possibilitando a sistematização das reuniões semanais para discussão de projetos terapêuticos singulares e buscando ampliar a participação dos trabalhadores da unidade. Objetivando uma maior integração, a equipe da unidade de Saúde da Família da região do Centro Histórico foi incluída nesse processo. Criou-se, assim, um espaço compartilhado entre trabalhadores dessas unidades básicas, estudantes, preceptores e matriciadora. Embora tenha havido participação de todas as categorias profissionais, mesmo que de modo eventual, se faz importante destacar a participação constante e efetiva dos agentes comunitários de saúde.

Além da construção compartilhada de projetos terapêuticos singulares, foi possível a criação de estratégias para a assistência à saúde mental dos pacientes, tais como: visitas domiciliares, acompanhamento em grupos de exercícios físicos, acompanhamento de consultas e agendamentos, parcerias para o manejo dos pacientes nas consultas, encaminhamento para recursos no território, por exemplo, terapia comunitária, pactuações para viabilizar contatos intersetoriais, distribuição de tarefas para articulação de reuniões de rede; acompanhamento de pacientes até o CAPS, suas casas ou eventualmente outros equipamentos.

A partir da necessidade apontada pelos próprios profissionais envolvidos nessas reuniões, foi realizada uma reunião de capacitação para a Atenção à Saúde Mental nos moldes da Educação Permanente em Saúde, baseada em metodologia de problematização. Uma das propostas levantadas foi estender essa iniciativa para outras unidades básicas.

Mesmo com o encerramento do PRMAS e do PET- Saúde Mental, as ações já consolidadas continuam ocorrendo com os equipamentos envolvidos.

Embora essa experiência tenha sido enriquecedora e efetiva, existem ainda dificuldades: certa resistência nos encaminhamentos, de ambas as partes (dos CAPS e da Atenção Básica). Existem ainda muitos casos nos CAPS que poderiam ser acompanhados na Atenção Básica. Isso se dá pela resistência dos profissionais que atendem a efetivarem essa passagem. Ainda se fazem necessárias novas pactuações entre os gestores, corroborando essas ações, e também implementação de recursos territoriais que possibilitem a melhor inserção dos usuários.

O Matriciamento qualifica a organização da assistência à Saúde Mental na Atenção Primária e, para melhor organização das demandas territoriais, necessita de uma perspectiva de saúde integrada, favorecida pela avaliação processual das ações desenvolvidas, promovendo as implementações que se fizerem necessárias. Na Atenção Primária, o Matriciamento pode funcionar como alternativa à – ou composição com – a medicalização do sofrimento psíquico, lançando estratégias de intervenções interprofissionais.

Finalmente, com esse relato, é fundamental destacar o que talvez seja o maior ganho do matriciamento: a possibilidade de romper com a lógica vigente que exclui a

loucura e a discrimina. Portanto, tratar de saúde na atenção básica significa tratar de saúde mental, objetivo que, mesmo com as transformações impulsionadas pela reforma, ainda não se havia alcançado efetivamente.

Considerações finais

Atualmente, em 2015, o processo do matriciamento em Saúde Mental no município está ocorrendo de forma mais consolidada e conta com a integração de duas equipes de NASFs. Entende-se que essa consolidação ocorreu também como resultado e consequência das ações descritas neste texto.

Importante ressaltar o papel do Programa de Residência nesse processo, como protagonista dessa transformação que era extremamente necessária para a continuidade da reforma psiquiátrica. Foi a esse programa atribuído o papel de agente transformador.

A cidade de Santos é reconhecida pelo seu importante papel na reforma psiquiátrica e pode-se dizer que a partir dessa importância os CAPS se consolidaram e passaram, durante alguns anos, a centralizar os cuidados ao sofrimento mental.

Coube ao processo descrito neste capítulo superar essa característica, o que confere a ele uma enorme importância.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Primária. **Saúde Mental e Atenção Primária: o vínculo e o diálogo necessários**. Brasília/DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 22 fev 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, **Caderno de Atenção Básica**, n.34. Brasília, 2013.

DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em Unidades de Saúde da Família: experimentando inovações em saúde mental. **Saúde Soc.** v.18, n.1, p.63-74, 2009.

GONZAGA, N.A.N. **Os significados dos encaminhamentos feitos aos CAPS III: A visão dos profissionais**, 2012. Dissertação (mestrado) Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, *campus* Baixada Santista, Universidade Federal de São Paulo, 2012.

KINOSHITA, R.T. **Embusca da cidadania: desinstitucionalização de um hospital psiquiátrico**. In: CAMPOS, F.C.B.; HENRIQUES, C.M.P. (Orgs). **Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos**. São Paulo: Scritta, 1996, p.39-49.

MORAES, E.M.R.; **Residência Multiprofissional e a Saúde Mental: tecendo redes em Santos**. Santos, 2012.

TENÓRIO, F. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. História. **Ciência e Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.9, n.1, jan-abr 2002.

Capítulo 17.

A DESAFIADORA EXPERIÊNCIA DA PRECEPTORIA EM UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Ieda Maria Ávila Vargas Dias

Alessandra Keyth Pereira

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo

Macarena Urrestarazu Devincenzi

Terezinha de Fátima Rodrigues

A ampliação do conceito de saúde, de doença e do processo saúde-doença trouxe aos profissionais uma nova maneira de se pensar o ser humano e a necessidade de se repensar o modo de se fazer saúde. Iniciou-se então um movimento para reunir os pedaços em que o homem foi “quebrado” e “reduzido”, originando um grande mosaico, no qual as “peças” são unidas mais fortemente pelo cuidado interprofissional, tendo a interdisciplinaridade como um instrumento facilitador e potencializador dessa nova forma de trabalhar. (MINAYO, 2010)

Ao longo dos anos, a história da saúde é marcada por diversas mudanças. Uma das mais importantes, e disparadoras de novas formas de pensamento, é a ampliação de seu conceito para processo saúde-doença, o qual passou a ser entendido como resultado de diversos fatores, não somente biológicos, incluindo também sociais e culturais. (WHO, 1946)

Durante as décadas de 70 e 80, no Brasil, a saúde adquiriu um caráter de cidadania. Englobando condições de vida e de trabalho, essa nova concepção, resultante da compreensão dos fatores condicionantes da saúde, defendia a superação das dicotomias entre ações de promoção/prevenção e ações curativas. (CECCIM; FERLA, 2009)

Os profissionais da saúde passaram, então, a preocupar-se também com elementos que fazem parte da vida das pessoas e que interferem significativamente em sua saúde, os quais estão relacionados com o modo do ser humano se sentir no mundo, influenciando de maneira positiva ou negativa seu bem estar bio-psico-social: trabalho, alimentação, amigos, família, relação com o outro e com o mundo, estudo, sentimentos, cultura.

Essa movimentação no setor da saúde contribuiu para dar um novo sentido à saúde, descrito por Ceccim como “uma saúde colada no modo de andar a vida das pessoas”, colocando em evidência a atenção, a integralidade e a processualidade saúde-doença, no lugar da assistência, da prevenção/cura e da promoção/reabilitação. (CECCIM; FERLA, 2009, p.444)

Concomitante à evolução do termo saúde, surgiu a necessidade do avanço do ensino, o qual deveria ser, nesse novo cenário, correspondente ao conhecimento sobre a comunidade, o coletivo, seus processos interativos e características de pertencimento. (CECCIM; FERLA, 2009) O saber unitário começou a ser, então, reestruturado a partir das disciplinas, as quais surgiram para reorganizar a fragmentação do território epistemológico e ir além, rompendo fronteiras e instituindo a interdisciplinaridade como forma ideal para se fazer saúde. (SCHER; PIRES, 2011)

Furtado (2007) faz uma conceituação dos termos multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, distinguindo-

os de acordo com o grau de comunicação e interação entre as disciplinas, como descrito a seguir. Vale ressaltar que não se entrará no conceito de transdisciplinaridade por esta extrapolar o objeto de estudo deste trabalho.

Dessa maneira, a multidisciplinaridade é colocada como a mais primitiva das relações entre as disciplinas, não havendo comunicação entre os profissionais representantes de cada área no plano técnico ou científico, e sim uma justaposição desses em torno de um mesmo tema ou problema. Coexistindo lado a lado, a interação entre as disciplinas e as trocas entre os profissionais ficam sob a responsabilidade de cada um individualmente.

Na pluridisciplinaridade, os objetivos comuns entre as disciplinas são estabelecidos, havendo coordenação por uma delas ou pela direção da organização. Caracterizada por um relacionamento efetivo das disciplinas, a pluridisciplinaridade ainda trabalha com a noção de complementaridade de lacunas de saberes, e não com o real entrosamento dessas disciplinas, como na interdisciplinaridade.

Representando o grau mais avançado de comunicação e interação, a interdisciplinaridade opera sob conceitos em comum, relações menos verticais e compartilhamento de trabalho, havendo uma nova combinação de elementos internos e o estabelecimento de canais de trocas entre os campos em torno de uma tarefa a ser desempenhada conjuntamente.

Dessa maneira, o termo interdisciplinaridade pode ser entendido como uma articulação de várias disciplinas que focam o objeto/problema para o qual não é suficiente a resposta de uma área somente. (MINAYO, 2010)

Para Habermas (1987), a interdisciplinaridade trabalha com fragmentos disciplinares conectados por uma pergunta central, para compreendê-la de forma mais profunda,

ampliada e complexa, havendo cooperação de disciplinas. A interdisciplinaridade não é unir pessoas, é contar com essas pessoas para responder a uma pergunta trazida por um tema, de tal forma que ultrapasse a multidisciplinaridade e a multiprofissionalidade, estando presente na discussão dos vários conceitos, e nas propostas metodológicas e técnicas. (HABERMAS apud MINAYO, 2010)

A interdisciplinaridade é discutida desde a Grécia antiga, local no qual a Filosofia, a Matemática, as Letras e as Artes deviam compor a formação de um intelectual. (MINAYO, 2010) No entanto, muitos são os conceitos atribuídos a essa palavra, e significados aplicados a esse modelo, o que contribui para a dificuldade de sua delimitação e de seu entendimento. (POMBO, 2005)

Porém, a partir do século XIX, com o argumento de não existir nenhuma Ciência capaz de estudar a realidade em sua totalidade, passou-se a valorizar a compartimentalização da Ciência. (MINAYO, 2010)

Esse fenômeno da especialização, apesar de ser condição para a possibilidade do próprio progresso do conhecimento, foi feita com grandes sacrifícios e elevados custos, e acarretou uma institucionalização do trabalho científico. (POMBO, 2008) Para Japiassu:

[...] o especialista é aquele que possui um conhecimento cada vez mais extenso relativo a um domínio cada vez mais restrito. O triunfo da especialização consiste em saber tudo sobre nada. Os verdadeiros problemas de nosso tempo escapam à competência dos experts, que via de regra, são testemunhas do nada. A parcela de saber exato e preciso detida pelo especialista perde-se no meio de um oceano de não-saber e de incompetência. (JAPIASSÚ apud MINAYO, 2010 p.438)

Com o passar do tempo, notou-se que essa fragmentação dos saberes é insuficiente para a complexidade das demandas do homem. (POMBO, 2008) Assim, a partir dos anos 1960, impulsionada por questionamentos referentes aos paradigmas científicos tradicionais e compartimentados, a ideia da articulação de saberes e sua aproximação da realidade do mundo da vida ressurgiu. Alguns nomes foram, então, tornando-se importantes, como o estudioso francês George Gusdorf e seu discípulo Hilton Japiassu. (MINAYO, 2010)

Para Japiassú, a expansão da ciência e a complexidade dos problemas são dados como justificativas para a existência da interdisciplinaridade, sendo que a primeira demanda uma organização das disciplinas para se associarem na resolução de problemas, por meio do compartilhamento de equipamentos ou profissionais. (JAPIASSÚ apud SCHER; PIRES, 2011) Já para Gusdorf, a justificativa para se trabalhar com a interdisciplinaridade se dá por esta proporcionar troca de informações e de críticas entre os cientistas, ampliando a formação do profissional. (GUSDORF apud SCHER; PIRES, 2011)

A interdisciplinaridade é, então, evocada quando os limites profissionais são colocados à prova, e já não podem mais responder às perguntas impostas por um problema cujo princípio de solução exige o concurso de múltiplas e diferentes perspectivas. (POMBO, 2008) Identificando e nomeando uma mediação possível entre saberes e competências, e garantindo a convivência criativa com as diferenças, a interdisciplinaridade é uma ferramenta fundamental para a ciência, não devendo ser tomada como um fim em si mesmo ou uma nova ciência a ser constituída. (FURTADO, 2007)

Dessa maneira, a construção de um conhecimento interdisciplinar torna-se essencial frente à necessidade

de se articular a gama de conhecimentos da humanidade, possibilitando diversos olhares para um mundo complexo. (SCHER; PIRES, 2011) Adiciona-se a esse cenário a questão do modelo hegemônico do ensino em saúde, que organiza o conhecimento de maneira compartimentada e fragmentada, e tem baixa capacidade de preparar os profissionais para as políticas do trabalho em saúde e baixo impacto na alteração de indicadores de saúde. (PINHEIRO; CECCIM, 2006)

No contexto da formação em saúde, a interdisciplinaridade e a educação interprofissional despontam como um caminho fértil para o desenvolvimento de propostas que possam articular as especificidades das profissões, as singularidades dos sujeitos sociais, as demandas para a integralidade do cuidado, as necessidades da sociedade e suas urgências éticas, humanas, políticas, educacionais e culturais. (BATISTA; ROSSIT; BATISTA, 2013)

Silva (2011) cita quatro artigos relacionados a experiências internacionais de educação interprofissional na graduação, os quais apontam mudanças no perfil dos profissionais formados. Porém, nas Universidades no Brasil, esse modelo de educação ainda não ganhou destaque, permanecendo a prática isolada de cada profissão. (BATISTA, 2012) Vale ressaltar que é papel da Universidade, como local de ensino, perceber as mudanças epistemológicas em curso e oportunizá-las. (POMBO, 2005)

Pensando nessa educação interdisciplinar, alguns Programas de Residência Multiprofissional foram criados. Em especial o Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS). Acreditando na construção da identidade profissional de uma área da saúde a partir da exposição a situações comuns de aprendizagem com outras áreas, esse programa investiu na educação interprofissional, tendo como ponto de partida o trabalho em equipe e a

integralidade do cuidado, a qual demanda um trabalho em saúde que transcende os fazeres individualizados de cada profissão. (UNIFESP, 2014)

Assim como a interdisciplinaridade no campo da teoria, a interprofissionalidade surge no campo da prática para responder a diversos impasses, reagrupando os conhecimentos espalhados a fim de diminuir a alienação do profissional, minimizar a duplicidade de cuidados e atender a complexidade dos problemas clínicos. (FURTADO, 2007)

No entanto, ao mesmo tempo em que a prática colaborativa tenta ser instituída nos serviços em um momento oportuno, ela vem antagonizando uma construção histórica da constituição das profissões, criando desafios e impasses por manterem seus interesses comuns de garantia de mercado de trabalho. Assim, o profissionalismo constitui-se em uma estratégia para a retenção do conhecimento, deixando-o o mais específico e misterioso possível, garantindo reserva de mercado. (MACHADO, 1995 apud FURTADO, 2007)

O autor refere-se a esses dois lados como “colaboração profissional” e “profissionalismo”, revelando suas oposições de sentido: enquanto o primeiro utiliza o partilhar como ação principal, o outro é marcado pela delimitação estrita de territórios, assimilando saberes específicos em suas respectivas faculdades e, mais tarde, conselhos de classe e código de ética. Assim, esse profissional passará a ter uma identidade profissional muito valorizada em nossa sociedade. (MACHADO, 1995 apud FURTADO, 2007)

Nesse cenário, a educação interprofissional pode ser conceituada como uma proposta em que duas ou mais profissões aprendem juntas sobre o trabalho colaborativo e sobre as especificidades de cada área. Tal ensino busca modificar atitudes e percepções na equipe, melhorar a

comunicação entre os profissionais, reforçar a competência colaborativa, construir relações mais abertas e dialógicas, bem como integrar o especialista na perspectiva da integralidade do cuidado. (UNIFESP, 2014)

Esse modelo de educação configura-se hoje como instrumento de transformação social, formando profissionais aptos para o trabalho em equipe e que compreendam o homem como um ser complexo. Com uma perspectiva dialógica e crítica, oportuniza, ainda, a interação de professores e alunos no processo ensino-aprendizagem. (BATISTA, 2012)

Nesse processo, o preceptor representa uma figura de referência para o desenvolvimento dessa prática colaborativa nos Programas de Residências. Seu papel, no entanto, precisa ser mais bem definido na literatura científica. (BOTTI; REGO 2011)

Para Ribeiro e Prado (2013), o preceptor é alguém que torna o conhecimento acessível ao residente, promovendo o que chama de *práxis* em saúde, que impulse um pensar-agir crítico, curioso e reflexível. Para esses autores, o preceptor é um protagonista e um promotor da construção e/ou reconstrução do conhecimento, sendo imprescindível ter fundamentação científica e pedagógica para transformar o ambiente de cuidado em um espaço de múltiplas aprendizagens.

A experiência nos permite referir que os preceptores ocupam lugar de destaque no processo no processo de ensino em serviço, como é o caso das Residências, pois são esses profissionais que com sensibilidade, habilidade, conhecimento, capacidade de diálogo, capacidade de reflexão, paciência e experiência, são desafiados diariamente a cumprir o seu papel: a função de mediador em um processo de formação.

A preceptoria estimula a produção científica, causa tensionamento, desacomoda e estimula a avaliação constante da prática. Os preceptores são desafiados a recriar. Ocorrem ganhos profissionais e pessoais, a partir da criação de novos laços, e há uma transformação das práticas de assistência e ensino.

Assim, se levarmos em consideração sua interação e conhecimento, podemos caracterizar esse preceptor como um agente do ensino, um professor. Paulo Freire define o ato de ensinar como uma ação interativa entre duas pessoas, indo além da simples transmissão de conhecimento, e necessitando de qualidades como: segurança, competência profissional, generosidade, comprometimento, liberdade, escuta, tomada de decisão, disponibilidade para o diálogo. Refere ainda que o educador deve compreender a educação como um modo de intervir no mundo e que, acima de tudo, queira bem o educando. (FREIRE, 2011a)

O processo de incorporação dos atores do PRMAS, especialmente dos preceptores, foi acontecendo ao longo do andamento do Programa. A definição dos preceptores considerou o setor/unidade em que trabalhavam e sua área profissional e não propriamente uma “vocação” ou seleção para a função. Cumprido o primeiro semestre de atividades, em 2011, organizou-se o Encontro de preceptores e tutores do Programa como um espaço de troca e formação, o que ocorria mensalmente.

Nos primeiros encontros foram apresentadas e discutidas as diretrizes e normativas das Residências em Saúde e também foi feita uma dinâmica de escuta dos preceptores, para que apontassem até aquele momento as dificuldades, os pontos positivos e sugestões.

Como dificuldades, foram mencionados: a questão da semana padrão organizada inicialmente, que incluía os dois cenários e descontinuava as atividades do residente;

a falta de preceptores de todas as áreas profissionais na atenção básica e o pouco tempo na unidade; falta de agentes comunitários de saúde para o trabalho e apoio no território; falta de clareza e integração das atividades desenvolvidas nos dois cenários da Residência; percepção de posturas diferenciadas dos residentes nos dois cenários; comparações e comentários inadequados sobre os cenários e suas diferenças; falta de entendimento claro do papel do preceptor; dificuldade para conciliar a rotina de trabalho do preceptor e as atividades da residência; falta de incentivo financeiro (bolsa do residente X salário dos profissionais); pouco entendimento das ações específicas, multi e interprofissional; falta de presença efetiva dos tutores e pouca experiência destes para supervisionar a prática multiprofissional; questões afetivas e comportamentais dos residentes; postura inadequada dos residentes nos serviços; como organizar a avaliação dos residentes; a demora do posicionamento e aproximação da UNIFESP com a preceptoria; e dificuldade de compreensão de conceitos “multi” e “inter” na prática nos serviços, tanto para residentes como para preceptoria e usuário.

Quanto aos aspectos positivos, destacaram: espaços nesses encontros para problematização (de casos práticos) do serviço, refletindo o cotidiano; percepção de evolução do preceptor em buscar conhecimento e atualizações; reflexão do processo de cuidado em algumas unidades e mobilização das equipes; possibilidade de questionamentos da “zona” de conforto; estímulo em participar desse processo de construção, apesar de não perceber a consolidação deste ideal “multi” nos serviços; possibilidade de avaliar as práticas individuais e coletivas; e aproximação entre os serviços/cenários, acelerando a construção da rede.

Como sugestões, principalmente para os temas e dinâmicas dos encontros emergiram: aprofundar a

abordagem teórico-prática do “inter” e “multi”; experiências com outros locais que possuem programas de residência, trazendo sua realidade; discussão sobre trabalho em rede, matriciamento e educação em saúde; instrumentos avaliativos para a residência; capacitação do preceptor em relação ao seu papel: atividades, competências e habilidades. Em relação às atividades práticas do PRMAS, foi destacada a importância de garantir maior envolvimento da equipe médica (área hospitalar) e da tutoria junto à rotina das unidades; bem como uma atualização das atividades das áreas específicas, não focando só nas ações multiprofissionais.

Em um estudo posterior, realizado com preceptores do PRMAS, a experiência da preceptoria revelou-se como desafiadora. Os preceptores reconheceram-se como mediadores entre os residentes e as equipes nas quais estavam inseridos, além de facilitadores do processo de construção do conhecimento por meio da prática reflexiva. Essa vivência não deixou de enfrentar dificuldades, uma delas foi a de estabelecimento de papéis e de conceituação do trabalho interprofissional, perpassando por entraves relacionados à condução da Residência e do manejo com os residentes. Porém, a colaboração profissional vivenciada com os residentes foi colocada como importante fator de mudança e de crescimento profissional dos preceptores, sendo a preceptoria da Residência uma experiência considerada gratificante. (PEREIRA, 2015)

Por fim, pode-se aludir que os preceptores em residência multiprofissional são profissionais responsáveis pela orientação dos residentes, devendo promover a integração entre os diferentes profissionais em formação, destes com a equipe de saúde, com a população e com os demais serviços com os quais estabelecerão relação durante o desenvolvimento da Residência. Esse profissional deve ter conhecimento, habilidade em criar e improvisar,

sensibilidade e muito bom senso, porque muitas vezes os residentes questionam a sua prática, desacomodando processos há muito instituídos, tornando necessária uma reflexão de sua atuação. A residência instiga a busca de atualização teórica, para dar conta da demanda que os residentes trazem. O desempenho do papel de preceptor estimula a produção científica, causa tensionamento, desacomoda e estimula a avaliação constante da prática.

Referências

BATISTA, S.H.; ROSSIT, R; BATISTA, N.A. Educação Interprofissional, Interdisciplinaridade e a Formação em Saúde: potências e desafios. In: SILVA, G.T.R. (Org.) **Residência Multiprofissional em Saúde: vivências e cenários da formação**. São Paulo: Martinari, 2013, p.29-46.

BATISTA, N.A. Educação interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Caderno FNEPAS**, v.2. 2012.

BOTTI, S.H.O.; REGO, S.T.A. Docente-clínico: o complexo papel do preceptor na residência médica. **Physis**, v.21, n.1, 2011, p.65-85.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Educação e Saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v.6, n.3, 2014, p.443-456.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

FURTADO, J.P. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. **Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.22, 2007, p.239-255.

MINAYO, M.C.S. Disciplinaridade, interdisciplinaridade e complexidade. **Emancipação**, v. 10, n. 2, 2010, p. 435-442.

PERREIRA, A.K. **A experiência de preceptores no processo de ensino-aprendizado da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde**. 2015. Trabalho de Conclusão de Residência (TCR). Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATTOS, R.A. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ: ABRASCO; julho 2006.

POMBO, O. Interdisciplinaridade e integração dos saberes. **Revista do Centro de Educação e Letras da UNIOESTE**, v.10, n.1, 2008, p.9-40.

RIBEIRO, K.R.B.; PRADO, M.L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev Gaúcha de Enferm**, v.34, n.4, 2013, p.161-165.

SCHERER, M.D.A.; PIRES, D. Interdisciplinaridade: processo de conhecimento e ação. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v.5, n.1, 2011, p.69-84.

SILVA, R.H.A. Educação interprofissional na graduação em saúde: aspectos avaliativos da implantação na Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA). **Educar em Revista**, n.39, 2011, p.159-175.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. UNIFESP. **Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde**. 2014.

Capítulo 18.

TUTORIA: a construção de um processo de trabalho

*Terezinha de Fátima Rodrigues
Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo
Ieda Maria Ávila Vargas Dias
Mariana Chaves Aveiro
Sílvia Maria Tagé Thomaz*

Introdução

Pensar sobre a tutoria no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS) impõe a reflexão sobre a construção inicial do PRMAS. Um Programa novo, no contexto das residências multiprofissionais na UNIFESP, sendo o primeiro em um *campus* de expansão e com uma proposta pedagógica desafiadora, objetivando a vivência simultânea em dois cenários de prática, com a atuação na rede pública de saúde de Santos (atenção básica) e na Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS) (atenção terciária).

Aliada à complexidade da proposta, o Projeto Político Pedagógico do *campus* Baixada Santista, UNIFESP (2006), tem como foco a educação interprofissional, com ênfase na formação de trabalhadores para o SUS, sendo essa

perspectiva em seus diversos projetos, como os PET e Pró-Saúde, além do eixo Trabalho em Saúde, com uma relação muito próxima de professores e alunos na rede de saúde do município.

Na construção do Programa, essa perspectiva se impôs e a experiência na relação com os serviços, aliada à indefinição do papel de tutores e preceptores, fez com que tutores assumissem uma variedade de funções ligadas à articulação da atuação da equipe de residentes com os serviços.

Foram grandes os desafios mediante uma proposta inovadora, diferente daquelas desenvolvidas nos demais Programas de Residência na UNIFESP, *campus* São Paulo, o que exigiu diálogo permanente na busca da construção conjunta de novas propostas que deveriam fortalecer a formação prática de profissionais e ao mesmo tempo contribuir para execução da política de saúde em âmbito local.

A reflexão sobre as atribuições e competências do tutor

Cabe destacar que a indefinição quanto aos papéis de tutores e preceptores foi reflexo das indefinições da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRMS) que, à época (2010), não tinha elaborado sua Portaria. Se pela CNRMS havia indefinições, outras legislações possibilitaram esclarecimentos, como nos Incisos I e II, que descrevem as funções de tutor e preceptor, respectivamente. (BRASIL, MINISTERIOS DA SAÚDE E EDUCAÇÃO 2005) Para fins de análise neste capítulo, vamos nos ater ao papel do Tutor.

Tutor - supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagens profissionais da área da saúde, exercida em campo, dirigida aos profissionais de saúde com curso de graduação e mínimo de três anos de atuação profissional, que exerçam papel de orientadores de referência para os profissionais ou estudantes, respectivamente, em aperfeiçoamento ou especialização ou em estágio ou vivência de graduação ou de extensão, devendo pertencer à equipe local de assistência e estar regularmente presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço.

Verificando a Portaria, destacam-se alguns elementos: “supervisão docente-assistencial”, “exercida em campo”, papel de “orientadores de referência”. Essas iniciais características nos apontaram centralmente a figura de um docente, porém, a segunda parte apresenta uma dubiedade que propiciou confusão, ao destacar que “deve pertencer à equipe local de assistência” e estar “regularmente presente”. O pertencer à equipe local trouxe uma dúvida: seria o trabalhador do serviço, o Tutor? Inicialmente, essa incompreensão se fez, mas após várias discussões e o conhecimento de outras experiências em Programas de Residência, ficou claro que o tutor seria o docente.

A Portaria da CNRS foi promulgada somente em 2012, Resolução 02 de 16/04, onde ficaram claros o papel e as atribuições dos tutores,

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

§1º - A tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes.

§2º - A tutoria de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito do campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa.

Art. 12 Ao tutor compete:

- I. Implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal, contemplando todas as áreas envolvidas no programa;
- II. Organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para implementação e avaliação do PP;
- III. Participar do planejamento e implementação das atividades de educação permanente em saúde para os preceptores;
- IV. Planejar e implementar, junto aos preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;

- V. Articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;
- VI. Participar do processo de avaliação dos residentes;
- VII. Participar da avaliação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;
- VIII. Orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU.

Na análise dos itens que compõem as funções do tutor, verifica-se claramente suas responsabilidades nos Programas de Residência, demandando intenso trabalho e exigindo valorização no contexto do ambiente acadêmico.

A experiência permite aludir que tutores são agentes de escuta, catalisação e facilitação dos processos de aprendizagem e articulação das ações. É apreciativo que o tutor tenha forte compromisso com os processos de mudanças orgânicas e de aprendizagem no interior do território; que tenha responsabilidades sanitária, organizando o processo de trabalho da equipe multiprofissional a partir da leitura das condições de vida e saúde da população adstrita. (UNIFESP, 2011)

A atuação dos tutores no PRMAS foi caracterizada por uma inserção orgânica na equipe dos trabalhadores que compuseram a preceptoria, presente nos cenários de prática. Esse processo, para o *Campus* Baixada Santista, propiciou articular outras ações que vinham sendo desenvolvidas e que, posteriormente, foram fundamentais na proposta de um Pró-Saúde. Ressaltam-se também os esforços da comunidade acadêmica em mapear as áreas de

inserção de seus docentes e respectivos projetos, campos de estágios e pesquisas na rede municipal de saúde, buscando potencializar a inserção de seus docentes e articular outras ações.

O papel da tutoria na consolidação das ações do PRMAS

No contexto da Atenção Básica, o Programa se inseriu em Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesses cenários de prática, observamos o acúmulo de demandas e falta de profissionais, gerando ações descontínuas e fragmentadas, com poucas ou inexistentes reuniões de equipe; e ainda, inexistência de trabalhadores na mesma especialidade das demais áreas profissionais que compunham as equipes dos residentes no PRMAS. Isso trouxe várias complexidades na articulação dos trabalhos, entre elas, a desconfiança inicial diante da proposta; as disparidades salariais entre residentes e trabalhadores dos serviços e alguns preceptores que não vivenciavam a Atenção Básica no cotidiano, pois tinham diferentes inserções na Secretaria Municipal de Saúde, tais como, no Centro de Atenção Psicossocial e Atenção Especializada. Apenas o enfermeiro integrava a equipe de referência dos serviços e conseguia acompanhar o cotidiano das equipes, além de participar das reuniões semanais e de encontros específicos entre preceptores e residentes.

Os desafios também foram grandes para os tutores no cenário hospitalar e diferentes propostas foram pensadas e implementadas para articular a interprofissionalidade. Os residentes atuavam em diferentes alas hospitalares, nem sempre as mesmas de seus preceptores, os quais se inseriam em diferentes setores do hospital, sendo que a prática interprofissional também não fazia parte de suas ações cotidianas.

A inserção do tutor de campo nos serviços, por meio da participação nas reuniões com preceptores, bem como nas atividades, buscava garantir a concretização da proposta do Projeto Político Pedagógico do PRMAS e, ao mesmo tempo, melhor integração entre profissionais e serviços às propostas do Programa de Residência.

No contexto hospitalar, os tutores foram protagonistas, juntamente com o Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) da Irmandade Santa Casa de Misericórdia - ISCMS, na construção das primeiras reuniões denominadas de “Integralidade”, que tinham como objetivo reunir diferentes profissionais, além de residentes e preceptores, para ações voltadas à construção de um cuidado integral.

Apartir da proposta de “Integralidade” na ISCMS nasceu a demanda de ampliá-la na atenção básica, para pensar o cuidado na Rede de Atenção à Saúde. Para construção dessa proposta, a centralização da articulação dos cenários por um tutor e aprovação da proposta no Colegiado Interno do Programa de Residência foi fundamental. Essa proposta proporcionou, ainda, o reconhecimento entre preceptores da ICSMS e SMS das peculiaridades dos diferentes cenários dessa complexa rede que se estabeleceu em Santos.

Consideramos que o tutor conseguiu efetivamente participar da gestão do cuidado e pensar novas possibilidades de trabalho em saúde, juntamente com as equipes dos serviços. Com isso, a UNIFESP, por meio também de seus tutores, participava e contribuía efetivamente na rede de cuidado dos usuários com os quais se comprometeu.

Acreditando no potencial do PRMAS, as ações dos tutores se forjaram na perspectiva da educação permanente, que destaca o aprender e o ensinar como processos contínuos, construídos e reconstruídos no cotidiano dos serviços. Como define o Ministério da Saúde “é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar

se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.” (BRASIL. MINISTERIO DA SAÚDE, 2007)

Nessa linha, todos os atores envolvidos precisavam estar dispostos a aprender juntos, uns com os outros, e para isso foi necessário que as relações fossem afetivas e democráticas, garantindo a todos a possibilidade de se expressar. (CARVALHO, 1998) Esse exercício pressupõe abertura e certo desarmamento de espírito, pois “importa ter a sensibilidade de escutar mais, ver além do aparente e travar relações com menos defesas.” (MICHELETTI, 2006, p.36) O trabalho em equipe interdisciplinar pressupõe a interação entre os diferentes, passa por construção e desconstrução que se articula, nesse caso, no cotidiano dos serviços de saúde, a partir da realidade vivenciada e com todos os envolvidos. (FAZENDA, 2002)

O movimento de percepção dos tutores passou, também, por uma preocupação com o trânsito interdisciplinar no interior da própria Universidade e proporcionou repensar formas de encaminhamentos internos em coerência com os pressupostos políticos pedagógicos. A realidade estampada, claramente, se configurou como demonstrativo de aspectos a serem considerados para a mudança e melhoria do trabalho. Para os tutores, a interdisciplinaridade representou de fato:

Postura profissional que permite se pôr a transitar o ‘espaço da diferença’ com sentido de busca, de desvelamento da pluralidade de ângulos que um determinado objeto investigado é capaz de proporcionar, que uma determinada realidade é capaz de gerar, que diferentes formas de abordar o real podem trazer. (RODRIGUES, 1999, p.42)

A tutoria nas relações internas na UNIFESP

O Programa de Residência no *Campus* Baixada Santista foi criado com propostas avançadas de relação com a comunidade local, de tal forma que representava um acúmulo, se considerarmos que a implantação do Programa ocorreu paralelamente à implementação do funcionamento do *Campus* e demandas relativas à sua criação. As equipes de profissionais, que foram chegando gradativamente (docentes, técnicos-administrativos e de apoio em geral), ainda buscavam melhor entrosamento, organização e dimensionamento dos recursos disponíveis e, acima de tudo, entrosamento para o desempenho de suas tarefas e responsabilidades.

No que se refere aos docentes, tutores do Programa de Residência, ainda se trabalhava na compreensão e implementação das estratégias do Projeto Político Pedagógico do *Campus*, na construção do espaço do interprofissional e interdisciplinar. A maioria dos docentes vivia pela primeira vez essa experiência e trazia em sua bagagem o conhecimento de suas áreas específicas bastante qualificado, experiências de vida profissional extra acadêmicas diferenciadas e o desejo de corresponder às diferentes expectativas do Programa.

Em 2009, as discussões acerca do PRMAS no *Campus* tiveram início para todos os cursos (Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), no momento da construção do projeto e depois com a definição dos docentes que seguiram na tutoria e no acompanhamento das atividades. Como o primeiro edital para os residentes foi para sete áreas, constando as áreas de Enfermagem e Farmácia, não ofertadas localmente, foi necessário, para atender a estas duas áreas de formação, procurar profissionais titulados dentro e fora da

Universidade. Destaca-se que, para a área da Farmácia, após intensas articulações da Coordenação do Programa, foram convidados e assumiram a tutoria, docentes do *Campus* de Diadema/UNIFESP que deram suporte, por um curto período de tempo, desta forma, gerando outra demanda concreta para atendimento das questões específicas. (UNIFESP, 2014a) A Educação Física, por sua vez, foi inserida no Programa em 2012, e não havia preceptores dessa área na atenção hospitalar.

De uma forma geral, desafios das mais diferentes naturezas se agregavam, e entre estes, o de aprender a conviver interdisciplinarmente, exercitando o diálogo entre tutores das diferentes áreas. Esse processo foi intenso e de extrema riqueza, não sem tensões, mas permitiu o necessário compartilhamento de saberes, colaboração e interação.

No campo dos desafios constam as atividades dos tutores, voltadas ao acompanhamento dos residentes e sua qualificação profissional, como também, e principalmente, na mediação das condições institucionais, onde se realizavam as experiências. Se por um lado existia um papel definido *a priori*, por outro a construção de parcerias, negociação de apoios nos serviços, plano de atividades, definição de padrões de qualidade a serem atingidos e processos de avaliação conjuntos, traziam novas exigências ao tutor e se impuseram como tarefas complementares ao Programa em curso.

As atividades se realizavam no espaço dos serviços e da Universidade, dependendo da necessidade dos residentes e das características desses encontros. Em muitos momentos, o papel do tutor na mediação entre as demandas dos serviços e residentes foi fundamental para o processo de trabalho e qualificação profissional. Supervisão de área, de campo, de equipe, discussão de casos e relação

teórico-prática, foram os principais focos da atuação dos tutores no PRMAS, porém não os únicos.

Nessas diferentes atividades, esse tutor docente, na maioria das vezes, novo no município de Santos, pôde mergulhar no cotidiano da rede de serviços, aproximando-se dos processos de cuidado nessa rede, conhecendo seus fluxos, potencialidades e desafios para o cuidado integral. Dessa forma, esses docentes fortaleceram suas relações institucionais para a construção de estratégias para o cuidado integral e a formação em saúde, interprofissional, em diferentes cenários, para graduação e pós-graduação.

Considerações finais

O quadro de exigências em torno dos tutores ampliou, e muito, a carga horária de trabalho, pois as atividades docentes originais dos tutores, nos cursos de origem e no *Campus*, continuaram a existir na mesma intensidade, acumulando-se às do PRMAS. Essa situação não favoreceu a permanência de alguns tutores, que originalmente se propuseram a estar no Programa.

Porém, outro grupo permaneceu. Foram momentos intensos de trabalho, debates e conquistas que fortaleceram esse grupo e trouxeram aliados importantes para o andamento do Programa. Entre eles, muitos dos profissionais da Secretaria de Saúde e da ISCMS, que voltaram para os bancos da Universidade em busca de qualificação, nos mestrados, doutorados e, principalmente, no Curso de Especialização em Formação e Cuidado em Rede, do Pró-Saúde, em que todos os preceptores da residência, de estágios e dos PETs puderam fazer, sendo ministrado, inclusive, por docentes e alguns tutores do Programa de Residência.

A equipe de tutores viveu momentos de muita tensão por estar próxima das contradições da execução da política, por sua preocupação de análise contextualizada da realidade e por ter um papel acadêmico nesse processo. A vivência foi de uma intervenção nem sempre tranquila, porém qualificada, de estímulo a esse importante investimento do PRMAS, criando canais de interlocução com os gestores para, gradativamente, comprometer-se mais diretamente com o Programa, participando, abrindo espaços institucionais, permitindo a participação dos profissionais.

Do processo de formação, os tutores mantiveram a perspectiva do perfil dos profissionais para o sistema de saúde proposto. O de compreender os desafios de um mundo em mudança e propor respostas competentes com visão estratégica do ponto de vista técnico, político e humano; com domínio de sua área e com competências para o trabalho interprofissional. “Trata-se de aprender a ler a realidade (e conhecê-la) para em seguida poder reescrever essa realidade (e transformá-la).” (FREIRE, 1997, p.03)

Referências

ALMEIDA, M.C. **Complexidade:** (com) paixão ética solidariedade e complexidade, São Paulo: Palas Athena. 2000.

BRASIL. Ministérios da Saúde. Ministério da Educação. **Portaria Interministerial n.º 2.117**, 03 de novembro 2005. Institui a Residência multiprofissional em Saúde. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 1.996**, 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2007.

CARVALHO, E.A. et.al. **Ética, solidariedade e complexidade**. São Paulo: Palas Athena, 1998.

FAZENDA, I.C.A. (org.). **Dicionário em construção: interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

RODRIGUES, M.L. (org.). **Ações e interlocuções: estudos sobre a prática profissional do assistente social**. São Paulo: Veras Editora, 1999.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. UNIFESP. *campus* Baixada Santista. **Projeto Político Pedagógico da Universidade Federal de São Paulo *campus* Baixada Santista: A educação interprofissional na formação em saúde e a competência para o trabalho em equipe e para a integralidade no cuidado**, 2006.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. UNIFESP. *campus* Baixada Santista. Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. **Regulamento do programa de residência multiprofissional em atenção à saúde**, 2011.

_____. Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. **Projeto Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde**, 2014.

Capítulo 19.

O QUE PENSAM OS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA SOBRE A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Ana Claudia Freitas de Vasconcelos

Elke Stedefeldt

Maria Fernanda Petrolí Frutuoso

O contexto

A residência multiprofissional em saúde é uma importante estratégia de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS) e se consolida como uma forma inovadora na transformação de ser, pensar e agir em saúde, mediando a construção de práticas e conhecimentos entre a Universidade e os serviços.

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS), escopo desse capítulo, foi implantado na Universidade Federal de São Paulo, *Campus* Baixada Santista (UNIFESP-BS), com a proposta de estabelecer uma dinâmica de educação em saúde por meio de práticas, de modo a favorecer a atuação interdisciplinar e possibilitar a formação de profissionais capazes de estabelecer o diálogo entre o saber específico e o saber compartilhado.

Esse Programa emergiu em resposta ao Edital de nº 24, de 2 de dezembro de 2009, em consonância com a Portaria Interministerial nº 1.077, de novembro de 2009 (BRASIL. MINISTÉRIO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO E MINISTÉRIO DE ESTADO DA SAÚDE, 2009) e como uma das modalidades de ensino da Universidade que inserem alunos nos serviços de saúde. Outras modalidades de inserção discente são o eixo Trabalho em Saúde e os estágios curriculares obrigatórios dos cursos de graduação da UNIFESP-BS.

O Projeto Político Pedagógico da UNIFESP-BS prevê a inserção de alunos em cenários de práticas desde o primeiro ano de graduação e ao longo de sua formação em algumas regiões do Município de Santos, especialmente caracterizadas pela elevada vulnerabilidade, como os Morros, Centro e Zona Noroeste. Iniciou-se, em 2006, o processo de construção da parceria ensino-serviço, entre a UNIFESP-BS e a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SMS) que inclui o tripé ensino, pesquisa e extensão, bem como estratégias indutoras da formação em saúde.

Os cursos da Universidade são norteados por quatro eixos de formação, sendo um deles o eixo Trabalho em Saúde (TS), denominado comum e oferecido a turmas mistas, com alunos de todos os cursos. (UNIFESP, 2006) O eixo TS permite a aproximação gradativa dos estudantes com os serviços e, conseqüentemente, com a prática de cuidado, refletindo sobre as possíveis intervenções, de acordo com o ano cursado. Com a supervisão docente, os alunos podem conhecer diversos modos de vida da população e suas implicações para o processo saúde-doença-cuidado e vivenciar distintas possibilidades da atenção à saúde, na perspectiva do trabalho em equipe e da integralidade do cuidado. (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013)

A concomitância de diferentes modalidades de inserção dos alunos da UNIFESP-BS em um mesmo

equipamento (eixo TS, estágios e PRMAS), trouxe a necessidade de articulação das atividades, sendo um dos enfoques do projeto ProSaúde (Programa de Reorientação da Formação em Saúde - Ministério da Saúde, edital nº 24 de 2011), que visou viabilizar e ampliar a articulação entre as atividades de ensino, extensão e pesquisa com o intuito de potencializar o aprendizado conjunto e o trabalho docente, bem como fortalecer as ações de cuidado integral e de educação permanente.

Diversas publicações descrevem as distintas ações da Universidade nos serviços e problematizam as possibilidades e desafios da proposta desse *campus*, na perspectiva da parceria ensino-serviço e da construção de ações interdisciplinares, reforçando a necessidade de pactuação e construção contínua da integração entre as instituições. (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013; JUNQUEIRA et al., 2013; MEDEIROS et al., 2014; VASCONCELOS et al., 2016)

Vasconcelos et al. (2016) observaram que, ainda que não haja unanimidade entre os profissionais da atenção básica quanto ao reconhecimento da importância da integração academia-serviço-comunidade para mudança das práticas profissionais, a possibilidade de ações/discussões compartilhadas e do exercício do trabalho em equipe permitem disparar reflexões sobre o cotidiano de trabalho. Faz-se necessária a ênfase sobre o papel do SUS como ordenador de recursos humanos da área.

Neste capítulo, apresentamos a percepção dos profissionais sobre a inserção do PRMAS na atenção básica, a partir de entrevistas com sete trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde, uma Unidade de Saúde da Família e da equipe multiprofissional da SEATESC (Seção de Atenção à Saúde da Comunidade), que apoia as ações desse nível de atenção. A escolha das unidades teve como critério a diversidade das ações da UNIFESP-BS no ano de 2012 e os

profissionais foram convidados a relatar as potencialidades e tensões que emergem do acompanhamento das diferentes modalidades de inserção da UNIFESP-BS.

Os relatos fornecem pistas para o entendimento do processo de inserção dos residentes nos cenários estudados, bem como dos avanços e desafios no planejamento, execução e avaliação da organização do trabalho e das ações propostas. A percepção de tutores e residentes, sobre a articulação entre as ações da UNIFESP-BS, bem como uma descrição detalhada das ações desenvolvidas pela Universidade, é discutida no capítulo intitulado “A Residência Multiprofissional e a integração com as atividades de ensino, pesquisa e extensão universitárias.”

Cabe ressaltar que os depoimentos são frutos do processo vivenciado pelos profissionais nos encontros com residentes, tutores, preceptores e usuários. Entendem-se como encontros os momentos que, conforme explicitado por Merhy (2012), envolvem o ato de acolher tudo que está ali ao mesmo tempo, em um encontro intercessor para produção de cuidado, permeado por processos comunicativos onde aparecem silêncios, falas, jogos de força e interesses, ditos e não ditos, vínculos e afastamentos.

Os avanços da experiência do PRMAS

Ainda que o recorte deste capítulo seja o PRMAS, muitos dos depoimentos apontam questões inerentes à articulação das diversas ações da Universidade e as singularidades da experiência da UNIFESP-BS, que emergem a partir da comparação entre o PRMAS, estágios curriculares e eixo TS, refletindo as potencialidades e os desafios tanto da inserção de residentes nos serviços como do “integrar” as ações.

O PRMAS é a modalidade de inserção da UNIFESP-BS mais citada pelos profissionais que referem conhecer as ações executadas e reconhecem a importância dos residentes no processo de trabalho e na atenção à comunidade. A Residência é apontada como modelo de transformação de práticas, possibilitando a ampliação das equipes na atenção primária com a chegada de outros profissionais de diversas áreas, que contaminam a equipe local com “outros olhares”.

[...] na residência tinha farmacêutico, tinha nutricionista, enfermagem, fisioterapia, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e a educa. Então assim, foi muito rico, porque eu acho que a equipe começou a aprender a lidar com isso, outros olhares. (E3)

O PRMAS, com atuação na atenção básica e atenção hospitalar, contava com oito categorias profissionais: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, com ações nas linhas de cuidado dos ciclos da vida e tendo como eixo transversal atenção à saúde do indivíduo, a família e sua rede social. Nesse sentido, para alguns profissionais, a inserção dos residentes pode diminuir e/ou facilitar o trabalho da equipe, especialmente quanto ao tempo das visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde. A fala a seguir aponta a articulação entre ações do PRMAS e eixo TS que pode potencializar atividades compartilhadas:

[...] os grupos que os residentes desenvolvem, que eles desenvolviam e que o pessoal da TS também participa, traz orientações, diminui a quantidade de tempo das nossas visitas porque o tanto de informações que a gente ia passar nas visitas, nos grupos eles já têm. A gente consegue ir em mais casas. (E5)

É importante destacar que o PRMAS tem uma carga horária prática bem maior que as outras atividades da UNIFESP-BS, propiciando maior contato com os residentes que participam amplamente do planejamento e execução das atividades das unidades sendo, portanto, incorporados às equipes. Outro fato importante é a inserção de profissionais já formados, garantindo a presença do profissional no serviço e a possibilidade de incorporação do olhar interprofissional na construção do cuidado.

Outro fator que parece influenciar a valorização das ações do PRMAS é o fato de não existir limitações nas ações realizadas por alunos já formados, que tem mais autonomia que os estagiários que precisam do profissional ao lado, conforme a fala a seguir:

[...] porque é diferente do estágio, porque na residência são profissionais. O estagiário por mais interessado que ele seja, por mais envolvido, não tem autonomia, a gente sempre tem que estar junto. (E3)

É inegável a potência da residência na formação tanto para os alunos quanto para os profissionais de saúde, uma vez que a inserção de residentes provoca movimentos e deslocamentos, levando os envolvidos à reflexão e conseqüente transformação dos modelos e modos de operar em saúde. Os entrevistados referem que o PRMAS é uma estratégia de educação permanente para os profissionais de saúde envolvidos, na medida em que exige maior dedicação e que incorpora momentos de troca de saberes, em uma equipe que pode “sair daquela acomodação que todo mundo acaba caindo.”

[...] pra equipe também foi muito bom, dá uma acordada, sabe, questionar algumas coisas, tentar fazer diferente, trazer ideias, sabe, sair daquela acomodação que todo mundo acaba caindo. (E3)

Ainda para esse profissional, a Residência trouxe a oportunidade de ampliar a visão do trabalho interprofissional, na prática, bem como conhecer áreas profissionais antes não conhecidas, como a Terapia Ocupacional, com impacto direto nas ações da equipe:

[...] e trouxe essa visão diferenciada pra equipe, do trabalho multi, sabe, desse compartilhar saberes, trouxe muito isso na nossa prática, foi bem legal. O TO trouxe pra reunião de equipe, o que era o TO, o que faz, o que não faz, onde pode atuar, onde não pode. (E3)

Outro exemplo refere-se à cooperação entre equipe e residente, potencializando a escuta e o diálogo com o nível secundário de atenção:

[...] a psicóloga fez uma parceria com o NAPS [Núcleo de Apoio Psicossocial] que já tinha, mas ela foi a fundo e começou a fazer um trabalho ela e a chefe da unidade de atender essas pessoas, fazer uma escuta individual. (E2)

Conforme discutido por Ceccim et al. (2009), o sistema de saúde sofre transformações em sua organização e dinâmica em função das interferências engendradas pela interação universidade-serviço. É exemplo de interferência o desenvolvimento de novas ações em virtude da presença da universidade, atividades que justamente propõem modificar os modelos assistenciais, como as intervenções em promoção e educação em saúde, ou a construção de uma relação diferenciada com os usuários, mais horizontais.

Ceccim e Feuerwerker (2004) destacam que essa relação serviço-academia vem historicamente acontecendo de forma dissociada, sem reconhecimento que a prática tem suas expertises. Essa proximidade da academia com o SUS produz uma aprendizagem significativa a todos os atores envolvidos e não apenas uma reprodução de procedimentos de saúde. Indubitavelmente, não há como a atenção básica à saúde de Santos permanecer imutável ao pactuar essa parceria carregada de fortalezas e, também, de desafios.

As tensões da experiência PRMAS

Em contraponto à valorização do trabalho compartilhado, em equipe, entre residentes e profissionais dos serviços, alguns entrevistados apontam dificuldades diante da falta de experiência de alguns alunos, do “deslumbramento” que os distancia da vida real e das diferentes formações entre os membros de uma mesma equipe de residentes:

[...] não é ponto negativo; eu acho que pela falta de experiência, porque eram recém-formados. Então vem com todo um deslumbramento de que tudo na prática tinha que ser como na teoria. (E6)

A forma com que as ações da UNIFESP-BS são organizadas parece incomodar o profissional que tem outra formação e/ou entendimento sobre a atenção à saúde. Ao chegarem a uma unidade, os residentes, por exemplo, parecem dedicar algum período reconhecendo o território, fato que é citado como importante, mas que parece, na visão de um dos entrevistados, adiar ações de cuidado.

[...] querer mapear o território primeiro pra depois fazer as ações. É importante, mas acabava limitando muito eles, nunca se inseriam nas atividades, depois de um tempo é que, aí sim, depois deslanchou. (E6)

A universidade, ao inserir os discentes nos cenários de prática, convoca a uma postura diferenciada, pois as necessidades tornam-se mais complexas e acabam por demandar não somente uma relação técnico científica, mas também uma mobilização afetiva. Essa inserção permite ao estudante contato com realidades adversas e muitas vezes marcadas pela violência, pobreza e vulnerabilidade, colocando-o frente a uma dimensão complexa de discussões que incluem desde as políticas públicas até a intervenção profissional. (GUIZARD et al., 2006)

[...] o começo foi aquela fase de construção, estavam um pouco perdidos, eles têm uma dificuldade de se entender como equipe, o que que eu vou fazer? É grupo? Ficam aqueles conflitos, em que momento eu atuo como grupo, equipe multi e em que momento eu posso atuar como profissional. (E6)

Nas propostas de inserção de estudantes nos cenários de práticas na perspectiva do trabalho em equipe, as dificuldades na atuação interprofissional vêm à tona na medida em que há, em ato, o desafio de se aproximar ou se afastar de suas práticas específicas diante de propostas de trabalho compartilhadas e das práticas comuns de cuidado. Para profissionais não formados na perspectiva do trabalho em equipe e que enfrentam os embates cotidianos da complexidade da atuação interdisciplinar, a inserção de estudantes nos serviços de saúde traz à tona desconfortos, uma vez que esses profissionais têm papel protagonista nas experiências inovadoras de formação.

Pontua-se aqui, a função da preceptoria como facilitadora nos processos cotidianos do trabalho interprofissional, favorecendo a competência clínica e criando situações e espaços de ensino-aprendizagem para o desenvolvimento de habilidades e competências e para a criação de condições necessárias para que mudanças sejam implantadas adequadamente durante a formação discente, incluindo o trabalho em equipe. (BISPO et al., 2014)

A preceptoria por área específica constituiu um dos desafios para o PRMAS e também para as outras ações da Universidade. Esses profissionais (nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, educadores físicos) trabalhavam em outros equipamentos e exerciam a preceptoria nas unidades de atenção primária à saúde onde havia residência, com tempo reduzido a um período da semana em função do rodízio entre as unidades, resultando em fragmentação do acompanhamento das ações e interlocução com os atores envolvidos no Programa.

[...] talvez por conta do meu horário, que seja muito complicado também eu ficar em várias unidades ao mesmo tempo e a gente não tem contato com todas reuniões de equipe. (E7)

Dada à necessidade de preceptores de todas as áreas profissionais, houve articulação e composição com outros serviços de atenção à saúde de Santos, não previstos no planejamento inicial do PRMAS como os NAPS, a SEATESC e a Seção de Reabilitação Física. Se por um lado essa estratégia permitiu a interlocução entre os serviços, potencializando o trabalho em rede, por outro, trouxe sobrecarga de trabalho aos preceptores, que acumularam mais uma função.

Neste contexto, olhar para o papel de preceptor no PRMAS pode apontar para a dificuldade de construção de uma forma de trabalho compartilhado, diante do acúmulo

de atividades e do rodízio de preceptores nos serviços em um contexto de organização de trabalho deficiente e de recursos humanos insuficientes. Botti e Rego (2007) indicam funções essenciais da preceptoria, como o de auxiliar o desenvolvimento de estratégias para resolver os problemas do cotidiano, possíveis somente presencialmente.

Diversos movimentos e adequações aconteceram ao longo da construção do PRMAS e conseqüentemente contribuíram para a percepção dos profissionais da atenção básica sobre o Programa, residentes e ações. No ano de 2010, o PRMAS era organizado com ações nos cenários de atenção básica e hospitalar, divididos durante a semana. Entretanto, após avaliação e discussão da gestão central da SMS, do Hospital e da UNIFESP-BS, esta proposta foi modificada para a vivência em um cenário de cada vez, com impacto direto nos profissionais, como ilustra a fala a seguir:

[...] os projetos que eles tinham iniciado, muitos não se concretizaram, porque a prefeitura, por conta de carga horária, mudou eles pra outra unidade. Com certeza, a gente não deixou de fazer o nosso serviço e com a mesma qualidade [...], infelizmente tiraram eles daqui, não sei porque eles fazem isso quando o negócio tá tão bom, vem alguém e muda. (E2)

As Instituições parceiras, em seus processos de gestão e diante de seus interesses e disputas, tiveram influencia direta na entrada e saída dos residentes nos serviços. Segundo Guizard et al. (2006), a dificuldade de compartilhamento de decisões referentes ao processo de interação ensino-trabalho, com todos os atores envolvidos, merece ser refletida em âmbito macropolítico para possibilitar a desconstrução das forças de poder dos

sistemas hierarquizados de gestão pública no modelo tecnoassistencial hegemônico e, para tanto, é necessário promover debates coletivos sobre o tema a ser deliberado.

As questões de infraestrutura foram apontadas como dificultadores da inserção dos alunos, pois as unidades possuíam pouco espaço físico para os encontros entre os atores envolvidos: “Não tem lugar, preciso usar o computador, e agora, você tá aí; dá licença.” (E3)

A fala a seguir reforça o problema do espaço físico, mas também anuncia que a parceria ensino-serviço, ainda que benéfica, é feita de forma processual, com dificuldades e conflitos:

[...] problemas de espaço físico principalmente, eu acho que isso é o que a gente mais sofre lá na unidade. Teve todo um processo, teve dificuldades, mas eu acho que no geral, tem muito mais pontos positivos que pontos negativos. (E3)

Outro apontamento diz respeito à remuneração para os preceptores, especialmente nos casos em que as bolsas dos residentes são maiores que os salários dos profissionais.

[...] já eram pessoas graduadas e que recebiam por estar ali muitas vezes mais do que muitos técnicos, então assim, poxa vida, o cara ganha mais que eu. Por mais de cinco anos de residência a gente nunca recebeu nada pra ser preceptor de residência. (E5)

O edital do PRMAS não previa remuneração a preceptores e a Prefeitura Municipal de Santos também não apresenta em seu Plano de Cargos e Salários qualquer bonificação ao funcionário para tal situação. Agregada a esta questão, o Programa de Educação pelo Trabalho (PET),

com remuneração tanto para preceptores quanto para tutores, trouxe desafios a serem superados a partir de 2012, com o início de três Programas PET. Entretanto, são muitos os profissionais que exercem a função de preceptores por entender que a formação em serviço produz profissionais mais qualificados para o SUS, sem que a ausência de remuneração seja uma questão limitadora de seu papel de formador.

A desarticulação e ausência de comunicação entre as diferentes frentes de inserção da UNIFESP-BS também foi mencionada como um desafio operacional e pedagógico para as equipes:

[...] eu sinto falta também de uma comunicação entre o TS, o estágio e a residência. Eu sei que isso é muito difícil. Deveria ter alguma ligação entre esses trabalhos todos, ter um plano macro que conseguisse integrar todos eles, pra todos terem bem delimitados todos os participantes, a sua importância, sua função pra ajudar a comunidade. (E7)

Sobre a ruptura das atividades, seja por mudanças na organização do trabalho ou pelo término do período da residência, os profissionais relatam que a troca ou saída de alunos traz dificuldades tanto para os usuários como para a equipe:

[...] o envolvimento deles foi muito grande e teve uma reciprocidade, os munícipes adoraram, gostaram deles, sentiram falta, não queriam a nova equipe que entrou, e depois, com o tempo, foram aceitando. (E2)

[...] quando a gente tá se acostumando... a outra equipe também é legal, vai dar andamento no mesmo projeto, mas eu queria que eles ficassem. (E1)

O encontro das diferenças entre a academia e o serviço propiciam interferências nos processos de trabalho e na produção de cuidado. Esses encontros devem ser divulgados e discutidos, segundo Guizard et al. (2006), pois permitem modificações institucionais, apesar das resistências, quando espaços de análise se configuram como ferramentas de avaliação, entendendo que as instituições tendem a se resguardar do exercício da crítica acerca de suas organizações.

Considerações finais

A integração ensino-serviço, proposta pelo Projeto Político Pedagógico da UNIFESP-BS, por meio da articulação entre diversas ações, com ênfase na Residência aponta desafios, mas (re)afirma a produção de momentos de reflexão e mudanças das práticas dos profissionais de saúde e o papel do SUS como formador.

As tensões relatadas pelos trabalhadores envolvidos na Residência abrangeram a organização das atividades do PRMAS, bem como o rodízio entre diferentes unidades e a ausência de remuneração dos preceptores.

O Programa mostrou-se uma estratégia potente no processo de reflexão das práticas e na promoção de momentos interdisciplinares na atenção à saúde, na medida em que alunos já graduados e de categorias profissionais diferentes das que compõem as equipes de atenção básica de Santos promovem a produção compartilhada de conhecimento e cuidado, fortalecendo o trabalho em equipe e provocando um novo modo de produzir saúde.

Referências

BISPO, E.P.F; TAVARES, C.H.F.; TOMAZ, J.M.T. Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, v.18, n. 49, 2014, p 95-108.

BOTTI, S.H.O.; REGO, S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.32, 2008, p.363-373.

BRASIL. Ministério de Estado da Educação. Ministério de Estado da Saúde. **Portaria Interministerial MEC/MS no 1.077**, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 de novembro de 2009.

CECCIM, R.B.; BRAVIN, F.P.; SANTOS, A.A. Educação na saúde, saúde coletiva e ciências políticas: uma análise para formação e desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde como política pública. **Lugar Comum**, Brasília, n.28, 2009, p 159-180.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.20, n.5, 2004, p.1400-1410.

FEUERWERKER, L.C.M.; CAPOZZOLO, A.A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: CAPOZZOLO, A.A.; HENZ, A.O.; CASETTO, S.J. **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013, p.35-58.

GUIZARDI, F.L.; STELET, B.P.; PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B. A formação de profissionais orientada para a integralidade e as relações político-institucionais na saúde: uma discussão sobre a interação ensino-trabalho. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R.B.; MATOS, R.A. (Orgs.) **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. 2ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006.

JUNQUEIRA, V.; FRUTUOSO, M.F.P.; SILVA, C.R.C. Os (des) compassos entre a universidade e os serviços de Saúde. In: CAPOZZOLO, A.A.; HENZ, A.O.; CASETTO, S.J. **Clínica comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013, p.229-47.

MEDEIROS, M.A.T.; BRAGA-CAMPOS, F.C.; MOREIRA, M.I.B. A integralidade como eixo da formação em proposta interdisciplinar: estágios de Nutrição e Psicologia no campo da Saúde Coletiva. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.27, n.6, 2014, p.785-798.

MERHY, E.E. Saúde e Direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.21, n.2, 2012, p.267-279.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO *campus* Baixada Santista. UNIFESP. **Projeto Político Pedagógico: A educação interprofissional na formação em saúde**. São Paulo, 2006. Disponível em <<http://www.baixadasantista.unifesp.br/projpedag.php>>. Acesso em: 01 fev 2016.

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

Capítulo 20.

O TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO COMO FERRAMENTA PARA CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTOS

*Mariana Chaves Aveiro
Terezinha de Fátima Rodrigues
Eduardo Rodrigues da Silva*

Introdução

Consagrando dois anos de atividades práticas e teóricas, bem como uma intensa convivência multiprofissional, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) é uma das exigências legais para a integralização de curso do Profissional de Saúde Residente, prevista na Resolução 3 de 4 de maio de 2010:

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

§ 2º Ao final do treinamento, o Profissional da Saúde Residente deverá apresentar, individualmente, uma monografia ou um artigo científico com comprovação de protocolo de envio à publicação.

Art. 6º O não cumprimento do parágrafo 2º do art. 3º e do art. 4º desta resolução será motivo de desligamento do Profissional da Saúde Residente do programa.

A COREMU-UNIFESP estabelece em seu regimento as regras que norteiam a execução do TCC e que estão disponíveis em sua página oficial na Internet. Cabe aqui refletir o momento da elaboração do TCC como um processo de sistematização de experiências, fonte de pesquisas e produção de conhecimentos.

O TCC é um importante momento por se tratar de uma oportunidade de síntese na medida em que articula saberes e reflexões potencializadoras de mudanças. A possibilidade de produção de novos conhecimentos agrega importantes conteúdos reflexivos construídos nos cenários de prática e nas trocas compartilhadas durante o Programa. Essa perspectiva coloca o conhecimento como algo vivo, não inerente aos “muros” da Universidade, mas compartilhado, construído na relação sujeito-objeto, com a visão de que a ciência e a produção de conhecimentos deve estar voltada para o compartilhamento de saberes com reais possibilidades de mudanças nas práticas.

Com essa ênfase, a partir de uma abordagem totalizante, a proposta do TCC se construiu, articulando a discussão dialogada envolvendo docentes, tutores, preceptores e residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. A preocupação central, mais que a mera apresentação formal de um trabalho para a finalização do Programa, esteve voltada para a capacidade de o residente refletir a experiência vivenciada em seus dois anos na rede de saúde do município de Santos/SP, com a certeza da contribuição nos processos de (re)construção de práticas.

Com essa perspectiva, a partir da constituição de um Grupo de Trabalho (em 2010), a proposta para o TCC se consolidou, sendo aprovada nos espaços deliberativos do Programa. Posteriormente, a COREMU-UNIFESP aprovou seu Regimento, tratando a temática na forma legal, prevista pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

Ressaltam-se as formalidades presentes com a obrigatoriedade da entrega do TCC no sentido de cumprimento das exigências legais para integralização no Programa. Pela natureza de um trabalho científico, estão previstas as normas éticas que regem as pesquisas, com a necessária aprovação dos projetos nos Comitês de Ética / Plataforma Brasil, além da garantia do orientador e da apresentação final, bem como a presença de uma banca examinadora composta pelo orientador e dois convidados-leitores, todos com título mínimo de Mestre. Prevista ainda, a figura do “coorientador”.

Destaca-se, nesse processo, a discussão partilhada e a construção do TCC em etapas com momentos aproximativos por meio de carga horária teórica no final do 1º ano, no sentido da metodologia científica e a aproximação aos objetos de estudo. Nesse momento, o residente tomava contato com docentes ou tutores, no sentido de aproximação às possíveis temáticas de estudo. No início do 2º ano, passava a contar com a presença de um orientador individual e/ou com o coorientador. Os projetos, quando envolviam a Secretaria de Saúde, passavam necessariamente pela Coordenadoria de Formação Educacional (COFORM), órgão ligado à Secretaria e que atua como um Comitê de Ética, e, quando na Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS), também com o referido Comitê de Ética da Instituição.

A perspectiva de um momento final onde o trabalho fosse partilhado foi outra ênfase importante. As bancas examinadoras buscavam qualificar a discussão, efetuando os apontamentos necessários, sempre constituídas na perspectiva interprofissional, marca fundamental do Programa. Essa construção pode ser verificada na riqueza dos trabalhos apresentados nos cinco anos do Programa (2010-2015), com quarenta residentes que apresentaram seus trabalhos seguindo o regulamento da COREMU-UNIFESP e obtendo o título de especialista em “Saúde Coletiva”, área de concentração do referido Programa.

Ao verificar a produção expressa nos 40 TCCs, observamos a priorização da abordagem qualitativa nas análises. Segundo Bosi (2012), na pesquisa qualitativa a ênfase centra-se em respostas não traduzíveis em números, sendo importante a relação do sujeito com o universo a ser pesquisado e a linguagem em suas várias formas de expressão. Os trabalhos, em termos metodológicos, demonstram diferentes possibilidades, dentre as quais, análise documental (prontuários, diários de campo); observação participante; entrevistas semiestruturadas, narrativas e grupo focal.

Escrever sobre essa produção de Trabalhos de Conclusão de Curso no PRMAS é contar um pouco sobre a história desse Programa. Cada trabalho registra um aspecto do que foi (re)construído na Rede de Atenção à Saúde de Santos em cinco anos de atividades, bem como os avanços na Formação em Saúde no SUS pelo Instituto Saúde e Sociedade/*Campus* Baixada Santista da UNIFESP, que vem deixando sua marca de trabalho interprofissional para o cuidado integral há 10 anos¹.

¹ O Instituto Saúde e Sociedade/*Campus* Baixada Santista completa, no ano de 2016, dez anos de atividades em pesquisa, ensino e extensão. Este importante marco tem sido amplamente celebrado por toda a comunidade acadêmica.

A potência de um Programa de Residência na Construção do Conhecimento

No Quadro 1 podemos verificar a produção teórica dos trabalhos apresentados entre 2012 e 2015, bem como a área de formação profissional do residente e do referido orientador e coorientador, este quando presente. Os trabalhos foram divididos em quatro grandes categorias, que os classificam de acordo com suas contribuições para a sistematização das práticas desenvolvidas, para o reconhecimento das potencialidades e dificuldades da rede de atenção à saúde da cidade de Santos no cuidado integral, para a consolidação do programa de residência e para a compreensão das áreas específicas para o cuidado integral e interprofissional na atenção primária e hospitalar. As revisões da literatura foram consideradas em uma categoria a parte.

Quadro 1 -Títulos dos Trabalhos de Conclusão de Curso e áreas profissionais dos residentes e seus respectivos orientadores e coorientadores.

Categorias	Título da Monografia	Área Profissional do Residente	Área profissional do Orientador/Coorientador
Práticas inovadoras nos serviços	Percepções do usuário sobre a abordagem multiprofissional em saúde. (ADOLPHO, 2015)	Fisioterapia	Enfermagem
	Itinerário de uma equipe de residência multiprofissional em saúde na construção das ações em grupo em unidade básica. (ARAKAKI, 2012)	Terapia Ocupacional	Nutrição
	Perfil e Indicadores da Assistência Pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família do Município de Santos no Contexto da Residência Multiprofissional. (YAMADA, 2012)	Fisioterapia	Fisioterapia
	A gestação de um trabalho em grupo no contexto da residência multiprofissional. (PEREGO, 2012)	Enfermagem	Nutrição
	Atenção ao lactente em uma unidade de saúde da família no município de Santos: reflexões a partir do perfil, acompanhamento e atividades grupais. (GRECCO, 2012)	Nutrição	Nutrição
	Perfil de mães e bebês atendidos por uma equipe de residentes multiprofissionais em uma maternidade e suas ações neste contexto. (ALBARICCI, 2013)	Fisioterapia	Fisioterapia/ Fisioterapia
	Acompanhamento mãe-bebê: aspectos relacionados ao aleitamento materno. (NETTO, 2015)	Nutrição	Nutrição
	Residência multiprofissional e a saúde mental: tecendo redes em santos. (MORAES, 2012)	Psicologia	Psicologia
	Grupo educativo “Amigos do peso saudável”: percepções de indivíduos com excesso de peso no processo de mudanças de hábitos alimentares. (PATRICIO, 2012)	Nutrição	Nutrição
	Grupo educativo “Amigos do peso saudável”: desafios e potencialidades da atividade física para a perda de peso. (CRISTINA-SOUZA, 2012)	Fisioterapia	Nutrição
	(Des) Acelerar: percurso e movimentos de uma equipe multiprofissional na assistência a hipertensos e diabéticos (RODRIGUES-SANTOS, 2012)	Farmácia	Nutrição
	“É como se fosse uma injeção de ânimo” A estratégia de grupos no controle do diabetes: a percepção dos usuários. (GERALDO-SOUSA, 2015)	Nutrição	Nutrição
Relato de Experiência de um processo criativo em saúde. (TOMÁS, 2015)	Educação Física	Educação Física/ Enfermagem	

Delineamento da Rede de Atenção à Saúde em Santos e seus atores	Saúde: as demandas invisíveis. (NATAL, 2014)	Enfermagem	Educação Física
	Relações interpessoais no trabalho e suas interferências: um serviço de nutrição de um hospital de referência da cidade de Santos. (OLIVEIRA, 2014)	Nutrição	Educação Física
	Pela estrada afora: vivenciando trajetórias de gestantes do município de Santos (BURATTINI, 2015)	Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional
	Análise das condicionalidades do Programa Bolsa Família a partir de documentos e da vivência de usuários de uma Unidade Básica de Saúde, no município de Santos – SP, Brasil. (ANDRADE, 2014)	Psicologia	Psicologia
	A Percepção de Farmacêuticos sobre as Práticas da Atenção Farmacêutica na Atenção Básica em Saúde. (AUGUSTO, 2014)	Farmácia	Nutrição
	Acesso à atenção primária e adesão ao tratamento para a prevenção de agravos relacionados à hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus. (SOLBIATI, 2014)	Farmácia	Educação Física/ Educação Física
	Dando voz à população em situação de rua: relatos de experiências na rede de saúde no município de Santos – SP. (FERRAZ-SILVA, 2015).	Serviço Social	Serviço Social
	O Conselho local de saúde na Unidade Básica Martins Fontes em Santos/SP (POMUCENO-ARAÚJO, 2015).	Serviço Social	Serviço Social
	Matriciamento em saúde mental na atenção básica: potencialidades e desafios. (ARAÚJO, 2015)	Terapia Ocupacional	Fisioterapia
	A vivência do agente comunitário de saúde: um estudo exploratório na Unidade Básica de Saúde da Rádio Clube em Santos/SP (MARINHO, 2012)	Enfermagem	Serviço Social/ Nutrição
	A saúde do trabalhador de saúde - No discurso da equipe de Agentes Comunitários de Saúde de uma Seção de Saúde da Família – SANTOS/SP (ALEXANDRE, 2012)	Serviço Social	Serviço Social
	De UBS Tradicional à Estratégia Saúde da Família: o caminhar das Agentes Comunitárias. (BERACH, 2015)	Fisioterapia	Fisioterapia

Categorias	Título da Monografia	Área Profissional do Residente	Área profissional do Orientador/Coorientador
O PRMAS e seus principais atores: residentes, preceptores e tutores	Preceptoría em um programa de residência multiprofissional: uma função para a (trans)formação? (SANTOS, 2012)	Farmácia	Psicologia
	A experiência de preceptores no processo de ensino-aprendizado da Residência multiprofissional em Atenção à Saúde. (PEREIRA, 2015)	Enfermagem	Enfermagem
	O processo de formação em residência multiprofissional em saúde: a experiência dos residentes de Santos. (FORTI, 2013)	Psicologia	Psicologia
	Percepções e práticas interdisciplinares: com a palavra os residentes! (HEISE, 2012)	Serviço Social	Psicologia/ Nutrição
	A formação de identidades de cuidado em Residência Multiprofissional – Realidades e Imaginários. (DAMASCENO, 2013)	Enfermagem	Educação Física
	O trabalho da equipe multiprofissional de residentes no território sob o olhar da equipe do Centro de Saúde Martins Fontes em Santos/SP. (LIMA, 2013)	Terapia Ocupacional	Serviço Social
	A escolha de um caminho: Desistência no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. (BORGES-SILVA, 2014)	Psicologia	Enfermagem
	O mergulho no campo entre os nós da rede UNIFESP-BS: Composições e interlocuções entre residentes e graduandos. (FAJARDO, 2015).	Psicologia	Terapia Ocupacional

(conclusão)

A identidade profissional no PRMAS	O QUE PODE UM CORPO? Sopros e ventos da Terapia Ocupacional na Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. (MORIYAMA, 2013)	Terapia Ocupacional	Educação Física
	No microcosmo de um grande hospital, entre normas e brechas: os caminhos trilhados por um terapeuta ocupacional residente. (MEI, 2014)	Terapia Ocupacional	Terapia Ocupacional/ Medicina
	Residência multiprofissional em saúde: uma ferramenta para formação do farmacêutico como profissional de saúde? (RUBIO, 2013)	Farmácia	Psicologia
	A inserção de um profissional de educação física em um programa de residência multiprofissional – UNIFESP/BS. (VILLAGRA, 2014)	Educação Física	Educação Física/ Educação Física
	Relato de experiência de um profissional de educação física no contexto de uma residência multiprofissional em saúde no âmbito da saúde coletiva. (REGIS, 2015)	Educação Física	Educação Física
	Trechos da experiência de uma psicóloga sendo afetada e afetando o trabalho em equipe no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (AMORIM, 2015)	Psicologia	Psicologia/ Psicologia
Revisão de Literatura	Trabalho em equipes de saúde: uma revisão integrativa. (RIBEIRO, 2015)	Enfermagem	Enfermagem

Fonte: Mariana Chaves Aveiro, 2016.

Analisando o quadro observa-se que a característica multiprofissional do Programa possibilitou, muitas vezes, que a orientação dos trabalhos se concretizasse por tutores do Programa de área profissional diferente do residente, ampliando a discussão interdisciplinar e interprofissional. Entre os trabalhos apresentados (19, ou seja, 47,5%), o orientador/tutor tinha uma área profissional de formação na graduação diferente do residente. Em dois trabalhos (5%), a discussão interprofissional ampliou-se a partir de um coorientador de área profissional diferente do residente e orientador.

Tomemos como exemplo os trabalhos de Patrício (2012) e Cristina-Souza (2012), que a partir do grupo “Amigos do peso saudável”, realizado em Unidade Básica de Saúde Tradicional, desenvolveram dois estudos envolvendo residentes da área de Nutrição e Fisioterapia com a tutora de campo, orientadora e nutricionista. O grupo focal, realizado no último

encontro do grupo, possibilitou uma compreensão mais ampla dos aspectos relacionados à mudança de hábitos alimentares e práticas de atividade física entre pessoas com sobrepeso ou obesidade e sua abordagem na atenção básica.

Emergiram ideias centrais referentes às dificuldades e potencialidades da prática da atividade física. Entre os empecilhos foram citados as limitações físicas e emocionais. Como avanços, as ideias refletiram na valorização da educação em saúde, gestão compartilhada da saúde e escolhas saudáveis, incluindo o apoio instituído pelo grupo e as relações dentro da comunidade e território. (CRISTINA-SOUZA, 2012, p.10)

Os participantes do grupo apontaram maior empoderamento para as escolhas alimentares com motivação para continuá-las, principalmente quanto às novas possibilidades no modo de preparo, compras mais saudáveis, diminuição das quantidades consumidas, moderação, mastigação e sobre escolhas que lhe ofereçam maior bem estar e saúde. Em relação às dificuldades enfrentadas no processo, demonstram consciência quanto ao consumo exagerado em situações de ansiedade, quanto aos conflitos entre aprendizado e prática e, para alguns indivíduos, ainda persistem medos e frustrações advindos de fracassos anteriores a partir de tratamentos proibitivos, bem como dificuldades de perceber as mudanças no corpo. Diversos relatos valorizam a participação no Grupo e desejo de continuidade. (PATRICIO, 2012, p.7)

Retomando as categorias nas quais agrupamos os TCC, tem-se vários aspectos a considerar. Na categoria “Práticas inovadoras nos serviços”, procuramos agrupar os trabalhos que se referiam às atividades realizadas pelos residentes nos serviços de atenção básica e hospitalar, relacionadas às linhas de cuidado do programa. As práticas vivenciadas trouxeram novas abordagens que precisavam ser avaliadas e sistematizadas para a produção de conhecimento. Dentre os treze trabalhos presentes nessa categoria, onze se referem às práticas na atenção básica e dois se referem a hospitalar.

A construção de projetos terapêuticos singulares, interprofissionais, foi um desafio aos residentes em todos os cenários de práticas, frente à Política Nacional de Humanização. Adolpho (2015) analisou as percepções dos usuários quanto ao acompanhamento multiprofissional em território de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde.

Sugere-se que quanto mais afinados estão os profissionais de uma equipe, maior será a autonomia destes frente à confiança depositada em sua atuação pelos colegas. (ADOLPHO, 2015, p.21)

A partir das falas destacadas foi possível associar as emoções, sensações e percepções expressas nos discursos dos usuários à Política Nacional de Humanização, pois esta apresenta que a escuta qualificada possibilita analisar a demanda e assim garantir a atenção integral, aspectos estes que estão embutidos no processo de acolhimento. (ADOLPHO, 2015, p.22)

A sistematização das experiências em grupo, em prática interprofissional, foi objetivo dos residentes nos trabalhos de conclusão desde a primeira turma. Arakaki (2012) descreveu e analisou o processo de construção e

consolidação das atividades educativas em grupo por meio de relato de experiência.

A vivência no desenvolvimento das práticas grupais, integrando uma equipe com diferentes núcleos profissionais, possibilitou aos residentes ampliar o olhar, identificar outras necessidades e demandas, experimentar outros processos e modos de trabalho. (ARAKAKI, 2012, p.27)

Entre desafios e avanços, a equipe de residentes pode vivenciar aprendizagem em ato no que diz respeito ao dispositivo grupal enquanto ferramenta para a educação em saúde. (ARAKAKI, 2012, p.8)

Tendo em vista os altos índices de mortalidade materna e infantil na região de Santos e o investimento da Secretaria de Saúde na assistência pré-natal e cuidados do recém-nascido, a linha de cuidado em Saúde Materno-infantil foi prioridade do Programa de Residência, na atenção básica e hospitalar. O empenho dos residentes contribuiu para o cuidado integral e humanizado dessas mães e crianças. Na atenção hospitalar, Albaricci (2013) descreveu o perfil das mães e bebês assistidos pela equipe de residentes, as ações dessa equipe e da residente de Fisioterapia na maternidade da Santa Casa de Santos.

Atuar na maternidade foi uma experiência agradável e também reveladora. Fica a certeza da importância da equipe multiprofissional no cuidado a essas mães e bebês e a possibilidade de um cuidado integral e de qualidade a esse binômio frente à disposição individual dos membros da equipe para a assistência, para trabalharem multiprofissionalmente e frente ao apoio da instituição. (ALBARICCI, 2013, p.33)

Ainda, quatro trabalhos apresentaram as práticas desenvolvidas na atenção básica na linha de cuidado materno-infantil. Yamada (2012) analisou o perfil de gestantes assistidas por uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família, e por meio de relato de experiência, apresentou as diferentes estratégias interdisciplinares da equipe para o cuidado materno-infantil humanizado. Por sua vez, Perego (2012) sistematizou toda a construção de trabalho em grupo para gestantes em uma Unidade de Saúde da Família, resultando no aprofundamento da discussão das seguintes perspectivas: grupos como processo de trabalho, estratégia para a formação profissional e o contexto da Residência Multiprofissional e o apoio matricial.

Ficou evidente a necessidade de melhoria dos indicadores, apesar das dificuldades encontradas. As atividades interdisciplinares; ações grupais; projeto terapêutico singulares; visitas domiciliares; discussões em equipe entre outras ações podem auxiliar na melhoria e na humanização a atenção materno-infantil, além de visarem o fortalecimento dos princípios do Sistema Único de Saúde. (SUS) (YAMADA, 2012, p.10)

Com este embasamento teórico a residência multiprofissional trabalhou a sua prática e aprofundou e aperfeiçoou sua ação no coletivo, entendendo e aprendendo que ouvir e falar demanda abrir-se para o inesperado, e considerando não somente o que é dito durante a atuação nos grupos, mas também o tom da voz, o ritmo da fala, os gestos, silêncios, sorrisos, percebendo a forma de construção das trocas e diálogos. (PEREGO, 2012, p.21)

Grecco (2012) e Netto (2015) voltaram suas atenções para o cuidado do lactente, investigando aspectos do perfil e cuidado dessas crianças em Unidade de Estratégia de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde Tradicional, respectivamente.

Para se conseguir o acompanhamento de forma integral baseada na tríade: estímulo ao aleitamento materno, estreitamento do vínculo mãe-filho e ações de educação em saúde deve-se ampliar a visão sobre a comunidade, território e necessidades de saúde. A formação de redes de apoio, profissionais humanizados, acolhedores e capazes de escutar as reais e amplas demandas desse grupo populacional, assim como o fortalecimento do controle social da comunidade, se tornam indispensáveis para garantir espaços efetivos de educação em saúde, a fim de melhorar índices de saúde, cuidado ao lactente e qualidade de vida. (GRECCO, 2012, p.37)

Durante os grupos destinados ao público materno-infantil realizado na Unidade Básica de Saúde (Tradicional) pude observar que ações básicas, que não necessitam de grandes investimentos sociais ou financeiros, como o acolhimento, melhoram grandemente o vínculo com as munícipes e, principalmente a aderência dessas ao pré-natal. (NETTO, 2015, p.47)

Sendo, ainda, prioridades nacionais o enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis e comorbidades associadas, os residentes desenvolveram diferentes ações relacionadas à Diabetes, Hipertensão e Obesidade; analisaram e sistematizaram-nas em diferentes estudos.

Muitas foram as conformações dos grupos educativos, da organização da equipe de residentes e das atividades para a assistência aos munícipes. Entretanto, cada formato apresentou suas potencialidades e suas falhas e após inúmeras tentativas e reformulações acredita-se que tenha sido construído um modelo possível para o contexto de uma determinada população, território, unidade de saúde e equipe de residentes. (RODRIGUES-SANTOS, 2012, p.34)

Evidenciou-se que os grupos do HiperDia são um importante espaço de aprendizado, acolhimento e representam também algo positivo para os usuários. A utilização de estratégias diferentes para o aprendizado assim como o uso de tecnologias leves são fatores essenciais para a motivação dos usuários com relação à permanência nos grupos e para o reforço na aprendizagem em saúde (GERALDO-SOUSA, 2015, p.62)

Os residentes encararam o desafio de desbravar o cuidado em rede para a Saúde Mental no território. Articularam, dessa forma, as equipes de Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo de Atenção Psicossocial, aproximando-se da proposta de matriciamento para saúde mental que estava se fortalecendo na Secretaria de Saúde. Esta experiência foi sistematizada na produção dos residentes demonstrando a potência das vivências inovadoras, no percurso de sistematização de conhecimentos oportunizado pelo TCC.

Nessa pesquisa observou-se que os principais desafios nessa área concernem em iluminar o movimento social pela Saúde Mental e os esforços para a criação de uma assistência mais inclusiva e não

reprodutora de políticas hegemônicas nocivas à vida social, além de um investimento contínuo na rede básica em relação à questão do sofrimento mental. (MORAES, 2012, p.32)

Tomás (2015) buscou novas formas de atuar, para pensar a inserção da Educação Física no ambiente hospitalar. Relatou como desenvolveu e construiu um ciclo-ergômetro de braço para uso em leito hospitalar, partindo de suas vivências no hospital. Criatividade e envolvimento com a possibilidade de novas técnicas e recursos na saúde está presente neste TCC.

Pode-se concluir que a experiência hospitalar deu frutos mais importantes que a criação do ciclo-ergômetro de braço: ela tornou o presente autor um profissional de saúde com um olhar mais ampliado para atuação conjunta e para o aprender com as relações que o ambiente propicia. Este relato de experiência conclui que um processo criativo em saúde interdepende de diversos fatores, principalmente o estreito vínculo com os pacientes e a preocupação com um atendimento integral a sua saúde. (TOMÁS, 2015, p.30)

Na categoria “Delineamento da Rede de Atenção à Saúde em Santos e seus atores” buscou-se agrupar todos os trabalhos que se referiam a algum aspecto da rede de atenção à saúde em Santos, seus avanços e entraves para promover um cuidado integral à população, da atenção básica à atenção hospitalar. Os atores, profissionais da rede, residentes ou usuários, tiveram papel fundamental para apropriação da Rede de Atenção à Saúde em Santos. Documentos, tais como prontuários ou atas de reuniões, também deixaram registros importantes sobre o que acontecia e como se desenvolvia o cuidado.

Ainda que, sobre o meu olhar, menos do que as dificuldades, existem nos serviços, nos profissionais e usuários uma potência transformadora intensa que deve ser levada em consideração. É interessante a forma como estão, lenta e constantemente, ocupando os espaços de atenção à saúde. Produzem nesses espaços encontros e mobilizam forças dentro dos serviços; transformam, individualizam e modificam as estruturas da atenção prestada à sua saúde. (NATAL, 2014, p.35)

Apesar da descontinuidade das reuniões e a fragilidade apresentada no conhecimento pelos membros, percebe-se que os participantes do Conselho Local vêm buscando se apropriar e direcionar as atribuições para sua efetividade. (POMUCENO-ARAÚJO, 2015, p.42)

Dando voz aos usuários, percebem-se particularidades de cada “grupo” na construção do seu cuidado a partir dos serviços que a rede de saúde oferece, bem como as fragilidades do mesmo.

Com a análise das narrativas e dos esquemas foi possível identificar que as trajetórias das gestantes sugerem uma atenção a sua saúde direcionada, predominantemente, as práticas médicas, mais precisamente a consultas médicas do pré-natal. A falta de uma equipe multiprofissional para acompanhar essas mulheres dificulta o lançar constante de novos olhares às suas queixas e novas formas de acolhimento e escuta qualificada. Esta pesquisa nos mostra que devemos, sempre, lembrar de nos atentar aos pequenos detalhes e delicadezas da vida cotidiana das gestantes. (BURATTINI, 2015, p.38)

A partir das análises, constatou-se que é necessário qualificar os serviços que acompanham as famílias do Programa Bolsa Família, de forma a potencializar os encontros entre usuários e profissionais, garantindo que estes encontros possibilitem a criação de vínculo e, desta forma, uma percepção ampliada de demandas e a construção conjunta de projetos de vida (ANDRADE, 2014, p.7)

A população em situação de rua encontra inúmeras dificuldades para acessar e ser atendida nos equipamentos de saúde no município. [...]

Foi observado que a maioria dos sujeitos procura atendimento em momentos emergenciais, nos Prontos Socorros, não vislumbrando na atenção primária um local para sua vinculação, acompanhamento integral e contínuo das questões de saúde. (FERRAZ-SILVA, 2015, p.39-40)

O fato da Atenção Básica não atender a demandas não agendadas e a falta de informação da população faz com que estes procurem os serviços de urgência e emergência erroneamente, gerando uma sobrecarga nestes, sendo que este serviço atende apenas aos episódios agudos das doenças crônicas, não havendo um acompanhamento contínuo nem a criação de vínculo com o serviço, acarretando em uma piora contínua do usuário, pois o problema está sendo tratado de forma paliativa e não de forma efetiva. (SOLBIATI, 2014, p.51)

Os profissionais de saúde também puderam se expressar e contar não só como ser trabalhador na rede de atenção a saúde, como também as alegrias e tristezas do processo de cuidado. Araújo (2014) avaliou as relações interpessoais no trabalho, enquanto Augusto, (2014) as

práticas da atenção farmacêutica na atenção básica e Araújo (2015), o apoio matricial em Saúde Mental na atenção básica.

Singularidades humanas para a execução de tarefas tem interferência considerável no desencadear do processo e nos resultados alcançados. (OLIVEIRA, 2014, p.26)

Considerou-se evidente igualmente a necessidade do desenvolvimento do papel social do profissional farmacêutico, visto a importância do desempenho de suas ações, com interface ao cuidado direto aos usuários e promoção do uso racional de medicamentos, ressaltando ainda a avaliação dos resultados obtidos junto à população assistida. (AUGUSTO, 2014, p.9) Observa-se uma dificuldade geral dos profissionais da atenção básica em se aproximar do sofrimento psíquico da população e de sua subjetividade, ao mesmo tempo em que a Saúde Mental tem que extrapolar sua atenção da especificidade para a integração com a atenção básica. (ARAÚJO, 2015, p.41)

E por que não ouvir os Agentes Comunitários de Saúde? Eles são o elo importante na construção do cuidado em saúde na comunidade, seja na Estratégia de Saúde da Família (ESF) ou no Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Existe uma grande necessidade de se ter um olhar diferenciado sobre o Agente Comunitário de Saúde (ACS), pois as “simples” atribuições que lhes são destinadas pelo PACS, além de trabalhosas, são nocivas à saúde dos mesmos, pois “olhar uma carteira de vacina das

crianças” como disse a ACS ao descrever as suas atribuições, não significa somente um papel com as vacinas preconizadas pelo SUS e sim adentrar na casa e na vida de cada família que acompanha e deparar-se com situações que nem aquele que “se preparou para isso” como diria a ACS contava em ver. (ALEXANDRE, 2012, p.24) O histórico da implantação do PACS em Santos e o fato do trabalho dos ACS ser primordialmente extramuros pode influenciar na forma como são reconhecidos enquanto agentes produtores de cuidado e membros da equipe de trabalho (MARINHO, 2012, p.10)

Todavia, ao se reconhecerem enquanto diferentes de seus colegas de trabalho, os agentes representam a potencialidade de contaminar os demais sujeitos a fim de gerar a mudança que acreditam nas formas de se relacionar entre si e com a população. Demonstram ainda a esperança e vontade de acreditar em processos de trabalho humanizados, próximos das pessoas e com relações horizontalizadas, como forma de exprimir o caráter fundamentalmente social de sua profissão (BERACH, 2015, p.46)

Não poderíamos deixar de contar um pouco da constituição do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS) e o papel desempenhado pelos seus atores com suas inquietações e angústias na produção do cuidado. Agrupamos esses trabalhos na categoria “O PRMAS e seus principais atores: residentes, preceptores e tutores”.

Alguns questionamentos voltaram-se às práticas nos serviços. Estariam realizando ações multiprofissionais? Uma prática interprofissional? Quais os motivos das evasões do Programa?

Os caminhos percorridos pelos residentes apontam diferentes modos de atuar que ora se aproximam e ora se distanciam das práticas compartilhadas, configurando itinerários dinâmicos e complexos que envolvem conflitos, disputa de poderes, mas também abertura para a qualificação na comunicação entre os sujeitos e os diversos saberes. (HEISE, 2012, p.56)

Para as tantas formas de realizar cuidados, e, estando predispostas a construir identidades mais acolhedoras, visando cuidados efetivamente mais integrais, as pessoas podem observar as fissuras nos espaços do modelo de “saúde biologicista”, e se aliarem a processos que incentivem a auxiliem nas potentes construções do cuidado. (DAMASCENO, 2013, p.8)

A característica de formação diretamente no serviço aproxima o residente ao mundo de trabalho, permeado por conflitos e tensões que são constitutivos deste espaço. O contato com o trabalho, permeado por uma noção de Clínica Ampliada e pelo conceito de saúde proposto pelo SUS, tem o potencial de oferecer uma formação para além da técnica, uma formação ético-política em acordo com um sistema de saúde com capacidade de proteção de vida, cidadania e direitos sociais. (FORTI, 2013, p.28)

De forma geral, o sofrimento apareceu como o principal desencadeador da desistência no programa de residência. Outros elementos como, angústia,

falta de rede de apoio, práticas não condizentes com o esperado, desvalorização profissional (não ter um papel estabelecido), impotência perante aquilo que consideravam ser necessário mudar, e principalmente não sentir apoio algum por parte dos envolvidos no processo configuram os principais motivos que levaram a desistência do programa. (BORGES-SILVA, 2015, p.28)

A definição da atividade de preceptoria foi um desafio desde o início. O PRMAS apresentava-se com uma proposta pedagógica de trabalho interprofissional inovadora, em espaços diferentes daqueles de atuação desses profissionais. Ainda, este profissional sofreu um acúmulo de funções sem incentivo financeiro.

Identificaram-se como principais papéis dos preceptores: aproximar o residente da teoria relacionada à prática, intermediar relações entre residentes e profissionais do serviço, facilitar inserção do residente nos serviços, treiná-lo, promover e avaliar competências, habilidades e o processo de formação do residente, dentre outros. (SANTOS, 2012, p.4)

A vivência desses atores contou com dificuldades de estabelecimento de papéis e de conceituação do trabalho interprofissional, perpassando por entraves relacionados à condução da Residência e do manejo com os residentes. Porém, a colaboração profissional vivenciada com os residentes é colocada como importante fator de mudança da saúde e de crescimento profissional dos preceptores, sendo a preceptoria da Residência uma experiência gratificante. (PEREIRA, 2015, p.7)

E por que não, apresentar a inserção dos residentes com os serviços e na UNIFESP, por meio de sua relação com outros projetos acadêmicos? A seguir alguns elementos nesta direção.

Em relação à inserção do Programa de Residência no CSMF (Unidade Básica de Saúde do Centro de Saúde Martins Fontes), ficou evidenciado o desconhecimento do que iria ocorrer, oportunizando a reflexão sobre a importância da participação dos serviços nas discussões de propostas novas de trabalho. Isto evita dúvidas e incertezas e também é uma valorização e estímulo ao envolvimento nas ações. (LIMA, 2013, p.25)

A partir do que foi trazido nos encontros e da minha experiência como residente, consegui evidenciar que a residência está na rede UNIFESP-BS como um forte articulador possivelmente por permanecer um longo período diário nos cenários de prática e conseqüentemente consegue ter contato com os projetos da universidade que passam pelo serviço e com os próprios funcionários do serviço e pela proximidade que a residência tem com a prática e que assim possibilita envolver os graduandos com a realidade dos serviços. Mas como foi visto nas narrativas há controvérsias na potência que esse programa tem quando se torna um forte articulador da rede UNIFESP-BS e da interação ensino-serviço-comunidade. (FAJARDO, 2015, p.48)

Muitos ainda são os desafios para a prática interprofissional, mas para a formação de uma equipe multiprofissional, precisamos primeiramente de diferentes formações profissionais para construção do cuidado integral. Não foi por mero acaso que em determinado momento do PRMAS, no hospital, a opção para a prática

nos serviços dos residentes foi a específica, antes da prática em equipe. Assim, alguns trabalhos propuseram-se a sistematizar suas ações e potencialidades no trabalho em equipe, a partir de suas particularidades específicas da área de formação. Assim, na categoria “A identidade profissional no PRMAS”, a Terapia Ocupacional, a Farmácia, a Educação Física e a Psicologia enfrentaram o desafio de compreender sua atuação junto a equipe interprofissional.

Vou entendendo e encontrando a possibilidade da criação da minha terapia ocupacional que, até então, encontrava-se tão enraizada na saúde e seus procedimentos, suas tecnologias que, de leve-duras, endureciam o trabalho de forma a torná-lo morto, por vezes. (MORIYAMA, 2013, p.67)

Apesar de a mudança não estar dada, e nem ser facilmente conquistada, o microcosmo do aqui e agora nos serviços não é infértil, desde que haja abertura para a criatividade, ampliação da clínica e para as tecnologias leves. Dessa forma, o residente de Terapia Ocupacional pôde aprimorar o cuidado prestado e sua formação, aproximando-se dos objetivos pedagógicos e assistenciais preconizados pelo programa. (MEI, 2014, p.8)

A Residência Multiprofissional vem como uma ferramenta que possibilita o farmacêutico repensar sua prática profissional, aproximando-o novamente da população, e da equipe de saúde assistencial. Coloca-se como uma excelente oportunidade para o resgate de seu papel junto a sociedade e no campo da saúde. (RUBIO, 2013, p.36)

O estudo demonstrou, segundo o discurso de profissionais envolvidos com o PRMAS, que a inserção do profissional

de Educação Física no Programa de Residência Multiprofissional é vista como um caminho novo, pavimentado por perspectivas positivas no que se refere à sua atuação, integração e potencialização da equipe de saúde, com reflexos também positivos nos serviços e na comunidade. (VILLAGRA, 2014, p.41)

Foram encontradas diversas dificuldades, pelo desbravamento de possíveis atuações, mas houve um processo de descobrimento da profissão e de reconhecimento de campo de trabalho, além de integração na equipe multiprofissional. Ainda há dificuldade do mercado de trabalho em reconhecer a importância do profissional de Educação Física nas equipes de trabalho e/ou equipes multiprofissionais como membro importante da produção do cuidado do usuário do SUS (Sistema Único de Saúde), porém, a inserção da profissão vem avançando, principalmente em função das novas metodologias de formação profissional. (REGIS, 2015, p.8)

Este trabalho traz certas especificidades da experiência de trabalho em equipe na área da saúde, através de trechos da inserção de uma psicóloga junto à equipe de residentes. [...] As realidades aqui tocadas procuram demonstrar dramas decorrentes das rivalidades tácitas das noções de saúde que permeiam certas expectativas do cuidar do outro e das coletividades; embates decorrentes das práticas naturalizadas da cisão entre saúde física e saúde mental; e, junto a isso, alguns questionamentos de ocasiões em que vidas inumanas (diagnósticos, projetos terapêuticos, índices e taxas de referências numéricas) tornam-se mais vivas que a própria vida humana. (AMORIM, 2015, p.9)

Considerações finais

Finalizar a descrição dos trabalhos de conclusão também remete à finalização de um Programa de Residência que transformou as equipes dos serviços e, especialmente, os atores envolvidos, residentes, preceptores, tutores e gestores, provocando-os a sair da sua zona de conforto para uma prática interprofissional. Dessa forma, nada melhor do que encerrar este capítulo com nossa última categoria “Revisão de Literatura” que nos fala sobre o trabalho em equipe.

A importância do trabalho interprofissional em equipes de saúde parte do princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde que é a integralidade da assistência. Com o aumento da expectativa de vida e as condições crônicas da saúde, há uma necessidade de uma abordagem em múltiplas dimensões na área da saúde. Para se conseguir o êxito interprofissional em uma equipe, deve-se sempre avaliar todas as estratégias envolvidas para se obter melhores resultados. Os profissionais devem chegar ao mercado de trabalho com a formação interprofissional em mente, para que possam articular suas ações dentro dos serviços de saúde. (RIBEIRO, 2015, p.5)

Os TCC foram um recorte da contribuição do PRMAS para a construção da prática interprofissional proposta no Projeto Político Pedagógico do *Campus* Baixada Santista da UNIFESP. Refletem o compromisso com que todos os sujeitos envolvidos na proposta se debruçaram no sentido de compreender os desafios postos no cotidiano das práticas. Exigiu o revisitar de temáticas e práticas tão caras àqueles que defendem a saúde como direito e uma política

pública de saúde na perspectiva do fortalecimento do SUS. Representam um ponto de partida para novas experiências em busca de um cuidado integral e humanizado na Rede de Atenção à Saúde.

Referências

ADOLPHO, C.V. **Percepções do usuário sobre a abordagem multiprofissional em saúde**. 2015. 37f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.

ALBARICCI, N.B. **Perfil de mães e bebês atendidos por uma equipe de residentes multiprofissionais em uma maternidade e suas ações neste contexto**. 2013. 43f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2013.

ALEXANDRE, H.G. **A saúde do Trabalhador de Saúde no discurso da equipe de Agentes Comunitários de Saúde de uma Seção de Saúde da Família – Santos/SP**. 2012. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2012.

AMORIM, S.C. **Trechos da experiência de uma psicóloga sendo afetada e afetando o trabalho em equipe no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde – UNIFESP/BS**. 2015. 83f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.

ANDRADE, C.F. **Análise das condicionalidades do Programa Bolsa Família a partir de documentos e da vivência de usuários de uma Unidade Básica de Saúde, no município de Santos** – SP, Brasil. 2014. 89f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2014.

ARAKAKI, B.K. **Itinerário de uma equipe de residência multiprofissional em saúde na construção das ações em grupo em unidade básica**. 2012. 40f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2012.

ARAÚJO, F.A.L. **Matriciamento em Saúde Mental na Atenção Básica: potencialidades e desafios**. 2015. 55f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.

AUGUSTO, N.A. **A Percepção de Farmacêuticos sobre as Práticas da Atenção Farmacêutica na Atenção Básica em Saúde**. 2014. 98f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2014.

BERACH, F.R. **De UBS Tradicional a Estratégia Saúde da Família: o caminhar das Agentes Comunitárias**. 2015. 58f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.

BORGES-SILVA, S. **A escolha de um caminho: Desistência no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde**. 2014. 38f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2014.

BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Cien Saude Colet**, v.17, n.3, mar. 2012, p.575-586.

BURATTINI, P.M. **Pela estrada a fora**: vivenciando trajetórias de gestantes do município de Santos. 2015. 74f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.

CRISTINA-SOUZA, R. **Grupo educativo “Amigos do peso saudável”**: desafios e potencialidades da atividade física para a perda de peso. 2012. 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2012.

DAMASCENO, C.O.I. **A formação de identidades de cuidado em Residência Multiprofissional** - Realidades e Imaginários. 2013. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2013.

FAJARDO, A. **O mergulho no campo entre os nós da Rede UNIFESP-BS**: composições e interlocuções entre residentes e graduandos. 2015. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.

FERRAZ-SILVA, J.T. **Dando voz à população em situação de rua**: relatos de experiências na rede de saúde do município de Santos-SP. 2015. 65f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.

FORTI, M.C. **O processo de formação em Residência Multiprofissional em Saúde: a experiência de Santos.** 2013. 37f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2013.

GERALDO-SOUSA, A.P. **“É como se fosse uma injeção de ânimo” A estratégia de grupos no controle do Diabetes: a percepção dos usuários.** 2015. 108f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.

GRECCO, M.S. **Atenção ao lactente em uma unidade de saúde da família no município de Santos: reflexões a partir do perfil, acompanhamento e atividades grupais.** 2012. 38f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2012.

HEISE, M. **Percepções e práticas interdisciplinares: com a palavra os residentes!** 2012. 60f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2012.

LIMA, M.S. **O trabalho da equipe multiprofissional de residentes no território sob o olhar da equipe do Centro de Saúde Martins Fontes em Santos/SP.** 2013. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2013.

MARINHO, C.S. **A vivência do Agente Comunitário de Saúde: um estudo exploratório na Unidade Básica de Saúde do Rádio Clube em Santos/SP.** 2012. 29f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2012.

MEI, A.E. **No microcosmo de um grande hospital, entre normas e brechas:** os caminhos trilhados por um terapeuta ocupacional residente. 2014. 52f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2014.

MORAES, E.M.R. **Residência Multiprofissional e a Saúde Mental:** tecendo redes em Santos. 2012. 45f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2012.

MORIYAMA, I.N.H. **O que pode um corpo? Sopros e ventos da Terapia Ocupacional na Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde.** 2013. 83f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2013.

NATAL, T.B. **Saúde:** as demandas invisíveis. 2014. 43f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2014.

NETTO, M.C. **Acompanhamento Mãe-bebê:** aspectos relacionados ao aleitamento materno. 2015. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.

OLIVEIRA, D. **Relações interpessoais no trabalho e suas interferências:** um serviço de nutrição de um hospital de referência da cidade de Santos. 2014. 32f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2014.

PATRICIO, M.C.M. **Grupo educativo “Amigos do peso saudável”**: percepções de indivíduos com excesso de peso no processo de mudanças de hábitos alimentares. 2012. 44f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2012.

PEREGO, M.G. **A gestão de um trabalho em grupo no contexto da residência multiprofissional**. 2012. 34f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2012.

PEREIRA, A.K. **A experiência de preceptores no processo de ensino-aprendizado da Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde**. 2015. 57f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.

POMUCENO-ARAÚJO, M.S. **O Conselho Local de Saúde na Unidade Básica Martins Fontes em Santos/SP**. 2015. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.

REGIS, T.R. **Relato de experiência de um Profissional de Educação Física no contexto de uma Residência Multiprofissional em Saúde no âmbito da Saúde Coletiva**. 2015. 56f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.

RIBEIRO, V.C. **Trabalho em equipes de saúde: uma revisão integrativa**. 2015. 24f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.

RODRIGUES-SANTOS, M. **(Des)Acelerar:** percurso e movimentos de uma equipe multiprofissional na assistência a hipertensos e diabéticos. 2012. 36f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2012.

RUBIO, A.C.Z. **Residência Multiprofissional em saúde:** Uma ferramenta para formação do farmacêutico como profissional de saúde? 2013. 41f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2013.

SANTOS, D.O. **Preceptoría em um Programa de Residência Multiprofissional:** uma função para a (trans)formação? 2012. 24f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2012.

SOLBIATI, V.P. **Acesso a Atenção Primária e Adesão ao Tratamento para a Prevenção de Agravos Relacionados à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.** 2014. 66f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2014.

TOMÁS, C.M. **Relato de Experiência de um processo criativo em saúde.** 2015. 38f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. UNIFESP. **Regimento Geral do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde da UNIFESP.** Disponível em: <<http://www.unifesp.br/reitoria/proex/regimento>>. Acesso em: 4 jan 2016.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. UNIFESP. *campus* Baixada Santista. **Regulamento do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde**. Santos, 2011.

VILLAGRA, D.T. **A inserção de um profissional de Educação Física em um Programa de Residência Multiprofissional**. 2014. 55f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2014.

YAMADA, P.Y. **Perfil e Indicadores da Assistência Pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família do Município de Santos no Contexto da Residência Multiprofissional**. 2012. 35f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2012.

Capítulo 21.

UMA BREVE ANTOLOGIA POÉTICA DOS ATORES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE

Eduardo Rodrigues da Silva

O amor é a força mais poderosa do Universo. É a única suficientemente capaz de mobilizar e conferir sentido à essência do desejo de assistir ao próximo, enxergando no outro não apenas o ser biológico que precisa de socorro imediato e, sim, a integralidade dos sentimentos que envolvem, contextualizam e significam o humano, igualmente nos envolvendo, contextualizando e significando, atribuindo sentido verdadeiro à nossa própria humanidade.

Eduardo Rodrigues da Silva (PRMAS, 2015)

Juramento¹

Queria fazer um juramento...	E caso falhe a minha jura?
Que fosse além de um só momento	Dá-me a inspiração das cantigas de roda
Pra poder ouvir cada lamento	Tal uma criança em verso e prosa
E aliviar o sofrimento	Pra que saia do riso a necessária cura
Queria jurar solenemente...	
Enxergar além do paciente	Juramento, acho que só posso um
Ver a pessoa e não o doente	Sendo igualmente Filho d'Ele
Ser ombro amigo e confidente	Cuidar daqueles sem mal algum,
Queria fazer valer esta jura	Que dos pequeninos eu sempre zele
Pra manter minha alma sempre pura	
E forjar meu corpo em armadura	<i>Eduardo Rodrigues da Silva</i>
Pra unir força com ternura	(PRMAS, 2013)

¹ Uma equipe de Residentes Multiprofissionais da turma 2011 produziu um excelente trabalho de orientação a pacientes internados na Pediatria da Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS), bem como aos seus responsáveis, que acabou por incentivar a produção deste primeiro poema.

Urbanidade Cabloca

Diga-nos, Seo Joaquim, o que sente?

Oh... sinhô Doutô

Tou com uma dor aqui nos quarto

Deve de ter sido bicho peçonhento

Que me deixou assim arriado

Um jovem coça a cabeça e sorri pra si... Já está acostumado com o vilarejo

Seo Joaquim, Seo Joaquim

Não sei se lhe compreendo,

Mas vamos lá descobrir

Onde é que está doendo!

Oh... Sinhô Doutô

Fico a Voismicê gradicado

Já num tô guentando mais

ficá assim, todim dolorido

Ele apalpa e examina, aqui e ali... e o Senhor Joaquim só faz caretear!

Eita ferro em brasa...

O negócio dói por demais

Oh diacho de troço esquisito

Vê se deixa eu em paz

Será que é febre terçã... será Sinhô Doutô?

Virge Maria, valha-me Deus minha nossa Senhora

Protege eu meu Padrim Cícero

Credo em cruz, chegou minha hora

Desta vez, o jovem não conseguiu se conter e soltou uma risada

Tá mangando deu né, Doutô?

Ô xente o negócio dói viu?

fiquei lamuriando a noite inteira, sô!

Lá em casa ninguém dormiu

Ô seus Doutô, faz rumo em vorta

que é pra mode agradecê tudo Voismicê

e garanto que tudo que é gente vai sabê

Eu é que vô contá essa
prosa

Agradeço a Deus, meu
Sinhô

E a cada enfermeira e Doutô

Que com o conhecimento
das cura

Me devorverô a enverga-
dura

Pensei que ia dessa pra mió

A minha muringa doía que
só

Vim pra cá doente e depri-
mido

Agora saio rodeado de
amigo Não fui pra
roça, mode pega o cumê
dos fio

Não reguei as plantação

Não ordenhei a Glorinha,
minha vaquinha

Não cuidei dos bicho de
estimação

O jovem mirou o Senhor
Joaquim... leu décadas em
cada marca do rosto

Narrativa que floresce na
pele... que fala mais do que
mil palavras

Estou “mangando” não Seo
Joaquim

E trate de ficar tranquilo e
quieto

Vou pedir à enfermeira
alguns exames

E lhe acompanhar bem de
perto

Um a um, passaram olhos
no resultado: positivo para
Plasmodium Vivax

Era um mal comum na
região... muita gente morria
por lá.

É Seo Joaquim... como
suspeitou

O bendito mosquito lhe
picou

Começaremos desde já seu
tratamento

Não perderemos mais um
só momento

Sei que se preocupa com
sua criação

Sei que pra comer precisa
cultivar

Imagino as necessidades de
sua família

Mas também sei que preci-
sa melhorar

Alguns dias se seguiram...
houve roda de conversa e
até cantoria no modesto
Hospital

Posso inferir pelo que
ouvi, meus caros amigos: o
aprendizado foi mútuo

Quarquê um vai sabê que
pode se trata

dizeno as coisa que sente
como sabe falá

Num carece medi na língua
as palavra

que tem Doutô na vila pra
mode escutá

Uma ora quero ver ocês lá
em casa

é umirde, mas cabe ocês
tudinho

Vô mandá a Zezé prepará a
mesa

Inté manda fazê um chur-
rasquinho

O grupo de jovens profis-
sionais entreolharam-se,
satisfeitos, e sentenciaram:

- Vamos sim, Seo Joaquim,
com muito gosto! Mas nos
prometa uma coisa:

- Pois fale!

- Que iremos conhecer a to-
dos, inclusive a Glorinha!!!

Eduardo Rodrigues da Silva
(PRMAS, 2013)

(Mais) Uma pequena criança

Hoje eu vi uma pequena
menina,
maltrapilha e descalça na fria
rua;
a noite ampulheta afora se
esvaia,
não era lugar para estar
seminua.

Porque se fazia estar em meu
caminho?

Pergunta retórica de
nenhuma solução!

Que fazia sozinha ser tão
pequenino,

recolhendo restos em
carrinho de mão?

Olhar para ti me traz repulsa,

e ao mesmo tempo ambígua
dor.

Queria ver-te em um balanço,
sonho meigo e manso,
feito delicada flor.

Da primeira vez em que lhe
vi,

imaginei fosse minha filha,
prometi naquele instante:

daquele ponto em diante,

eu seria militante,

do saber transformador!

Eduardo Rodrigues da Silva
(PRMAS, 2014)

A conquista dos bandeirantes²

Nestes dois anos, vivemos na intensidade de uma verdadeira família, com todos os seus requintes de construção, desconstrução, avanços e desavanços; não faltou energia, vontade e amor, mesmo que o seu vetor, brincasse de roda conosco. Nestes dois anos, vivemos na intensidade de uma verdadeira família, com todos os seus requintes de construção, desconstrução, avanços e desavanços; não faltou energia, vontade e amor, mesmo que o seu vetor, brincasse de roda conosco.

Hoje, gostaria de falar deste amor,

Não do amor paixão, que aprisiona e cerceia,

Não do amor cifrão, que tudo compra, vende ou loteia

Não do amor canção, que fala mais do que anseia,

Gostaria de falar hoje de algo puro e verdadeiro

Do mesmo amor dos amantes, que se satisfazem do sorriso

Do mesmo amor da mãe, que embala o seu filho

Do mesmo amor do professor, que educa o caminho

Do amor do Homem da coroa de espinhos

que com inigualável carinho

doou a vida para não padecermos sozinhos

Vocês sabem que amor é esse? Que é igual sendo tão diferente?

Não? Sabem sim... vivenciaram-lo diariamente: é o amor da doação

² Poema lido no encerramento de curso da 1ª Turma de Residentes “Bandeirantes” da UNIFESP Baixada Santista, em 17 de agosto de 2012.

Presente naqueles seres humanos poucos,
Florescente naqueles seres humanos raros
Aqueles que escolhem ter como profissão,
Dirimir do próximo a dor e a aflição

A vocês, Superseres humanos de tenacidade,
Desejo que cultivem essa humanidade
Pois como a flor necessita de chuva para florir
É do amor que a cura precisa para surgir

E quando tudo mais parecer duro e sem sentido
Quando de mazelas suas crenças tiverem sucumbido
Quando a desnatureza do mundo deixar-lhes aturdidos
Será ele, o amor da doação, que lhe devolverá o caminho
E o sentido às juras de acalentar prantos e desalinhos

Eduardo Rodrigues da Silva (PRMAS, 2012)

Velhos corações juvenis

Andei na rua movido pela sua energia
O pão da minha fome foi a sua vontade
A maior força contra quem nos oprimia
Transformar a apatia em obstinado enlace

Já não reconheço nos calos desta meia idade
Outros calos que já nos moveram a vontade
A rebeldia travessa, chamada juventude
Deu lugar a uma conformada inverdade

Mas o que pode um velho coração juvenil?
Desterrado de suas militantes ambições?
O que será deste meu velho coração juvenil?
Amaldiçoado em homeostáticas visões?

Mas o que poderá um velho coração juvenil?
Se a “realidade” molda seus sonhos e ações?
Valerá o pulso arterial de um velho coração juvenil?
Se encarcerado em si, nas próprias lamentações?

Cada um que pegue sua barca para o inferno
Não restou calor; queima forte o frio inverno
O frio dentro de mim, que aquece feito chama:
É uma velha nova sensação; desmotiva e aprisiona

Tenho medo de um mundo que cresceu tão desigual
Vale mais copa do mundo que escola e hospital
Vale mais a pena ter do que mostrar quem você é
Ter atitude, opinião, religião... tiro no pé

Consumir, trabalhar, pagar... Sem questionar!
Fazer, comprar, assistir... Sem poder agir!
Trazer, comprar, acreditar... Sem parar pra pensar!
Ouvir, votar e crer... Sem querer ao menos ser!

Eduardo Rodrigues da Silva (PRMAS, 2014)

Poema de Camila³

Quando falas que “Há braços”
no sentido de lutas e afagos,
lembro que os fortes e destemidos
tinham mais que braços desenvolvidos

Quem atua cuidando de pessoas tem um pedacinho de Deus
em si
e procura ver na vida muito mais do que ela lhe revela aos
olhos

Há que se lutar a todo instante, pois o mal bate à porta:
na ignorância, no desprezo, na violência, nas malvadezas e
mazelas

Pois para o mal triunfar, basta o silêncio dos bons *1,
que de braços cansados, sucumbam, se cruzem, e nada
façam *2

Pois não é o mal que é incansável, são as pessoas de bem que
nunca dormem *3

Há que se lutar em dobro, minha guerreira amiga, pois:
Há de se ter Braços... para lutar a luta dos justos
Há de se ter Braços... para alentar os desprovidos
Há de se ter Braços... para erguer os acamados
Há de se ter Braços... para acariciar os desesperados

³ Camila foi uma residente conhecida pela frase “há braços”, que usava no desfecho de mensagens para representar tanto despedida quanto insubmissão.

Há de se ter Braços...

E haja Braços...

humildes braços...

pequeninos braços...

braços de Camila!

Paráfrases de: *1 (Martin Luther King) / *2 (Benjamim Franklin & Edmund Burke) / *3 (Bob Marley)

Eduardo Rodrigues da Silva (PRMAS, 2012)

A escolha de um caminho

Poesia ou não

Este será um relato

Cujo alguém há de ser sensato

Sensato naquilo que escolhe

Independente de como te olhe

Acreditado ou desacreditado

Tudo por fim está amarrado

O nó que se pretende desatar

Contribui para um país melhorar

Gente sofrida demais...

Negligência!

Pessoas a chorar

Clamamos para que a tal da teoria e prática
Um dia possa avançar
E assim, mediante nossa ação
Termine de vez
Esse SUS
Em construção!

Simone Borges da Silva (PRMAS, 2014)

Caracterização

Muitos outrora	Caminhos diferentes
Poucos agora	Cada um foi traçar
Uma recusa	O que será dessa gente?
Um NÃO	Triste ou contente?
Ah! Esse processo de formação	Como hei de saber?!
Muita juventude	Cada um com seu processo de formação
Com algumas experiências	E só faço entender
Atividades mantidas	Essa simples caracterização
Nessa longa residência	
	<i>Simone Borges da Silva</i> (PRMAS, 2014)
Poucas horas dormidas	
Há de confessar	
Experiência vivida	
Chega disso já!	

Herói

Gosto muito de herói

Tipo estranho com nome
esquisito:

RESIDENTE

Como todo herói

encontraram dificuldades
e muitas pedras no
caminho,

guerream batalhas
perdidas por conta de
seus ideais

Auxiliaram pessoas que
muitos não queriam mais

Não sabem muito bem
suas vidas, o que será!?

Mas, uma coisa é certa
uma vez herói, sempre
herói

Onde é que cada um vá,
as sementes que
disseminar,

são ideias que se
espalharão,

para outros guerreiros
continuar

E quando tudo parecer
perdido

lembrar, que em tudo
isso há um sentido:

Acreditar e lutar

Por aquilo que todos
desejam mudar

Simone Borges da Silva
(PRMAS, 2014)

Como uma onda no mar: as descobertas de uma menina

Era uma vez, uma menina nascida e crescida na capital das capitais de seu país, sempre em apartamentos de bairros residenciais no centro e na zona sul da tal megalópole, sempre na mesma escola/colégio de uma instituição japonesa.

Um dia, um sopro ao pé de seu ouvido sussurrou: “Vem comigo!” E ela foi... levada pelo vento, conheceu o cheiro da maresia e a liberdade do horizonte litorâneo. Nem ela sabia o que estava fazendo por lá. Sabia apenas que queria experimentar!

Embarcou na viagem de um cruzeiro cor laranja pôr-de-Sol que, atracado à beira-mar, perto do porto de Santos, recebia sua segunda leva de passageiros. Em sua grande maioria, estrangeiros. Todos embarcando e embarcados num navio de primeira viagem.

Lá, formaram uma comunidade que hoje tem o nome de Unifespianos. Mas no início, a identidade era física, ao estilo cara-crachá. Quando os tripulantes e passageiros não se conheciam, ao menos já haviam se cruzado em algum corredor.

E assim ela foi conhecendo pessoas, lugares e a si mesma. Foi percebendo que seu modo de (inter)agir vinha do que, na época, não era chamado de bullying: na escola, era uma menina baixinha, dentuça e gorducha. E, como a mais conhecida das baixinhas, dentuças e gorduchas de seus tempos fazia, a menina saía correndo atrás dos meninos que assim a chamavam. Tudo não passava de uma brincadeira, de histórias em quadrinhos!

Ao chegar em casa, sua mãe fazia questão de lhe dizer: “Você sabia que as pessoas gordas são as mais simpáticas?”. E essa era a verdade que ela carregava consigo.

Mas o tal bullying não parava por aí! Tinha também o seu nome: Irina. Entre brincadeiras, não entendimentos, curiosidades e confusões, ela resolveu procurar entender mais de seu nome. Não bastasse o tempo de escola, no cruzeiro também haviam embarcado Arino, Inari e Irene. Nas salas, nas festas, nos jogos de vôlei, quando todos se

encontravam, era um desafio acertar o nome de qualquer um deles que fosse!

Enfim, encontrou o que queria: Irina: Irene em russo. Significa amante da paz, pacificadora. E uma paz acalentou seu coração. Agora podiam falar o que quisessem de seu nome, ele, por si só, já dizia o que ela queria!

Mais do que o primeiro nome, agora ela era identificada também pelo seu nome de origem – japonesa: Natsumi. Até essa viagem, todo mundo tinha um, ninguém nunca havia a questionado sobre. Mas esse era fácil, ela já havia aprendido seu significado na escola: beleza do verão! Ela só não sabia que o verão na praia tinha mais cor e calor do que os verões passados na cidade grande.

Isso ela aprendeu na pele, agora quase sempre morena e com marcas. De Sol, de quedas, de risos, de choros... Uma vez, quando conversavam sobre suas cicatrizes, um amigo lhe disse espantado: “Nossa, você parece criança! Geralmente as pessoas têm cicatrizes da época da infância. As suas são destes últimos anos!”.

Fato! Foi na cidade praieira que ela pôde sair de casa despreparada, sem alguns tipos do que chamam de segurança: sem rumo, sem destino, sem lenço e nem documento. Lá na grande cidade, tinha sempre que avisar onde, quando e com quem ia. Sem se esquecer do lenço de papel, pois sua rinite a acompanhava por onde quer que fosse.

E a praia a deixava respirar fundo... olhar o pôr do Sol... sentir a brisa do mar... colocar os pés na água... só nadar que não! Sua vida no aquário de seu apartamento não havia a ensinado isso. Então ela tinha medo do mar e só molhava os pés, até o umbigo, no máximo!

Até que uma grande onda veio e arrebatou-a do chão! Revirou-a, debateu-a sobre corais, deixou-a submersa numa profundidade branca que jamais havia visto... eram as paredes das salas... salas do hospital, salas da Unidade Básica de Saúde, a sala da sua casa!

Depois de um tempo se debatendo, tentando nadar contra a corrente e vencer a força dessas águas que a

carregavam violentamente, ela lembrou das conversas que teve com os nativos da praia e da Terapia Ocupacional e com os passageiros e tripulantes do cruzeiro de outrora.

Procurou voltar à superfície e olhar com calma ao redor... Onde e o que, em meio a todo esse oceano, a fazia permanecer segura o suficiente para não se afogar? Encontrou nos laços atados durante a vida, seu suporte para isso.

E neles foi se apegando, se segurando... Quanto mais olhava ao redor, mais via laços em outras direções, que, partindo da mesma corda, por vezes se juntavam compondo uma corda mais grossa, e voltavam a se desfazer para ir de encontro a outros laços. Quem a via de cima, via uma grande rede se tecendo e sendo tecida.

Quanto ao cruzeiro, este continua sua viagem. Algumas levas de passageiros já desembarcaram, outras tantas mais embarcaram e, com elas, tripulantes também foram e vieram... Acho que até hoje ele procura sua rota, seu destino inalcançável.

Galeano já dizia do inalcançável: “Para que serve a utopia? A Utopia está no horizonte. Eu sei muito bem que nunca a alcançarei. Se eu caminho dez passos, ela se distanciará dez passos. Quanto mais a procure, menos a encontrarei. Qual sua utilidade, então? A utopia serve para isso, para caminhar!”... ou navegar, no caso!

Quanto às ondas arrebatadoras, estas continuam dando caldos em alguns desavisados deste mar adentro. Alguns debatem, outros engolem muita água salgada, outros encontram a superfície e dão aquela respirada, para aguentar a próxima onda que virá...

E, quanto à menina, ela continua experimentando conhecer pessoas e lugares. Dando os laços – em fitas de cetim – para enfeitar o presente mais caro que ela dá, a cada dia, à mulher que se tornou: a paz.

A paz de entender que tudo tem seu tempo e que as coisas nem sempre acontecem do jeito que gostaria, mas

com certeza do jeito que poderia ser no momento. A paz de esperar pelo que virá, sem medo – pelo menos não tanto como de quando era menina.

A paz de dizer para o mundo e para os outros o que pensa, e a paz de compreender, ao seu tempo, o que o mundo e os outros dizem e pensam! A paz de olhar para este outro e ver que este traz consigo uma vida cheia de histórias. Histórias que o marcam, que o trazem até este encontro, que o fazem ser como é. Além daquelas que estão por vir, é claro!

Por isso hoje ela anda devagar... Já teve pressa, confesso! Pressa de querer saber sem viver! Quando volta para sua cidade, logo na catraca do metro, percebe que seu ritmo não é o mesmo daquelas pessoas. Aliás, olha e percebe que cada pessoa tem um ritmo, uma passada, uma postura...

Hoje ela leva esse sorriso, porque já chorou demais! E aprendeu que os dois podem conviver num riso-choro de quem sente na pele a felicidade, a sensibilidade, a emoção e a intimidade do outro.

Hoje ela se sente mais forte e mais feliz, quem sabe? Porque conheceu as massas e as maçãs... Conheceu pessoas e sabores de muitas partes do país (e algumas do mundo).

Irina Natsumi Hiraoka Moriyama (PRMAS, 2013)

Cuidado: um paciente

E quando menos esperado necessitas de cuidado, o corpo adocece, a mente esquece, e quem antes era dono de si, já não mais é assim.

A dor invade o peito e perguntas: “Doutor, tem jeito?” E o cuidado que tanto necessitas pode não estar à vista. Pois nem tudo é questão de remédio, e, às vezes, é o simples cuidado que transforma o sorriso em remédio.

Desejo ser, para você, cuidado como todo carinho, dedicado. Sei que talvez não tenha a cura para o que na alma vai, amargura. E, junto com quem também ama cuidar, espero do seu corpo tratar, esse é o meu dedicar.

Cuidado que se faz com cuidado, com palavras e gestos delicados, pois o que sofre já se sente apequenado e qualquer coisa motivo é de enfado. Espero ter de você cuidado, pra isso vivo e sou vocacionado.

Sarita Barbosa Sanches Pereira (PRMAS, 2013)

Discurso de encerramento da primeira turma do PRMAS

Boa noite a todos os presentes, direção do Campus, meus colegas professores, nossos parceiros da Santa Casa e SMS, aos queridos residentes, seus familiares e amigos.

Primeiramente quero agradecer a oportunidade de me dirigir a vocês e expressar minha satisfação pelo que cumprimos e minha esperança no porvir. Estamos nesta noite encerrando as atividades da primeira turma de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde do Campus Baixada Santista. Há dois anos atrás iniciávamos o programa com a “missão” de construir linhas de cuidado, o trabalho em equipe e em rede e a interdisciplinaridade, pensando num cuidado mais integral e na formação de profissionais que vivenciassem e compartilhassem seus saberes e práticas. Foi um caminho tortuoso, com muitas pedras, desvios e obstáculos... vieram as tensões, duvidas e conflitos, mas em

meio a tudo isso estavam os pacientes da Santa Casa e as comunidades dos Morros e Zona Noroeste. Ainda bem!! Eles nos motivaram a seguir adiante, a tentar, a acertar e errar, a parar, a refletir... e vocês, residentes, estiveram lá todos os dias, as 60h por semana, para cuidá-los! Vivenciaram práticas e promoveram cuidados e afetos. São vencedores sem duvida e levarão consigo historias de luta, dor e superação; além de tantas gestações, nascimentos e celebração da vida!

Os doze trabalhos de conclusão de curso, feitos com dedicação, entusiasmo e ética documentaram ações com gestantes, crianças, adultos, idosos, agentes comunitários de saúde e até a percepção de preceptores e demais residentes sobre o nosso Programa, enfim TUDO será o seu legado.

Importante ressaltar que neste percurso aproximamos pessoas e serviços, serviços e academia, avançamos, portanto, na tão almejada integração ensino-serviço; mas esta academia, hoje vive um momento difícil, em meio a uma greve histórica pela sua dimensão nacional e pela sua pauta. Entendemos o papel e compromisso da universidade com todo o processo de formação e produção do conhecimento, mas as condições de trabalho e valorização da carreira e dedicação são críticas.

A concepção das Residências Multiprofissionais em saúde envolveu os Ministérios da Saúde e Educação, assim como outros projetos e desafios que vem sendo colocados às instituições formadoras, que por sua vez não encontram sustentação e apoio de fato para o desenvolvimento dos mesmos em toda sua complexidade e magnitude. É para manter e ampliar projetos como este que lutamos hoje e contamos com o apoio da comunidade. O desafio é grande e não é para poucos, mas como diz sempre a Camila, HÁ BRAÇOS e o Eduardo, nosso ilustre poeta, completa: Há de se ter Braços... para lutar a luta dos justos... para alentar os desprovidos... para erguer os acamados... para acariciar os desesperados!

Num dos tantos momentos de partilha, reflexão e crescimento que este programa me proporcionou, recebi um email de uma parceira muito especial, Carmem Brandalise,

que trazia o sábio Eduardo Galeano, falando sobre a Utopia, para que ela serve: “ela está no horizonte, nunca vamos alcançar, ela vai se afastando quando nos aproximamos, então a utopia serve justamente para isso, para nos fazer caminhar.”.

Enfim, desejo a vocês, egressos do programa: Blenda, Cléria, Daniel, Élide, Heloísa, Maira, Maíra, Mariana, Marília, Mislene, Priscila e Rosângela, que trilhem seus caminhos, multipliquem suas vivências e saberes e sempre com a Utopia do SUS que queremos e merecemos. Termina com uma mensagem multiprofissional:

Que seus movimentos e atividades humanas, na luta pelo direito à saúde e na oferta de cuidado integral, sejam acolhedores, sensíveis e terapêuticos na dose certa... e que vocês estejam sempre abertos e dispostos a experimentar todos os sabores que a vida lhes apresentar!!

Grande e saudoso abraço,

Santos 17 de agosto de 2012

Macarena Urrestarazu Devincenzi (PRMAS, 2012)

ANEXO I

REGULAMENTO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE

REGULAMENTO DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ATENÇÃO À SAÚDE

UNIFESP – campus Baixada Santista

Disposições preliminares

Art. 1º - O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde do *Campus* Baixada Santista/UNIFESP (PRMAS-BS-UNIFESP), se insere nas diretrizes gerais dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde coordenados pela Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU, órgão subordinado ao Conselho de Extensão (COEX) da UNIFESP, em consonância com o art. 2, alínea I a XII da Portaria Interministerial nº 45 de 12/01/2007.

§ 1º - O Programa atua também em consonância com as normas e deliberações da Congregação/Conselho de *Campus* do Instituto Saúde e Sociedade no *Campus* Baixada Santista;

§ 2º - O presente regulamento tem por finalidade dispor sobre as diretrizes específicas do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde no *Campus* Baixada Santista com base no Regimento Geral da Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde da UNIFESP/SP.

CAPÍTULO I – Do programa: definição e objetivos

Art. 2º - O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde do *Campus* Baixada Santista – PRMAS-BS-UNIFESP tem como área de concentração a SAÚDE COLETIVA – Atenção à Saúde do Indivíduo, Família e sua Rede Social. Apresenta como eixo norteador a educação interprofissional, com base na interdisciplinaridade e o compromisso com a integralidade das ações, respeitando as especificidades de cada profissão;

Art. 3º – São parceiros, neste Programa, a Universidade Federal de São Paulo – *Campus* Baixada Santista, como Instituição Formadora, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos (hospital referência na Baixada Santista no atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde) e a Prefeitura Municipal de Santos, através de sua Secretaria de Saúde (responsável pela política municipal de saúde em conformidade com os preceitos do SUS), como Instituições Executoras;

Art. 4º – O Programa é credenciado pelos Ministérios da Educação e da Saúde e obedece suas normativas, contando com as seguintes áreas: enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social e terapia ocupacional e educação física;

§ único: No seu decurso, poderá absorver outras áreas profissionais ou suprimir determinada(s) área(s) após avaliação dos parceiros e respectiva aprovação nos órgãos competentes a que se vincula.

Art. 5º – Dentre seus objetivos, encontra-se o de oferecer formação profissional especializada em programas de atenção à saúde do indivíduo, família e sua rede social, buscando o atendimento integrado multiprofissional e

com intervenções preventivas, curativas e reabilitadoras nos níveis de atenção básica e especializada. Tem-se ainda como objetivo central formar um profissional de saúde capaz de colocar o saber específico na direção de um saber compartilhado e que, não abrindo mão da sua formação, possa estar atento às diferenças, aos movimentos de inclusão e a interprofissionalidade em todos os níveis de atenção à saúde junto a indivíduos, famílias e redes sociais;

Art. 6º - O Programa apresenta como eixo transversal a “Atenção à saúde do indivíduo, família e sua rede social “ e 7 eixos perpendiculares (referente às áreas profissionais descritas). Ambos acontecem nas áreas de atenção básica e hospitalar, atuando nas seguintes linhas de cuidado: saúde do adulto e idoso, saúde da mulher e do recém-nascido, saúde da criança e do adolescente e saúde mental;

Art. 7º - Conforme Resolução MEC nº 3 de 04/05/10, o Programa possui duração de 2 anos, com carga horária de 5.760 horas, sendo 80% de atividades práticas, equivalente a 4.608 horas, e 20% de atividades teóricas, equivalente a 1.152 horas. Os cenários das atividades práticas ocorrem nos espaços das instituições parceiras.

CAPÍTULO II – Do colegiado interno

Art. 8º - O Colegiado Interno é o órgão deliberativo do Programa e atua em consonância com as normas e deliberações da Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional de Saúde – COREMU/ UNIFESP;

§ 1º - Será presidido pela Coordenação do Programa e em sua ausência pela Vice-coordenação;

§ 2º - Terá reuniões mensais, em caráter ordinário, ou de acordo com a necessidade, de maneira extraordinária. As reuniões serão precedidas de convocação com mínimo de 48 horas, acompanhada das pautas de discussão;

§ 3º – É facultado aos membros do Colegiado do Programa a prerrogativa de solicitar a convocação de reunião extraordinária, observados os tramites vigentes de representação.

Art. 9º - É constituído pelos seguintes representantes das Instituições Parceiras e Formadora:

I - um Coordenador e um Vice-coordenador, com mandato de 3 anos;

II - um Tutor por cada área profissional, com mandato de 3 anos;

III - um representante por Instituição Parceira, com mandato de 3 anos;

IV - um Preceptor por Instituição Parceira, com mandato de 3 anos;

V - dois Residentes, sendo um R1 e outro R2, com mandato de 01 ano.

§ 1º - Os representantes serão eleitos por seus pares, constantes nas áreas profissionais do Programa e serviços parceiros, sendo homologados na reunião do Colegiado Interno, tendo direito a voz e voto, admitindo-se a recondução;

§ 2º - Para cada membro titular admitir-se-á um suplente, com direito a voz;

§ 3º - Poderá haver representação de instâncias da Universidade/*campus* BS (eixos, extensão, colegiados, comissões, dentre outros), tendo direito a voz;

Art. 10º - Dentre suas competências estão as de fazer cumprir este Regulamento, zelar pela manutenção do padrão de qualidade do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde do *Campus* Baixada Santista - UNIFESP, rever o Programa a fim de propor modificações e deliberar em primeira instância, caso necessário, sobre as situações omissas.

§ 1º - Cabe ao Colegiado a prerrogativa de deliberar, por meio de maioria dos votos, sobre decisões pertinentes à resolução de problemas não contemplados no Projeto Pedagógico do Programa e sobre normativas que compõem a legislação que rege a Residência Multiprofissional em Saúde, tanto as aprovadas pela UNIFESP quanto as emitidas pelos Ministérios da Educação e Saúde.

CAPÍTULO III – Do coordenador, docente, tutor e preceptor

Da coordenação

Art. 11º - A coordenação e vice-coordenação do Programa deverá ser ocupada por docentes que participem do respectivo Programa, vinculados à Instituição Formadora – *CAMPUS BAIXADA SANTISTA* – UNIFESP;

§ 1º - A titulação mínima exigida para a função de Coordenador e Vice-Coordenador está prevista no artigo 13 do Regimento Geral da COREMU-UNIFESP;

§ 2º - A Vice-Coordenação substituirá a Coordenação em suas ausências e impedimentos.

Art. 12º - No mínimo 3 meses antes do final do mandato, será aberto processo interno, a ser coordenado pelo Colegiado Interno, para a eleição de uma nova coordenação do Programa;

§ 1º - Coordenador(a) e vice serão eleitos, na modalidade de apresentação de candidaturas por chapas, em processo de escolha por maioria simples de votos, no espaço do Colegiado Interno;

§ 2º - Este processo, coordenado por uma Comissão retirada no Colegiado Interno, poderá ter representação de um membro da COREMU-SP, um de cada serviço, um tutor e um dos residentes, totalizando 5 membros. Serão estabelecidas as normas / calendário / regras do processo, primando por sua transparência e legalidade;

§ único: Na primeira quinzena do mês de dezembro do ano corrente, o Representante de cada área profissional deverá encaminhar à Coordenação do Programa a indicação ou manutenção do nome do(s) Tutor(es) e Preceptor(es) para o ano letivo subsequente.

Art. 13º - É de responsabilidade do(a) Coordenador(a) do Programa:

I - coordenar o processo de autoavaliação do programa;

II - conduzir o processo de constituição e qualificação do corpo de tutores, docentes e preceptores, submetendo-o à aprovação pelo Colegiado Interno;

III - promover a articulação do programa com outros programas de residência da instituição, incluindo a médica, e com os cursos de graduação e pós-graduação;

IV - promover a articulação com as políticas nacionais de educação em saúde e com a política

de educação permanente do seu estado por meio da Comissão de Integração Ensino-Serviço (CIES);

V - representar o programa na COREMU e Congregação do *Campus*;

VI - coordenar a equipe responsável pela elaboração e revisão do Projeto Pedagógico do Programa;

VII - encaminhar informações sobre a frequência e notas dos residentes para a Secretaria do Programa;

VIII - garantir o cumprimento da programação estabelecida;

IX - encaminhar ao Colegiado Interno os problemas que interferirem no bom andamento do Programa;

X - manter informações atualizadas do Programa junto à secretaria dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em área profissional da saúde da UNIFESP;

XI - zelar pelo comportamento ético dos tutores, preceptores e residentes sob sua responsabilidade;

XII - coordenar a elaboração do cronograma anual de atividades práticas e teóricas do programa;

XIII - aplicar aos residentes sanções disciplinares previstas no Regimento Geral da COREMU-UNIFESP;

XIV - elaborar a pauta, convocar e presidir reuniões ordinárias e extraordinárias do colegiado interno;

XV - encaminhar os procedimentos pertinentes à execução do Programa na articulação Universidade e Instituições Parceiras;

XVI - conduzir o processo de discussão junto ao colegiado interno sobre o desenvolvimento das atividades dos residentes;

XVII - participar do processo de seleção do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde ou em Área Profissional da Saúde.

Dos docentes

Art. 14º - Os docentes são profissionais vinculados à instituição formadora que participam do desenvolvimento do eixo teórico e teórico-prático previstos no Projeto Pedagógico do Programa, podendo ainda contribuir para:

I - estruturar e desenvolver grupos de estudo e de pesquisa, que fomentem a produção de projetos de pesquisa e projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;

II - articular junto ao tutor mecanismos de estímulo para a participação de preceptores e residentes nas atividades de pesquisa e nos projetos de intervenção;

III - apoiar a coordenação na elaboração e execução de projetos de educação permanente para a equipe de preceptores da instituição executora;

IV - promover a elaboração de projetos de mestrado profissional associado a residência;

V - orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno do programa.

Da tutoria

Art. 15º - O Tutor é o profissional, da carreira docente ou não, que tem como função a atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo;

§1º - A tutoria de núcleo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas do núcleo específico profissional, desenvolvidas pelos preceptores e residentes;

§2º - A tutoria de campo corresponde à atividade de orientação acadêmica voltada à discussão das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas desenvolvidas pelos preceptores e residentes, no âmbito da saúde coletiva, integrando os núcleos de saberes e práticas das diferentes profissões que compõem a área de concentração do programa;

§3º Ao tutor compete:

I - implementar estratégias pedagógicas que integrem saberes e práticas, promovendo a articulação ensino-serviço, de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, realizando encontros periódicos com preceptores e residentes com frequência mínima semanal;

II - organizar, em conjunto com os preceptores, reuniões periódicas para planejamento semestral das atividades, implementação e avaliação do PP;

III - planejar e implementar atividades de educação permanente para os preceptores;

IV - planejar e implementar, juntamente com os preceptores, equipe de saúde, docentes e residentes, ações voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão em saúde;

V - articular a integração dos preceptores e residentes com os respectivos pares de outros programas, incluindo da residência médica, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde;

VI - coordenar o processo de avaliação dos residentes;

VII - participar da avaliação do PP do Programa de Residência, contribuindo para o seu aprimoramento;

VIII - orientar e avaliar os trabalhos científicos desenvolvidos no Programa de residência conforme as regras estabelecidas no Colegiado Interno.

Art. 16º - A titulação mínima exigida para a função de Tutor está prevista no artigo 13 do Regimento Geral da COREMU-UNIFESP;

Art. 17º - São competências do Tutor, representante de área profissional no Colegiado Interno:

I - representar a área profissional no Colegiado Interno;

II - promover gestões necessárias para garantir o bom andamento da Residência;

III – colaborar na elaboração da prova escrita dos candidatos de sua respectiva área profissional;

IV - participar do processo de seleção do Programa quando acionado pela Comissão de Exames de Residência Multiprofissional em Saúde – CEREMUP.

Da preceptoría

Art. 18º - O Preceptor é o profissional que atua no programa de Residência Multiprofissional exercendo a função de facilitar a inserção e a socialização do residente no ambiente de trabalho, estreitando a distância entre a teoria e a prática profissional; considerando a área de concentração do programa, em saúde coletiva, a preceptoría será estruturada em: preceptor de núcleo e preceptor de campo;

§ 1º - O preceptor de campo é o profissional nos serviços que atua de maneira mais ampla

nas atividades de articulação institucional, acompanhando as demandas desenvolvidas no Programa e garantindo os espaços de discussão e atuação interprofissional;

§ 2º - O preceptor de núcleo deverá, necessariamente, ser da mesma área profissional do residente sob sua supervisão, estando presente no cenário de prática, com atuação na supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora;

Art. 19º - A titulação mínima exigida para a função de Preceptor está prevista no artigo 13 do Regimento Geral da COREMU-UNIFESP;

§ 1º - Em caráter de excepcionalidade, de acordo com a realidade local e aprovada pelo Colegiado Interno, poderá exercer a função de preceptoria, profissional nos serviços, com experiência mínima de três (3) anos de atuação na área de sua especialidade;

Artigo 20º: Ao preceptor de campo do Programa compete:

I - exercer a função de orientador de referência para a equipe multiprofissional de residentes da unidade, no desempenho das atividades práticas interdisciplinares vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;

II - articular, em parceria com o tutor de campo, o planejamento das ações no espaço institucional;

III - viabilizar as práticas interdisciplinares nos cenários do Programa;

IV - controlar a frequência dos residentes e a escala de plantões;

V - definir, conjuntamente ao preceptor de núcleo, a pertinência de participação do

residente em eventos científicos e validação das horas.

VI - participar do processo de avaliação do ensino-aprendizado durante o curso;

VII - facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;

Art. 21º - Ao Preceptor de Núcleo do Programa compete:

I - exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;

II - participar com o Tutor de núcleo do planejamento semestral das atividades teóricas e práticas para os R1 e R2 referentes à sua área de atuação;

III - elaborar, com suporte dos tutores e preceptor de campo, as escalas de plantões, acompanhando sua execução;

IV - facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;

V - participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;

VI - identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências

previstas no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário;

VII - participar do gerenciamento da produção de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão;

VIII - proceder, em conjunto com tutores, a avaliação do residente;

IX - participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

X - participar do processo de seleção do Programa, quando solicitado.

CAPÍTULO IV - Dos residentes

Artigo 22º - O profissional de saúde que ingressar no Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde do *Campus* Baixada Santista – PRMAS-BS-UNIFESP, receberá a denominação de Residente e será corresponsável pelo processo de formação e integração ensino-serviço, bem como participará da avaliação e implementação do Projeto Pedagógico do Programa.

Dos direitos

Art. 23º - Na admissão ao Programa, os residentes receberão uma cópia do Regimento da COREMU e do Regulamento do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde do *Campus* Baixada Santista – PRMAS-BS-UNIFESP, bem como normativas aprovadas pelo Colegiado Interno;

§ único- cada residente receberá semestralmente a programação de suas atividades para o período correspondente.

Art. 24º - Ao residente será concedida bolsa, garantida por legislação em vigência;

§ 1º - O residente deve inscrever-se na Previdência social, a fim de ter assegurados os seus direitos, especialmente os decorrentes do seguro de acidente do trabalho, de acordo com o § 2º do art. 4º da Lei nº 6 Nº 6.932, de 7 de julho de 1981;

§ 2º - O residente, no primeiro ano do Programa, poderá requerer o trancamento da matrícula, por período de 01 (um) ano, para fins de prestação do Serviço Militar, de acordo com a Resolução CNRM 01/2005.

Art. 25º - O residente fará jus a um dia de folga semanal e a 30 (trinta) dias consecutivos ou dois períodos de 15 (quinze) dias de descanso (Resolução nº 3 de 17/02/2011- CNRMS), em cada ano do Programa, preferencialmente nos meses de julho, dezembro e janeiro a ser definido pelo Colegiado Interno do PRMAS-BS-UNIFESP;

Art. 26º - Fica assegurado ao residente o direito a afastamento, sem necessidade de reposição, nas seguintes hipóteses e prazos, que se iniciam no mesmo dia do evento:

I - núpcias: cinco dias consecutivos;

II - óbito de cônjuge, companheiro, pais, madrasta, padrasto, irmão, filho, enteado, menor sob sua guarda ou tutela: oito dias consecutivos;

III - nascimento ou adoção de filho: cinco dias consecutivos para auxiliar a mãe de seu filho recém-nascido ou adotado, mediante apresentação de certidão de nascimento ou do termo de adoção da criança.

Art. 27º - À residente será assegurada a continuidade da bolsa de estudo durante o período de 04 (quatro) meses, quando gestante ou adoção, devendo, porém, o mesmo

período ser prorrogado por igual tempo, para que seja completada a carga horária total de atividades previstas;

§ único – O Colegiado Interno analisará e poderá conceder, nos termos da Lei nº 11.770 de 09 de setembro de 2008, quando requerido pela residente, o período de prorrogação da licença maternidade em até sessenta dias.

Art. 28º - Fica assegurado ao residente, sem necessidade de reposição, a participação em eventos científicos externos de interesse do Programa e da formação do Residente, na seguinte ordem: 16 (dezesesseis) horas no primeiro ano de Residência e 24 (vinte e quatro) horas no segundo ano, ficando a critério do Colegiado Interno do PRMAS-BS-UNIFESP deliberar sobre a autorização para participação;

§ único - Considerando a subdivisão dos residentes do PRMAS-BS-UNIFESP em equipes de trabalho, cabe ao colegiado aprovar a liberação de mais de um residente no mesmo período de forma a não comprometer o desenvolvimento das atividades do Programa nos serviços bem como a organização dos serviços das instituições parceiras.

Artigo 29º - O Profissional da Saúde Residente que se afastar do programa por motivo devidamente justificado deverá completar a carga horária prevista, repondo as atividades perdidas em razão do afastamento, garantindo a aquisição das competências estabelecidas pelo Programa (Resolução nº 3 de 17/02/2011/CNRMS);

Art. 30º - As demais hipóteses de afastamento serão avaliadas e decididas pelo Colegiado Interno, bem como o período e a forma de reposição;

Art. 31º – Fica assegurado ao residente utilizar a biblioteca e outros recursos/equipamentos disponíveis aos demais discentes no *Campus* Baixada Santista.

Dos deveres

Art. 32º - São deveres dos residentes:

- I - firmar Termo de compromisso, sem o qual não poderá iniciar as atividades no Programa;
- II - apresentar o Certificado de Conclusão de Curso de Graduação, reconhecido pelo Ministério da Educação – MEC, até o mês de junho do ano da matrícula. O não cumprimento acarretará em cancelamento da matrícula, exclusão do Programa e ressarcimento à União dos valores pagos relativos à Bolsa;
- III - em caso de desistência informar ao Coordenador do Programa e formalizá-la junto ao Colegiado Interno que encaminhará à COREMU e à CORESA, para que possam ser tomadas as medidas administrativas cabíveis. O não cumprimento acarretará em ressarcimento à União dos valores pagos relativos à Bolsa;
- IV - manter postura ética com os outros residentes do Programa, bem como com os demais profissionais e com os usuários dos serviços de saúde;
- V - responsabilizar-se pelo cumprimento das atividades do Programa, obedecendo às atribuições que lhes forem designadas pelos tutores e preceptores;
- VI - cumprir rigorosamente os horários que lhe forem atribuídos, com assiduidade e pontualidade;
- VII - observar o Código de Ética de sua profissão, principalmente quanto ao sigilo profissional e a veiculação de informações a que tenha acesso em decorrência do Programa.
- VIII - comparecer a todas as reuniões convocadas pelo Colegiado Interno, coordenador, tutores, preceptores e supervisores do Programa;
- IX - cumprir as disposições regulamentares gerais do Colegiado Interno e da COREMU, além das dos

serviços onde o Programa está sendo realizado (Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos e Secretaria Municipal de Saúde);

X - prestar colaboração aos serviços, no qual estiver desenvolvendo as atividades, fora do horário do curso, em situações de emergência, ou outras deliberadas no Colegiado interno;

XI - levar ao conhecimento do coordenador, tutores e preceptores do Programa, as irregularidades das quais tenha conhecimento, ocorridas nos serviços ou em atividades correlatas ao Programa;

XII - assinar diariamente a ficha de presença;

XIII - em caso de doença ou gestação, comunicar o fato imediatamente ao seu preceptor e a Secretaria do Programa, apresentando atestado médico, devidamente identificado com o CID;

XIV - dedicação, zelo e responsabilidade no cuidado aos usuários dos serviços e no cumprimento de suas obrigações;

XV - usar trajes adequados em concordância com as normas internas da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos e Secretaria Municipal de Santos e crachá de identificação;

XVI - agir com urbanidade, discrição e respeito nas relações com a equipe do Programa e usuários dos serviços;

XVII - zelar pelo patrimônio dos serviços onde o Programa está sendo realizado;

XVIII - reportar aos preceptores/supervisores eventuais dúvidas ou problemas no decorrer das atividades práticas do Programa;

XIX - dedicar-se exclusivamente ao Programa de Residência, cumprindo a carga horária determinada;

XX - participar das atividades programadas de acordo com o rodízio nas linhas de cuidado, obedecendo às atribuições que lhes forem designadas pelos tutores e preceptores;

XXI - ao desejar apresentar trabalhos científicos em congressos e/ou similares, discutir

previamente a proposta com o tutor de campo e de núcleo no sentido da pertinência/orientação do trabalho.

CAPÍTULO V - Da frequência, avaliação e aprovação

Da frequência

Art. 33º - Os residentes deverão ter no mínimo 85% de presença nas atividades teóricas (Resolução nº 3 de 04/05/2010);

Art. 34º - Os residentes deverão ter 100% de presença nas atividades práticas. Na ocorrência de faltas, estas serão repostas contemplando as atividades não frequentadas.

§ 1º – Considerando as características do Programa, a reposição por faltas poderá ser na forma de plantões na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos e/ou em atividades realizadas pela Secretaria Municipal de Saúde;

§ 2º - Os locais e períodos para desenvolvimento das atividades teóricas e práticas serão determinados pela Coordenação do Programa / Colegiado Interno, ficando o residente responsável por sua locomoção;

§ 3º - A critério da Coordenação do Programa e após aprovação no Colegiado Interno poderão ser alterados os horários e cronograma de atividades teóricas e práticas.

Da avaliação e aprovação

Art. 35º - O Programa deverá seguir os critérios de avaliação definidos pelo Colegiado Interno e COREMU para aprovação ou reprovação;

Art. 36º - Os residentes serão avaliados nas atividades práticas, teórico-práticas e teóricas desenvolvidas no Programa;

§ 1º - A nota de aproveitamento para aprovação nas atividades práticas, teórico-práticas e teóricas, deve ser igual ou maior que 7,0 (sete);

§ 2º - O processo de avaliação das atividades práticas, em cada cenário, será **bimestral** e será constituído por uma avaliação individual do residente e por uma autoavaliação da equipe de residentes, com igual peso na composição da nota final. A avaliação individual será realizada pelo preceptor e tutor, de campo e núcleo, tendo como critérios: o planejamento de ações, a realização de tarefas, o relacionamento interpessoal e as atitudes. A autoavaliação da equipe será realizada pelos residentes; serão utilizados instrumentos próprios, discutidos e aprovados pelo Colegiado Interno;

I - O registro será **semestral**.

§ 3º O resultado da avaliação das atividades teórico-práticas, em cada cenário, será consolidado **semestralmente** pelos preceptores e tutores, gerando uma nota de 0 a 10, a partir da produção da equipe de residentes, sendo considerados todos os projetos e trabalhos desenvolvidos ao longo do semestre, com igual peso na composição da nota final.

§ 4º - O resultado da avaliação das atividades teóricas será consolidado semestralmente pelos tutores e docentes, gerando uma **nota individual** de 0 a 10, a partir do desempenho do residente nos módulos teóricos do Programa.

§ 5º - O conceito final individual do residente será obtido **semestralmente** pela média aritmética simples dos resultados das avaliações.

Art. 37º - Os residentes com aproveitamento insatisfatório no semestre deverão cumprir atividade recuperatória determinada pelo Colegiado do Programa;

§ único – A ação prevista no caput será permitida uma única vez durante o cumprimento do Programa.

Art. 38º - Ao final do primeiro ano da residência o residente deverá ter obtido no mínimo 7 pontos nas avaliações das atividades teóricas e atividades práticas e frequência mínima de 85% nas atividades teóricas e 100% nas atividades práticas;

§ único - O não cumprimento destes requisitos implica na reprovação do residente e consequente desligamento do programa. A matrícula no segundo ano está condicionada à aprovação no ano anterior.

Art. 39º- Os critérios e os resultados de cada avaliação deverão ser de conhecimento dos residentes;

Art. 40º - Todos os residentes do PRMAS-BS-UNIFESP obrigatoriamente deverão elaborar um trabalho individual de conclusão de curso (TCC) na forma de um artigo científico para publicação, sob orientação de docente, tutor ou preceptor do Programa, com no mínimo título de mestre, com a possibilidade de um coorientador;

§ único - Pelas especificidades do PRMAS-BS-UNIFESP, poderão ser admitidos como coorientadores: preceptores ou trabalhadores dos serviços vinculados ao Programa ou mesmo o docente não vinculado ao Programa.

Art. 41º - A elaboração do TCC deverá seguir os artigos previstos no capítulo X do Regimento da COREMU-UNIFESP;

Art. 42º - Competirá ao Colegiado Interno, a análise e julgamento dos recursos referentes à avaliação final com o parecer a ser encaminhado para ciência à COREMU;

Art. 43º - O residente será considerado aprovado no Programa quando cumprir os seguintes requisitos:

I - nota de aproveitamento para aprovação nas atividades teóricas, nas práticas e no TCC igual ou maior que 7,0 (sete);

II - ter no mínimo 85% de presença nas atividades teóricas (Resolução nº 3 de 04/05/2010);

III - os residentes deverão ter 100% de presença nas atividades práticas. Na ocorrência de faltas estas serão repostas contemplando as atividades perdidas;

IV - entrega da versão final do Trabalho de Conclusão de Curso com as correções e sugestões da banca examinadora.

Art. 44º - Ao término do PRMAS-BS, a COREMU, mediante documento, contendo a lista de aprovação dos residentes, encaminhado pelo Coordenador do Programa, expedirá o Certificado de Conclusão emitido pela CNRMS.

Do estágio optativo

Art. 45º - Estágio optativo:

I - permitido apenas para R2;

II - o estágio poderá ser de 30 a 60 dias;

III - o residente é o responsável pela tramitação dos acertos com o seu programa de origem e Instituição de destino;

IV - o residente deverá apresentar todos os documentos exigidos pela Instituição de destino;
V - a instituição de destino deverá encaminhar documento de aceite do residente, com o nome do profissional que ficará responsável pela supervisão e avaliação do residente e programação que será desenvolvida com respectiva carga horária;

VI - os custos de transporte, alimentação e moradia serão de inteira responsabilidade do residente;

VII - o coordenador do Programa deverá encaminhar para a Secretaria da COREMU o documento autorizando a realização do estágio externo, no qual deve constar o local em que será realizado o estágio, nome do responsável pelo residente, programação que deverá ser desenvolvida com a respectiva carga horária;

VIII – o seguro de vida é de responsabilidade do residente quando o estágio ocorrer fora do território nacional.

§ único - Considerando a subdivisão dos residentes do PRMAS-BS-UNIFESP em equipes de trabalho, somente será autorizado o estágio concomitante de até no máximo dois residentes por cenário, de forma a não comprometer o desenvolvimento das atividades do Programa.

Das infrações e penalidades

Art. 46º - De acordo com o Regimento Geral da COREMU UNIFESP, o residente está sujeito às penas de advertência, suspensão e desligamento.

§ 1 - Na aplicação de quaisquer das penas disciplinares previstas neste artigo deverão ser observadas as normas estabelecidas pelo Regimento Geral da COREMU UNIFESP;

§ 2 - A pena de advertência será aplicada pelo Coordenador do Programa de Residência, devendo ser homologada pelo Colegiado Interno e registrada no prontuário, após ciência do residente;

§ 3 - As penas de suspensão e desligamento deverão ser aplicadas pela COREMU.

Disposições Finais

Art. 47º - Os casos omissos serão apreciados pelo Colegiado Interno e, na impossibilidade de resolução, encaminhados às instâncias superiores;

Art. 48º - O presente Regulamento somente poderá ser modificado mediante aprovação por maioria absoluta dos membros do Colegiado Interno e referendado pela COREMU;

Art. 49º - Este Regulamento entra em vigor após aprovação na COREMU.

Santos, 04 de novembro de 2011.

SOBRE AS ORGANIZADORAS

Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo: Docente e tutora de campo e de área (2010-2015), vice-coordenadora (2012-2013) e coordenadora (2013-2015) do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção a Saúde (PRMAS) da UNIFESP *campus* Baixada Santista. Graduada em Terapia Ocupacional pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), em 1986. Mestrado (2002) e Doutorado (2009) em Ciências da Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FFCLRPUSP). Servidora Pública Federal no Instituto Saúde e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) *campus* Baixada Santista, docente do Curso de Terapia Ocupacional e do eixo Trabalho em Saúde; orientadora de Mestrado no Programa de Mestrado Profissional Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS/UNIFESP). Integrante do Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde (DGCS). Membro dos Grupos de Pesquisa: LEPETS, GPEIS, L'ABBATE e NISMIC. Coordenadora do PET GraduaSUS Terapia Ocupacional da UNIFESP *campus* Baixada Santista. **E-mail:** uchoalu@hotmail.com

Terezinha de Fátima Rodrigues: Docente, Tutora de campo e de área no PRMAS/UNIFESP (2010-2015). Graduada em Serviço Social (1990) pela Universidade Federal de Juiz de

Fora (UFJF-MG). Mestrado (1996) e Doutorado (2006) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Servidora Pública Federal no Instituto Saúde e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) *campus* Baixada Santista, docente do Curso de Serviço Social. Integrante do Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva; tutora do Programa de Residência Multiprofissional Redes de Atenção Psicossocial. Orientadora no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Políticas Sociais da UNIFESP *campus* Baixada Santista. Avaliadora Nacional dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (MEC). Representante da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), na Câmara Técnica (4 - Saúde Mental) da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde (CNRMS). Integrante do Grupo de Trabalho da ABEPSS sobre Formação e Trabalho Profissional na Saúde. **E-mail:** terezinha.unifesp@gmail.com

Ieda Maria Ávila Vargas Dias: Docente e Tutora de campo e de área (2012-2015), Vice-coordenadora (2013-2015) do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção a Saúde (PRMAS) da UNIFESP *campus* Baixada Santista. Graduada em Enfermagem pela UNIJUÍ (1996). Mestrado em Saúde Pública (2000) pela EERP-USP. Doutorado em Enfermagem (2004) pela UFRJ com estágio na Universidade de Montreal. Pós-doutorado (2014) pela UNIFESP, com estágio na Universidade *Tor Vergata* de Roma. Formação pela *Foundation for Advancement of International Medical Education and Research* - FAIMER (2014). Docente na UNIFESP/*campus* Baixada Santista (2012-2015). Docente na UnB (2015). Orientadora de Mestrado no Programa de Pós Graduação da FIOCRUZ – Brasília. **E-mail:** vargasdias@hotmail.com

SOBRE OS AUTORES

Alessandra Keyth Pereira: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP - Turma 04 (2013-2015). Graduada em Enfermagem pela UNIFESP *campus* São Paulo, em 2012. Enfermeira em uma Equipe de Saúde da Família USF Utinga/SP.

E-mail: alessandrakeyth@gmail.com

Aline Fajardo: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP - Turma 04 (2013-2015). Graduada em Psicologia pela UNIFESP *campus* Baixada Santista, em 2012.

E-mail: fajardo_line@yahoo.com.br

Ana Claudia Freitas de Vasconcelos: Representante da Secretaria Municipal de Saúde de Santos no PRMAS/UNIFESP (2010-2015). Graduada em Pedagogia pela Universidade Católica de Santos – UNISANTOS, em 1988. Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde – UNIFESP *campus* Baixada Santista, em 2014. Servidora Pública Municipal – Prefeitura de Santos/Secretaria de Educação. Pedagoga na Coordenadoria de Formação e Educação Continuada – Coform/Secretaria Municipal de Saúde/Santos (2006-2015). Coordenadora do Setor de Informação, Educação e Comunicação do Departamento de Vigilância da Secretaria de Saúde/PMS.

E-mail: anavasconcelos@santos.sp.gov.br

Ana Cristina Correia: Representante da Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS) no PRMAS/UNIFESP (2010-2015). Graduada em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense – UFF/RJ, em 1991. Especialista em Gestão de Recursos Humanos pela Universidade Católica de Santos – UNISANTOS, em 2009. Especialista em Administração Hospitalar pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo em 2013. Mestranda no Mestrado Profissional em Ciências da Saúde UNIFESP *campus* Baixada Santista. Coordenadora Administrativa de Enfermagem na Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS).

E-mail: anacristina.correia@scsantos.com.br

Ana Paula Geraldo de Sousa: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP - Turma 04 (2013-2015). Graduada em Nutrição pela Universidade São Judas Tadeu (SP), em 2011. Especialista em Nutrição Hospitalar pela USP, em 2012.

E-mail: apgs28@gmail.com

Ana Virginia de Almeida Carrasco: Tutora de área e Preceptora de Campo na Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos no PRMAS/UNIFESP (2010-2015). Graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Católica de Santos-UNISANTOS, em 2009. Especialista em Educação pela UNILUS/Santos em 2002 e Modelos Organizacionais pela UNIMONTE/Santos, em 2004. Chefe do Departamento de Enfermagem, Membro do Comitê de Ética em Pesquisa e do Conselho de Gestão de Ensino e Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos (ISCMS). Atualmente Tutora do Programa de Residência Multiprofissional Ortopedia e Tramatólogia – UNIFESP *campus* Baixada Santista.

E-mail: a.v.carrasco@bol.com.br

André Eduardo Mei: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP – Turma 03 (2012-2014). Graduado em Terapia Ocupacional pela Universidade de São Paulo (USP) *campus* Ribeirão Preto, em 2012. Mestrando no Programa de Pós-Graduação - Saúde, Interdisciplinaridade e Reabilitação pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP. Especializando em Gestão de Serviços de Saúde pela UNICAMP (2015 - atual). Terapeuta Ocupacional na Secretaria Municipal de Saúde. Profissional de Saúde de Campinas.

E-mail: andreimei.to@gmail.com

Caio Marins Tomas: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP – Turma 04 (2013-2015). Graduado em Educação Física pela UNIFESP *campus* Baixada Santista em 2012. Profissional de Educação Física do NASF Belenzinho - Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

E-mail: caio.unifesp@gmail.com

Carla Fernandes de Andrade: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP – Turma 03 (2012-2014). Graduada em Psicologia pela Universidade de São Paulo – USP, em 2011. Psicóloga do Centro de Referência da Pessoa com Deficiência da Secretaria Municipal dos Direitos da Pessoa com Deficiência de Campinas. Colaboradora do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, através do Núcleo Psicologia e Pessoa com Deficiência de São Paulo e do Grupo de trabalho Psicologia e Deficiência de Campinas.

E-mail: carla.andradef@gmail.com

Carlos Roberto de Castro e Silva: Docente e tutor de campo e de área no PRMAS/UNIFESP (2010-2012). Graduado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, em 1990 e em Filosofia pela Universidade de São Paulo, em 1997. Especialização em Saúde Coletiva pelo Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da USP. Mestrado em Psicologia Social pela PUC-SP, em 1998. Doutorado em Psicologia pela USP, em 2004. Pós-doutoramento em Ciências Sociais pela University of Western Ontario, Canadá, em 2006. Docente no curso de Psicologia na UNIFESP *campus* Baixada Santista.

E-mail: carobert3@hotmail.com

Carmem Lucia Brandalise: Representante no PRMAS como Chefe da Seção de Atenção à Saúde da Comunidade-SEATESC/Secretaria Municipal de Saúde (2010-2012). Graduada em Serviço Social, pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná, em 1986. Especialização em Serviço Social e Política Social, pela UNB, em 2001. Mestrado Profissional Interdisciplinar em Ciências da Saúde pela UNIFESP campus Baixada Santista em 2014. Assistente Social na Prefeitura Municipal de Santos – Secretaria de Saúde.

E-mail: carmembrandalise@uol.com.br

Carolina Vieira Tomanik Adolpho: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP – Turma 04 (2013-2015). Graduada em Fisioterapia pela Universidade de São Paulo (USP) *campus* Ribeirão Preto, em 2012.

E-mail: c_tomanik@yahoo.com

Eduardo Rodrigues da Silva: Secretário Executivo no PRMAS (2010-2015). Graduação e Licenciatura em Letras-Linguística pela USP (2008). Especialista em Educação à Distância pela UFF (2012) e em Pedagogia Empresarial pela FIJ (2011). Mestrando do curso de Ciências Humanas e Sociais na UFABC. Tutor *online* do curso de aperfeiçoamento em EJA do COMFOR-UNIFESP-UAB (2015). Voluntário e cofundador do Projeto de Extensão Cursinho Popular “Cardume”.

E-mail: eduardo.silva@unifesp.br

Élida Maria Rodrigues de Moraes: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP – Turma 01 (2010-2012). Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho/UNESP-*campus* de Assis. Especialização em Saúde coletiva e Educação na Saúde pela UFRGS/Ministério da Saúde, em 2014. Consultora Técnica – Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde (PNH) e Estratégia de Apoio da SAS/MS.

E-mail: elidarodrigues07@yahoo.com.br

Elke Stedefeldt: Docente UNIFESP *campus* Baixada Santista. Graduada em Nutrição (1991) pela Universidade de São Paulo (USP). Especialização em Gestão da Qualidade de alimentos (1999) pela Universidade São Judas Tadeu e em Alimentação Coletiva (2012) pela Associação Brasileira de Nutrição (ASBRAN). Mestrado (1998) e Doutorado (2003) em Ciência da Nutrição pela UNICAMP. Servidora Pública Federal, docente do curso de nutrição, orientadora de mestrado e doutorado no Programa de Pós Graduação em Nutrição, alimentos e Saúde da UNIFESP *campus* Baixada Santista e no Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS/UNIFESP). Membro colaborador da ASBRAN e da Câmara Técnica do Conselho Regional de Nutricionistas (CRN -3).

E-mail: elke_nutri@hotmail.com

Fabiane Aquino Lourenço de Araujo: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP – Turma 04 (2013-2015). Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade de São Paulo (USP) *campus* São Paulo, em 2012. Especialização em Terapia Ocupacional aplicada à neurologia pelo Hospital Israelita Albert Einstein, em 2015. Terapeuta Ocupacional na Prefeitura de São Paulo – Serviço de Atenção Especializada em DST/AIDS.

E-mail: fa.bi_araujo@yahoo.com.br

Flavia Rupolo Berach: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP - Turma 04 (2013-2015). Graduada em Fisioterapia pela Universidade de São Paulo (USP), *campus* São Paulo, em 2012. Especialização (em andamento) em Gestão de Redes de Atenção à Saúde pela Fundação Oswaldo Cruz. Mestrado (em andamento) em Ciências da Reabilitação. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/FMUSP.

E-mail: ft.flaviarupolo@gmail.com

Heloisa Gonçalves Alexandre: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP - Turma 01 (2010-2012). Graduada em Serviço Social pelo Centro Universitário das Faculdades Metropolitanas Unidas – UniFMU/São Paulo, em 2010. Assistente Social em serviço de Saúde Mental – álcool e outras drogas- em São Bernardo do Campo/SP. Tutora e Docente da Residência de Psiquiatria da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo/SP.

E-mail: helo.alexandre@yahoo.com.br

Irina Natsumi Hiraoka Moriyama: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP - Turma 02 (2011-2013). Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) *campus* Baixada Santista, em 2010. Especialização em Saúde Coletiva e Educação na Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul/Ministério da Saúde em 2014. Atualmente, terapeuta ocupacional no CEREST-ES e mestranda em Saúde Coletiva e docente do Departamento de Terapia Ocupacional pela Universidade Federal do Espírito Santo - UFES.

E-mail: irina.moriyama@gmail.com

Joana Teixeira Ferraz da Silva: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP - Turma 04 (2013-2015). Graduada em Serviço Social pela Universidade de Taubaté/SP, em 2011.

E-mail: jofteixeira@gmail.com

Macarena Urrestarazu Devincenzi: Docente e tutora de campo e de área (2010-2015), coordenadora (2010-2012) do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção a Saúde (PRMAS). Graduada em Nutrição pela Universidade de São Paulo, em 1995. Especialização em Saúde, Nutrição e Alimentação Infantil (1997), Mestrado (1999) e Doutorado (2004) pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Servidora Pública Federal no Instituto Saúde e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) *campus* Baixada Santista, docente do curso de Nutrição e do eixo Trabalho em Saúde. Integrante do Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde (DGCS).

E-mail: macarena.nut@gmail.com

Maira Heise: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP - Turma 01 (2010-2012). Graduada em Serviço Social (2009) pela Universidade Estadual de São Paulo (UNESP). Especialização em Formação do trabalho e cuidado em rede (2014) pela UNIFESP *campus* Baixada Santista. Mestrado (2015) Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Ciências da Saúde pela UNIFESP *campus* Baixada Santista. Servidora Pública Municipal em Santos, na Secretaria de Saúde como Assistente Social. Docente no curso de Serviço Social da Universidade Paulista *campus* Santos/SP.

E-mail: mairaheise@yahoo.com.br

Maria Carolina Netto: Profissional de Saúde Residente do PRMAS/UNIFESP - Turma 04 (2013-2015). Graduada em Nutrição (2012) pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) *campus* Baixada Santista.

E-mail: netto_40@hotmail.com

Maria Fernanda Petrolí Frutuoso: Docente e tutora de área e campo no PRMAS (2010-2012). Graduada em Nutrição (1997) pela Universidade de São Paulo. Mestrado (2000) e Doutorado (2003) em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Servidora Pública Federal no Instituto Saúde e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) *campus* Baixada Santista, docente do curso de Nutrição e do eixo Trabalho em Saúde; orientadora de Mestrado no Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS/UNIFESP). Chefe do Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde (DGCS).

E-mail: fernanda.frutuoso@unifesp.br

Maria Ligia Lyra Pereira: Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Santos durante o período de 2010 à 2012. Graduada em Medicina (1983) pela Faculdade de Ciências Médicas de Santos. Mestrado (1996) e Doutorado (2003) em Cirurgia e Experimentação pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Servidora Pública Municipal em Santos, na Secretaria de Saúde como médica. Secretária Municipal de Santos (2010-2012) e médica na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Santos.

E-mail: ligia_lyra@hotmail.com

Mariana Chaves Aveiro: Docente e tutora de área e campo no PRMAS (2012-2015). Vice coordenadora (2015) do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção a Saúde (PRMAS). Graduação (2002), Mestrado (2005) e Doutorado (2010) em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos/SP. Servidora Pública Federal no Instituto Saúde e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) *campus* Baixada Santista, docente do curso de Fisioterapia e do eixo Trabalho em Saúde. Coordenadora da Especialização em Fisioterapia Dermatofuncional; Tutora no Programa de Residência Multiprofissional em Ortopedia e Traumatologia; orientadora de Mestrado no Programa de Pós-graduação *stricto sensu* Interdisciplinar em Ciências da Saúde; Coordenadora da Câmara Técnica de Extensão e Cultura (gestão 2015-2016).

E-mail: mariana.aveiro@unifesp.br

Mariana Soares Lima: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP - Turma 01 (2011-2013). Preceptora de área na Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos no PRMAS (2013-2015). Graduada em Terapia Ocupacional (2010) pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Doutoranda em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, FMUP, Portugal. Terapeuta Ocupacional na Irmandade Santa Casa de Misericórdia (2013-2015).

E-mail: marianalima1896@gmail.com

Nadja Shinyashiki Igarashi: Preceptora de área na Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos no PRMAS (2011-2015). Graduada em Terapia Ocupacional (2010) pela Universidade de São Paulo (USP) *campus* Ribeirão Preto. Especialização em Neurologia do Adulto (2012) pelo Hospital Israelita Albert Einstein. Terapeuta Ocupacional (2010-2015) na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos (ISCMS).

E-mail: na.shinyashiki@gmail.com

Nataniele Patricia Bohn Pfuetzenreiter: Preceptora de campo na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos (ISCMS) PRMAS/UNIFESP (2010-2015). Graduada em Enfermagem (2008) pela Universidade Metropolitana de Santos/UNIMES. Especialização em Enfermagem Pediátrica e Neonatal (2010) pela Faculdade de Medicina do ABC/FMABC. Especialização em Formação e Cuidado em Rede (2014) pela UNIFESP *campus* Baixada Santista. Enfermeira na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Santos (ISCMS) (2010-2015).

E-mail: natanieleb@hotmail.com

Natassia Aparecida Augusto: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP - Turma 03 (2012-2014). Graduada em Farmácia (2011) pela Universidade Católica de Santos (UNISANTOS). Especialização (em andamento) - Prescrição Farmacêutica e Farmacologia Clínica e Terapêutica pela Universidade Santa Cecília (UNISANTA) de Santos/SP.

E-mail: nah.augusto@hotmail.com

Nildo Alves Batista: Gestor da UNIFESP *campus* Baixada Santista e articulador da proposta do PRMAS/UNIFESP. Graduado em Medicina (1972) pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). Mestrado (1979) e Doutorado (1982) em Medicina (Pediatria) pela Universidade de São Paulo (USP). Livre-docência (1997) e professor titular (2008) pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Diretor do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS). Vice-coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ensino em Ciências da Saúde. Fundador e diretor acadêmico do *campus* Baixada Santista (2006-2011).

E-mail: nbatista@unifesp.br

Paula Marques de Freitas Burattini: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP - Turma 04 (2013-2015). Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade de São Paulo – USP, em 2012.

E-mail: pa_marques@yahoo.com.br

Renata Jasinski de Arruda Gonçalves: Preceptora de área no PRMAS/UNIFESP (2010-2015). Graduada em Fisioterapia (2000) pela Universidade Santa Cecília (UNISANTA) em Santos. Especialização Fisioterapia em Pneumologia (2003) pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Mestre em Saúde Coletiva (2008) pela Universidade Católica de Santos. Fisioterapeuta na Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS).
E-mail: re_jasinski@yahoo.com.br

Ricardo José Gomes: Docente e tutor de área e campo no PRMAS/UNIFESP (2012-2015). Graduado em Educação Física (1999) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Mestrado (2002), Doutorado (2005) e Pós-Doutorado (2009) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP).
E-mail: ricardojosegomes@yahoo.com.br

Rita de Cássia Martins Russo: Preceptora na Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos no PRMAS/UNIFESP (2010-2015). Graduada em Psicologia (1986) pela Universidade Católica de Santos (UNISANTOS). Especialização em Psicologia Hospitalar (2003) pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP). Especialização em Gestão em Saúde (2011), pela Universidade Santa Cecília (UNISANTA). Especialização em Formação e Cuidado em Rede (2014) pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) *campus* Baixada Santista. Psicóloga Coordenadora na Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS).
E-mail: rita.russo@scsantos.com.br

Rosana Neves Marques de Souza: Preceptora da Secretaria Municipal de Saúde no PRMAS/UNIFESP (2010-2015). Graduada em Farmácia (1982) pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCamp). Especialização em Homeopatia pela Sociedade Brasileira de Homeopatia. Servidora Pública Municipal em Santos, na Secretaria de Saúde como Farmacêutica.

E-mail: rosananeves@santos.sp.gov.br

Sarita Barbosa Sanches Pereira: Preceptora na Irmandade Santa Casa da Misericórdia de Santos no PRMAS/UNIFESP (2010-2015). Graduada em Fisioterapia. Fisioterapeuta na Irmandade da Santa Casa da Misericórdia de Santos (ISCMS).

E-mail: saritabsanches@gmail.com

Silvia Maria Tagé Thomaz: Docente e tutora de área e campo (2010-2015) e coordenadora (2012-2013) no PRMAS (UNIFESP). Graduada em Serviço Social (1978) pela Universidade Católica de Santos (UNISANTOS). Especialização em Formação de Executivos Hospitalares (1979) pelo Instituto Brasileiro de Desenvolvimento e Pesquisas Hospitalares e Especialização em Planejamento Participativo em Serviço Social (1982), pela UNISANTOS. Mestrado (1999) e Doutorado (2005) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP). Servidora Pública Federal no Instituto Saúde e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) *campus* Baixada Santista, docente do curso de Serviço Social. Integrante do Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde (DGCS). Coordenadora do NEPSSA- Núcleo de Estudos Pesquisa em Saúde Sócio Ambiental.

E-mail: silviamtt@uol.com.br

Simone Cristina de Amorim: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP - Turma 04 (2013-2015). Graduada em Psicologia (2006) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP). Mestrado em Filosofia (2010) pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

E-mail: psicosimoneamorim@gmail.com

Simone de Sousa Bernardino Ronchetti: Preceptora da Secretaria Municipal de Saúde de Santos no PRMAS/UNIFESP (2011-2015). Graduada em Psicologia (1990) pela Universidade Católica de Santos (UNISANTOS). Especializações em Psicoterapia Breve (2005) pelo Instituto Sedes Sapientiae (SEDES). Mestranda no Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS/UNIFESP). Servidora Pública Municipal em Santos, na Secretaria de Saúde como psicóloga. Preceptora no Programa de Residência Multiprofissional Rede de Atenção Psicossocial.

E-mail: simone@polygon.com.br

Sylvia Helena Souza da Silva Batista: Gestora do *campus* Baixada Santista da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) no PRMAS (2011-2015). Graduada em Psicologia (1986) pela Universidade Federal do Pará (UFPA). Especialização em Avaliação e Currículo (1990) pela UFPA e em Formação de Ativadores de Processos de Mudança (2006) pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP). Mestrado (1993) e Doutorado (1997) em Educação (Psicologia da Educação) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP). Docente na graduação no eixo Inserção Social UNIFESP *campus* Baixada Santista. Orientadora no Programas Interdisciplinar em Ciências da Saúde (mestrado e doutorado) *campus* Baixada Santista e no Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Ciências da Saúde do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde (CEDESS/UNIFESP). Atual diretora do *campus* Baixada Santista.

E-mail: sylvia.batista@unifesp.br

Tamiris Braga Natal: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP - Turma 02 (2011-2013). Graduada em Enfermagem (2011) pela Universidade de Santo Amaro (UNISA).

E-mail: tamirisbn@hotmail.com

Tania Terezinha Scudeller: Docente, tutora (2010-2013) e vice-coordenadora (2010-2012) do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde (PRMAS). Graduada em Fisioterapia (1990) pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP) *campus* Presidente Prudente. Mestrado (2002) e Doutorado (2005) em Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia pela FMB-UNESP *campus* Botucatu. Servidora Pública Federal no Instituto Saúde e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) *campus* Baixada Santista, docente do curso de Fisioterapia. Integrante do Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde (DGCS).

E-mail: tania.scudeller@unifesp.br

Vanessa Piovani Solbiati: Profissional de Saúde - Residente do PRMAS/UNIFESP - Turma 03 (2012-2014). Graduada em Farmácia (2010) pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCamp).

E-mail: vanessasolbiati@hotmail.com

Virginia Junqueira: Docente UNIFESP *campus* Baixada Santista Graduação em Medicina (1973) pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Mestrado (1991) e Doutorado (2004) em Ciências pelo Departamento de Medicina Preventiva pela Universidade de São Paulo (USP). Servidora Pública Federal no Instituto Saúde e Sociedade da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) *campus* Baixada Santista, docente do Eixo Trabalho em Saúde. Integrante do Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde (DGCS). Orientadora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Escola Paulista de Medicina da UNIFESP.

E-mail: virginiaj@uol.com.br



Publicações da Editora Rede UNIDA

Séries

Clássicos da Saúde Coletiva

Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde

Arte Popular, Cultura e Poesia

Interloções: Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde

Atenção Básica e Educação na Saúde

Saúde Coletiva e Cooperação Internacional

Vivências em Educação na Saúde

Cadernos da Saúde Coletiva

Economia da Saúde e Desenvolvimento Econômico

Saúde & Amazônia

Periódicos

Revista Saúde em Redes

Revista Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia

editora



redeunida

www.redeunida.org.br