

participação coletivo universalidade
participação saúde descentralização
humana educação equidade
integrada trabalho multiprofissional

RIS/GHC

10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde

educação trabalho equipe coletivo
ativo humanização SUS
saúde controle equidade integralidade
integrada multiprofissional
regionalização
equidade coletivo participação popular
saúde descentralização
educação trabalho
integrada equipe residências
humanização universalidade
participação multiprofissional
regionalização coletivo
saúde

Presidente
Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde
Ademar Arthur Chioro dos Reis

Grupo Hospitalar Conceição
Conselho de Administração
Maria do Carmo – Presidente
Carlos Eduardo Nery Paes
Márcia Marinho Tubone
Valmor Almeida Guedes
Lumena Almeida Castro Furtado
Ana Lúcia Ribeiro da Silva

Diretoria
Diretor-Superintendente
Carlos Eduardo Nery Paes
Diretor Administrativo e Financeiro
Gilberto Barichello
Diretor Técnico
Paulo Ricardo Bobek

Escola GHC
Gerente de Ensino e Pesquisa
Quelen Tanize Alves da Silva

Coordenadores de Ensino e Pesquisa
Marta Helena Buzatti Fert
Sati Jaber Mahmud
Sérgio Antônio Sirena

Assistentes de Coordenação
Daniela Dallegrave
Suzana Rolim Tambara

Assistente de Gerência
Claudete Bittencourt

Organizadoras
Ananyr Porto Fajardo
Daniela Dallegrave

RIS/GHC

10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde

**Ananyr Porto Fajardo
Daniela Dallegrave**
Organizadoras

Marialice Canabarro Cunha
Revisão

Bento de Abreu
Capa e projeto gráfico

Isabel Kubaski
Editoração

Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.
Porto Alegre, 2014

@2014 Grupo Hospitalar Conceição (GHC)
Direitos reservados desta edição: Editora Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

Conselho Editorial
Adolfo Pizzinato
Jaqueline Ferreira
Luiz Fernando Bilibio

Dados internacionais de catalogação na Publicação (CIP)

B823r Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição
 RIS/GHC: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde;
 organização de Ananyr Porto Fajardo, Daniela Dallegrave. Porto Alegre:
 Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014.
 347 p. : 22 cm.

ISBN 9788561979-23-2

1. Sistema Único de Saúde – Brasil – Educação de Pós-Graduação-
Residências Multiprofissionais. 2. Fajardo, Ananyr Porto, Org. 3. Dallegrave,
Daniela, Org. I. Título.

CDU 614(81):378.24

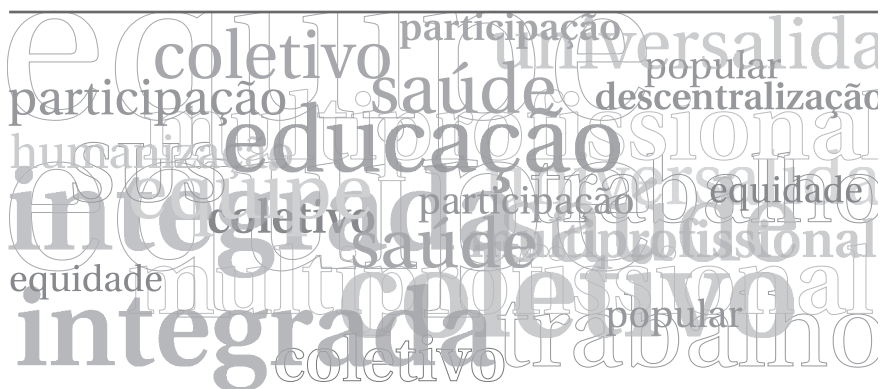
Catalogação elaborada por Izabel A. Merlo, CRB 10/329

ISBN: 9788561979-23-2

Dados técnicos do livro

Fonte: Veracity SSI
Papel: pólen 80g (miolo) e supremo 250g (capa)
Medidas: 16x22cm

Porto Alegre, 2014

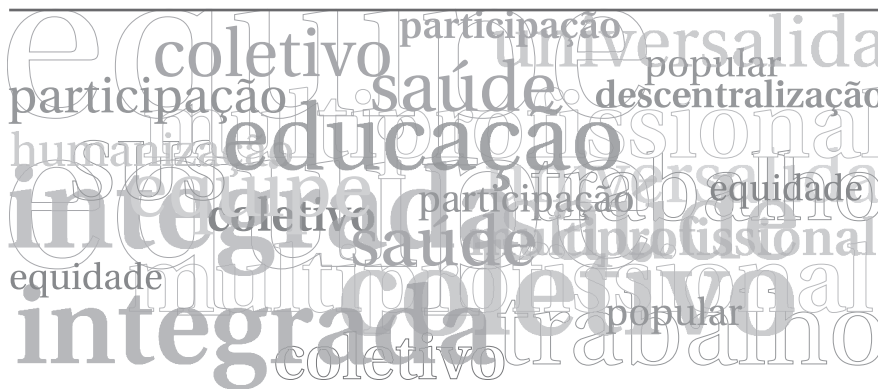


SUMÁRIO

- 9 **Autoras e Autores**
- 15 **Nota da Direção do Grupo Hospitalar Conceição**
 Residência Integrada em Saúde – RIS/GHC
 Dez anos de história – contribuições e perspectivas
- 17 **Nota da Gerente de Ensino e Pesquisa**
- 19 **Apresentação**
 Ananyr Porto Fajardo, Daniela Dallegrave
- 21 **Desejo Intempestivo!**
 Leandro Mandicaju
- 23 **Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição**
 Camila Samara Funk, Carla Rossana Molz Maria, Carla Soviero, Cíntia Raquel
 Heldt de Carvalho, Desirée dos Santos Carvalho, Dinara Dornfeld, Isabel Telmo
 Hackner, Juliana Gibbon Neves, Letícia Vaz da Silva, Lúcia Rublescki Silveira
- 43 **Dez anos da RIS/GHC**
 Julio Baldisserotto
- 51 **Outros modos de ser profissional de saúde**
 Ananyr Porto Fajardo

- 59 **Supervisão em Atenção Primária à Saúde: Experiência Interdisciplinar Junto a Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição**
Agda Henk, Ananyr Porto Fajardo
- 75 **Dez anos produzindo transformação: O processo de construção de conhecimento a partir da experiência de facilitação do Currículo Integrado**
Ana Celina de Souza, Renata Pekelman
- 95 **Abram-se as cortinas: a busca pela integralidade na ênfase em Oncologia e Hematologia da RIS/GHC**
Malviluci Campos Pereira, Daniela Dallegrave
- 117 **Práticas Interdisciplinares nos Processos de Formação em Atenção Primária à Saúde**
Vera Trentin, Ananyr Porto Fajardo
- 137 **Fonoaudiologia na Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição - potencializando a interdisciplinaridade para prestação de atenção integral à saúde**
Maristela Cavalheiro Tamborindeguy França, Ananyr Porto Fajardo, Letícia Wolff Garcez, Sílvia do Amaral Sartori
- 157 **Aprender a ser profissional da saúde, com o corpo e com a alma: dez anos da RIS-GHC**
Daniela Dallegrave
- 169 **Problematizando as práticas e as concepções de saúde: uma metodologia para o diálogo**
Camila Samara Funk, Rodrigo Caprio Leite de Castro, Quelen Tanize Alves da Silva, Daniela Dallegrave, Ana Lúcia da Costa Maciel, Livia Ramalho Arsego
- 185 **A perspectiva dos egressos de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde**
Egídio Antonio Demarco, Julio Baldisserotto, Cristianne Famer Rocha
- 207 **Para notar melhor a vida: Os encontros da literatura e os processos de cuidado em saúde**
Marta Orofino
- 225 **Objetivos de formação da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição e sua relação com os Trabalhos de Conclusão**
Maria Amália Machado da Silveira, Vera Lúcia Pasini

- 247 **O contexto de produção científica da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição**
Ananyr Porto Fajardo, Rogério Bitencourt, Abrahão Assein Arús Neto, Sérgio Antônio Sirena
- 259 **O Controle Social como Experiência de Ensino-Aprendizagem na Residência Multiprofissional em Saúde**
Lúcia Rublescki Silveira, Tatiane Moreira de Vargas
- 281 **A experiência da inserção da Farmácia na RIS/GHC**
Luciane Kopittke, Maria Elisa Gassen Toffoli
- 295 **Estudo do perfil dos fluxos das consultorias psiquiátricas no Hospital Nossa Senhora da Conceição: uma experiência de ensino-aprendizagem**
Alexandre Annes Henriques, Maria Marta Orofino, Rita Mello de Mello, Vera Pasini, Fernanda Concatto, Anderson Ferreira, Antônio Bolis
- 305 **O Papel da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição na Reorientação dos Cenários de Prática em Saúde Bucal**
Daniel Demétrio Faustino-Silva, Rejane Bezerra de Lima, Ananyr Porto Fajardo
- 317 **Os alcances de um encontro de uma equipe multiprofissional com os coletivos e sujeitos para a formação do profissional em saúde**
Roberto H. Amorim de Medeiros
- 325 **Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: Ênfase Atenção Materno-Infantil e Obstetrícia**
Dinara Dornfeld, Paula Mousquer, Lisiane Villeroy, Renata Faccioni, Cláudia Teixeira Carballo, Simone Konzen Ritter, Karoline Maturana Ritter, Viviane da Silva Maciel, Joy Bergmann Soares, Gianna Cavalli Renner
- 331 **A formação de trabalhadores em saúde na RIS/GHC: “nada do que foi será, de novo, do jeito que já foi um dia”**
Vera Lúcia Pasini



AUTORAS E AUTORES

Abrahão Assein Arús Neto, Bacharel em Administração de Empresas, Supervisor Administrativo da Escola GHC.
E-mail: aabrahao@ghc.com.br

Agda Henk, Assistente Social na Unidade COINMA/SSC/GHC, Especialista em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde.
E-mail: agda.h@bol.com.br

Alexandre Annes Henriques, Médico Psiquiatra, Especialista em Psicoterapia e Tratamento da Dor e Medicina Paliativa, Médico Psiquiatra do Serviço de Dor e Medicina Paliativa - PRODOR – Programa de Psiquiatria e Dor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
E-mail: aannesh@terra.com.br

Ana Celina de Souza, Enfermeira na Unidade Jardim Itu/GSC/GHC, Sanitarista pela Escola de Saúde Pública - Residência Integrada em Saúde Coletiva com ênfase na Atenção Básica, Especialista em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde – UFRGS.
E-mail: anacelina@ghc.com.br

Ana Lúcia da Costa Maciel, Assistente Social, Coordenadora do Colegiado de Educação Permanente dos ACS/SSC/GHC, Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela RIS/GHC.
E-mail: amaciel@ghc.com.br

Ananyr Porto Fajardo, Odontóloga na Unidade Santíssima Trindade/GSC/GHC (1993-2003), Docente da Escola GHC e da RIS/GHC, Coordenadora da RIS/GHC em 2005, Núcleo Estruturante Docente Assistencial da RIS/GHC - Escola GHC, Doutora em Educação.

E-mail: aportofajardo@gmail.com

Anderson Borges Ferreira, Enfermeiro no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Especialista em Saúde Mental pela RIS/GHC.

E-mail: andersonbfer@gmail.com

Antonio Bolis de Oliveira Neto, Psicólogo, Mestrando em Psicologia Social e Institucional - UFRGS, Especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva, Especialista em Saúde Mental pela RIS/GHC.

E-mail: antoniobolis@gmail.com

Camila Samara Funk, Odontóloga no SSC/GHC, Núcleo Estruturante Docente Assistencial da RIS/GHC - Escola GHC, Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela RIS/GHC, Mestre em Saúde Bucal Coletiva pela UFRGS.

E-mail: camilafunkdocs@gmail.com

Carla Rossana Molz Maria, Nutricionista, Coordenadora geral da RIS/GHC, Especialista em Direito Sanitário e em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde.

E-mail: rcarla@ghc.com.br

Carla Soviero, Odontóloga no Serviço de Cirurgia Bucomaxilofacial do Hospital Cristo Redentor (HCR), Preceptora de Referência da ênfase em Cirurgia Bucomaxilofacial da RIS/GHC, Mestre em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF).

E-mail: csoviero@ghc.com.br

Cíntia Raquel Heldt de Carvalho, Enfermeira Assistencial no Serviço de Oncologia-Hematologia do HNSC/GHC, Preceptora de Enfermagem na RIS/GHC - ênfase em Oncologia-Hematologia, Especialista em Enfermagem do Trabalho.

E-mail: cissajui@hotmail.com

Cláudia Teixeira Carballo, Enfermeira na UTI Pediátrica do Hospital da Criança Conceição, Especialista em Enfermagem Pediátrica - Terapia Intensiva.

E-mail: ccarballo@ghc.com.br

Cristianne Maria Famer Rocha, Professora Ajunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) junto à Escola de Enfermagem - Curso de Bacharelado de Saúde Coletiva e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCOL), Doutora em Educação - UFRGS.

E-mail: cristianne.rocha@ufrgs.br

Daniel Demétrio Faustino-Silva, Odontólogo no SSC/GHC, Especialista em Saúde Coletiva e da Família - ESP/RS; Mestre em Clínica Odontológica: Odontopediatria - UFRGS.
E-mail: ddemetrio@gmail.com

Daniela Dallegrave, Enfermeira no SSC/GHC e Escola GHC, Doutora em Educação - UFRGS.
E-mail: danidallegrave@gmail.com

Desirée dos Santos Carvalho, Enfermeira, Coordenadora do Curso Técnico em Enfermagem/Responsável Técnica pelo Ensino em Enfermagem na Escola GHC, Preceptora de Referência da Ênfase Gestão em Saúde da RIS/GHC, Mestre em Saúde Coletiva - UNISINOS.
E-mail: sdesiree@ghc.com.br

Dinara Dornfeld, Enfermeira na Linha de Cuidado Mãe-Bebê, Preceptora de Referência da ênfase em Atenção Materno-Infantil e Obstetrícia da RIS/GHC, Docente na Escola GHC, Especialista em Enfermagem Neonatal e em Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Mestre em Enfermagem.
E-mail: dinara@ghc.com.br

Egídio Antonio Demarco, Odontólogo no SSC/GHC, Assistente de Coordenação da Unidade Nossa Senhora Aparecida/GSC/GHC, Mestre em Epidemiologia – UFRGS.
E-mail: egidiodemarco@gmail.com

Fernanda Martins Concatto, Psicóloga.
E-mail: nandaconcatto@gmail.com

Geraldo Leandro Vasques Mandicaju, Bacharel e Licenciado em História, Especialista em Informação Científica e Tecnológica em Saúde; Auxiliar Administrativo na Secretaria da RIS/GHC.
E-mail: gleandro@ghc.com.br

Gianna Cavalli Renner, Psicóloga, Residente da RIS/GHC - ênfase Atenção Materno-Infantil e Obstetrícia, Especialista em Psicologia Hospitalar pelo Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
E-mail: giannarenner@hotmail.com

Isabel Telmo Hackner, Psicóloga no Serviço de Oncologia e Hematologia do GHC, Preceptora da ênfase Onco-Hematologia da RIS/GHC, Mestre em Psicologia Clínica.
E-mail: hisabel@ghc.com.br

Joy Bergmann Soares, Nutricionista, Residente da RIS/GHC - ênfase Atenção Materno-Infantil e Obstetrícia.
E-mail: joybsoares@gmail.com

Juliana Gibbon Neves, Enfermeira na Emergência do Hospital Cristo Redentor, Preceptora de Referência da ênfase em Atenção ao Paciente Crítico da RIS/GHC, Especialista em Terapia Intensiva pela RIS/GHC.
E-mail: jugibbon@gmail.com

Julio Baldisserotto, Odontólogo, Professor Associado da Faculdade de Odontologia da UFRGS, Coordenador do Curso de Especialização em Gestão de Saúde do Idoso da Escola GHC, Doutor em Gerontologia Biomédica. Gerente de Ensino e Pesquisa do GHC (2003 a 2007).
E-mail: bjulio@ghc.com.br

Karoline Maturana Ritter, Enfermeira, Residente da RIS/GHC - ênfase Atenção Materno-Infantil e Obstetrícia.
E-mail: karoline-ritter@hotmail.com

Letícia Vaz da Silva, Assistente Social, Especialista em Saúde Mental pela RIS/GHC, Preceptora de referência da ênfase Saúde Mental da RIS/GHC, Preceptora no CAPS infantil.
E-mail: sleticia@ghc.com.br

Letícia Wolff Garcez, Fonoaudióloga na UTI Neonatal do Hospital Criança Conceição/GHC, Mestre em Ciências Médicas: Pediatria - UFRGS, Especialista em Motricidade Orofacial - Cefac-CFFa.
E-mail: gleticia@ghc.com.br

Lisiane Villeroy, Assistente Social na Linha de Cuidado Mãe-Bebê do GHC.
E-mail: vlisiane@ghc.com.br

Lívia Ramalho Arsego, Assistente Social, Assistente de Coordenação da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento/GRH/GHC, Mestre em Ciência Política – UFRGS, Doutoranda em Serviço Social – PUCRS.
E-mail: rlivia@ghc.com.br

Lúcia Rublescki Silveira, Assistente Social, Preceptora de Referência da ênfase em Saúde da Família e Comunidade da RIS/GHC, Mestre em Serviço Social - PUCRS.
E-mail: luciasilveira2@gmail.com

Luciane Kopittke, Farmacêutica no SSC/GHC, Docente da Escola GHC, Doutora em Ciências da Saúde: Farmacologia e Terapêutica - UFCSPA.
E-mail: kluciane@ghc.com.br

Malviluci Campos Pereira, Enfermeira/Preceptora na Prefeitura Municipal de Porto Alegre no Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, Tutora na UFRGS, Especialista em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde, 2013. Especialista em Oncologia e Hematologia pela RIS/GHC, 2010.
E-mail: malvipereira@hotmail.com

Maria Amália Machado da Silveira, Psicóloga na Unidade de Saúde Conceição/GSC/GHC, Especialista em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde.

E-mail: amaliamsilveira@hotmail.com

Maria Elisa Gassen Toffoli, Farmacêutica no Hospital Nossa Senhora da Conceição - Farmácia Central, Especialista em Administração Hospitalar - PUCRS e Especialista em Ensino Superior para a Área da Saúde - UFRGS.

E-mail: mariaelisa@ghc.com.br

Maristela Cavalheiro Tamborindéguy França, Fonoaudióloga na UTI-Neonatal do Hospital da Criança Conceição/GHC, Professora do Centro Universitário Metodista do Sul, Mestre em Pediatria - UFRGS.

E-mail: maristela@franca.bio.br

Marta Orofino, Terapeuta Ocupacional da Equipe Gestores do Cuidado em Saúde Mental do GHC, Especialista em Literatura Brasileira - UFRGS, Mestre em Ciências Sociais - PUCRS, Doutoranda em Letras - UFRGS.

E-mail: martaorofino@gmail.com

Paula Nunes Mousquer, Psicóloga no GHC, Especialista em Oncologia e Hematologia pela RIS/GHC, Mestre em Psicologia.

E-mail: paula.mousquer@gmail.com

Quelen Tanize Alves da Silva, Fisioterapeuta, Especialista em Intensivismo pela RIS/GHC, Mestre em Educação. Gerente de Ensino e Pesquisa do GHC.

E-mail: quelen@ghc.com.br

Rejane Bezerra de Lima, Odontóloga no GHC, Mestre em Odontologia Preventiva e Social.

E-mail: rejane_lima@hotmail.com

Renata Faccioni, Nutricionista no Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital da Criança Conceição, Pós-graduada em Nutrição Materno-Infantil.

E-mail: renataf@ghc.com.br

Renata Pekelman, Médica de Família e Comunidade no Hospital Nossa Senhora Conceição/GHC e na Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Mestre em Educação, Especialista em Práticas Pedagógicas em Serviços de Saúde, Especialista em Formação Integrada Multiprofissional em Educação e Ensino em Saúde.

E-mail: renatapek@gmail.com

Rita Mello de Mello, Enfermeira na Equipe Gestores do Cuidado em Saúde Mental do GHC, Docente do curso de Enfermagem da UNISINOS, Mestre em Enfermagem.

E-mail: ritamello@ghc.com.br

Roberto Henrique Amorim de Medeiros, Professor Adjunto do Bacharelado em Saúde Coletiva da UFRGS, Doutor em Educação - UFRGS.
E-mail: robertoamorim80@hotmail.com

Rodrigo Caprio Leite de Castro, Médico de Família e Comunidade na Unidade Jardim Itu/GSC/GHC, Professor do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFRGS, Especialista em Medicina de Família e Comunidade pelo SSC/GHC, Mestrado acadêmico pelo PPG em Epidemiologia da FAMED/UFRGS.
E-mail: rodrigo_caprio@yahoo.com.br

Rogério Bitencourt, Bacharel em Administração Hospitalar, Bacharel em Ciências Contábeis. Auxiliar Técnico-Administrativa da Escola GHC. Secretário do CEP/GHC.
E-mail: rogerfb@ghc.com.br

Sérgio Antônio Sirena, Médico de Família e Comunidade, Doutor em Medicina, Coordenador de Pesquisa da GEP/GHC, Docente na Universidade de Caxias do Sul.
E-mail: ssirena@ghc.com.br

Sílvia do Amaral Sartori, Fonoaudióloga, no Hospital Cristo Redentor/GHC, Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana - UFSM na área de concentração em Audiologia.
E-mail: ssartori@ghc.com.br

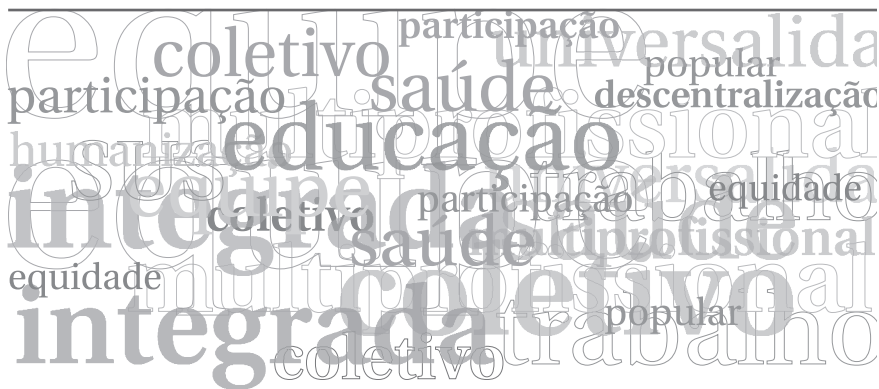
Simone Konzen Ritter, Enfermeira no GHC na Linha de Cuidado Mãe-Bebê.
E-mail: simone.ritter@ufrgs.br

Tatiane Moreira de Vargas, Assistente Social na Unidade de Saúde Santíssima Trindade/GSC/SSC, Preceptora na RIS/GHC, Mestre em Serviço Social – PUCRS.
E-mail: vtatiane@ghc.com.br

Vera Lúcia Pasini, Psicóloga, Doutora em Psicologia Social pela PUCRS, Professora Adjunta na UFRGS.
E-mail: verapasini@gmail.com

Vera Regina Mendes Trentin, Assistente Social na Unidade Floresta/GSC/GHC, Especialista em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviços de Saúde.
E-mail: vtrentin@hotmail.com

Viviane da Silva Maciel, Enfermeira, Residente da RIS/GHC - ênfase Atenção à Saúde Materno-Infantil e Obstetrícia.
E-mail: vivimaciel86@yahoo.com.br



NOTA DA DIREÇÃO DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Residência Integrada em Saúde – RIS/GHC ***Dez anos de história – contribuições e perspectivas***

A Direção do Grupo Hospitalar Conceição comemora os dez anos de trajetória da Residência Integrada em Saúde. Foram muitas mudanças e inovações produzidas, não só na formação de trabalhadores, mas também nas práticas em saúde desenvolvidas na instituição. Aprendizado riquíssimo vivenciado pelos momentos de troca, estudo, pesquisa e trabalho concreto que qualifica as rotinas e os processos de trabalho, apontando os seus limites atuais e indicando soluções para superá-los. É visível a crescente transformação e movimento que este programa de Residência gera nos serviços, pois aponta sempre novos desafios. Os relatos apresentados neste livro demonstram essa evolução cíclica e dialética do conhecimento que se realimenta com esses novos saberes.

O aprendizado do trabalho em equipe é outro grande resultado dessa trajetória porque consolida, na prática, os princípios do Sistema Único de Saúde/SUS. A perspectiva de praticarmos o *fazer* em saúde de forma integrada e coletiva nos possibilita, hoje, atingirmos esse marco importantíssimo da ação multiprofissional em saúde com o comprometimento de todas as áreas

profissionais. Essa nova atitude promove uma visão integral do cuidado em contraponto com a ultrapassada formação setorializada e descontextualizada.

Desafiante o progresso que se apresenta na permanente busca da consolidação do SUS e da realização de uma prática em saúde pública mais humana, mais justa socialmente e, principalmente, mais efetiva. É a felicidade de ver o caminho se construindo sadio enquanto se caminha. Muitas outras etapas virão e muitas realizações teóricas e práticas se desbravarão, aperfeiçoando métodos e perseguindo cada vez mais resultados infinitamente positivos.

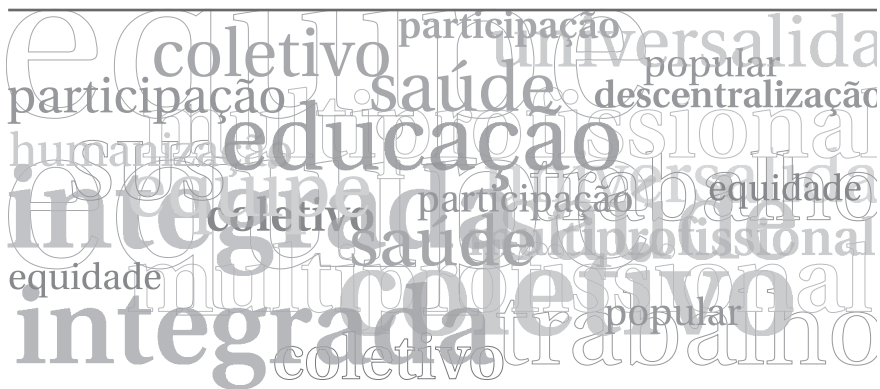
A conjugação dos saberes e a integração prática farão diferença nessa trajetória por vidas mais saudáveis e felizes, satisfeitas e ansiosas por mais descobertas e resultados. É, sem dúvida, um momento de demonstração de que o caminho traçado para a construção do Sistema Único de Saúde se reflete nos relatos apresentados neste livro.

Boa leitura!

Carlos Eduardo Nery Paes
Diretor Superintendente

Paulo Ricardo Bobek
Diretor Técnico

Gilberto Barichello
Diretor Administrativo Financeiro



NOTA DA GERENTE DE ENSINO E PESQUISA

Dez anos! Esse é o tempo de trajetória de nossa Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), ainda uma criança, com um horizonte de vários desafios para o seu crescimento e consolidação de uma formação para o Sistema Único de Saúde (SUS). Há dez anos atrás, em 2004, o Grupo Hospitalar Conceição buscou, através da RIS/GHC, dar concretude aos princípios e diretrizes do SUS, por meio de uma formação que se oriente pelo trabalho multiprofissional e em equipe.

A Residência Integrada em Saúde traz consigo várias potencialidades como um local que possibilita o contato, a intersecção e intercessão entre diferentes, com capacidade de produzir diferença e diferenciação; a forma de educação no trabalho torna possível uma aprendizagem significativa a partir das experiências singulares produzidas nos serviços. Assim, aqueles que constroem a Residência, cotidianamente, devem pensá-la como um espaço em que seja possível acontecer experiências que tocam e que permitam a produção de um conhecimento encarnado, que se origina a partir da condição de que tomemos o mundo, em parte, como nosso; ou seja, uma invenção de mundo e produção de sentidos.

Assim, devemos lembrar que esse lugar também será delineado no encontro dos que vêm até ele e, assim, seu desenho dependerá dos grupos que

se colocam em relação, de suas características e interações. As Residências em Saúde são formas que se fazem quando aqueles que compõem os serviços se encontram com os estrangeiros-nativos que chegam, os residentes e usuários.

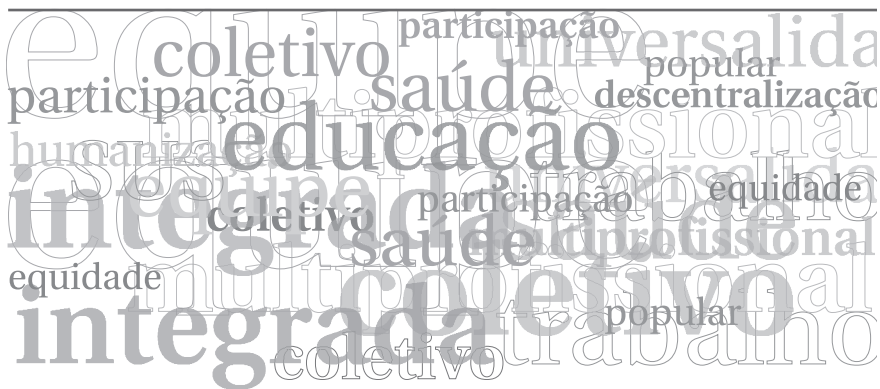
Os relatos desse livro expressam essas formas que emergem no cotidiano da RIS/GHC; demonstram nossos acúmulos, potencialidades e dificuldades, dificuldades essas que colocam a necessidade de reflexão e re-invenção de novos modos de produção de cuidado e educação na saúde. Porém, alguns limites aqui percebidos e contados estão relacionados a aspectos mais abrangentes que nossa Instituição. Anunciam o processo em que o SUS se encontra para efetivar ações e prover sustentabilidade institucional para que o ensino, a pesquisa e a incorporação tecnológica sejam, em associação com a atenção à saúde, resultados do sistema de saúde, ou seja, ações capazes de demonstrar os princípios e diretrizes do SUS e de construir imaginários e tecnologias para a sustentação destes. Nesse processo, ainda encontramos a necessidade de contornarmos barreiras e transpormos fronteiras para que consigamos constituir um Sistema de Saúde-Escola.

Assim, é relevante compreendermos que as Residências em Saúde, especificamente a RIS/GHC, está sempre em um entre-aberto, em abertura. Várias pessoas que passaram nesse lugar deixaram suas marcas, produziram um atravessamento, correlação, um produzir-se junto com a Residência.

Restará aos que vêm ao encontro dessa formação o colocar-se entre, fazer a opção, que nos é apresentada por Deleuze, de desposar ou não o movimento, desposar ou não processos que permitam uma produção de cuidado com compromisso com o SUS, seus princípios e diretrizes e afirme potências criadoras de vida.

Uma boa leitura a todas e todos,

Quelen Tanize Alves da Silva
Gerente de Ensino e Pesquisa – Escola GHC



APRESENTAÇÃO

Ananyr Porto Fajardo

Daniela Dallegrave

Celebrar dez anos de implementação de um programa de formação multiprofissional em saúde, voltado para o Sistema Único de Saúde constitui, por si só, um marco na existência de qualquer instituição pública brasileira. No caso do Grupo Hospitalar Conceição, vinculado ao Ministério da Saúde e prestador de cuidado exclusivamente ao SUS, esse fato representa um avanço na caminhada que dá continuidade à formação de especialistas para atenção integral à saúde.

Ao longo desse período de implementação da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – RIS/GHC –, a quantidade de vagas e a diversidade de ênfases aumentaram, resultando em mais oportunidades de interação profissional, na medida em que novas interfaces com outras áreas do conhecimento e da experiência em saúde foram sendo visibilizadas e aproveitadas. Isso vem constituindo um amadurecimento na identificação de lacunas e na busca de respostas apropriadas às necessidades identificadas no campo da gestão, da formação e do cuidado em saúde.

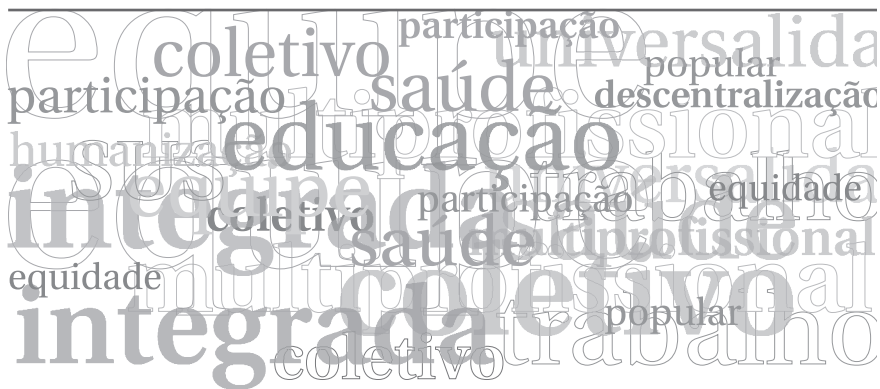
A coletânea aqui apresentada pretende oferecer aos leitores parte das reflexões que têm sido elaboradas no contexto da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição - RIS/GHC - por seus protagonistas, ao longo de uma década de processo formativo multiprofissional em serviço.

Segue-se à publicação, em 2010, do livro *Residência em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*, o qual contou com catorze capítulos (<http://escola.ghc.com.br/images/stories/publicacoes/residenciaemsaude.pdf>).

As autoras e autores dos capítulos ora apresentados são tanto funcionários como residentes e ex-residentes que, ocupando diferentes posições junto ao programa multiprofissional, vêm contribuindo para a escrita “em ato” de sua história, lembrando Mehry. Para tanto, convidamos o corpo funcional envolvido a compartilhar seus registros para serem publicados, tendo sido solicitado que submetessem reflexões referentes à produção de pesquisa, ao diálogo entre ênfases, à qualificação da atenção à saúde resultante do programa, ao destino dos egressos, ao seu impacto nos respectivos serviços onde atuam, às experiências em gestão e outras que julgassem apropriadas.

A organização do material segue uma ordem que não é única e nem rígida; possivelmente, outros organizadores optariam por um seguimento distinto. Nossa opção pede aos leitores que usem uma imagem holográfica, no sentido de que, conforme a localização de quem a observa, mais destaque é oferecido a um elemento do que a outros, os quais, por sua vez, podem ser ressaltados sob outra perspectiva. Assim, aspectos históricos do programa, seus sujeitos e alguns efeitos sobre o cuidado desenvolvido nesse âmbito e além, podem ser identificados em diferentes momentos da obra.

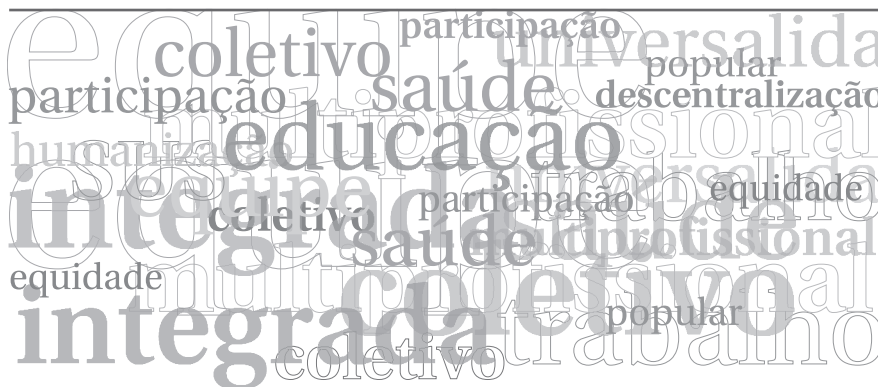
Desejamos a todas e a todos uma boa leitura e que, acima de tudo, compartilhem suas reflexões entre si e entre nós!



Desejo Intempestivo!

Leandro Mandicaju

Historiador por formação eu sou,
Filósofo por amor me fiz.
No caminho da RIS um dia me encontrei... e por destino Secretário
dela me tornei.
Dez anos se passaram!
E com ela tenho convívio desde a sua gestação.
Nasceu de um desejo *desejado!*
Impulsionado pela esperança de uma formação voltada para um SUS
Integralizado.
Mas, se enganam aqueles que pensam que ela nasceu em um
território 100% *desejante*.
De início uma chegada conflitante... mas ela imponente desde cedo se
colocou.
Aos poucos ela deu os primeiros passos. Ajudada por aqueles que a
recebiam como esperança de uma formação transformadora.
Assim, ambos se fizeram, *o caminho* e a RIS, no território GHC.
Hoje a observo...um pouco a distância, confesso!
Às vezes animado, outras vezes um pouco desesperançado...
Mas, guardo sim, um *Sonho*,
Ver uma RIS *Transvalorada!*
Ver uma RIS *Intempestiva* como contraponto à formação normativa.
É o meu desejo *desejado* para a RIS/GHC.



RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Camila Samara Funk

Carla Rossana Molz Maria

Carla Soviero

Cíntia Raquel Heldt de Carvalho

Desirée dos Santos Carvalho

Dinara Dornfeld

Isabel Telmo Hackner

Juliana Gibbon Neves

Letícia Vaz da Silva

Lúcia Rublescki Silveira

A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) foi implementada com três áreas de ênfase em 2004. Uma década depois, o programa multiprofissional oferece formação em sete áreas – Atenção Materno-Infantil e Obstetrícia, Atenção ao Paciente Crítico, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Gestão em Saúde, Onco-Hematologia, Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental. A definição das ênfases segue as diretrizes do Ministério da Saúde, preconizadas para impulsionar a formação de trabalhadores especializados para atender às demandas do SUS em seus diversos âmbitos. Os residentes atuam em multiprofissionalidade e

interdisciplinarmente, desenvolvendo formação teórica e prática específica de cada profissão na equipe de saúde, além dos momentos inter-ênfases.

O objetivo geral do programa de residência multiprofissional da instituição, definido em seu Projeto Político Pedagógico (<http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsris/risprojeto.pdf>), é:

Especializar profissionais das diferentes áreas que se relacionam com a saúde, através da formação em serviço, com a finalidade de atuar em Equipe de forma interdisciplinar, em diferentes níveis de atenção e gestão, do Sistema Único de Saúde, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas, aprimorando e qualificando a capacidade de análise, enfrentamento e proposição de ações que visem a concretizar os princípios e as diretrizes do SUS.

As ênfases são aqui apresentadas em ordem alfabética por suas Preceptoras de Referência atuais. As produções que se seguem ao longo do livro abordam particularidades dos serviços e da formação nas ênfases, sendo elaborados em diferentes estilos de escrita e com abordagens diversificadas. Boa leitura!

ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL E OBSTETRÍCIA

A Rede Cegonha consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada em relação à gravidez, ao parto e ao puerpério. Além disso, busca garantir o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança, bem como incentivar qualificação dos profissionais que atuam nesta área da saúde.

Em 2013 a ênfase Atenção Materno Infantil e Obstetrícia (AMIO) foi incluída no programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, abrangendo as seguintes profissões: Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. Seu objetivo é a qualificação dos profissionais para atuarem no cuidado à saúde da mulher (nos processos de saúde reprodutiva, pré-natal, parto e nascimento e puerpério) e da criança (até 24 meses de

idade), visando a atenção integral à saúde materno-infantil, atuando no cuidado de forma articulada, em rede de atenção à saúde e desenvolvendo novas competências para o modelo proposto.

As atividades integrantes do processo de trabalho nas unidades e serviços de saúde priorizam tanto a interface da rede intra como a extra-hospitalar. No campo da prática extra-hospitalar, que é realizada no Serviço de Saúde Comunitária do GHC, os residentes desempenham atividades de assistência individual e em grupos, específicas de núcleo e multidisciplinares, voltadas para a saúde materno-infantil, além de ações de acompanhamento multiprofissional domiciliar, de acolhimento e de vigilância em saúde.

No campo de prática em nível hospitalar, os residentes atuam na Linha de Cuidado Mãe-Bebê do Hospital Nossa Senhora Conceição, no Hospital da Criança Conceição e no Hospital Fêmina. Algumas atividades são comuns a todos os residentes, independente do núcleo profissional, a saber: intervenções individuais e coletivas com gestantes, parturientes e puérperas; intervenções voltadas à saúde integral do recém-nascido e da criança com até 24 meses de idade; intervenções que visam a promoção e a facilitação da amamentação, bem como do vínculo mãe-bebê; participação em espaços de discussão de casos.

No segundo ano de residência ocorre o estágio de gestão, ao longo do qual os residentes acompanham e participam de espaços constituídos de gestão da rede de atenção materno-infantil, visando conhecer ferramentas teórico-metodológicas e operacionais facilitadoras do exercício da gerência de serviços de saúde e da gestão do sistema de saúde.

A constituição da ênfase AMIO, com a definição dos campos de atuação, das atividades a serem desenvolvidas pelos residentes e da carga horária destinada a cada campo, foi viabilizada por um pequeno grupo de profissionais envolvidos especialmente na gestão da assistência materno-infantil no HNSC/HCC. A partir do desenvolvimento da residência e das discussões envolvendo preceptoras e residentes, está sendo possível rever esses aspectos no sentido de adequá-los e qualificá-los para que atendam às necessidades da formação. Atualmente, o plano de ensino da AMIO está em processo de revisão, contando com a participação democrática de preceptoras e residentes.

Neste contexto de incipiência da ênfase, a experiência proporcionada pela Residência está sendo bastante produtiva, não somente para os(as) residentes, mas também para as preceptoras e orientadores de campo de estágio. Boa parte desses profissionais teve sua formação fundamentada no paradigma biomédico e desempenha seu trabalho de forma individual e fragmentada. Nesse sentido, sua implantação, juntamente com as políticas do Ministério da Saúde à atenção materno-infantil, tensiona práticas de cuidado já instituídas, promovendo a criação de novos olhares, posturas e reflexões. Ainda que existam movimentos de resistência ao novo, o que inclui a presença e os questionamentos advindos da atuação dos residentes, o GHC tende a se beneficiar significativamente com a inclusão desta e de novas ênfases, na medida em que se estruturam e fortalecem processos de trabalho mais democráticos e interdisciplinares.

Em 2014 foram oferecidas uma vaga para assistentes sociais, três para enfermeiros, uma para nutricionistas e uma para psicólogos.

ATENÇÃO AO PACIENTE CRÍTICO

A ênfase em Atenção ao Paciente Crítico (APC) do Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola do Grupo Hospitalar Conceição, RIS/GHC tem como base três marcadores de políticas de saúde na área, a saber:

- Minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/PT-03-CONS.htm>);
- Portaria Estadual de Urgência e Emergência (<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-2048.htm>);
- Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (priorizando as Portas Hospitalares de Urgência e Emergência e a Atenção ao Paciente Crítico) (http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf).

A partir de 2005, ano em que a minuta da Política Nacional de Atenção ao Paciente Crítico foi submetida à consulta pública, o Ministério

da Saúde intensificou a discussão relativa à importância de priorização de ações relativas à atenção ao paciente crítico e potencialmente crítico. Este contexto desencadeou uma discussão interna nos programas de residência multiprofissional.

Em 2009 a RIS/GHC iniciou esta discussão de forma mais intensa, buscando subsídios para implementação de mudança dentro do GHC. Havia necessidade de transição dentro do programa, pois até então era disponibilizada residência em Terapia Intensiva. Necessitava-se de uma reorganização e de uma sensibilização, dentro do GHC, dos envolvidos diretamente no processo de residência e dos serviços que recebiam estes residentes, pois passou-se a falar de uma necessidade de atenção em rede e não mais em área de formação.

Estas discussões geraram a modificação do entendimento do significado de ser um paciente crítico ou potencialmente crítico, o qual não está apenas nas unidades de terapia intensiva. A visão da criticidade foi ampliada e, assim, ultrapassou os limites da terapia intensiva. Este debate resultou em mudança da área de ênfase oferecida pela residência do GHC e em 2010 foi lançado edital para a primeira turma de residentes em Atenção ao Paciente Crítico. Esta ampliação gerou a necessidade de agregar outros núcleos profissionais à ênfase para que pudesse ser oferecido um atendimento interdisciplinar e integrado. Foi assim que Farmácia, Nutrição e Serviço Social passaram a integrar a ênfase, juntamente com Enfermagem e Fisioterapia, incluídas desde 2004.

O enfoque principal do programa de residência nesta ênfase está alinhado às políticas da área, focando na atenção hospitalar a pacientes adultos críticos, que se encontram principalmente nas Unidades de Emergência e Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), sendo estes os locais de maior imersão dos residentes dos diferentes núcleos. Porém, parte da carga teórica e das práticas é dedicada a vivências em outros espaços, como por exemplo, atenção ao paciente crítico pediátrico e neonatal e serviços pré e pós-hospitalares (Serviço de Atendimento Móvel de Urgências/SAMU e Programa de Atenção Domiciliar/PAD). Os demais componentes da atenção hospitalar proposta pela Rede de Urgência e Emergência (RUE) são contemplados por outras ênfases de nosso programa de residência.

Atualmente é disponibilizada uma vaga para assistentes sociais, seis para enfermeiros, uma para farmacêuticos, quatro para fisioterapeutas, duas para fonoaudiólogos e duas para nutricionistas.

CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL

A ênfase Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) foi instituída em 2013. Desenvolvida ao longo de três anos, propõe a formação de pessoal para o cuidado de pacientes vítimas de traumatismo e patologias do complexo bucomaxilofacial. É orientada pelo Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), tendo como diretrizes principais a integralidade, o trabalho em equipe, a humanização e a educação permanente.

O trauma ocupa o terceiro lugar entre as principais causas de morte no mundo todo, após as doenças cardiovasculares e o câncer. Entretanto, quando se estuda o grupo etário dos 20 aos 40 anos, passa a liderar as estatísticas e este fato é extremamente significativo, permanecendo, portanto, como uma das principais causas de mortalidade entre adultos jovens no mundo.

Nesse contexto, a busca pela melhoria da assistência em pacientes com traumatismos e a necessidade de mudança dos paradigmas de atenção à saúde, abordando a singularidade humana, seu âmbito familiar e social, acompanhando os avanços tecnológicos em saúde, vêm desafiando sucessivos governos, profissionais, instituições e sociedade organizada, especialmente no sentido de atender às diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em todas as grandes séries de traumatismos de face publicadas na literatura mundial existe a liderança dos acidentes automobilísticos como agentes etiológicos mais frequentes. Quando se reporta ao grupo etário infantil, as quedas estão em primeiro lugar na etiologia do trauma. Acredita-se, através de estudos estatísticos comparativos, que entre 50 e 70% das vítimas de acidentes automobilísticos sofram lesão na cabeça e, com base nessa estimativa, deduz-se que o número de pacientes portadores de traumatismo de face esteja aumentando vertiginosamente com o passar dos anos.

Neste sentido, a especialidade Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial (CTBMF) tem uma importância vital para assistência

ao paciente traumatizado de face, frente aos índices de morbimortalidade elevados das lesões resultantes.

Há, com isto, a necessidade crescente de aprimoramento no Sistema de Atendimento de Emergência nos Hospitais e, dentro deste Sistema, torna-se indispensável a presença de cirurgiões-dentistas especialistas em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial com formação científica, técnica e ética qualificadas. Para tanto, a formação de profissionais de saúde comprometidos com a construção do SUS deve seguir preceitos que compreendam o indivíduo como agente no processo de manutenção, promoção e recuperação da saúde, tendo como eixo-mestre a sua capacitação para identificar, no território de atuação da especialidade, a realidade a ser trabalhada, seguindo os princípios da Deontologia profissional e do SUS.

Os objetivos específicos da formação nessa área são:

- Desenvolver o processo de trabalho em saúde fundamentado nos princípios da universalidade, da equidade e da integralidade;
- Desenvolver o processo de atenção em saúde bucal, especificamente voltado para intervenções no contexto cirúrgico e traumatológico bucomaxilofacial, prezando-se a competência técnico-científica;
- Desenvolver o trabalho cirúrgico, clínico-preventivo e terapêutico em saúde bucal conforme os eixos transversais definidos pelo GHC, a saber: atenção integral à saúde, educação permanente e humanização do atendimento;
- Propor e desenvolver atividades educativo-participativas em saúde bucal, garantindo sua continuidade e avaliação;
- Compreender e atender às necessidades sentidas em saúde bucal, no âmbito cirúrgico, buscando a resolubilidade no tratamento prestado;
- Desenvolver e avaliar indicadores da qualidade da atenção em saúde bucal, no âmbito cirúrgico, contribuindo com a melhoria do trabalho realizado no GHC;
- Trabalhar em equipe multiprofissional, reconhecendo a interdependência das práticas e permitindo um melhor acesso ao conhecimento científico e tecnológico e ao desenvolvimento da atenção prestada aos usuários;

- Adquirir habilidades e atitudes que possibilitem o desenvolvimento de técnicas de trabalho aplicadas à assistência da saúde em áreas cujas pessoas necessitem de cuidados no âmbito cirúrgico do complexo bucomaxilofacial;
- Proporcionar discussões crítico-reflexivas sobre a atuação dos profissionais de saúde, fundamentadas no conhecimento amplo de seus campos de práticas e nos saberes específicos de seu núcleo profissional;
- Promover, nos profissionais ligados aos processos de ensino em serviço, novas perspectivas para a reconstrução do processo de cuidar em Equipe;
- Promover o conhecimento de novas tecnologias aplicadas à área de Cirurgia e Traumatologia Bucodentofacial;
- Proporcionar experiências de gestão em processos de saúde;
- Desenvolver a produção e o acesso a tecnologias e conhecimentos;
- Promover o desenvolvimento da capacidade de atividades de educação em serviço nos campos das práticas de saúde e da especialidade;
- Incentivar a inserção de pesquisa em saúde no Serviço de Odontologia CTBMF do Hospital Cristo Redentor do GHC;
- Despertar, incentivar, promover e desenvolver no ambiente hospitalar uma mudança de cultura na segurança do paciente, do profissional e do ambiente;
- Contribuir continuamente para a manutenção de medidas de segurança e qualidade adotadas no HCR, incluindo a adesão a protocolos assistenciais e operacionais, o uso de termos de consentimento livre e esclarecido para as intervenções e o respeito às rotinas e recomendações de cada unidade, às instruções dos órgãos legisladores do país.

Devido à especificidade da prática desenvolvida, oferece duas vagas para odontólogos apenas, possibilitando o reforço aos aspectos interdisciplinares na convivência com outros núcleos profissionais no âmbito de GHC e de estágios optativos. Além disso, a vivência em um hospital de

grande porte como o Cristo Redentor possibilita a busca de conhecimentos em diferentes áreas do saber, como humanas e sociais.

GESTÃO EM SAÚDE

A inclusão da ênfase Gestão em Saúde no Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição em 2013 vislumbrou a formação profissional nessa área na perspectiva de estruturação de Redes de Atenção e Linhas de Cuidado Integral como um dos princípios centrais do SUS, apoiando-se principalmente nas políticas públicas que ampliam, renovam e transformam os modelos de atenção e de gestão. Neste horizonte, pretende-se a qualificação e fortalecimento dos serviços de saúde, especialmente pela articulação “gestão-ensino-atenção à saúde”.

O programa visa especializar profissionais na área da gestão de sistemas e serviços de saúde para qualificar o conhecimento e a prática nas áreas do planejamento, do gerenciamento estratégico e operacional, do monitoramento e avaliação, da organização de redes de atenção e da regulação, embasado nos princípios do SUS.

O itinerário pedagógico nos diferentes campos de práticas está organizado para possibilitar o conhecimento, através de uma visão geral, das frentes de atuação do gestor de diferentes serviços de saúde, seguindo uma visão do funcionamento e potencialidades dos serviços de apoio à assistência e à gestão. Inicialmente os campos de práticas foram as Gerências de Internação e Pacientes Externos do Hospital Nossa Senhora da Conceição, Gerência de Internação do Hospital da Criança Conceição, Gerência de Administração do Hospital Fêmina, Gerência de Materiais, Gerências de Licitação, Auditoria, Ouvidoria, Materiais, Controladoria, Financeiro e do Serviço de Saúde Comunitária. Com a chegada da segunda turma, em 2014, a Gerência de Internação do Hospital Fêmina também integrou-se como campo de atuação, estando previstos estágios em espaços de gestão das esferas municipal e estadual.

As atividades teóricas e teórico-práticas estão divididas em três eixos estruturantes: Gestão da Atenção à Saúde, Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e Planejamento, Monitoramento e Avaliação. Aliadas a essas atividades, constam a participação nos Conselhos Gestores e a realização de

Trabalho de Conclusão de Residência com temas de interesse à especialidade, a fim de estimular a formação de profissionais comprometidos com a gestão participativa e com as necessidades do território.

Espera-se que o residente vivencie situações e as contextualize, reconhecendo a trajetória dos principais conceitos e práticas que orientam o campo da Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde no Brasil, subsidiando o desenvolvimento de estratégias através do planejamento dos serviços, dos processos de trabalho e da produção de tecnologias adequadas à realidade do território em que estiver inserido e contribuindo para o desenvolvimento do trabalho de equipe na perspectiva transdisciplinar e da integralidade da gestão. Desta forma, as experiências teriam potencial para que o residente possa fazer análises críticas sobre os diferentes processos de gestão e planejamento, atuando de forma participativa, com articulação intersetorial, para o desenvolvimento e/ou reconhecimento de tecnologias de gestão em saúde.

A experiência vivida até o momento evidencia um processo de aprendizagem mútua entre preceptores, residentes e gestores, construindo coletivamente essa nova ênfase. A ideia é explorar o mundo do trabalho onde estão inseridos, utilizando a própria experiência à qual estão expostos como produtores de conhecimentos. Assim, o conteúdo discutido em seminários teóricos não seria o eixo central do processo, mas ferramentas para (re)significar as práticas, propulsoras centrais da aprendizagem. As fragilidades e potencialidades identificadas geram potencial para que a prática e a experiência real de cada um dos residentes e serviços possam ser incorporadas no projeto pedagógico ainda em consolidação. Algumas delas geraram inclusive mudanças no itinerário pedagógico da segunda turma em relação à primeira, por exemplo.

Ainda que bastante recente e antes da conclusão da primeira turma, há uma boa acolhida da proposta pelos gestores dos demais serviços envolvidos e a avaliação da implantação da ênfase é positiva. Enquanto isso, outros desafios, como a consolidação da participação dos residentes em instâncias do controle social e colegiados de gestão, bem como a realização de seminários teórico-práticos nos campos seguem no horizonte do grupo.

A conclusão da primeira turma está prevista para o primeiro semestre de 2015, como especialistas que tenham capacidade para atuar em diferentes níveis de gestão e atenção, além das esferas de governo

municipal e estadual, de forma a qualificar os processos de planejamento, monitoramento e avaliação de redes e serviços do Sistema Único de Saúde, pelo uso de ferramentas e instrumentos inovadores e eficazes de informação e comunicação.

Pretende-se que sejam sujeitos atentos às necessidades de estruturação das Linhas de Cuidado Integral e das Redes de Atenção, vinculadas às características dos territórios nos quais vierem a atuar. Espera-se que sejam comprometidos ética e profissionalmente com a gestão pública na saúde, sob a ótica da sustentabilidade, da probidade e da eficiência na utilização dos recursos de custeio e de investimentos; e que sejam capazes de trabalhar em equipe na perspectiva transdisciplinar; buscando a resolução de problemas de forma autônoma e propondo o desenvolvimento de pesquisa no campo da gestão pública relevante para o SUS.

São abertas três vagas por ano e a primeira turma ingressou em 2013 contando com um assistente social, um psicólogo e um sanitarista. A segunda turma, composta por uma psicóloga e dois sanitaristas, ingressou em 2014.

ONCO-HEMATOLOGIA

Ao longo dos anos, a luta contra o câncer ganha armas mais poderosas - novas técnicas cirúrgicas menos mutiladoras, tratamentos combinados com radioterapia e quimioterapia, além de drogas mais específicas para cada tipo de neoplasia. Neste cenário, a atuação de uma equipe multiprofissional capacitada é de suma importância para que se leve em conta as particularidades do cuidado com o paciente oncológico.

A publicação da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) em 2005, pelo Ministério da Saúde, destacou a qualificação, a especialização e a educação permanente dos profissionais de saúde como sendo um dos componentes fundamentais para o controle do câncer. Dessa forma, em 2008, o Serviço de Onco-Hematologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, iniciou a construção do Plano Pedagógico de uma nova ênfase junto ao cenário da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.

A Ênfase em Onco-Hematologia da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição iniciou suas atividades em 2009 com o ingresso de profissionais dos núcleos de Enfermagem, Farmácia,

Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, tendo como objetivo contribuir com os avanços na oncologia e qualificar recursos humanos na área. As atividades objetivam a formação de profissionais de saúde de acordo com a especificidade de cada profissão, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, de forma integrada, compondo equipes multiprofissionais visando a assistência ao paciente oncológico em todos os seus níveis de complexidade.

A entrada de um grupo multiprofissional de residentes ampliou o espectro de atuação no próprio serviço de atenção ao paciente com câncer, possibilitando uma assistência integral e humanizada ao usuário desde o momento do diagnóstico de neoplasia, passando pelo momento da internação e o início do tratamento, bem como no acompanhamento ambulatorial, por meio da criação de novos ambulatórios, e nos cuidados prestados na sua terminalidade.

O vínculo com os pacientes e suas famílias também motivou a equipe de residentes e preceptores na criação de um Grupo de Pacientes durante o período da internação. Na vivência da equipe foi observada a importância de se construir um espaço onde os pacientes - que possuem uma rotina endurecida pela internação e pelas limitações impostas pelo tratamento de um câncer - pudessem resgatar e reconstruir outras motivações em algum momento de seu dia a dia no hospital, através de atividades lúdicas, dinâmicas de grupo e trocas de vivências entre pacientes e familiares.

Preocupados com a qualificação de outros profissionais que atuam no combate ao câncer, em 2010 a primeira e a segunda turma de residentes, juntamente com seus preceptores, deram início ao projeto de um evento científico, denominado Seminário da Integralidade da Atenção ao Paciente Oncológico. Esta atividade tem se realizado anualmente com o propósito de difundir ideias e aprofundar conhecimentos na área da Onco-Hematologia e da atuação multiprofissional.

Em 2013, a ampliação dos campos de atuação (Cirurgia Oncológica e Cuidados Paliativos) junto ao Serviço de Onco-Hematologia propiciou também o aumento do número de vagas para residentes. Além destes locais, os residentes também vivenciam experiências no atendimento oncológico pediátrico junto ao Hospital da Criança Conceição, no transplante de células hematopoiéticas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e no Serviço de

Saúde Comunitária do GHC, criando parcerias que enriquecem a formação profissional.

O Serviço de Onco-Hematologia, com o apoio da Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC, também firmou convênio com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), possibilitando a realização de estágios nesta que é a instituição de referência no atendimento ao paciente oncológico do país.

As vagas são disponibilizadas da seguinte maneira: duas para assistentes sociais, duas para enfermeiros, duas para farmacêuticos, duas para fisioterapeutas, uma para nutricionistas e uma para psicólogos.

SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

A ênfase Saúde da Família e Comunidade (SFC) do programa de residência multiprofissional do GHC iniciou há dez anos no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC), que já tinha, nesta época, experiência de 25 anos de trabalho com o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC). Desde o início houve um esforço para que os dois Programas tivessem Projetos Políticos Pedagógicos próximos.

A SFC é desenvolvida em um contexto de Atenção Primária à Saúde (APS), tendo como princípios norteadores a integralidade, a longitudinalidade, a coordenação do cuidado e a preocupação em ser a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Estas diretrizes fazem parte da base sobre a qual as atividades da residência são organizadas. Os principais campos de prática da ênfase são as doze Unidades de Saúde (US) do SSC/GHC. As equipes que nelas atuam assumem os dois Programas de Residência e consideram os residentes – assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, médicos, nutricionistas, odontólogos e psicólogos - como parte integrante de suas ações. Todos estão vinculados à determinada US e, independente do núcleo profissional, cumprem o mesmo Projeto Político Pedagógico. A coordenação da ênfase e os preceptores são eleitos anualmente pelos residentes, preceptores e orientadores lotados no SSC.

A matriz curricular prevê 20% de atividades teóricas – seminários por núcleo profissional; seminários conjuntos com a residência em medicina de família e comunidade, na qual são abordados temas gerais da APS (currículo

integrado); seminários conjuntos com as demais ênfases da RIS/GHC, em que são abordados temas gerais do SUS (seminário integrado) e seminários de gerenciamento. Os outros 80% da carga horária da residência são divididos em atividades teórico-práticas e práticas. As atividades teórico-práticas incluem: supervisão direta com preceptor ou orientador de campo do mesmo núcleo profissional do residente; seminário de campo nas Unidades de Saúde, durante o qual são abordados temas específicos para maior entendimento do campo onde o residente está inserido; prática de gerenciamento nas US; e Trabalho de Conclusão da Residência (TCR). As atividades práticas incluem ações de formação em serviço como: atendimento individual ou consulta coletiva referente a seu núcleo profissional, visitas domiciliares no território de abrangência das US, participação em atividades de controle social, participação social e movimentos sociais, desenvolvimento de atividades de acolhimento da US, ações de vigilância em saúde e educação em saúde voltadas para o território de abrangência, ações intersetoriais e outras.

No segundo ano da residência estão previstos estágios específicos que têm por objetivo complementar a prática dos residentes. Cada núcleo profissional define e avalia estes estágios, que não devem exceder um total de 200 horas. Também é oportunizado que realizem dois meses de estágio optativo, em que o residente escolhe o local de estágio e constrói um projeto que deve ser aprovado pelo seu núcleo profissional.

A supervisão das atividades dos residentes é diferente conforme os núcleos profissionais inseridos na ênfase. Todos têm garantida, no mínimo, uma hora semanal de supervisão direta com preceptor ou orientador de seu núcleo profissional. No entanto, na enfermagem, na odontologia, na psicologia e no serviço social os profissionais que realizam esta supervisão fazem parte da equipe onde o residente está inserido, enquanto na farmácia e na nutrição os supervisores trabalham em diversas equipes em um modelo de apoio matricial. Além disto, na enfermagem e na odontologia é mais comum a supervisão direta no momento do atendimento dos usuários, uma vez que as US contam com um número maior destes profissionais.

As 56 vagas anuais disponibilizadas para residentes de primeiro ano estão distribuídas entre o SSC/GHC (45 vagas) e os campos descentralizados (onze vagas) atendendo à seguinte oferta: nove para assistentes sociais, treze para enfermeiros, seis para farmacêuticos, seis para nutricionistas, onze para

odontólogos e onze para psicólogos. Isso significa mais de cem residentes de primeiro e de segundo ano.

SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE – MODALIDADE DESCENTRALIZADA

A descentralização da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) na ênfase Saúde da Família e Comunidade (SFC) aproxima-se das atuais políticas de interiorização da formação e da fixação de profissionais em regiões de escassez, visando potencializar a Política Nacional de Atenção Básica.

As primeiras experiências aconteceram nos municípios de São Domingos do Sul e Marau, ambos na Região Noroeste do Rio Grande do Sul. A primeira turma, iniciada em 2013, disponibilizou sete vagas para residentes a esses dois municípios e vinculou-se à oferta pública de um curso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade - Gestão, Atenção e Processos Educacionais, iniciado em setembro de 2012, que foi ofertado pela Escola GHC - Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde, IFRS/Campus Porto Alegre em parceria com a Escola de Saúde Pública/SES/RS a profissionais provenientes de dez municípios do estado. Seu objetivo era subsidiar o desenvolvimento de funções de preceptoria, tutoria, supervisão e orientação da formação em serviço na Atenção Primária à Saúde (APS).

O processo de seleção dos municípios para esta primeira turma descentralizada iniciou em outubro de 2012 a partir da manifestação de interesse formalizada de sete dos dez municípios vinculados ao curso, os quais passaram por avaliação técnica considerando aspectos como vínculo profissional e lotação dos possíveis preceptores nas unidades de saúde da família; infraestrutura, rede de serviços e processo de trabalho municipal e local, visando atender os aspectos preconizados para cumprimento do Plano de Ensino da RIS/GHC na ênfase SFC. Após a definição dos municípios de Marau e São Domingos do Sul, localizados na 6ª Coordenadoria Regional de Saúde – Passo Fundo, macrorregião norte do Rio Grande do Sul, sob a perspectiva de formação regional, foi formalizada a parceria em Termo de Cooperação Técnica entre esses municípios e o GHC. Este termo define os

papéis e as responsabilidades de cada uma das instituições em relação ao desenvolvimento dos processos formativos em saúde.

Entre janeiro e março de 2013 foi iniciado o processo de implementação pré-ingresso dos residentes nos municípios, com encontros na capital e interior, englobando discussões dos aspectos legais e gerais das residências em saúde e específicos da organização administrativa e programática da RIS/GHC, bem como das possibilidades de organização prática do processo formativo compartilhado entre as instituições, com a participação de gestores, preceptores e equipes. O processo seletivo dos residentes ocorreu de forma unificada, isto é, foi um processo seletivo único para toda a RIS/GHC, no qual havia a subdivisão das vagas por ênfase e por núcleo profissional, incluindo as destinadas para os municípios da descentralização.

Em março de 2013 o processo formativo destes sete residentes iniciou nos municípios de Marau e São Domingos do Sul. As atividades de implementação seguiram após seu ingresso, associadas a avaliações de processo periódicas e em dois grandes seminários da ênfase SFC: avaliação dos campos de prática e mostra de experiências em APS. Em relação à organização pedagógica, foram pactuados, entre outras atividades, espaços teóricos a serem realizados em Porto Alegre – centralizados – e nos municípios parceiros – descentralizados – e atividades práticas desenvolvidas integralmente na rede de serviços desses municípios.

Alicerçada na experiência pregressa, foi viabilizada a segunda turma, iniciada em março de 2014, que disponibilizou onze vagas a três municípios do estado do RS. Amparada pelos programas Pró-Residência e Mais Médicos, e diante da possibilidade de descentralização conjunta da residência médica em Medicina de Família e Comunidade (MFC) do GHC, foram considerados na seleção dos municípios a escassez de médicos na APS, constatada pela inscrição do município no programa Mais Médicos do Governo Federal, e a proximidade de Porto Alegre, favorecendo a estrutura de apoio do GHC para o processo de implementação e, especialmente, para os estágios curriculares do Programa de Residência Médica em MFC.

Em 2014, São Domingos do Sul não renovou o contrato, contando no momento com apenas uma residente de psicologia concluindo o segundo ano do Programa no final deste ano. Marau está na sua segunda turma

de residência em SFC e deve iniciar uma nova turma em 2015, recebendo residentes da enfermagem, farmácia e psicologia. Nesse mesmo ano o Programa da RIS/SFC iniciou em mais dois municípios: Gravataí (com residentes enfermeiros e odontólogos) e Novo Hamburgo (com residentes enfermeiros e nutricionistas), ambos na Região Metropolitana de Porto Alegre.

Aliados às diretrizes gerais e aos critérios já descritos para a RIS/GHC, foram considerados na seleção dos municípios a existência de Médicos de Família e Comunidade nas unidades campo, um dos pré-requisitos para o credenciamento da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), e de profissionais com formação ou experiência mínima de dois anos na área de ênfase SFC para a RIS para exercício da função de preceptoria. Foi definida a permanência do município de Marau e foi iniciado o processo de descentralização nos municípios de Gravataí e Novo Hamburgo, localizados na 1ª Coordenadoria Regional de Saúde – Porto Alegre, macrorregião Metropolitana do Rio Grande do Sul, também formalizados em Termo de Cooperação Técnica entre esses municípios e o Grupo Hospitalar Conceição.

Vinculado ao desenvolvimento desta segunda turma, o GHC, através do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde - Escola GHC, ofereceu aos preceptores formais instituídos em Termo de Cooperação e outros orientadores, indicados pelo gestor municipal como importantes no desenvolvimento dos processos formativos no município, um Curso Modular de Formação de Preceptores na modalidade Aperfeiçoamento, organizado em módulos de 40 horas, iniciado em fevereiro de 2014, buscando garantir o subsídio pedagógico para a formação em campo. A implementação pré e pós-ingresso e o processo de avaliação seguem os moldes da primeira turma.

No momento é possível considerar que a experiência da descentralização da formação da ênfase de SFC da RIS/GHC mostra-se positiva e potente em relação aos objetivos propostos e que o acompanhamento especializado e contínuo da formação descentralizada é essencial. Porém, apresenta aspectos que necessitam ser reavaliados e deve atender a novas proposições, próprias da construção e implementação de outro desenho de atenção e formação em saúde. Como resultado da oferta de cursos concomitantes ao estabelecimento da parceria da RIS/GHC com

os municípios, podemos apontar que o processo reflexivo proporcionado pelos cursos e alavancado por problemas oriundos da vivência da educação pelo trabalho é instigante para uma desacomodação de verdades sobre o cuidado e a formação em saúde. Reforça-se que, apesar de desafiador, a descentralização de programas de formação de profissionais de saúde deve ser fomentada amplamente, pois reside aí a possibilidade de qualificar o cuidado e fixar profissionais nas regiões de escassez de profissionais.

SAÚDE MENTAL

A ênfase de Saúde Mental existe desde a implementação da RIS/GHC em 2004. Inicialmente contava com dois serviços como campo de prática: o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS ad), inaugurado em 2004 e o primeiro serviço nesta modalidade em Porto Alegre, e o Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), inaugurado em 2005. Ambos os serviços foram implementados de forma a adequar-se à Política de Saúde Mental e contavam no início com as equipes já constituídas no ambulatório do GHC, passando por alterações na sua configuração ao longo destes dez anos.

A equipe do CAPS ad é composta por assistente social, enfermeiro, psicólogo, psiquiatra, arte terapeuta, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional e auxiliar administrativo e atende à população a partir de dezesesseis anos de idade com atenção ao uso/abuso de substâncias psicoativas. A equipe do CAPS II é composta pelos mesmos núcleos profissionais mencionados acima e atende à população adulta.

A unidade de internação psiquiátrica, apesar de existir desde outubro de 2006, quando foi inaugurada com seis leitos, passa a receber a RIS mais tarde. Passou por uma ampliação em março de 2009, comportando quatorze leitos de internação oferecidos ao público adulto, tanto feminino quanto masculino. Em novembro de 2010 foi inaugurada a unidade de internação para atenção em dependência química de adolescentes femininas com idade entre 12 e 18 anos incompletos, contando com oito leitos.

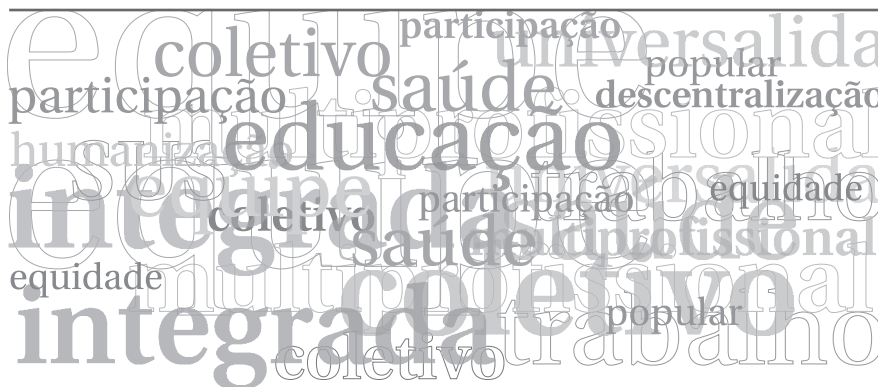
Em 2010, um projeto do Ministério da Saúde priorizando a atenção a usuários de crack e outras drogas que propunha a criação de um Centro de Atenção de Álcool e Outras Drogas oportuniza ao GHC não só a ampliação do CAPS ad, que passa a funcionar em modalidade III (funcionando por 24

horas, incluindo feriados e finais de semana), como também a implementação de outros dois serviços de Saúde Mental: o Centro de Atenção Psicossocial à Infância e Adolescência (CAPS i) e o Consultório de Rua (CR). Este projeto aumenta significativamente o número de serviços na Saúde Mental que passam a compor atualmente o percurso de formação dos residentes da RIS/GHC.

A equipe do CAPS i é composta pelas profissões já mencionadas, acrescida pela nutrição e um técnico em educação, cuja vaga contempla atualmente o núcleo de psicopedagogia. Atende crianças e adolescentes entre zero e dezoito anos incompletos. O CR é composto atualmente por assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, técnico em educação, técnico de enfermagem e técnico administrativo. Na sua origem este serviço destinava-se a atender prioritariamente à população adulta em situação de rua usuária de drogas. Em 2012 foi publicada uma portaria que amplia este cuidado, determinando que seu público tenha atenção integral à saúde, passando este serviço a chamar-se Consultório na Rua, tendo sido incluído no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC).

A área de abrangência destes serviços é a região Norte e eixo/Baltazar e o território adscrito das doze Unidades de Saúde do SSC/GHC, exceto o CR, que atende à região norte. Portanto, este é o território que configura o cenário de prática da ênfase em Saúde Mental, oportunizando aos residentes, a partir de sua inserção nas equipes de trabalho, a vivência do cuidado em saúde mental de forma interdisciplinar através da realização de atendimentos individuais, em grupos e oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, matriciamento, atuação junto à rede intersetorial como cultura e educação, bem como a participação em espaços de discussões técnicas e políticas relacionadas à produção do cuidado em saúde, aos processos de trabalhos decorrentes deste e aos fóruns que discutem a Residência como Programa de Formação de Profissionais para o SUS.

As vagas disponibilizadas aos residentes são: duas para graduados em artes, duas para assistentes sociais, duas para enfermeiros, duas para psicólogos e duas para terapeutas ocupacionais.



DEZ ANOS DA RIS/GHC

Julio Baldisserotto

Dez anos se passaram (2004-2014) desde o início da Residência Multidisciplinar, aqui chamada Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC). O projeto de oferecer formação interdisciplinar, especializada em serviço de saúde, iniciou-se ainda em meados de 2003, diante de uma conjuntura de política institucional bastante favorável a novos projetos e processos de mudanças nas áreas da gestão, assistência, ensino e pesquisa do GHC. Neste período, o GHC esteve pautado, fortemente, por uma discussão profunda de revisão de seu modelo assistencial, sendo que dois dos principais eixos norteadores eram a integralidade e a humanização da atenção. Para tanto, foi necessário rediscutir os processos de trabalho e a atuação em equipe era fundamental.

Neste cenário, o projeto político pedagógico da RIS/GHC propunha uma formação diferenciada para qualificação dos profissionais de saúde, para um olhar e uma escuta ampliada, em relação ao processo saúde-doença-cuidado e qualidade de vida das pessoas usuárias do SUS, investindo, também, em uma formação estimulada pela curiosidade e a produção de novos conhecimentos na atenção à saúde (Baldisserotto et al, 2003).

Ao mesmo tempo, o Ministério da Saúde (MS), controlador do GHC, através do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), órgão responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à

formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde, nos níveis técnico e superior, promovia a constituição e financiamento de Residências Multiprofissionais no país. Ainda em 2003, a diretoria do GHC, ciente do papel estratégico que esta modalidade de residência representaria para a instituição e para o SUS, abre as negociações para a implantação da proposta na instituição (BRASIL, 2003). A partir de então, a Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC (GEP/GHC) passou a mapear internamente os serviços com possibilidades de assumir a responsabilidade de instituir novos espaços de desenvolvimento de profissionais, de acordo com os pressupostos do SUS.

A definição das áreas de ênfase para a implantação da Residência se deu a partir da avaliação das necessidades de desenvolvimento de profissionais para o SUS, em nível locorregional e nacional e da capacidade das equipes para oferecerem espaços qualificados para receber os residentes (FAJARDO et al, 2010).

Paralelamente ao processo local de implantação da RIS, efervescia o movimento nacional em defesa das Residências Multiprofissionais. Em 30 de junho de 2005, foi promulgada a Lei número 11.129, que criou a Residência em Área Profissional da Saúde e também instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), dando início ao processo de regulamentação da mesma. Em seguida à promulgação da lei, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) do Ministério da Saúde elaborou várias portarias para regulamentação da lei e financiamento da RMS (BRASIL, 2006).

Em prosseguimento a este processo político e com o objetivo de fomentar a reflexão e estimular um amplo debate sobre o tema, o DEGES, em parceria com o Ministério da Educação (MEC) e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) realizou, em dezembro de 2005, o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Foram convidados a participar do seminário os coordenadores, residentes, secretários estaduais e municipais de saúde, representantes dos profissionais de saúde e do controle social (CAMPOS, 2006).

A RIS/GHC esteve presente através de sua representação de residentes, coordenação do programa e direção da instituição, participando

ativamente na coordenação dos trabalhos em diferentes eixos temáticos, apresentando propostas e colaborando na elaboração do relatório final.

Certamente, estes dez anos de trajetória da RIS/GHC, cuja primeira turma iniciou sua trajetória formativa em julho de 2004, é motivo para comemoração. Muitos desafios foram enfrentados e muitas conquistas foram realizadas ao longo desta jornada. Seria oportuno, neste momento de celebração, também apontarmos algumas reflexões futuras para uma avaliação desta experiência, dentre as quais poderíamos elencar: qual foi o impacto nos processos de trabalho nos locais e serviços em que a RIS foi implementada? Em que medida a RIS provocou ou auxiliou nas mudanças necessárias do modelo de atenção, seja em nível hospitalar ou na atenção básica da instituição? Houve melhorias reais no processo de cuidado do usuário destes serviços? Os egressos se sentem mais capacitados para atuar de forma integral e humanizada no SUS?

DOS DESAFIOS INICIAIS AOS AVANÇOS

Nestes 10 anos de implantação e consolidação da RIS/GHC, embora o cenário político inicial tivesse sido favorável, muitas barreiras e dificuldades foram se apresentando ao longo do caminho, tanto em nível local como nacional. Inicialmente, as maiores adversidades foram a falta de estrutura institucional para receber um programa desta natureza e a resistência de determinados setores, especialmente por parte da categoria médica e outros profissionais de saúde, inconformados com a desacomodação que a proposta de residência provocava, conforme consta no documento do projeto inicial:

“Isso transcende a prática convencional de uma comunicação restrita e parcial entre pares, rompendo o formalismo entre as profissões e possibilitando que, além de dividirem o mesmo espaço e processo de trabalho, troquem percepções, sentimentos e idéias sobre o mesmo sujeito de seu trabalho – o usuário do sistema de saúde.” (Baldiasserotto et al, 2003)

Um processo repleto de negociações e acordos foi sendo desenvolvido, na medida em que a RIS foi sendo implantada e se legitimando, técnica e politicamente, dentro da instituição. Por um lado, houve grandes

transformações na infraestrutura de ensino, com aquisição de livros e periódicos nas mais variadas áreas da saúde, acesso a portais científicos e, em especial, ao Portal CAPES, modernização didática e tecnológica dos ambientes de ensino e melhorias nos próprios serviços de saúde onde se desenvolvia o programa. Por outro, foi implementada uma Política de Educação Permanente, para qualificação do corpo docente, tendo havido contratação de novos profissionais e incentivo e apoio a sua participação em cursos de Pós-Graduação.

No início, o programa contemplava três áreas de ênfase: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva, com um total de 30 residentes no primeiro ano. Celebramos esta década com um notável avanço na oferta de novas vagas e ampliação para as áreas de ênfase em Atenção Materno Infantil e Obstetrícia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Gestão em Saúde e em Oncologia e Hematologia, totalizando 103 vagas para Residentes de 1º ano. Em janeiro de 2014, foi contabilizado que 449 residentes, de diversas formações profissionais, tinham ingressado no programa desde a sua implementação. Com relação aos egressos, até 2013, um total de 356 profissionais finalizou o programa.

No campo da inovação e da produção de conhecimentos, foram produzidos Trabalhos de Conclusão de Residência em temáticas variadas e de relevância para os serviços locais e para o SUS. No âmbito acadêmico, a residência já foi cenário para sete dissertações de mestrado (ALVES DA SILVA, 2010; ALVES DA SILVEIRA, 2011; DEMARCO, 2011; FERREIRA, 2007; MOSCHEN, 2011; SIMONI, 2007; VARGAS, 2011) e três teses de doutorado (FAJARDO, 2011; MEDEIROS, 2011; PASINI, 2010), com foco na experiência da RIS/GHC, resultando na produção de conhecimentos, que trazem algumas luzes sobre as reflexões aqui postadas anteriormente e que estão presentes ao longo dos capítulos dessa coletânea. Especificamente, Demarco (2011) avaliou o programa de residência em Saúde da Família e Comunidade do GHC sob a perspectiva dos egressos de 2005 a 2008, tendo encontrado que a grande maioria está vinculada ao setor público, concluindo que o programa é uma tecnologia adequada à formação de profissionais de saúde em Atenção Primária à Saúde para o SUS. Confirmando estes achados, está o próprio GHC, no qual ingressaram, via concurso público, muitos profissionais egressos da RIS e que, hoje, atuam como preceptores, docentes e gestores.

Os números aqui apresentados, embora parciais, por si só falam do sucesso de uma estratégia inovadora, iniciada há dez anos e que hoje se constitui em uma política institucional de atenção à saúde e gestão de ensino e pesquisa do GHC e referência para o Ministério da Saúde.

Sem dúvida, foram notáveis os avanços conseguidos neste curto período de tempo, nos mais diferentes aspectos. Porém, cabe aqui ressaltar o papel dos residentes neste processo. Desde a grande procura pelas vagas, até a organização de um grupo social em defesa de uma proposta transformadora da formação profissional tradicional.

Finalmente, é preciso reconhecer aqueles que, desde o início, acreditaram e investiram neste projeto de Residência Multiprofissional. Em especial, destaca-se a atuação de Rogério Amoretti, Diretor Técnico do GHC (2003-2007), um dos primeiros a levantar esta bandeira dentro da instituição e com forte atuação nacional na luta política pela legalização e reconhecimento da Residência Multiprofissional em Saúde dentro do MEC. Mesmo diante de tantas adversidades, foi um dos principais articuladores do movimento pela regulamentação da RMS. As coordenadoras de ênfase da primeira turma - Anísia Filomena Reginatti Martins (Saúde Mental), Nára Selaimen Gaertner de Azeredo (Terapia Intensiva) e Sandra Rejane Soares Ferreira (Saúde da Família e Comunidade) contribuíram intensamente para delinear o programa e desenvolvê-lo com a qualidade necessária desde seus primórdios. Também é preciso ressaltar o papel decisivo e a dedicação dos colegas que se sucedem na coordenação da RIS/GHC - Silvana da Saúde Folis Flores, Ananyr Porto Fajardo, Vera Lucia Pasini, Raphael Maciel da Silva Caballero e Carla Rossana Molz Maria - para o sucesso do programa, que recém completa sua primeira década de existência.

REFERÊNCIAS

ALVES DA SILVA QT. *Residência Multiprofissional em Saúde: O estar-junto dos residentes em saúde*. 2010. 127f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

ALVES DA SILVEIRA LH. *Avaliação do conhecimento dos residentes de um programa de Residência Multiprofissional em Saúde referente ao “contrato didático”*. 2011. 145f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

BALDISSEROTTO J; FAJARDO AP; FLORES SS et al. A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição - RIS/GHC. *Momentos & Perspectivas em Saúde* (Porto Alegre), v.16, n.2, p.46-50, 2003. Disponível em: <<http://escola.ghc.com.br/images/stories/publicacoes/revista2003n2.pdf>> Acesso em: 08 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Caminhos para mudança na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes da ação política para assegurar educação permanente no SUS*. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Introdução: a trajetória da residência multiprofissional em saúde no Brasil. In: *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p.11-15.

CAMPOS FE. Apresentação. In: *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ministério da Saúde, 2006. p.11-15.

DEMARCO EA. *Formação multiprofissional como tecnologia para qualificar a Atenção Primária à Saúde no SUS: avaliação de um programa de residência*. Dissertação (Mestrado Profissional em Epidemiologia) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, 2011.

FAJARDO AP. *Os Tempos da Docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde*. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

FAJARDO AP; PASINI VL; SCHMIDT MH et al. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: um processo de formação em serviço para qualificação do SUS. In: FAJARDO AP; ROCHA, CMF; PASINI VL (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.115-26.

FERREIRA SR. *Residência Integrada em Saúde: uma modalidade de ensino em serviço*. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

MEDEIROS RHA de. *Residência Integrada em Cenas: a torção no discurso universitário para a formação do profissional em saúde*. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

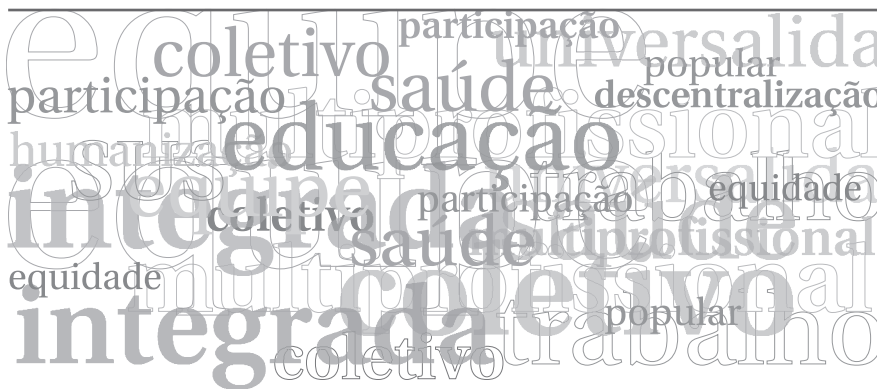
MOSCHEN AZ. *Saberes e práticas da residência multiprofissional em saúde no cotidiano de trabalho em atenção primária à saúde de cirurgiões-dentistas*. Dissertação (Mestrado

Profissional em Epidemiologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, 2011.

PASINI VL. *Residência Multiprofissional em Saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS*. Tese (Doutorado em Psicologia) – Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SIMONI ACR. *A Formação dos Profissionais de Saúde nas Equipes Multiprofissionais: sobre a invenção de modos de trabalhar em saúde mental*. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

VARGAS TM de. *O Serviço Social no programa de Residência Multiprofissional em Saúde: uma estratégia de consolidação do projeto ético-político profissional?* 2011. 179f. Dissertação (mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.



OUTROS MODOS DE SER PROFISSIONAL DE SAÚDE

Ananyr Porto Fajardo

*Al andar se hace el camino,
y al volver la vista atrás
se ve la senda que nunca
se ha de volver a pisar...*

Proverbios y cantares XXIX
Antonio Machado (1875-1939)

Em um encontro de turma de graduação em odontologia, ao qual compareceram muitos colegas que não se viam há bastante tempo, muitas interações se desenrolavam nos diferentes grupos que se formavam. Entre novidades pessoais e profissionais, em algumas mesas o tema da conversa girava em torno de aspectos técnicos e de inovações em insumos e equipamentos odontológicos. Em outros grupos, o assunto corrente variava dos preços cobrados dos pacientes em clínica privada ao custo do material, do esforço exigido na prática privada aos acordos de cumprimento de horário no serviço público, do desencontro com o presente ao desencanto com o futuro. A maioria dos colegas era composta por clínicos, especializados ou não, tanto no setor público como no privado, sendo que uma minoria era constituída por professores universitários. De maneira geral, percebi muitos

colegas desestimulados e queixosos pelas condições de vida e trabalho muito diferentes das que tinham idealizado.

Ao falar de mim, mais de uma vez ouvi de algum colega a pergunta “Mas tu trabalha?”. Já não exercia mais clínica privada, tendo me concentrado no setor público, sendo que, desde a implementação da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – RIS/GHC em 2004, vinha me dedicando ao ensino e à pesquisa. Na época também atuava junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição e prestava consultoria em metodologia de pesquisa a colegas e residentes. Posteriormente, integrei-me ao corpo docente da Escola GHC e, em seguida, dei início ao Doutorado em Educação. Novamente... “Mas tu trabalhas?”

Provavelmente, a dúvida se originasse do estranhamento ao constatar que uma odontóloga não atuasse na / com a boca de ninguém, como se o exercício profissional fora da cavidade bucal desqualificasse a função, embora um especialista em radiologia odontológica e uma professora de histologia bucal fossem considerados como dentistas. “Ah, é que eles lidam com a boca...”, assim seguiu-se aquela conversa. Então, ser dentista, sem lidar com a boca, não é trabalhar? Ser odontóloga fora da cavidade bucal não é reconhecido, não é possível?

Como é ser profissional de saúde?

Eu trabalho? No campo da saúde, de maneira geral, só achamos que atuamos quando estamos atendendo alguém. É como se pensássemos exclusivamente no cuidado em situações do assistir individual, segundo padrões fisiopatológicos. Mesmo que venhamos utilizando a expressão “atenção” em lugar de “assistência”, ainda visualizamos a implementação de terapêuticas como efetivo trabalho em saúde. Se um profissional de saúde atuar em uma instituição de ensino, será docente; se estiver na condução de políticas ou da gestão de serviços, atuará no gerenciamento. Quanto mais intensa a presença da clínica ou do saber fisiopatológico, mais próximo poderá estar de ser um possível profissional de saúde.

Como trabalho em saúde, prestigiado e reconhecido, está posto o diagnóstico de doenças, a realização de intervenções que devolvam ao paciente um estado de saúde pré-determinado e prescrições, para que não sofra novos adoecimentos. Estão incluídas recomendações para que se mantenha saudável e com seu corpo “em ordem”. Então, como explicar e fazer

reconhecer todos os demais atos educativos, promotores, questionadores, investigativos e produtores de outras ordens, que são demandados pelas diversas situações trazidas ao mundo de nosso fazer em saúde? O que é isso que exercemos?

É interessante observar como a ocupação de espaços, além dos tradicionais, embasados na especialização regida pelo limite entre saudável e patológico, surpreenda e, talvez, atemorize quem se sente desafiado em seu saber rígido. Navarro (2001) indica que o estabelecimento de qualquer relação entre sujeitos – e não de um sobre o outro – em um contexto de atenção à saúde corre o risco de sucumbir à ilusão do conhecimento total sobre “algo” doente, quando for embasado em uma fragmentação de “alguém” adoecido. Contudo, a intransponibilidade entre o saber constituído – tido como objetivo – e o desafio de uma aproximação com algo que pode ser dado como subjetivo, pode ser enfrentada pela indicação de que o saber não se reduz à técnica, mas inclui as inter-relações subjetivas e deve compor a experiência clínica. O desconforto em quem assume a demarcação de fronteiras fixas chega a um não reconhecimento de outras possibilidades de exercício profissional, como se aí se constituísse “um outro”, fora dos parâmetros que permitem seu reconhecimento, não mais “um igual” que, potencialmente, pode ser diferente. O temor do novo, do intercalado, do intermitente, abre intervalos de vida (MELLO; SOUSA, 2005) nem sempre valorizados como viáveis por todos. Aliás, se o fosse, deixaria de ser novo!

Ao mesmo tempo, uma questão relevante ao rompimento de fronteiras é que isso se dá em espaços compartimentalizados, que se redefinem de forma semelhante. São movimentos, mas não necessariamente constituem avanços (LARROSA, 2003). Mesmo assim, rompantes de descontinuidade facilitam a reconfiguração. O interdisciplinar, como mescla de saberes pregressos, não necessariamente desmonta a vigilância pela manutenção de conhecimentos e práticas disciplinares. Rompantes de descontinuidade facilitam tal reconfiguração, pressionam por saberes outros, instalam intervalos entre formas, a serem habitados pelas práticas inéditas. A singularidade de atuar em coletivo, de compartilhar com uma equipe preocupações e responsabilidades e de assumir novos desafios na relação entre “sujeitos de experiência” proporciona diferentes posições de olhar e dá lugar ao novo, de acordo com Sousa (2002). A colocação de si em

relação com o outro - seja autor, ator ou cúmplice das ações promovidas nesse entrecruzamento - permite a descoberta de novas lacunas e ausências, cuja busca de preenchimento trará novas brechas e novas fronteiras a serem atravessadas, aponta Fischer (2005), por um tempo e com uma energia indefinidos, até que novas necessidades se façam perceptíveis.

Contemporaneamente, a convivência de múltiplas categorias que realizam atos terapêuticos próprios em uma equipe, indica uma justaposição sem que, necessariamente, resulte em qualquer inter-relação entre as partes junto ao usuário. A interdisciplinaridade, por sua vez - que implica o cruzamento entre as disciplinas do saber - mantém limites do exercício profissional em formas preestabelecidas. Já a “entre-disciplinaridade” seria a experiência do estranhamento das formas, no decorrer do exercício multiprofissional, realizado de maneira interdisciplinar e resultando em permanente mutação de saberes e vivências (CECCIM, 2004). Esse movimento indica uma flexibilização cada vez mais dinâmica dos limites e representa o exercício, em equipe, do diálogo coletivo entre as profissões da área da saúde.

Trabalhamos, sim, em saúde. Especializamos jovens profissionais para exercerem funções necessárias à atenção à saúde no Brasil, em termos de assistência, de formação e pesquisa, de planejamento e gestão e de envolvimento cidadão com seu setor de inserção nas políticas públicas, reconhecendo os limites e os borramentos de fronteiras produzidas nesta experiência. Preparamos funcionários com vivência no atendimento aos pacientes, para que se sintam confortáveis no exercício do ensino e da orientação de pesquisa, sem que tenham sido formados para tal, refletindo sobre a energia necessária e despendida no exercício das tarefas prescritas e as efetivamente realizadas. Trazemos o que é criado em outras linguagens para o alcance de quem sabe muito, mas quer conhecer mais. Transformamos curiosidades em perguntas, perguntas em pistas, pistas em verdades transitórias, a serem reelaboradas em seguida. Demarcamos a singularidade no fazer coletivo em saúde, propondo um reconhecimento das fissuras como possibilidade de criação, tentando trazer à luz a significância da vivência do outro na relação consigo e com os demais, estando aqui incluídos os residentes, os preceptores e os colegas das equipes, além de nós mesmos.

Então, esvaziar o olhar, reaprender a olhar, reconceituar o trabalho na saúde, produzir novas certezas transitórias e novas verdades provisórias também é criar e viver, também é trabalho.

ENCONTROS, DESENCONTROS, REENCONTROS

As memórias do que é ter sido e ter tido um professor, um dentista, um pesquisador, um orientador, enfim, alguma referência acadêmica, pessoal e profissional nos acompanham ao longo das vivências nas quais experienciamos nossos talentos e potenciais.

Muitos encontros estão assinalados na minha caminhada. Alguns, ocorreram no âmbito do estudo, com a (re)leitura de autores clássicos e o achado de novas produções. Outros, se deram no plano pessoal, nas trocas de afeto, angústias e descobertas; outros, ainda, aconteceram na esfera profissional, ao ser desafiado a enfrentar obstáculos que se revelaram instigantes. A descoberta de novos modos de trabalhar foi o disparador de questões que foram se colocando com uma potência cada vez maior a respeito do caráter do “meu” trabalho. Este já não era “só” atendimento, pois ensinar e pesquisar passou a ocupar um espaço e ter um nome em meu pensar ao fazer saúde. Assumir a condição de orientanda me fez vivenciar a relação de busca e proposição de respostas em diálogo com Ricardo Burg Ceccim, meu orientador. O produto foi uma tese de doutorado, ancorada na atuação dos preceptores da RIS/GHC (FAJARDO, 2011).

A busca de mais respostas para as muitas verdades que fui percebendo em minha vivência e meus estudos levou ao encontro de conceitos como trabalho prescrito/tarefa e real/atividade (SCHWARTZ, 2007), tempo “de” trabalho e “do” trabalho (ZARIFIAN, 2002) e de não-trabalho (DAL ROSSO, 1996), entre outros. Tudo isto passou a nutrir meus sentidos, embora já fossem minhas ferramentas para a busca de significação do meu exercício profissional, sem que eu soubesse nomeá-los.

Então, o encontro com colegas, buscando orientação para suas monografias; com residentes de vários núcleos, que me acolheram como orientadora de suas produções para concluírem a residência e produzirmos, em conjunto, uma alquimia a partir de suas interrogações; e, especialmente, com colegas preceptores enriquecidos pela dúvida e pela surpresa,

decorrentes do exercício desta função, desencadeou o processo em busca de prováveis explicações sobre os rumos possíveis dos aspectos da vida relacionados ao nosso cotidiano profissional.

Alguns desencontros permearam a etapa intermediária deste percurso e fizeram com que eu me visse diferente, encarando outra etapa de minha experiência, outra condição de saúde, outro ciclo da vida.

O reencontro se deu comigo mesma. Sem dúvida, este é um texto de uma dentista “tradutora”: habituada a trabalhar por tarefa, pressionada a manter o ritmo, organizada para dividir o tempo e o espaço em frações pré-definidas, preocupada com a exatidão e o detalhe, seguindo normas pré-estabelecidas e sujeita ao registro de produtividade. Também é o texto de uma dentista “intérprete” (no sentido trazido por Steiner em 2005), aprendendo a reconhecer que o fazer se dá pensando e que o pensar se dá ao fazer, a atuar refletindo, a observar duvidando; que vem tentando fazer com que sujeitos de pesquisa se sintam participantes deste processo e deem voz ao próprio pensar, e que pesquisadores se sintam sujeitos dessa relação; que se desacomoda cada vez que se defronta com propostas de pesquisa oriundas de diversos campos do conhecimento perscrutados sob olhares diversos; que viaja no tempo e no espaço tentando aproveitar todo o tempo / o tempo todo para ver mais, ir além do dito e expresso, rumo ao intuído e ao sentido. No texto “*Onde está a dentista?*” (FAJARDO, 2010) ilustro parte dessa busca por um sentido ampliado do fazer saúde na interseção com o campo da educação.

SEGUINDO EM FRENTE

A voz dos colegas e residentes me acompanha durante o processo de registro dessas reflexões enquanto, ao mesmo tempo, o silêncio dos que não se manifestam me fez pensar no muito que têm a compartilhar. A possibilidade de experienciar a pesquisa na condição de orientanda, não de orientadora, foi inovadora e confirmou uma certeza da generosidade dos participantes e de seu acolhimento à minha necessidade de interação por razões acadêmicas. Ademais, me fez vivenciar a relação de busca e proposição de respostas em diálogo com meu orientador.

A fim de compreender como se dá a abertura de novas possibilidades de atenção à saúde em um contexto brasileiro, é primordial desaprender o que está constituído e tentar inovar.

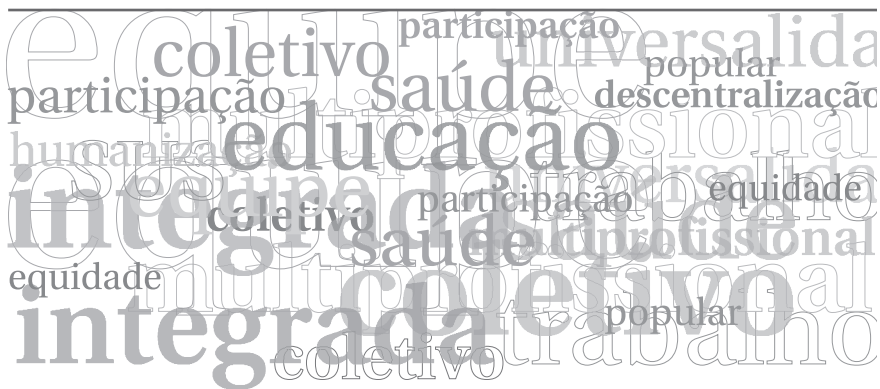
Partindo da identificação de pontos de convergência e incongruência entre o que é prescrito e o que é necessário na constituição de programas de especialização em equipes de saúde em serviço, é importante tornar visível como as relações, saberes, poderes e práticas estão se transformando e como isto fica evidente nos modos de ensinar e de aprender em serviço no campo da saúde, com seus efeitos em potencial sobre os sujeitos afetados por esta modalidade de ensino. Para alcançar tal propósito, é fundamental desvestirse dos poderes instituídos, tendo ciência de que outros poderes serão incorporados aos sujeitos, mas que, igualmente, poderão ser identificados e reconfigurados com o andar da vida e do trabalho.

É essencial desaprender que “ou pensamos ou fazemos”, “ou atendemos ou ensinamos”, “ou pesquisamos ou aprendemos”. O desafio é desaprender que constituem elementos excludentes, sendo fundamental aprender que existe um “e” ente esses atos, que ambos se complementam para a criação de outras possibilidades de trabalhar e de viver. Talvez assim possa ser reconhecido que o trabalho em saúde, na contemporaneidade, deve ultrapassar a técnica e o tecnicismo e avançar para a produção de conhecimento e afetos, ocupando um tempo e um espaço além do mensurável para o sujeito questão, passando a permear os tempos e os espaços de trabalho, sustentado por criação, curiosidade e aprendizagem do novo.

O desafio que aqui se mostra é superar o que nos foi ensinado e ousar avançar além dos limites aprendidos para esboroar as fronteiras, traduzindo e interpretando regimes de verdade, as prescrições e as certezas em linguagens possíveis e por inventar. Concluo este registro ousando atualizar uma referência a Deleuze (1992), autor com quem me encontrei na interseção com pessoas importantes nas minhas andanças em busca de respostas. Produzir “um pouco de possível” em meio ao “sufoco” da sobrecarga de trabalho, das expectativas evidentes e por descobrir e das necessidades sentidas e (mal) percebidas ao longo da formação e do trabalhar em saúde pode se tornar realidade e transformar o viver de profissionais de saúde, reverberando em todos os cenários e atores a sua - e a minha - volta.

REFERÊNCIAS

- CECCIM RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO R; MATTOS RA de (Orgs.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004. p.259-278.
- DAL ROSSO S. A teoria do tempo do trabalho. *Sociedade e Estado*, Brasília, DF, v.11, n.2, p.295-320, 1996.
- DELEUZE G. *Conversações*. Tradução de Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- FAJARDO AP. Onde está a dentista? In: MANO MAM; PRADO EV do (Orgs.). *Vivências de Educação Popular na Atenção Primária à Saúde: a realidade e a utopia*. São Carlos, SP: EDUFSCAR, 2010. p.129-145.
- FAJARDO AP. *Os Tempos da Docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde*. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- FISCHER RMB. Escrita acadêmica: arte de assinar o que se lê. In: COSTA MV; BUJES MIE (Orgs.). *Caminhos Investigativos III: riscos e possibilidades de pesquisar nas fronteiras*. Rio de Janeiro: DP&A, 2005. p.117-140.
- MELLO ED; SOUSA EAL. A experiência como intervalo para novas visibilidades. *Psicologia e Sociedade*, v.17, n.1, p.17-28; jan/abr, 2005.
- NAVARRO A de S. Formação médica, racionalidade e experiência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.1, p.87-96, 2001.
- SCHWARTZ Y. Introdução II. In: SCHWARTZ Y; DURRIVE L (Orgs.). *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói, RJ: EDUFF, 2007. p.21-22.
- SOUSA ELA de. Os olhos da memória. *Psicologia Clínica*, v.14, n.1, p.53-60, 2002.
- STEINER G. *Lições dos mestres*. Rio de Janeiro: Record, 2005.
- ZARIFIAN P. O tempo do trabalho: o tempo-devir frente ao tempo especializado. Tradução de Pablo Rubén Mariconda. *Tempo Social: Revista de Sociologia da USP*, v.14, n.2, p.1-18, out. 2002.



SUPERVISÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: EXPERIÊNCIA INTERDISCIPLINAR JUNTO A RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Agda Henk

Ananyr Porto Fajardo

Esse capítulo relata uma pesquisa conduzida para identificar como profissionais de atenção primária à saúde compreendiam a ferramenta da supervisão, as diferentes maneiras de sua aplicação e as oportunidades em que a utilizavam, em um contexto de ensino em serviço desenvolvido em cenário interdisciplinar (HENK, 2010). Tendo em vista que a Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) está fundada na relação entre preceptores, orientadores de pesquisa e residentes, consideramos fundamental identificar os tempos, os espaços e as modalidades em que elementos do processo de ensino e aprendizagem são ativados, entre eles a supervisão, especificamente na ênfase Saúde da Família e Comunidade da RIS/GHC.

SUPERVISÃO EM SERVIÇO

A prática de supervisão tem origem na psicologia e vem superando a condição de uma visão hierarquizada por parte de quem sabe mais para uma visão de consenso que leva em conta as experiências adquiridas no

trabalho e na vida (OSÓRIO *apud* MATUMOTO *et al.*, 2004/2005). Em relação ao serviço social, a supervisão é definida como espaço educativo na relação entre estudantes, docentes e profissionais dos serviços (LEWGOY; SCAVONI, 2002). Na enfermagem, o processo de supervisão inclui planejamento, execução e avaliação das atividades preconizadas, o que lhe concede um caráter dinâmico (SERVO; CORREIA, 2006). Assim, “a supervisão deve ser entendida como um processo amplo, complexo, educativo e contínuo” (REIS; HORTALE, 2004, p.495) e constitui um instrumento que contribui na identificação de problemas, para avaliação dos mesmos, priorizando-os e propondo soluções (BARALDI; CAR, 2006).

Levando em conta as contribuições acima, a supervisão pode ser utilizada como ferramenta que auxilia os profissionais de saúde (no caso da RIS/GHC, contratados e residentes) a compreenderem os processos da realidade e desenvolverem a intervenção de forma conjunta. Foi incorporada à rotina diária dos trabalhadores, integrantes do sistema de saúde, como conteúdo pedagógico nos serviços de saúde, sendo uma tarefa que faz parte do processo de trabalho dos trabalhadores das instituições de saúde, mas que constantemente necessita de aperfeiçoamento dos diversos atores que se envolvem com o ensino.

No âmbito de um programa de residência em saúde, a figura de supervisor compreenderia um profissional que exerce sua atividade no ambiente de trabalho, mas que se encontra com o sujeito em formação por um período longo, passando por diferentes fases de interação. Já o preceptor, outro elemento fundamental na relação com os residentes, atua dentro do ambiente de trabalho e de formação na área e no momento da prática clínica, sendo que sua ação se dá por um período de tempo determinado (BOTTI; REGO, 2008).

Considerando que a supervisão é um espaço pedagógico de trocas de conhecimento e crescimento profissional e que a RIS/GHC é desenvolvida em serviço junto a equipes multiprofissionais, o pano de fundo deste estudo é o contexto interdisciplinar de ensino e aprendizagem, que envolve contratados, residentes e usuários dos serviços.

No contexto de trabalho do SSC/GHC a supervisão era utilizada e realizada por diferentes profissionais e diferentes categorias, bem como em vários serviços. Era referida por diversas instituições como prática necessária

de aperfeiçoamento, sendo que a estratégia de articulação interinstitucional acrescentava uma demanda diferenciada, a ser pensada e refletida com a ajuda desta prática. Esse era o caso dos estágios curriculares e observacionais ali desenvolvidos.

O CONTEXTO INTERDISCIPLINAR

O conceito de interdisciplinaridade surgiu no século XX e somente a partir da década de 1960 começou a ser enfatizado como necessidade de transcender e atravessar o conhecimento fragmentado, embora sempre tenha existido, em maior ou menor medida. O trabalho interdisciplinar possibilita ações conjuntas, respeitando-se as bases disciplinares específicas de cada núcleo. Trabalhar de forma interdisciplinar também é uma questão de atitude, que estabelece relações de reciprocidade e mutualidade, pressupondo a substituição de uma concepção fragmentada para unitária do ser humano. Assumir tal atitude implica ser flexível, confiante, paciente, intuitivo, adaptável, sensível às demandas dos outros, aceitar riscos, aprender a agir na diversidade e aceitar novos papéis (VILELA; MENDES, 2003).

Trabalhar em interdisciplinaridade não significa negar as especialidades nem a objetividade de todas as ciências, mas romper com a fragmentação e desarticulação do processo de conhecimento, justificando-se pela compreensão da importância da interação e transformação recíproca entre as diferentes áreas do saber (HIRCIZON; DITOLVO, 2004).

Na perspectiva da contemporaneidade, constitui um investimento para a concretização da integralidade, sendo necessário reconhecer a complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a consequente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho em conjunto, respeitando as disciplinas específicas; e a busca de soluções compartilhadas, pois

Na saúde é urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde (...) diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade (...) requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule

a permanente comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe (Costa Neto *apud* Saupe *et al.*, 2005, p.522).

O trabalho em equipe, na forma tradicionalmente organizada “(...) cria uma tensão permanente entre a força de trabalho vivo com seu potencial e criação e os modelos que buscam, ao cristalizar os processos de trabalho, conformar os atores a determinados papéis” (MEHRY *apud* CECCIM, 2006, p.268) e “desta contradição afloram possibilidades pedagógicas de reprodução e/ou de criação de outros saberes, práticas e poderes” (CECCIM, 2006, p.268).

ALGUNS ELEMENTOS DE ENSINO/APRENDIZAGEM NA RIS/GHC

O tema do estudo aqui relatado foi motivado pela relevância da supervisão em serviço na prática cotidiana de trabalho em Atenção Primária à Saúde, especificamente nas equipes do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (SSC/GHC). Além disso, está em consonância com suas finalidades, que são a formação, a produção de conhecimento, o desenvolvimento de pesquisa e a atenção à saúde da população. Esses propósitos foram mais evidenciados a partir de 2004, com a implementação da Residência Integrada em Saúde do GHC (RIS/GHC), que seguiu o Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade (PRMMFC), já consolidado na instituição.

Com a implantação da RIS/GHC, em 2004, houve a necessidade de exercer ações educativas em serviço por diferentes sujeitos implicados no processo com intensidade e frequência diversas. Em 2007, o GHC definiu que todos os profissionais contratados para exercerem cargos com exigência de curso superior, a partir de então, teriam incluída a atribuição de supervisionarem residentes e estagiários. No ano seguinte, essa cláusula passou a valer para todos os profissionais contratados para exercerem cargos com exigência de curso superior, incluindo a atribuição de supervisão de residentes e estagiários (FUNDATEC, 2007). Com isso, a possibilidade e a necessidade do exercício da supervisão passaram a fazer parte do cotidiano dos trabalhadores do GHC.

A ênfase em Saúde da Família e Comunidade da RIS/GHC, cenário da investigação aqui tratada, é desenvolvida junto às doze unidades (US) do Serviço de Saúde Comunitária (SSC/GHC), cujas equipes são multiprofissionais. Em 2010, eram compostas por assistentes sociais, auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais, enfermeiros, médicos, odontólogos, psicólogos, técnicos de enfermagem, técnicos de saúde bucal e vigilantes. Nutricionista e farmacêutica estavam ligadas ao apoio matricial, assessorando as unidades do SSC/GHC. Naquele ano, havia 34 residentes de primeiro ano (R1) e 34 de segundo ano (R2), além de 20 preceptores, abrangendo seis profissões: Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. Agregavam-se ao grupo preceptores médicos e residentes em Medicina de Família e Comunidade.

Cada US contava com, pelo menos, residentes de dois núcleos profissionais da RIS/GHC e residentes médicos. Nas unidades todos os profissionais que compunham a equipe eram responsáveis pela formação dos residentes e esta se dava no cenário do serviço nos espaços coletivos, no trabalho em equipe, discussão de casos e atividades ambulatoriais. Entretanto, o âmbito de atuação era diferente, conforme o papel exercido. A coordenação do processo de ensino e aprendizagem era assumida por preceptores/as de campo (que é a área de ênfase constituída por um conjunto de saberes e práticas comuns às várias profissões ou especialidades do setor da saúde) e de núcleo (articulação de diferentes saberes e práticas exclusivas de cada profissão) que, nesse caso, atuavam como referência para os residentes. Os preceptores promoviam a integração entre os diferentes profissionais em formação e destes com a equipe de saúde, a população e os demais serviços com o qual se estabeleciam relações durante o desenvolvimento da residência (BRASIL, 2009). Recebiam uma gratificação, denominada de Função Gratificada (FG) de nível 5 (equivalente a 80% do salário mínimo) por exercerem esta função, sendo necessário ter formação superior, pós-graduação e estar trabalhando na função profissional há, no mínimo, dois anos. Eram os responsáveis formais pela sistematização do aproveitamento dos residentes ao longo da residência, sendo respeitada a proporção de, no mínimo, um preceptor para cada três residentes.

Além deles, os orientadores atuavam junto aos residentes de seu núcleo profissional, mas não recebiam a FG, desenvolvendo as mesmas

atividades dos preceptores. Os orientadores/as do trabalho de conclusão da residência orientavam o trabalho de conclusão a ser desenvolvido pelos residentes. Sua atuação iniciava na definição, por parte dos residentes, em comum acordo com os/as preceptores/as, do tema a ser trabalhado e continuava até a entrega da versão final. Já os coorientadores desenvolviam a orientação metodológica da investigação proposta (BRASIL, 2009).

O número de preceptores que recebiam gratificação em cada unidade dependia do número de residentes que atuava na equipe; quando existiam residentes de dois núcleos profissionais nas Unidades de Saúde, um profissional assumia a função de preceptor com FG, enquanto os demais exerciam a mesma função, sem receberem a gratificação até que houvesse um rodízio na função. Em cada Unidade de Saúde existia, pelo menos, um preceptor vinculado à RIS/GHC e um ao PRMMFC. Em 2009, atuavam no SSC 42 preceptores, sendo 22 médicos e 20 pertencentes a outras profissões. Além desses, 32 orientadores de campo e de núcleo exerciam a função, sem recebimento de FG.

Considerando que a supervisão é um espaço pedagógico de trocas de conhecimento e crescimento profissional e que a RIS/GHC era desenvolvida em serviço junto a equipes multiprofissionais, o pano de fundo deste estudo é o contexto interdisciplinar de ensino e aprendizagem, que envolve a contratados, residentes e usuários dos serviços.

NOSSOS OBJETIVOS

A supervisão na RIS/GHC constituía um momento de aprendizagem em que se realizava a troca de experiências entre profissionais da mesma categoria, mas em posições diferentes, pois um era profissional contratado e o outro era residente que vinha em busca da formação em serviço em saúde e em ambiente interdisciplinar.

Nosso objetivo geral foi investigar como os preceptores desenvolviam o processo de supervisão no campo da saúde no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Especificamente, buscamos: (1) conhecer os conceitos de supervisão dos facilitadores do processo de ensino e aprendizagem participantes da RIS/GHC; (2) investigar as oportunidades em que se dá o processo de supervisão

nos diferentes núcleos profissionais do SSC/GHC; (3) compreender como se dá o planejamento e a avaliação da supervisão junto aos diferentes núcleos pesquisados; e (4) identificar os aspectos facilitadores e as dificuldades encontradas no desenvolvimento da supervisão em serviços de saúde em um cenário interdisciplinar.

O CAMINHO TRILHADO

Este estudo qualitativo teve uma conformação exploratória descritiva, para possibilitar desvelar o tema com maior profundidade, podendo daí emergir significados e representações atribuídas pelos participantes a partir das percepções constituídas como sujeitos e podendo atribuir outros sentidos no processo de construção coletiva. Por se tratar de um estudo no campo da saúde, com enfoque no tema da supervisão em equipes de saúde interdisciplinares, a abordagem qualitativa possibilitou que os participantes expressassem suas opiniões e percepções contextualizadas nos processos vivenciados. Essa abordagem engloba a totalidade do que é percebido pelos sujeitos envolvidos na realidade pesquisada, abrangendo aspectos que não podem ser quantificados em números nem organizados em variáveis quantificáveis (MINAYO, 1993).

O campo da investigação foi o SSC/GHC, com suas doze unidades de atenção primária à saúde. Em janeiro de 2010, período do trabalho de campo, o serviço contava com 70 trabalhadores com formação de nível superior que exerciam, no seu cotidiano de trabalho, a função de supervisão há mais de um ano como preceptoria ou orientação de residentes. Foi excluída do grupo de possíveis participantes da investigação uma das autoras e quinze funcionários, que eram estudantes do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde na condição de estudantes ou facilitadores/as. Isto se deveu ao desejo de conhecer a vivência daqueles que não estavam discutindo o tema da investigação em ambiente de aprendizagem.

Dentre os cinquenta e quatro possíveis participantes, foi convidado/a um profissional representante de cada um dos seis núcleos profissionais que atuavam na ênfase em Saúde da Família e Comunidade da RIS/GHC (enfermagem, farmácia, nutrição, odontologia, psicologia e serviço social),

além de um da Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. No caso de existir apenas uma pessoa que atendesse aos critérios de inclusão, o convite foi intencional.

Elaboramos um roteiro de entrevista individual semiestruturada, contendo questões almejando identificar modalidades e oportunidades de supervisão junto à RIS/GHC em um contexto interdisciplinar. A interação foi gravada em áudio e transcrita, tendo o material produzido sido examinado seguindo a técnica da análise de conteúdo preconizada por Bardin (2008).

A fim de preservar o sigilo e a confidencialidade dos sujeitos da pesquisa, os participantes foram identificados por números, atribuídos sem que isso indique a ordem em que as entrevistas foram conduzidas. Essa investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição, mediante o parecer nº 09/245.

NOSSOS ACHADOS

A interação com os entrevistados, em relação ao contexto estudado, gerou seis categorias de análise: (1) Conceitos de supervisão; (2) Oportunidades e modalidades de supervisão; (3) Dificuldades no exercício da supervisão; (4) Aspectos facilitadores para o exercício da supervisão; (5) Planejamento e avaliação da supervisão; (6) Experiência da interdisciplinaridade no processo de supervisão.

(1) Conceitos de supervisão

Uma das pessoas (Participante 1) expressou que “Supervisão é algo que é intrínseco à formação a determinada profissão”, indicando ser algo próprio de algumas profissões, não de todas. O Participante 4 conceituou-a como um processo educativo de troca, de acompanhamento da prática em relação aos residentes: “Supervisão é o espaço que a gente conversa com o residente; vê as dificuldades dele no serviço, constrói uma conduta que ele deve tomar”.

Outras manifestações expressaram ser uma ação que acontece no cotidiano, na relação entre as pessoas, sendo uma atividade pressuposta entre as muitas atividades exercidas pelos trabalhadores. Além disso, houve

afirmativa de que constituiria uma possibilidade de parada e reflexão sobre o fazer profissional, em conjunto com o outro; conforme um dos entrevistados (Participante 1), “Supervisão não é contemplação, é para além do ver, é enxergar o que está acontecendo e interagir”.

(2) Oportunidades e modalidades de supervisão

No que se refere às oportunidades, a supervisão acontecia no dia a dia, fazendo parte do cotidiano dos trabalhadores das Unidades de Saúde. Também acontecia nas atividades formais de supervisão, como seminários de campo e em espaços interdisciplinares de equipe nas atividades coletivas.

O contato com residentes e profissionais diferentes, a avaliação das evoluções nos prontuários entre os atendimentos, a discussão de casos, os atendimentos individuais e as visitas domiciliares compunham as diversas formas de interação para este fim, juntamente com seminários de campo e núcleo e em espaços interdisciplinares de equipe nas atividades coletivas.

Em relação à organização do processo de supervisão, embora a maioria dos entrevistados tenha referido que o processo de supervisão era organizado em horário semanal na agenda, também foi relatado que a interação se dava imediatamente quando se referia à assistência. O Participante 5 exemplifica uma possibilidade: “(...) a gente para, sistematicamente, semanalmente, por exemplo, para fazer este exercício de discutir, de refletir, de propor em conjunto sobre a prática realizada, mas, se necessário, também durante [o trabalho cotidiano]”.

(3) Dificuldades no exercício da supervisão

Os limites identificados incluíam a organização do processo de trabalho nas equipes e a cobrança por produtividade por parte da instituição, além da infraestrutura inadequada das unidades de saúde e da inexperiência dos profissionais em trabalhar com formação.

Um obstáculo à maximização dos efeitos da supervisão em serviço citado foi a dificuldade em reconhecer que o ensino também constituía trabalho no contexto das equipes de atenção primária à saúde do Serviço de Saúde Comunitária do GHC, o que retardava a apropriação de seu papel na formação de residentes.

A “dificuldade de a equipe entender que o residente não é do profissional de núcleo e sim da equipe” (Participante 1) indicava que a supervisão poderia potencializar a formação interdisciplinar, expondo os residentes à vivência de oportunidades produtoras de sentido distinto da formação original.

Outra limitação apontada foi a falta de experiência em trabalhar com formação, pois a maioria dos núcleos não contou, na sua formação acadêmica, com conteúdos pertinentes ao processo de supervisão.

No dizer do Participante 4, “Às vezes, a gente planeja e não consegue fazer, tem outra coisa acontecendo na unidade e tem que abrir mão daquele espaço para fazer. Mas a gente dá conta de fazer a supervisão, de alguma forma a gente acaba conseguindo”.

(4) Aspectos facilitadores para o exercício da supervisão

Os aspectos potencializadores da supervisão destacados foram a disponibilidade pessoal de supervisionar; possuir habilidade de comunicação; promover integração da equipe, desenvolvendo o trabalho de forma envolvente e compromissada; assumir a proposta de trabalhar com formação; ter clareza de seu papel na orientação ou preceptoria; elaborar e seguir um cronograma com direcionamento das intervenções. De acordo com o Participante 3, “A facilidade é trabalhar em equipe, é ter um projeto, um cronograma (...) ter uma estrutura e ter um projeto para o residente, isso facilita muito”.

Um dos pontos a serem fortalecidos seria “que todos os outros contratados também prestem supervisão, não deixando só ao encargo do preceptor.” (Participante 6).

(5) Planejamento e avaliação da supervisão

Os entrevistados relataram que não planejavam o momento da supervisão, ou seja, não havia uma metodologia que orientasse esta etapa, passando a ser feita a partir de situações específicas. Para algumas categorias profissionais, ela era contínua e as atividades eram planejadas todos os dias, quando havia necessidade de parar e conversar ou de acompanhar

determinados processos. Observa-se, então, que era um planejamento que tentava organizar o cotidiano de trabalho em curto prazo:

“Eu planejo deixando um espaço de tempo programado para isso, para que a gente possa parar, até porque facilita o exercício; às vezes, a gente corre muito. As exigências do dia a dia, a demanda e tal... (...) Não, eu não tenho uma metodologia de avaliação da supervisão, pré-definida... Acho que no próprio diálogo” (Participante 5).

Quando questionadas sobre a avaliação no espaço da supervisão, de modo geral as pessoas referiram que havia um método e uma rotina para a avaliarem, a saber: diálogo com os orientandos sobre como se dava o processo da supervisão, observação da aceitação da supervisão pelo sujeito supervisionado e pela satisfação demonstrada com esse processo.

(6) Experiência da interdisciplinaridade no processo de supervisão

No que se refere à interdisciplinaridade no processo da supervisão, os participantes trouxeram em suas falas a existência de uma riqueza dos vários olhares com a possibilidade de observar as diferentes formas de interagir, enriquecendo o processo de supervisão. Afirmaram que a diversidade é que qualifica a prática e viabiliza o aprendizado.

A percepção da Interdisciplinaridade referida pelos entrevistados estava ligada às diversas atividades desenvolvidas: podia ocorrer desde o momento de acessar os prontuários para leitura das informações ali registradas sob diversos olhares e diferentes interpretações; nos seminários de campo, quando eram abordados temas coletivos comuns à formação e ao trabalho em equipe; nas discussões de caso em que cada núcleo profissional trazia sua contribuição. A interdisciplinaridade também ocorria no momento da avaliação do residente juntamente com o preceptor de núcleo e campo. No dizer do Participante 2, “a interdisciplinaridade é tentar ver um entendimento de um conceito mais único ou dos diferentes conceitos de supervisão e de interdisciplinaridade dentro desse processo”.

ALGUMAS REFLEXÕES PROVISÓRIAS

A provisoriedade aqui assumida parte do princípio de que os achados se deram em momentos e contextos dinâmicos, sinalizando que uma atualização da investigação relatada indicaria outras contribuições igualmente ricas e instigantes. A análise das manifestações dos participantes foi embasada em parte da literatura que aborda supervisão e interdisciplinaridade no campo da formação em saúde, bem como em documentos produzidos na instituição.

O exame das categorias de análise indicou que a supervisão é o acompanhamento da prática de quem está em formação, sendo um pressuposto dentre as muitas outras atividades exercidas no trabalho em equipe. As oportunidades e modalidades identificaram que a supervisão faz parte do cotidiano dos trabalhadores envolvidos com o processo de formação. Entre os aspectos facilitadores destacam-se a disponibilidade de supervisionar e a clareza do papel em orientação ou preceptoria. As dificuldades identificadas no exercício da supervisão estão relacionadas à sobrecarga de trabalho, à deficiência da estrutura nas unidades, à cobrança de produtividade e à falta de apropriação do papel na formação por parte da equipe. A quinta categoria demonstrou as contradições existentes entre planejamento e avaliação. No que se refere à experiência da interdisciplinaridade, os participantes expressaram as diferentes formas de interação, sendo essa diversidade que qualifica a prática e viabiliza o aprendizado.

A investigação revelou a compreensão conceitual que trabalhadores de equipes multidisciplinares de saúde possuíam sobre o tema da supervisão e as diferentes formas em que ocorria no contexto estudado. A supervisão foi apontada como acompanhamento da prática de quem está em formação, sendo um pressuposto dentre as muitas outras atividades exercidas no trabalho em equipe. Pode ser compreendida como espaço pedagógico e parte essencial do processo de ensino e aprendizagem.

Os aspectos dificultadores e facilitadores indicaram ser relevante promover permanentemente a sensibilização para a importância do papel formador assumido pelos profissionais das equipes de saúde do SSC que estejam exercendo função ligada ao ensino ou que possam exercê-la em um futuro próximo. Da mesma forma, é fundamental oferecer condições de

estrutura física e organizacional para qualificar a aprendizagem de todos e fortalecer a equipe, um ponto forte no contexto abordado.

As informações produzidas indicaram que, apesar de apenas enfermagem, psicologia e serviço social praticarem sistematicamente a supervisão como ensino e reflexão no trabalho, as demais profissões também a exerciam sob outra denominação e compreensão. A enfermagem tem regulamentado na sua profissão o exercício da supervisão como ferramenta para organizar e aperfeiçoar as ações do grupo de enfermagem no ambiente do trabalho, sendo constante e parte do cotidiano de trabalho. No que se refere ao Serviço Social, a supervisão de estagiários já é uma das atribuições do assistente social. Em relação à psicologia, a supervisão é essencial para treinamento em prática clínica. As demais profissões supervisionam residentes em outras modalidades de interação.

Os espaços e tempos para supervisão possuem uma conformação diversa de acordo com a necessidade e a oportunidade, variando entre momentos formalizados e outros informais, mas sem prescindir da seriedade nem do compromisso com a qualidade da interação. A complexidade e a continuidade do processo incluem os âmbitos do planejamento, da pesquisa, da avaliação, da produção e da troca de conhecimentos, que são aspectos contextualizados na realidade expressa e observada.

Foi mencionado que os momentos, os espaços e os modos de supervisionar eram tanto formais como informais. Na medida em que a supervisão faz parte do cotidiano dos trabalhadores envolvidos com o processo de formação, também ficou evidente que nem sempre é possível organizar os momentos de planejamento, supervisão e avaliação do processo. Não parece ocorrer um planejamento sistemático para a supervisão, pois resulta de necessidades imediatas específicas. Em relação à avaliação, de modo geral os participantes referiram que o diálogo com os residentes e o grau de satisfação com esse processo embasavam o método avaliativo.

A experiência da interdisciplinaridade indicou uma conexão com as atividades concretas do cotidiano de trabalho desenvolvidas nos espaços institucionalizados, além da riqueza de olhares qualificando a prática e viabilizando o aprendizado. As diferentes formas de interação oportunizam que esta diversidade qualifique a prática e viabilize o aprendizado.

A investigação revelou a compreensão conceitual que trabalhadores de uma equipe multidisciplinar de saúde possuem sobre o tema da supervisão e as diferentes formas em que ocorre no contexto estudado. Propiciou conhecer a realidade enfrentada pelos profissionais para dar conta desta tarefa e contemplar os espaços interdisciplinares, enriquecendo seu próprio aprendizado e dos residentes.

AGRADECIMENTO

Agradecemos aos participantes do estudo pela disponibilização de seu tempo, experiências e reflexões.

REFERÊNCIAS

- BARALDI S; CAR MR. O sentido do trabalho em um projeto de formação de profissionais de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.40, n.4, p.555-562, 2006.
- BARDIN L. *Análise de conteúdo*. 5 ed. Lisboa: Edições 70, 2008.
- BOTTI SH de O; REGO S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v.32, n.3, p.363-373, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa. *Projeto político-pedagógico da RIS/GHC*. 2009. Versão preliminar.
- CECCIM RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO R; MATTOS RA de (Orgs) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2006. p.259-278.
- FUNDATEC. (2007). *Edital de abertura 01/2007*. Processo Seletivo Público 01/2007. Disponível em <<http://www.fundatec.com.br/home/portal/concursos/editais/edital-75.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2010.
- HENK A. *Supervisão em atenção primária à saúde: experiência junto a um programa de residência multiprofissional em saúde*. Trabalho de Conclusão de Especialização. UFRGS, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000760506&loc=2010&l=41181c9369a4b00d>> Acesso em: 20 jul. 2014.
- HIRCIZON CLM; DITOLVO HHS. Uma experiência interdisciplinar de psicanalistas com profissionais da saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.8, n.15, p.387-392, mar./ago. 2004.

LEWGOY AMB; SCAVONI MLA. A supervisão em serviço social: a formação do olhar ampliado. *Revista Virtual Textos & Contextos*, n. 1, nov. 2002. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/925/705>> Acesso em: 02 dez. 2009.

MATUMOTO S; FORTUNA CM; MISHIMA SM; PEREIRA MJB; DOMINGOS NAM. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.9, n.16, p.9-24, set.2004/fev. 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a02.pdf>> Acesso em: 02 dez. 2009.

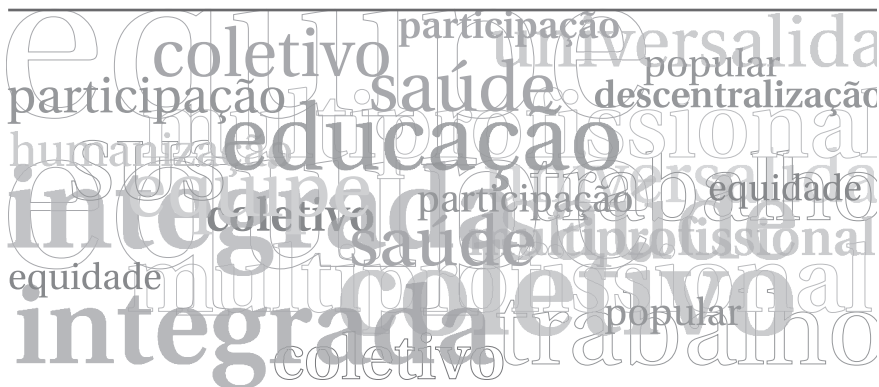
MINAYO MC de S. *O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em serviço*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

REIS C da CL; HORTALE VA. Programa Saúde da Família: supervisão ou convivência: estudo de caso em município de médio porte. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.492-501, mar./abr. 2004.

SAUPE R; CUTOLO LRA; WENDHAUSEN ÁLP; BENITO GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v.9, n.8, p.521-536 set./dez. 2005.

SERVO MLS; CORREIA VS. Supervisão da enfermagem em Unidades Básicas de Saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.59, n.4, p.527-31, jul./ago. 2006.

VILELA EM; MENDES IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo, v.11,n.4, p.525-531, jul./ago. 2003.



DEZ ANOS PRODUZINDO TRANSFORMAÇÃO: O PROCESSO DE CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTO A PARTIR DA EXPERIÊNCIA DE FACILITAÇÃO DO CURRÍCULO INTEGRADO

Ana Celina de Souza

Renata Pekelman

Dez anos de existência! Para uma criança pode representar uma parcela relativamente pequena, em comparação com a quantidade de anos que estão por vir. Mas, se considerarmos as experiências já vividas por esta mesma criança, perceberemos que muitas delas foram significativamente transformadoras do seu estar no mundo, desde segurar um objeto com a mão, apoiar-se nas duas pernas, reconhecer o mundo fora do espaço protegido, trocar e aprender com outras crianças são experiências formativas, que serão atualizadas durante toda a sua existência. Com a Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) vivemos, em certo modo, uma experiência semelhante, e para além de uma transformação de quem passa pela experiência de ser residente, quem acompanha essa formação também se transforma. Para registrar esta passagem, propomos uma reflexão sobre processos de (trans)formação ocorridos a partir da experiência das autoras como facilitadoras de aprendizagens na formação da RIS/GHC.

Este artigo é resultado do trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas nos Serviços de Saúde/GHC/Escola

de Saúde Pública/RS e a Universidade Federal do Rio Grande Sul (SOUZA, 2013). Tem como objetivos refletir sobre a proposta pedagógica do Currículo Integrado (CI) e discutir seus caminhos metodológicos, a partir do olhar de facilitadora de aprendizagem, tanto na construção de si como de seus efeitos com o grupo de residentes. É uma pesquisa qualitativa, descritiva exploratória e, no seu processo metodológico, utiliza-se do método cartográfico, no qual as autoras acompanham o processo de se tornarem facilitadoras de aprendizagens e também refletem consigo no processo de investigação (BARROS; KASTRUP, 2010).

O CI é um espaço que compõe os Programas de Residência Integrada em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade e em Medicina de Família e Comunidade, ambas ligadas à Gerência de Saúde Comunitária do GHC. Configura-se como um dispositivo de construção de conhecimento interdisciplinar, que ocupa um lugar de produção de saberes de *campo* na Saúde Coletiva/Saúde da Família. Segundo Campos (2000), o campo é um espaço de limites imprecisos, onde cada disciplina ou profissão buscaria, em outras, apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. Neste sentido, o CI se configura como uma atividade de *campo* e *teórico-prática*, pois seu processo pedagógico direciona-se para a construção de conhecimentos através da análise de problemas a partir do território, para a compreensão da realidade em sua complexidade e trabalha a realidade a partir de um novo olhar dos problemas cotidianos (DIERCKS *et al*, 2010). O processo pedagógico tem como lugar privilegiado os pequenos grupos (PGs), formados por profissionais residentes de categorias profissionais diversas, o que tem uma potência interdisciplinar em si.

Aspectos que contextualizam o CI na história do SSC são apontados por Pekelman (2010) e falam da invenção deste dispositivo de formação interdisciplinar em sintonia com um projeto de gestão e atenção à saúde. O CI é criado como um componente de um projeto de **trabalho em saúde** (ensino, gestão e atenção), superando a noção de ensino-serviço ou ensino-comunidade-serviço, ao afirmar que o trabalho em saúde se orienta pela busca da integralidade (CECCIM; CARVALHO, 2005).

O CI, institucionalmente, é composto por trabalhadores da saúde, que atuam na Atenção Primária à Saúde no Serviço de Saúde Comunitária/ GHC (SSC/GHC), podendo ou não ser preceptores das Residências. Os

facilitadores estão distribuídos entre aqueles que atuam junto aos residentes do primeiro ano (R1) e aqueles que atuam junto aos de segundo ano (R2).

No segundo ano do Currículo Integrado são desenvolvidos, pelos residentes e facilitadores, exercícios em forma de projeto que propõe a implantação, expansão ou fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família, Estratégia de Saúde Bucal e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (ESF/ESB/NASF) em municípios de pequeno e médio porte no entorno de Porto Alegre, sendo sobre esta experiência que iremos propor algumas reflexões sobre o processo pedagógico.

Pretendemos, ao olhar o processo pedagógico proposto, identificar as linhas de atuação do facilitador e buscar evidenciar alguns resultados da construção do conhecimento. O trabalho principal da facilitação é mediar o trabalho do grupo, não ser um transmissor de conteúdos, mas estimular a curiosidade, exercitar a pergunta, o questionamento, ou seja, a problematização (DIERCKS *et al*, 2010). O CI propõe outros modos de aprender e ensinar, orientado pela problematização da realidade e que busca processos críticos-reflexivos para sua compreensão e construção de sínteses.

Uma consideração importante sobre a constituição do facilitador de aprendizagem é ser um profissional da saúde, que se insere em processos formativos de si e de outros, que ocorrem simultaneamente. Ou seja, são profissionais que se forjam na perspectiva do ensino da saúde em serviço e que estão, de alguma maneira, inseridos e produzindo os modos como se aprende a trabalhar em saúde, a cuidar da população, a pensar e agir em prol de processos democráticos e participativos para o fortalecimento do SUS. Aqui, tem-se uma ação antidicotômica entre saúde e educação e que pode ser um analisador para pensar/providenciar a Educação Permanente em saúde, como sugere Ceccim (2005), na superação da concepção educativa hegemônica tradicional para uma concepção construtivista.

Este texto será composto por três momentos: primeiramente, serão apresentados alguns pontos de destaque na trajetória da formação do facilitador, tendo um duplo sentido, pois ao mesmo tempo se descreverá algumas situações chave desta construção. Após, será feita uma narrativa do processo pedagógico da atividade proposta no Currículo Integrado

no segundo ano das Residências. Por fim, traremos alguns resultados encontrados no desenvolvimento dessa atividade.

OLHANDO AO REDOR...

Considerando o método cartográfico utilizado na pesquisa, que se distingue do método da ciência moderna, “pois não visa isolar o objeto de suas articulações históricas nem de suas conexões com o mundo” (BARROS, 2010, p.57), descreveremos a chegada à experiência de se tornar um facilitador de aprendizagem no contexto do SSC/GHC.

A formação de uma facilitadora, no cenário do SSC, está intimamente relacionada ao fazer na atenção à saúde. De maneiras distintas, os cenários da atenção e/ou do ensino fomentam a atuação como facilitadora e as escolhas feitas durante esse percurso falam dos contextos, ora potentes para a atuação como facilitadora, ora completamente frágeis.

Ao receber o convite para compor o grupo de facilitadores, o primeiro passo é sentir-se instigado e provocado a uma nova atuação. A partir daí, faz-se necessária uma mediação com a equipe da unidade de saúde, para que aceite o afastamento do colega das atividades de assistência por um turno; assim, as equipes necessitam estar abertas a esta possibilidade e comprometidas com o processo educativo no SSC/GHC.

O facilitador é convocado a descobrir espaços, estruturas e processos dentro da instituição. O CI desenvolvia-se, até 2013, no Núcleo de Educação em Saúde (NES); naquela sala acolhedora havia muitos livros, documentos, computadores, arquivos e uma mesa redonda, com materiais de escritório em cima, tudo isso em mais ou menos 5 por 3 metros. É um espaço de muita informação, cartazes com salas dos pequenos grupos, cronogramas, telefones e ramais, fotos das pessoas que ali circulavam, frases de Paulo Freire, imãs de geladeiras nos arquivos, imagens de Frida Kahlo, poesias, lembrancinhas dos lugares por onde as pessoas passavam/visitavam, mandalas, livros, muitos livros. Além da estrutura acolhedora, também nas relações estabelecidas havia certa leveza; a seriedade, geralmente sisuda da educação formal, não encontrava espaço para ser naquele coletivo. Muita informação a ser repassada e questões importantes a serem discutidas (a centralidade do processo pedagógico no residente, as ancoragens na Metodologia da

Problematização e na Aprendizagem por Problemas - PBL, por exemplo), porém o processo tem sido estimulado pela via da afetividade, do estar junto e do respeito aos tempos de cada um. Essas foram as primeiras impressões, na chegada ao CI como facilitadora, o lugar de construir coletivamente esse papel no processo pedagógico das residências.

A facilitação dos pequenos grupos se dá, preferencialmente, em duplas. Há uma lógica de formação para os profissionais facilitadores, um espaço para aprender com e no trabalho, um espaço com, pelo menos dois objetivos: expor os residentes ao exercício do diálogo, da problematização e da formação de consensos através da construção de um projeto; e ser um espaço de formação para os trabalhadores do SSC, através do exercício da facilitação dos processos de aprendizagem dos pequenos grupos e das discussões formativas entre os facilitadores.

No desenrolar da experiência, percebem-se contradições em relação às expectativas de uma profissional de saúde e de uma facilitadora. A primeira, é aquela que é acionada quando necessita de resposta, tanto pelo usuário, que vem a uma “consulta”, quanto pelo colega, que busca a retaguarda que esta estabelece com o processo de acolhimento, ou pelo agente comunitário de saúde, que está com dificuldades para orientar a medicação para tal usuário, ou pela equipe de enfermagem, que aciona para resolver uma situação. A outra, é que a facilitadora de aprendizagem é quem responde às perguntas com outra pergunta, ou aquela que amplia as questões, aquela que coloca o residente dentro do labirinto para encontrar a resposta, para este perceber que a dúvida mudou. Enfim, são dois referenciais de postura pedagógica, que habitam o encontro/intersecção interdisciplinar.

Desconsiderando as diferenças estruturais das cenas e dos propósitos de uma situação da atenção à saúde e outra do ensino em saúde, no caso a facilitação do CI, e sem avançar nas narrativas no/do espaço da atenção à saúde, inquieta-nos as diferenciações percebidas entre estas duas racionalidades. Pasini (2010) faz uma discussão sobre o exercício de poder da racionalidade biomédica no saber prático cotidiano dos serviços de saúde. Este tem grande influência ao colar-se em respostas prontas e fechadas, verdades sobre aquela situação, seja ela o corpo de um usuário, ou a constituição de algum processo de trabalho. A autora vai relacionar este modo de ensinar e aprender como uma representação (re-apresentação) que

está marcada pelo modelo platônico de apropriação do mundo, tomando o sujeito pensante como aquele, submetido à lógica da representação. Nesta lógica, estamos fadados a sermos sempre os mesmos, e o conhecimento, a perpetuar-se como tijolos e muros, bem cimentados pelas mesmas respostas. Nesse sentido, a passagem pela experiência de facilitadora reflete na profissional, ao mesmo tempo em que potencializa sua ação transformadora da realidade da assistência, construindo pontes a partir de outros modelos de atenção.

No decorrer da experiência, estamos expostos às fragilidades institucionais frente à execução desse fazer do ensino no serviço. Sejam de ordem estrutural, como a falta de salas adequadas, de infraestrutura de apoio, seja na manutenção das duplas em termos de pessoal para a facilitação ou da presença do trabalhador na assistência, sendo que nem sempre os acordos conseguem ser mantidos, dada a natureza assistencial do serviço, considerado prioridade em relação aos processos educativos.

Essas fragilidades, que constituem as relações institucionais, podem ser sentidas como algo pessoal da figura do facilitador, paralisando sua ação e trazendo consequência para seu processo formativo. Sensação de frustração, de sobrecarga e de insatisfação com o trabalho são sentimentos compartilhados entre o grupo de facilitadores. No entanto, há que se ter outras leituras sobre este “mal-estar”, pois eles fazem parte das tensões que constituem um fazer neste lugar que toma contornos entre a saúde e a educação, entre a natureza assistencial dos serviços e as articulações com o processo de ensino-aprendizagem e suas consequências. O sentimento de culpa e de sobrecarga precisa ser diminuído e é preciso criar condições para a construção de compromisso mútuo entre facilitador/profissional e as equipes, pois a mesma instituição que assume sua natureza assistencial, também deseja que seus trabalhadores envolvam-se em processos formativos que fazem parte de suas finalidades, expressas na missão institucional.

Fajardo (2010) reflete sobre o incômodo compreendido no descompasso entre o que está prescrito para o trabalho no campo da Saúde e o esperado no cotidiano de uma instituição tão múltipla, como o GHC. Para a autora,

“a cultura do trabalho em saúde não prevê a interação com o ensino e a pesquisa, pois prevalece na nossa memória o professor universitário e o pesquisador cientista, como contraposição ao trabalhador em inter-relação direta com um paciente ou com usuários individuais ou coletivos das ações e dos serviços sanitários” (p.197).

Neste sentido, somos convocados a produzirmo-nos numa perspectiva da cogestão dos processos de ensino em serviço, pois desta interface emergem fazeres que antes não existiam. O compromisso que é estar em contato com a formação amplia o saber e o fazer do profissional que, neste interstício, se forja e remete à necessidade de maiores conversações entre os espaços, que constituem a gestão dos serviços e do ensino, criando um movimento permanente de construção e reconstrução das práticas, através do desvelamento dos nós críticos e na negociação das possíveis resoluções.

CONSTITUINDO O PROJETO

No segundo ano das Residências em estudo, no dispositivo pedagógico CI, os residentes e os facilitadores desenvolvem um exercício que visa propor um projeto para um município, no sentido de implantar, expandir e/ou fortalecer a Atenção Primária, a partir das Estratégias de Saúde da Família, Estratégia de Saúde Bucal e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (ESF/ESB/NASF).

O planejamento das atividades de cada semestre se organiza a partir dos resultados obtidos no semestre anterior, sustentado por avaliações de processos pedagógicos feitas com os residentes. Estas avaliações são compostas por questões relativas à metodologia do desenvolvimento da atividade, à motivação dos atores deste processo quanto à contribuição desta construção para o desenvolvimento de saberes interdisciplinares, auto-avaliação, avaliação do processo do grupo e do desenvolvimento dos facilitadores. O planejamento está aliado a um compromisso dialógico com os que fortalecem o espaço e, na medida do possível, buscamos integrar elementos sugeridos nos semestres seguintes.

A cada quadrimestre, temos, em média, turmas de 25 residentes de distintas categorias profissionais, que são divididos em pequenos grupos, que variam conforme a disponibilidade de facilitadores. O critério para a divisão dos pequenos grupos é multiprofissionalidade - composição de distintas categorias - e a diversidade entre as Unidades de Saúde onde desenvolvem sua Residência dentre as doze do SSC. Este item é importante para relacionar com uma provocação intencional feita pela proposta pedagógica: constituir equipes de trabalho diferentes daquelas com as quais os residentes estão acostumados a trabalhar no cotidiano dos dois anos de residência.

Sendo a proposta pedagógica um convite à composição de conhecimentos interdisciplinares, ao experimentar saberes, práticas e políticas de gestão em saúde com ênfase na Atenção Primária e Gestão de Redes de Saúde, o grupo constitui uma nova equipe de trabalho e, aqui, se percebe o exercício de colocar-se aberto ao novo, ao relacionar-se com os “desconhecidos” e enfrentar o desafio de constituir, neste agregado de pessoas, uma equipe de trabalho, o que mais adiante será uma necessidade do mundo pós- formação.

O Currículo Integrado tem se apoiado em algumas referências metodológicas progressistas, como a Aprendizagem Baseada em Problemas, Problematização, Método do Arco e bases freireanas e aqui não vamos nos deter em diferenciar e aproximar estes caminhos metodológicos, mas serão, sim, referenciadas como metodologia ativa de aprendizagem, apontando como pontos comuns entre as metodologias a centralidade do protagonismo do educando, a crítica ao modo expositivo e bancário das metodologias tradicionais e a busca do conhecimento através de pesquisa e investigação que tragam respostas às problematizações do grupo. Neste sentido, Mitre *et al* (2008) nos ajudam a pensar que

“(...) as abordagens pedagógicas progressivas de ensino-aprendizagem vêm sendo construídas e implicam formar profissionais como sujeitos sociais com competências éticas, políticas e técnicas e dotados de conhecimento, raciocínio, crítica, responsabilidade e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades” (p.2135).

Em média, contamos com dezessete ou dezoito encontros para a construção do projeto, com a duração de três horas cada um. O grupo de facilitadoras organiza o cronograma, baseado em quatro grandes momentos: encontros em grande grupo, para discutir temas chaves da temática de gestão da APS; escolha do município e pesquisa em dados secundários; visita de campo ao município, incluindo seu planejamento; levantamento de problemas, decisões sobre o projeto - elaboração do projeto e de sua apresentação para o grande grupo e gestores municipais sempre convidados.

O início

No início dos trabalhos, realizamos o encontro para nos reconhecermos como atores deste processo pedagógico. Aproximando-nos, com uma dinâmica de apresentação entre os participantes, propusemos, também, a proposta do exercício do semestre, as ancoragens metodológicas com os conteúdos e referências que vão preencher a mala desta viagem. Compartilhamos os aspectos mais significativos da avaliação de processo do último semestre com a turma anterior, composto por falas de cunho geral, singulares e particulares sobre a experiência vivida pelos residentes.

A partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), trabalhamos os temas transversais para a realização do projeto: Redes Integradas de Saúde, Educação Permanente, Apoio Matricial/Apoio Institucional e Financiamento do SUS. Os encontros iniciais são oportunidades de (re) conhecer os aprendizados vivenciados durante a residência no cotidiano do trabalho na atenção. Sendo a formação multiprofissional, é fato que diferentes conteúdos são trabalhados, de diferentes formatos e perspectivas, dependendo do núcleo profissional que o estuda ou, ainda, se é um estudo a partir da vivência ou da teoria. Esse primeiro momento, de cunho mais teórico, é importante para aprofundar conhecimentos, trazer elementos novos para a discussão e provocar o pensamento em relação ao processo de gestão no município que será estudado.

A escolha do município

O exercício propõe que essa escolha aconteça a partir de três critérios: municípios de até 120 mil habitantes, com no máximo 30% de cobertura de ESF e ser relativamente próximo a Porto Alegre, para a realização de uma visita. Utilizamos um documento da Secretaria Estadual de Saúde/RS, que normatiza os projetos de implantação da ESF, adaptado ao processo pedagógico, como um instrumento balizador da elaboração do projeto. Cabe aos grupos escolher os municípios: e quais seriam os demais critérios possíveis? Elementos como a conjuntura política local dos municípios; egressos das Residências que estão atuando nos municípios e podem ser acionados para fazer essa articulação; reflexões produzidas nos encontros com as informações disponibilizadas em plataformas virtuais, mediados pela teoria e pela prática de trabalho são elementos que conformam os critérios construídos pelo próprio grupo para desenvolver o exercício. Ainda outras questões, mais afetivas, como ser a cidade natal de alguém do grupo, ter alguma relevância cultural e/ou gastronômica, entre outras questões, fazem parte da rede de escuta/conversação exercida que compõe a construção da grupalidade. O facilitador, neste movimento, incentiva o grupo a descobrir os caminhos da informação, exercitando a capacidade de busca, a curiosidade na formulação da pesquisa e a potência para transformar dados “frios” em informação em saúde.

Os principais caminhos de pesquisa são bancos e plataformas, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (www.ibge.gov.br), Datasus (www.datasus.gov.br), Sala de Apoio à Gestão Estratégica (<http://189.28.128.178/sage/>), Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (www.cnes.datasus.gov.br), entre outros. As páginas virtuais dos municípios a serem estudados também são fontes de pesquisa, principalmente sobre dados culturais.

Realizada a escolha da cidade, é feito o contato com o gestor municipal e apresentada a proposta do projeto. Feitas as combinações de objetivo, data/hora e referências para a visita, temos uma primeira etapa concluída.

Até aqui já temos, pelo menos, dois processos disparados. O primeiro deles é a escrita do projeto. A iniciação da escrita acontece quando os dados

pesquisados transformam-se em um projeto estruturado em introdução, objetivos, justificativa, desenvolvimento, avaliação e resultados esperados.

O outro processo disparado é o planejamento do exercício/projeto. Ao realizar a pesquisa sobre a condição sanitária (em um conceito amplo) do município “X”, algumas conclusões provisórias vão tomando corpo e preparando uma primeira aproximação.

Visita ao município

Ao obter a decisão do gestor de receber o grupo em seu município, iniciamos o planejamento da visita de campo; a partir da discussão do grupo sobre “o que queremos” da gestão, é importante aprimorar o diagnóstico, a partir dos dados secundários disponíveis, encontrando o lugar em que a dúvida habita e buscando a integralidade na construção de uma proposta. Como integralidade, entendemos a busca das partes e a formação do todo necessário para a composição do exercício/projeto. Há chuvas de perguntas: o que queremos saber? O que precisamos saber para construir uma proposta de qualificação, expansão ou implantação da ESF/ESB/NASF? Uma característica que marca este momento são as perguntas por núcleos profissionais: a farmacêutica quer saber sobre a assistência farmacêutica; a enfermeira quer saber se existe protocolo de enfermagem; a médica quer saber onde é o laboratório de referência; o dentista quer saber sobre o processo de trabalho na saúde bucal; a nutricionista quer saber o que ela faz na atenção à saúde; a psicóloga quer conhecer os serviços de saúde mental; a facilitadora vai sugerir alguns sites de busca para o grupo, vai provocar o debate sobre as informações obtidas e a compreensão da realidade. O objetivo, aqui, é transformar dados, informações em conhecimento coletivo. A troca é intensa, pois cada um busca uma identificação de núcleo, construindo um conhecimento de campo onde os saberes se inter cruzam; podemos dizer que construímos um aprendizado multiprofissional. Buscaremos observar a inter/transdisciplinaridade desta produção de conhecimento no próximo item. As visitas são marcadas com o objetivo de conversar com os gestores e trabalhadores da atenção básica, bem como conhecer os principais serviços de APS e serviços da rede disponíveis (ESF, UBS, CAPS, Ambulatórios etc.); entender algumas questões que compõem o fazer da interface gestão/

atenção primária, como as lógicas de acesso nos territórios, o modelo de saúde proposto pelo gestor e controle social, o financiamento, a organização dos serviços de saúde, entre outros. Aqui são fontes de pesquisa documentos oficiais do município, como o Plano Municipal de Saúde, as respostas às questões e as cenas vivenciadas durante a visita.

Construções dos problemas

Acreditamos que esta separação entre os tópicos, criados para designar “passos” deste exercício pedagógico, marca, pelo menos, dois objetos de reflexão. O primeiro deles é buscar nas definições de Perrenoud (2002) sobre o refletir na ação e o refletir sobre a ação para pensar esta passagem, que tem mais continuidade do que distinção. No momento intitulado “A visita”, o grupo exercita sua capacidade de refletir para agir, planejando e executando-a, fazendo o exercício de prática reflexiva, “entendida como uma reflexão sobre a situação, dos objetivos, dos meios, do lugar, das operações envolvidas, dos resultados provisórios, da evolução previsível do sistema de ação (PERRENOUD, 2002, p.30).”

A partir de agora, o exercício propõe o reconhecimento dos problemas e a definição de propostas para o conjunto de trabalhadores da atenção, gestão e controle social deste município. O planejamento das ações requer reflexão sobre o diagnóstico prévio e a visita ao município, “a fim de compreender, aprender e integrar o que aconteceu” (PERRENOUD, 2002, p.31).

O segundo objeto reflexivo é o que Mitre *et al* (2008) chamam de processo de ruptura, que está a acontecer pós-visita,

“(...) instaura-se a partir do surgimento de novos desafios, os quais deverão ser trabalhados pela análise crítica, levando o aprendiz a ultrapassar as suas vivências – conceitos prévios, sínteses anteriores e outros –, tensão que acaba por possibilitar a ampliação de suas possibilidades de conhecimento.” (p.2136)

Um dos desafios é a produção do processo de grupo constituir-se como potente para ampliar os horizontes na construção coletiva de conhecimento. Os debates sobre a constituição dos problemas é o espaço privilegiado para

o reconhecimento dos integrantes do grupo e criação de vínculos de trabalho cooperativo. Os grupos utilizam-se de diferentes estratégias para construir a rede de problemas/objetivos dos seus planos para, então, definir quais os objetivos do seu projeto (Implantar? Expandir? Qualificar?).

Após a realização da visita, produzimos uma rodada avaliativa, levantando os principais nós críticos e também as potencialidades, que serão ferramentas para dar continuidade à proposta do grupo para a atenção primária no município. Aqui, resgatamos a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) como trilha na construção da proposta; a constituição das equipes, a organização dos serviços de ESF/ESB/NASF, os processos de educação permanente, a forma de contratação dessas equipes e o arranjo do apoio matricial são algumas temáticas que estão colocadas no exercício de projeção. Em especial, se dá o processo de problematização da realidade; após, o confronto entre o que pesquisamos e o cotidiano percebido na visita. O grupo se pergunta: como disparar estes processos a partir das potencialidades e dificuldades que a gestão apresenta? As ideias pré-concebidas, antes da visita, foram desconstruídas e agora temos um novo olhar coletivo se formando, menos ingênuo, mais próximo dessa realidade.

A facilitação, nesse momento, requer a sensibilidade da construção das perguntas. O facilitador deve estar atento aos debates principais, às contradições existentes no grupo e ser capaz de evidenciá-las para provocar a reflexão. Nesse momento, sempre os facilitadores dos grupos mantêm um encontro semanal. A troca entre os facilitadores é fundamental para a qualificação da problematização. Esse também é o caminho para que a formação do facilitador se dê em ato e coletivamente, no processo pedagógico entre os residentes e entre os seus pares - os demais facilitadores.

Conseguindo visualizar os objetivos do projeto, o grupo parte para a construção dos caminhos, para que este objetivo ganhe movimento na realidade. Quais processos precisam ser ativados para que a organização dos serviços seja baseada no reconhecimento dos territórios, com a produção e leitura dos dados epidemiológicos? Para que as equipes aumentem sua capacidade de aprender pelo trabalho, como os processos de educação permanente podem ser disparados? Como garantir a fixação dos profissionais na ESF, a fim de garantir vínculo e continuidade do cuidado, quais os caminhos possíveis para a contratação dos profissionais?

Geralmente, os grupos dividem-se em duplas ou trios para realizar as pesquisas sobre essas questões e outras para que, na continuidade do processo das pesquisas, sejam compartilhadas com todos. A decisão sobre o plano de ação volta para o grupo, após apresentação e debate sobre os estudos que cada dupla realizou. Ao traçar o plano de ação, o grupo é convocado a pensar nos resultados esperados e em como/por quem estes processos serão avaliados. As pesquisas compartmentadas têm como objetivo dar dinamicidade ao processo educativo. A característica da metodologia proposta dialoga com a necessidade do residente/educando assumir um papel mais ativo na construção do seu itinerário formativo, produzindo relações desestabilizadoras no concerto escolar hegemônico (FEUERWEKER *apud* MITRE *et al*, 2008).

SABERES CONSTRUÍDOS

Foram analisados dez projetos feitos pelos pequenos grupos de residentes ao longo de quatro anos (2009 a 2012), com o objetivo de relacionar os objetivos (principal e específicos) às justificativas e aos resultados esperados. Esta análise visa reconhecer o caminho que os grupos traçaram para construir o projeto e que, conseqüentemente, apontam para os conhecimentos construídos durante a residência. Os municípios analisados foram: Carlos Barbosa, Esteio, Flores da Cunha, Garibaldi, Glorinha, Harmonia, Ivoti, Montenegro, Nova Santa Rita, Santo Antônio da Patrulha, Sapucaia do Sul e Sentinela do Sul.

A análise sugere que as propostas apresentadas e os modos de planejamento e execução das mesmas têm um objetivo concomitante aos já esperados (implantação, expansão ou qualificação da APS pela ESF), que é a mudança de modelo tecnoassistencial de saúde vigente. Esta clareza é possível de ser visualizada nas justificativas dos projetos, quando são colocados em texto e em debate o arcabouço teórico/filosófico da Atenção Primária em Saúde, as pesquisas já realizadas, que descrevem os benefícios deste modelo, comparando ao modelo tradicional de especialidades e desterritorializados e, principalmente, quando destacam que o modo de construção da relação gestão e atenção à saúde parte de uma construção dialógica, argumentativa,

focada na construção da longitudinalidade e no vínculo entre população e trabalhadores, para melhoria da qualidade de vida.

Como analisadores da construção de conhecimento durante o exercício, descrevemos três categorias, que foram pensadas a partir dos objetivos específicos e das mudanças desejadas e que dão algumas pistas de como realizar mudanças no modelo de atenção à saúde.

A primeira categoria é “Processo de Trabalho”, considerando alguns elementos contidos na Política Nacional de Humanização (PNH), referência na construção de sujeitos trabalhadores, gestores e usuários implicados com os processos de produção de saúde e que sinaliza que os elementos que fazem parte da organização dos serviços de saúde (planejamento, avaliação, decisão de processos) devam confluir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde (BRASIL, 2004). A PNH se utiliza de estratégias, para ser elemento transversalizador na construção do SUS, as quais podem ser encontradas nos projetos e que pretendem estar na interface gestão/atenção, tais como:

- no eixo da gestão do trabalho: gestão compartilhada ou cogestão das equipes da atenção básica e da gestão da Estratégia de Saúde da Família, com valorização do profissional que está atuando na atenção, para compor os espaços de planejamento e decisão perante o desenvolvimento de ações de saúde nas equipes e nos territórios. Composição de gestão colegiada para realizar a gestão municipal da atenção básica/ESF.
- no eixo da atenção à saúde: o conceito de acolhimento aparece como estratégia de reconhecimento do paciente/usuário, protagonista do seu discurso e prática acerca de sua saúde. Principalmente, aparece como modos de qualificação do acesso às equipes de saúde e ampliação da integralidade.

A segunda categoria é denominada “Educação no Trabalho no SUS”, com o termo cunhado por Ceccim e Feuerweker (2004) para pensar o conceito de caixa de ferramentas “que permita a análise crítica da educação que temos feito no setor da saúde e a construção de caminhos desafiadores” (p.41). Esse termo destaca-se nas análises dos projetos, porque valoriza a dimensão educativa na construção do SUS e dos seus elementos constituintes, controle social, atenção, gestão e educação. Esta é uma categoria que se mescla com a PNH quando, nos

dados produzidos pelos grupos, a educação aparece como forma de estratégia, que valoriza a capacidade pedagógica dos serviços e que propõe a educação permanente como possibilidade para tal necessidade, assim como sejam realizadas parcerias entre gestão municipal e instituições de ensino, para ofertar cursos ou extensões para os profissionais da rede de saúde. O controle social também é espaço estratégico na construção de modelo de saúde, por ser espaço de conflitos de interesses, de diálogos entre os atores sociais participantes e de construção de consensos possíveis acerca das políticas de saúde do município. Ora este espaço aparece de forma a ser construído para cumprimento do princípio da Participação Social no SUS, ora aparece como um espaço legítimo para decisão sobre a implantação ou expansão da ESF.

A terceira categoria é denominada “Síntese de Conhecimentos”. Os projetos apresentam estratégias de mudança de modelo, que envolvem entender que os conhecimentos construídos ao longo das Residências estão sendo novamente acionados no desenvolvimento do projeto. A estratégia do monitoramento e avaliação das ações de saúde propostas pela ESF aponta o olhar para as coletividades de determinado território, fazendo uma ampliação dos elementos que constituem o processo de conhecimento do território e ferramentas para o planejamento das ações de saúde. Esta é uma vivência que os residentes realizam durante os dois anos da formação, nas Unidades de Saúde onde estão alocados. O sistema de informação disponibilizado pelo SSC permite que, ao final de cada mês, tenhamos um retrato do quadro epidemiológico das populações e do serviço, o que pode dar pistas para a avaliação do processo de trabalho junto às ações programáticas executadas pelas equipes. Outro indicador de sínteses é a presença em texto e nos debates dos temas trabalhados durante o Currículo Integrado, no primeiro ano das Residências. Nas justificativas e nas ações propostas aparecem fundamentos e entendimentos importantes sobre os princípios e atributos da APS, reconhecimento do território (estimativa rápida, diagnóstico de comunidade) e a educação popular em saúde.

CONCLUSÃO

Compor esse “entre”, muitas vezes, foi tarefa desacomodadora e foi constituindo tensões que falam da composição de uma identidade que

remetia (e remete) aos espaços dos bancos escolares. Lá, aos professores, cabia a palavra e a transmissão do conhecimento; aos alunos, o medo com as provas e as notas. Estas memórias foram ressignificadas ao longo da trilha do Currículo Integrado. A construção de um profissional que transita entre referenciais diferentes, no caso educação e saúde, convoca para outra atuação nas equipes e na instituição. O trabalho com ensino ainda é tensionado pela cultura do trabalho em saúde, centrada na assistência. Ao mesmo passo, compor este espaço desloca a atuação do profissional para além da atenção, pensando a saúde como integração entre gestão-atenção-formação e participação popular.

Esta aproximação/integração está no nascimento do CI, como foi apontado na introdução do capítulo, e também pode ser visualizada no processo de construção do conhecimento, quando, para qualificar a APS em determinado município, se faz necessário integrar as dimensões do SUS. A estratégia principal para o desenvolvimento dos projetos fala de um elemento que dá condições para a escrita e a construção do processo grupal existir: o diálogo. É com ele que o grupo descobre as dificuldades para a mudança no modelo de saúde; é o diálogo e seu processo de se colocar e escutar o outro que dá condições para a construção do conhecimento interdisciplinar e, conseqüentemente, aproxima o grupo de sua ação protagonista no desenvolvimento das etapas envolvidas na construção do projeto. O exercício de construção coletiva e de consensos necessários promove o conhecimento construído horizontalmente, por vezes também gerador de conflitos e contradições entre concepções e projetos.

A dimensão dialógica também está presente nas avaliações de processo do CI, principalmente, nesse papel de facilitador de aprendizagem, um papel de instigar o diálogo, de problematizar e mediar conflitos e tensões, que estão dados nas relações dos grupos, nos encontros coletivos.

Acreditamos que o fato de o CI ancorar sua metodologia nas aprendizagens ativas, nas quais os educandos e facilitadores protagonizam suas aprendizagens e fundar o processo grupal, no diálogo e na construção coletiva, cria condições para os profissionais refletirem e planejarem seu fazer profissional, também baseados nestes pressupostos.

REFERÊNCIAS

- BARROS LP de; KASTRUPV. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS E; KASTRUP V; ESCÓSSIA L da (Orgs.). *Pistas do método da cartografia*. Porto Alegre: Sulina, 2010.
- BERBEL NAN. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v.2, n. 2, p.139-154, 1998.
- BRASIL, 2004. *Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador como prática de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, 2012. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- CAMPOS GW de S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p.219-230, 2000.
- CECCIM RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação* 9 (16):161-77, set/2004fev/2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>> Acesso em: 12 abr. 2013.
- CECCIM RB. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: *Cuidado, as fronteiras da integralidade*. PINHEIRO R; MATTOS RA de (Orgs). Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2006.
- CECCIM RB; CARVALHO YM de. Ensino da Saúde como projeto de integralidade: a educação dos profissionais de saúde. In: *Ensinar Saúde: a Integralidade do SUS nos cursos de graduação da saúde*. PINHEIRO R; CECCIM RB; MATTOS RA de (Orgs). Rio de Janeiro: ABRASCO, 2005.
- CECCIM RB; FEUERWERKER LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.
- DIERCKS MS; PEKELMAN R; MEDEIROS RHA de et alii. O currículo integrado como estratégia de formação teórica em atenção primária à saúde para residentes dos programas de saúde da família e comunidade. In: FAJARDO AP; ROCHA CMF; PASINI VL (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.
- FAJARDO AP; CECCIM RB. O trabalho da preceptoría nos tempos de residência em área profissional da saúde. In: FAJARDO AP; ROCHA, CMF; PASINI VL (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

MAMEDE S; PENAFORTE J (Orgs.). *Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional*. Fortaleza: Hucitec / Escola de Saúde Pública do Ceará, 2001.

MEDEIROS RHA de. O que é demandado como integralidade na formação do profissional da área da saúde? In: FAJARDO AP; ROCHA CMF; PASINI VL (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

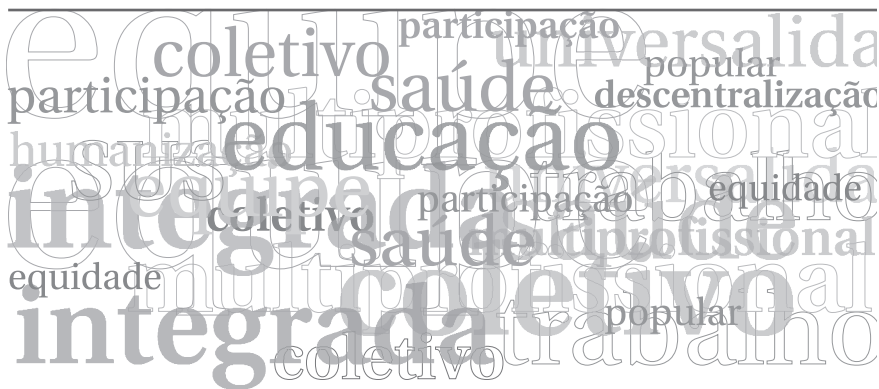
MITRE SM; SIQUEIRA-BATISTA R; GIRARDI-DE-MENDONÇA JM; MORAIS-PINTO NM de et alii. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, Supl. 2, p.2133-2144, 2008.

PASINIVL; GUARESCHI NM de F. Problematizando a produção de saberes para a invenção de fazeres em saúde. In: FAJARDO AP; ROCHA CMF; PASINI VL (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

PEKELMAN R. *A construção da interdisciplinaridade na atenção primária à saúde através da experiência do Currículo Integrado*. Trabalho de Conclusão de Especialização UFRGS, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000760035&loc=2010&l=b500fc663f988034>> Acesso em: 28 jul. 2014.

PERRENOUD P. *A prática reflexiva no ofício de professor: profissionalização e razão pedagógica*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SOUZA AC de. *A formação de si e o processo de construção de conhecimento: análise da experiência do Currículo Integrado*. Trabalho de Conclusão de Especialização. UFRGS, 2013. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000892960&loc=2013&l=f85f868b01c057ad>> Acesso em: 28 jul. 2014.



ABRAM-SE AS CORTINAS: A BUSCA PELA INTEGRALIDADE NA ÊNFASE EM ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DA RIS/GHC

Malviluci Campos Pereira

Daniela Dallegrave

APRESENTAÇÃO

Este texto apresenta o relato da vivência da primeira autora no cotidiano da Residência Multiprofissional em Saúde. Ao descrever os elementos que compõem esta história, a partir da experiência vivida, procura-se refletir a respeito das necessidades e das possibilidades desta formação, tendo como referencial o princípio da integralidade. A organização deste relato faz referência a elementos de uma peça teatral; com isso, busca-se apresentar a experiência como representativa da realidade atual desta formação.

A proposta do texto surgiu após a realização de uma aula sobre integralidade e multidisciplinaridade na ênfase de Onco-hematologia (OH) do Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), ministrada pela primeira autora, no ano de 2012. Nesta aula, de que participaram alguns residentes e uma preceptora, foi observada a realidade momentânea da formação atual, fato que possibilitou

traçar semelhanças e diferenças entre os momentos da aula e a experiência vivida na primeira turma, em 2009, quando a ênfase foi instituída.

Por meio da metodologia de relato de experiência, pretendeu-se articular as vivências dentro da RIS/GHC com o contexto da formação na área da saúde. Os elementos presentes na cena e que ajudam a pensar a questão de estudo são trazidos ao texto a partir desta vivência. Para isto, são utilizadas anotações pessoais, relatórios do percurso como residente e questões observadas na turma de 2012 da ênfase OH do programa, a partir do seminário ministrado.

Para fins deste texto, a experiência será tomada a partir de Larrosa (2002), o qual a refere como algo que nos toca, que afeta, que produz receptividade, capacidade de formação e transformação. A narrativa de si é utilizada como subsídio para a reflexão sobre o tema, considerando, como apontam Gomes e Mendonça (2002), a experiência vivida como essencialmente privada, sendo que o narrador comunica sobre a sua significação para ela. Ressalta-se que este relato parte de visão pessoal, organizada a partir de um processo coletivo, que refere-se tanto à experiência e reflexão durante a formação como residente, quanto ao surgimento de questões instigadoras no seminário motivador da escrita.

Como questão que ajuda a pensar os temas propostos, costura-se este texto com a reflexão sobre o quanto a Residência Multiprofissional em Saúde dialoga com o princípio da integralidade da atenção no processo de formação de profissionais para o SUS. A discussão do tema proposto aparece como possibilidade de contribuição para as pesquisas sobre residências em saúde, com o intuito de divulgar e dar força a modelos de formação que partem de práticas transformadoras baseadas na integralidade.

PRIMEIRO ATO: O CONTEXTO

O termo integralidade deriva de “atendimento integral”, uma das três diretrizes organizacionais do Sistema Único de Saúde (SUS) - juntamente com a descentralização e a participação da comunidade, previstas na Constituição de 1988 - e é entendido como um conjunto de ações de saúde necessárias, para cada caso, nos diversos níveis de complexidade (BRASIL, 1988). Entretanto, a integralidade também é entendida para além da diretriz

do sistema de saúde brasileiro, considerando a complexidade que este termo carrega nas ações em saúde, isto é, abordando questões relacionadas à prática profissional, à organização destas práticas e das políticas em saúde, como refere Mattos (2006).

Toma-se como referencial para esta escrita os textos de Tesser e Luz (2008) e Mattos (2006), os quais se referem às ações baseadas na integralidade como guiadas por uma visão abrangente, considerando as necessidades dos sujeitos e seu contexto biopsicossocial, neste caso, incorporando as diversas dimensões de vida e de atenção, integrando prevenção e assistência e, também, o trabalho multiprofissional. Em relação ao agir individual, Mattos (2006), considera a atenção baseada na integralidade como afirmação da abertura para o diálogo, de modo a estabelecer uma relação sujeito-sujeito. Para este autor, considerando a realidade atual do trabalho em saúde, há necessidade de redefinições da equipe de saúde, dos processos de trabalho e das políticas.

Ao tomar a integralidade da atenção também como princípio para a formação em saúde, segue-se na busca por um modelo educativo, baseado nas necessidades do usuário-trabalhador-aprendiz e sua relação com a organização do trabalho. A integralidade como eixo orientador da formação de profissionais de saúde é abordada por Araújo, Miranda e Brasil (2007) como promotora da reorganização dos serviços e da análise crítica dos processos de trabalho. Pinheiro e Ceccim (2006) referem-se a uma noção de integralidade porosa ao contexto da formação, para ser assumida nas práticas de ensino em saúde como “um pensamento ação, um processo de construção que envolve si mesmo, o outro e os entornos” (p.14). O campo de prática educativa necessita ser composto pela realidade de trabalho e seus problemas, ao invés de se inventar caminhos e práticas, desta forma legitimando o SUS como interlocutor na formação e não somente como mero campo de práticas (CECCIM; CARVALHO, 2006; CECCIM; FEUERWERKER, 2004). A prática de ensino irá produzir, desta maneira, conhecimento a respeito das necessidades de saúde e preparar para a ação na nossa realidade.

A formação em saúde, baseada na integralidade da atenção, mostra-se um desafio para a consolidação e reorganização da atenção e dos serviços, em consonância com os projetos do SUS. Para Araújo, Miranda e Brasil (2007), a transformação no processo de formação é um dos propulsores da

integralidade. Segundo estes, é preciso considerar o potencial do ensino na área da saúde como produtor de novas práticas, através da produção de conhecimentos baseados na realidade, na problematização das ações e no estímulo ao processo de reflexão dos profissionais atuantes nos serviços.

O modelo de ensino da Residência Multiprofissional em Saúde vem ao encontro de suprir as deficiências da formação na área da saúde, em contribuição para a integralidade da atenção. Contrapõe-se, aqui, a realidade da educação bancária nos processos de formação atual ao fato de que a Residência Multiprofissional é orientada pelos princípios do SUS e da Educação Permanente (BRASIL, 2009a). Para Ceccim (2010), a residência mostra-se como estratégia potencial para repensar o processo de formação e as ações em saúde.

A Residência Multiprofissional em Saúde possui, como princípios orientadores da prática: a aprendizagem pelo trabalho, a atuação em equipe e a integralidade da atenção. Apresenta-se como modalidade de pós-graduação multiprofissional, desenvolvida no ambiente de ação, fundamentada nos princípios do SUS (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2009a). Como principais objetivos da RIS, Martins *et al* (2010) apresentam a inserção de profissionais qualificados para trabalhar nas áreas prioritárias do SUS, qualificação da formação e contribuição para mudanças no cenário de assistência para o SUS.

A possibilidade de problematização das práticas permite ao residente/trabalhador perceber e discutir a complexidade dos acontecimentos no campo da saúde (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010). A presença contínua no serviço e as estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional por meio deste tipo de formação permitem o cruzamento de saberes e o desenvolvimento de novos perfis profissionais, mais adequados às necessidades atuais em saúde (CECCIM; FERLA, 2007). Para Alves da Silva e Caballero (2010), a formação do tipo Residência Multiprofissional tem potencial para propiciar a superação da segmentação do conhecimento e da atenção em saúde.

A formação na área da saúde ainda apresenta uma abordagem baseada no modelo biologicista, fato que coincide com a realidade do trabalho atual (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Os modelos de trabalho e formação necessitam de mudanças significativas na intenção de consolidação

dos princípios do Sistema Único de Saúde. Através deste relato, pretende-se abordar as Residências como proposta de formação de profissionais interessada em sustentar a atenção integral.

SEGUNDO ATO: A EXPERIÊNCIA

Apresenta-se, aqui, a experimentação, os improvisos, isto é, o modo como a ênfase em Oncologia e Hematologia da RIS/GHC foi tomando corpo e ocupando os lugares a ela destinados. A Residência vai, no decorrer do tempo, apresentando-se e constituindo-se a partir do trabalho dos profissionais envolvidos com a formação. A contextualização da proposta da RIS/GHC e os processos que antecederam o início da Ênfase em Onco-hematologia subsidiarão a reflexão da experiência vivida, com base na integralidade.

O Palco

A RIS/GHC, programa-estrutura que abriga esta experiência, inicia sua primeira turma em julho de 2004, através da Portaria nº109/04 do GHC, com a intencionalidade de uma formação pelo trabalho, crítico-reflexiva e em consonância com as propostas do SUS (BRASIL, 2009b). A proposta de formação do GHC, em relação à Residência, segue as mudanças esperadas para a formação na área da saúde. Para isto, tem como referenciais orientadores a integralidade, a humanização, o trabalho em equipe e a Educação Permanente, destacados como preceitos a serem trabalhados na consolidação do SUS. Propõe-se, com base nesta formação, a superação do modelo biomédico de atenção e a produção de novas práticas de atenção à saúde, através da atuação em equipe multiprofissional, dentro da rede de serviços, nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2009b).

O projeto da RIS/GHC prevê dois espaços de orientação; uma, técnica, no ambiente de trabalho e outra, docente, em sala de aula. A partir disto, conta com espaços para a prática no trabalho, a supervisão assistencial, atividades de reflexão teórica e orientação técnico-científica (BRASIL, 2004b). As atividades são divididas entre campo e núcleo, baseando-se em Campos (2000, p. 220), considerando o campo como “um

espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas” e o núcleo como a “identidade de uma área de saber e de prática profissional”. O tempo e o espaço para a oxigenação das práticas se dão através das trocas entre atores, em diferentes campos e núcleos de saberes, na atuação, nas aulas e nos espaços de supervisão.

ARIS/GHC é dividida em áreas de ênfase, cada uma correspondente a um determinado campo de conhecimento. As turmas de 2004 a 2008 contemplaram as seguintes ênfases: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva. Dentro do Projeto Político Pedagógico, a escolha das ênfases seguiu dois aspectos: a dimensão locorregional e a realidade situacional do GHC. Tais fatores buscaram contemplar as necessidades de saúde no SUS em contrapartida às necessidades de formação, considerando a constituição dos campos e das equipes dentro do GHC (BRASIL, 2009b).

O Programa de Residência Integrada Multiprofissional do GHC situa-se dentro de um importante complexo de atenção à saúde no sul do Brasil. O Grupo Hospitalar Conceição conta com uma diversificada rede de serviços, abrigando os diferentes níveis de atenção, sendo referência para atendimentos em diversas áreas no Estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2012b). Além disso, a instituição oferece formação para residentes médicos desde 1968 e foi certificada como Hospital de Ensino em 2004. Atualmente, através da Escola GHC, a cada ano, são oferecidas diversas vagas, em diferentes cursos de nível técnico e de pós-graduação, estágios, além das Residências Médica e Multiprofissional (BRASIL, 2012b; FAJARDO *et al*, 2010).

Os Ensaios

No ano de 2008, inicia o processo de elaboração de uma nova ênfase dentro da RIS/GHC. Acredita-se que a construção do projeto para a ênfase em Onco-Hematologia tenha ocorrido a partir do desejo de alguns profissionais de consolidar a prática multiprofissional e melhorar a assistência ao usuário. A criação desta ênfase segue as necessidades de formação para o SUS em relação às áreas apoiadas para a especialização em serviço e a proposta de trabalho multiprofissional e interdisciplinar

(BRASIL, 2004a). Além disso, o GHC mostra-se como um interessante campo de prática, pois além de abrigar todos os níveis de atenção, é um centro de referência em atendimentos na área de Onco-Hematologia para o estado do Rio Grande do Sul (BRASIL, 2012b).

Como especificidades para a criação de uma Residência em Onco-Hematologia, podemos considerar a significativa incidência de casos e mortes, a complexidade das situações e das necessidades dos indivíduos e das famílias, a necessidade de ação nos diversos níveis de atenção e a premissa pela prevenção (BRASIL, 2014; CESTARI; ZAGO, 2005; RÚMEM, 2009). Tais fatores são contemplados por Cestari e Zago (2005), quando referem-se à necessidade de investimento em ações comprometidas com a qualidade de vida nos diferentes níveis e, também, o trabalho a partir de modelos de atenção resolutivos às necessidades de saúde de indivíduos e de suas famílias. O investimento na formação multiprofissional, voltada para a integralidade na área da Onco-Hematologia, vai ao encontro de suas complexidades e do vasto campo de ações esperadas.

Em 2009, cria-se na RIS/GHC a ênfase em Oncologia e Hematologia (OH), como uma das primeiras propostas de qualificação multiprofissional para o trabalho nesta área de ênfase no Brasil. Outras propostas de formação neste campo não eram em caráter de Residência e nem tinham perfil multiprofissional. Algumas delas funcionavam como uma especialização uniprofissional em serviço, como no caso do Instituto Nacional do Câncer (INCA), que criou uma Residência Multiprofissional no campo da Oncologia somente em 2010 (BRASIL, 2012b).

A OH da RIS/GHC tem sua sede no Serviço de Hematologia e Oncologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição. O serviço que dá origem à ênfase é estruturado a partir de uma unidade de internação e de um ambulatório onde são atendidos exclusivamente usuários com acometimentos onco-hematológicos (BRASIL, 2008). Tal serviço conta com a participação de diversas áreas profissionais, em que a abordagem multiprofissional mostrava-se, de certa forma, uma prática já existente, fator essencial dentro da proposta da Residência Multiprofissional em Saúde.

As profissões que compõem a equipe multiprofissional deste serviço deram origem aos respectivos núcleos de orientandos/residentes. As vagas de residentes foram estabelecidas a partir das áreas reconhecidas como de maior

atuação e demanda no serviço; além disso, foi considerada a disponibilidade de trabalhadores para atuar como preceptores (BRASIL, 2008). De 2009 a 2014, os núcleos que vêm constituindo a ênfase são: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

Ao pensar a construção da ênfase OH, baseada no que já havia de consolidado na RIS/GHC, os profissionais do serviço de Onco-Hematologia trazem novos elementos para refletir sobre a assistência e o ensino. A OH da RIS/GHC nasce em um contexto de discussão a respeito da elaboração de uma Linha de Cuidado ao paciente onco-hematológico e a partir da reformulação da equipe do serviço de Onco-Hematologia do GHC. A proposta de discussão a respeito da Linha de Cuidado promoveu trocas entre diferentes equipes que atendiam pessoas com necessidade deste tipo de cuidado, fato que se mostrou importante na criação dos diversos campos de prática da ênfase. Em 2008, foram realizadas contratações de profissionais da equipe multiprofissional, antes em pequeno número ou atendendo a diversos serviços concomitantemente, os quais foram inseridos nas discussões a respeito da Linha de Cuidado e da elaboração do projeto da Ênfase.

Dentro do próprio serviço, o aumento do número e/ou do tempo de dedicação para a assistência e a construção das funções de preceptoria/orientação promoveu a integração destes profissionais. Ocorreu, a partir disso, a reformulação de alguns espaços de assistência, entre os quais o grupo de familiares na Unidade de Internação, que estava suspenso.

Entende-se assim que, ao se pensar essa proposta de formação multiprofissional e integrada no Serviço de Onco-Hematologia, tal equipe se propõe a refletir acerca dos modos como se está trabalhando. Isto, somado ao fato de que diferentes equipes se unem para pensar uma forma de assistência baseada em uma Linha de Cuidado, promove a reflexão acerca de novas propostas de trabalho e de formação. Contudo, a proposta de Linha de Cuidado e este grupo de trabalho constituíram-se de modo frágil e foram interrompidos, logo após o início da primeira turma de residentes.

O grupo de trabalho descrito, o qual organizou a OH RIS/GHC, inicia o preparo do campo para a recepção dos residentes. Isso se consolida no que

diz respeito ao projeto de formação e às atividades propostas. Contudo, a construção e o reconhecimento deste tipo de ação-formação e do papel do residente junto à equipe foram se construindo ao longo do tempo e com a presença dos residentes no campo.

Espaço de Teoria e de Reflexão

A Residência Multiprofissional em Saúde, a partir do referencial da Educação Permanente, prevê, além de integração da teoria e da prática no campo de trabalho, atividades teóricas que embasem a ação. No caso da RIS/GHC, seu Projeto Político Pedagógico valoriza a aprendizagem significativa, a partir da problematização contínua dos espaços de trabalho entre os sujeitos da ação-formação. Tomando como referência as necessidades de saúde e de trabalho, o espaço reflexivo funcionaria como gatilho para a construção de práticas em saúde integrais e humanizadas (BRASIL, 2009b).

Dentro da RIS/GHC, assim como previsto para todos os Programas Residência Multiprofissional em Saúde, 20% da carga horária é dedicada a atividades teóricas (FAJARDO *et al*, 2010). Tais atividades são divididas entre campo e núcleo, considerando que, em determinados momentos, os residentes, de diferentes profissões, reúnem-se para discutir as questões mais amplas do campo de ação e, em outros, estão reunidos por profissão, em torno de questões específicas. Há, ainda, os seminários integrados, que consistem em momentos de integração entre as diversas profissões e ênfases do Programa de Residência.

As atividades teóricas realizadas na ênfase OH são constituídas por Seminários Integrados, Seminários de Campo e de Núcleo, Supervisão de Núcleo, Discussão de Casos, Leitura de preparação para os Seminários e apresentações teóricas dentro dos encontros de equipe, denominados *Rounds*. A primeira turma da RIS OH iniciou com um piloto de atividades teórico-práticas que, posteriormente, organizaram-se em uma grade, conforme quadro apresentado abaixo:

Quadro 1 – Distribuição das atividades semanais da RIS OH, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, 2009.

Hospital Nossa Senhora da Conceição
RIS Onco Hematologia – 2009

Horário	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta		
8h	Atividade Prática	Atividade Prática	Atividade Prática	Atividade Prática	Supervisão		
9h					Atividade Prática		
10h		Reunião Preceptores Sala 4060 (4B2)		Discussão de Casos Sala 4060 (4B1)			
11h							
12h							
13h	Atividade Prática	Seminário de núcleo		Atividade Teórica			
14h			Seminário Campo Sala GEP	Atividade Prática	Atividade Prática		
15h		Atividade Prática					
16h		Atividade Prática					
17h							
18h							

19h	Seminário RIS HNSC		Preparação para Seminário de Núcleo		
20h					
21h					

Fonte: Arquivos pessoais (2009).

Os Seminários Integrados funcionam como um espaço de compartilhamento de saberes, com o intuito de trabalhar tecnologias leves de cuidado (ALVES da SILVA; CABALLERO, 2010). Ao manter a participação de todos os residentes, das diferentes ênfases, promove grupos de trabalho com participação diversificada. As reflexões realizadas permitem o compartilhamento de experiências diversas, de novos projetos de cuidado e a reflexão sobre diferentes concepções de saúde. As dificuldades vividas neste espaço estavam relacionadas à metodologia e à organização. Algumas vezes, mesmo com uma proposta aberta, as aulas não se apresentavam participativas. Com relação à organização, os seminários se mostravam cansativos, pois eram realizados à noite, dentro de uma semana composta por 60 horas de trabalho/vivência.

Os Seminários de Campo propunham, inicialmente, discutir questões do campo de ação na ênfase através de um trabalho em módulos sequenciais. O primeiro módulo, a ser desenvolvido no primeiro ano, contemplava a revisão da clínica específica da área da oncologia e hematologia. Aulas expositivas eram ministradas por profissionais, oriundos de dentro e de fora do GHC; contudo, a maioria deles não conhecia a realidade da RIS e dos núcleos que a compunham. No decorrer dos seminários, buscou-se um novo formato, que se aproximasse das características do campo e dialogasse melhor com a proposta da Residência.

Os residentes sugeriram que os temas fossem intercalados, não sendo explorados de forma compartimentada através dos módulos. A nova proposta dos seminários contava com uma abordagem da clínica em um formato mais enxuto, solicitando-se aos palestrantes o enfoque de abordagens integrais dos temas. Na tentativa de tal abordagem, nas aulas de clínica, buscar-se-ia fazer referência às necessidades de saúde dos indivíduos e seu contexto, juntamente às abordagens das diversas profissões que compunham a RIS. Já os demais temas tinham como base os eixos que compunham o programa multiprofissional: ensino/pesquisa, assistência, gestão e controle social, conforme seu Projeto Político-Pedagógico (BRASIL, 2009b). Com o intuito de integrar os conhecimentos de campo e de proporcionar a interação entre os núcleos, também se integrou a estes seminários a apresentação de conceitos e características de cada núcleo que compunha a ênfase.

O processo de reflexão e construção deste Seminário trouxe melhorias significativas para o cotidiano de trabalho e de aprendizagem. Além do aperfeiçoamento deste espaço teórico, a construção coletiva do Seminário de Campo no primeiro ano possibilitou maior aproximação, de residentes e de preceptores, com as propostas da Residência Multiprofissional em Saúde. Isto se deu, principalmente, pela busca de temas que fossem consoantes a esta proposta de formação. Contudo, no decorrer do primeiro ano, este Seminário ainda contava com algumas carências. Dentre elas, destaca-se a falta de conhecimento dos convidados sobre a proposta, aulas expositivas com abordagens pouco participativas e a falta de alguns temas considerados importantes pelos residentes. Já no segundo ano, a partir da entrada da nova turma e pela participação de residentes de primeiro e segundo ano nos

seminários, mostrou-se indispensável rediscutir os temas abordados, a partir das necessidades e características do novo grupo de residentes.

Os Seminários de Núcleo, compostos pelas questões referentes a cada profissão, tiveram um formato mais individualista, pois partiam das necessidades de conhecimento do residente e do preceptor envolvidos. Isto é, proporcionavam um ensino baseado em quem aprende, restringindo-se às ações de núcleo dentro de um contexto específico. No caso da primeira turma, com somente um residente de cada núcleo, os seminários se deram de forma quase individual. Em apenas alguns casos, houve participação de outros núcleos ou os seminários aconteceram em espaços abrangendo núcleos de outras ênfases, não exercitando a troca de conhecimento entre as profissões e/ou ênfases. Contudo, não se mostra possível, aqui, realizar uma reflexão abrangente a todos os núcleos.

No caso experienciado pela primeira autora, os seminários de núcleo foram referentes a conhecimentos técnicos, necessários à atuação do núcleo de Enfermagem. Os seminários aconteciam em um processo construtivo de troca de conhecimentos, com leitura prévia e discussão de artigos, na maioria dos casos, mas, também, através da elaboração de treinamentos junto a algumas equipes de Enfermagem do GHC. Outro fato que considera-se interessante e produtivo foi a construção e efetivação de seminários de campo, em conjunto com a preceptora, com temas apresentados aos colegas residentes.

As discussões de casos, assim como os seminários de campo, também iniciaram com enfoque de revisão da clínica. Contudo, ao longo do tempo, foi percebido pelo grupo de residentes e preceptores a necessidade de buscar um modelo que contemplasse as prioridades de ação para cada caso estudado. Após a participação de alguns residentes em outros espaços reflexivos, foi trazido o exemplo de um modelo de discussão baseado nas dificuldades, necessidades e potencialidades dos usuários. A partir disso, tais fatores passaram a conduzir parte da discussão do caso junto com a história de vida e saúde-doença dos indivíduos. Neste espaço, tenta-se elaborar um plano de ação em relação aos casos discutidos, contudo esta proposta teve dificuldade de ser integrada à assistência, pois não era discutida com toda a equipe. Apesar de residentes e preceptores da RIS comporem a maior parte desta equipe, o restante acabava por não participar dos estudos de caso e das propostas de ação, fator que impossibilitava abordagem mais ampla e integral

por parte de toda a equipe. Este modelo de discussão não permaneceu nas duas turmas seguintes.

Os espaços teóricos da OHRIS/OH promoviam o incentivo à produção de conhecimento e à visão ampliada a respeito das propostas de mudança para a área da saúde. Dentre as atividades realizadas nessa ênfase, podemos considerar os espaços teóricos como sendo os de maior potencial para o exercício da integralidade, no que diz respeito à integração das profissões e à abertura para pensar o trabalho e a formação. As atividades teóricas traziam a possibilidade de trocas entre os participantes e proporcionavam a integração, na maioria das ocasiões. A comparação com as atividades práticas, desenvolvidas concomitantemente, os exemplos vivenciados e as discussões, quando incentivadas/oportunizadas nos espaços teóricos, facilitavam o aprendizado para o trabalho.

Percebe-se abertura para novas propostas em todos os espaços teóricos descritos. Contudo, isto nem sempre se dava com efetividade de mudança ou com incentivo a proposições concretas dentro do campo de prática. Como no exemplo dos estudos de caso, a problematização da realidade promovia o planejamento de ações que, pela configuração do serviço, nem sempre conseguiam ser desenvolvidas.

Os espaços teóricos, no geral, também tinham a função de extrapolar a percepção para além do campo de ação e das funções esperadas para cada núcleo, fato que oportunizou aos residentes a criação de um olhar amplo para as questões de saúde no campo da Onco-Hematologia. Houve a necessidade de trocas intensas entre os núcleos e o conhecimento de suas funções e percepções a respeito da atenção, para que ocorresse o planejamento conjunto de ações relacionadas às necessidades de saúde. Isto mostrava-se como potência para promover a consolidação da integração dos núcleos no campo de trabalho, a partir do conhecimento de todos sobre suas competências e possibilidades de ação.

Campo e Ação

O planejamento das atividades de formação em serviço na ênfase de Oncologia e Hematologia se deu previamente à chegada dos residentes. Contudo, a primeira turma de residentes, em 2009, iniciou sua formação

desvendando um campo novo, sem vivências com este tipo de prática de ensino, isto é, a formação pelo trabalho. Com isso, a OH da RIS/GHC necessitou ser apresentada e detalhada aos serviços e às equipes, dentro e fora do GHC.

No plano dessa ênfase, a formação é planejada a partir do campo específico da Onco-Hematologia. Tem como referência a realidade do respectivo serviço dentro do GHC, mas dialoga com diversas áreas onde transita o usuário, na tentativa de experienciar o caminho percorrido. Considerando os locais por onde passa o residente durante esta formação, é prevista a abordagem à promoção da saúde, à prevenção, ao tratamento e à reabilitação, garantindo a vivência em vários pontos da rede de atenção.

Os estágios do primeiro ano, na Unidade de Internação e no Ambulatório de Onco-Hematologia, tinham a intenção de proporcionar a atuação dentro de uma equipe fixa, possibilitando maior troca e interação. A vivência concentrada em uma equipe promove o reconhecimento do campo, facilita a inserção em um grupo de trabalho e a reflexão sobre o processo como um todo. No segundo ano, no caso das duas primeiras turmas, os residentes de 1º e 2º ano passaram por uma maior quantidade de campos de estágio. Apesar de dificultar a inserção em uma equipe e, com isso, que se fizessem proposições a respeito do trabalho realizado, a passagem por vários serviços diferentes promovia conhecimento sobre a organização da rede de atenção em saúde.

Dentre os profissionais dos locais em que os residentes desenvolviam suas atividades, poucos conheciam a proposta da RIS antes de receber os residentes em formação, no início do ano de 2009. Assim, campos em que o residente passava mais tempo, como no primeiro ano, foram aos poucos compreendendo a proposta e acolhendo o residente como parte da equipe. Importante destacar aqui que a preceptoria responsável pelos residentes era parcela importante destas equipes e, portanto, atuava no sentido de facilitar este processo. Contudo, na maioria dos outros espaços de prática, o residente passava pouco tempo e não obtinha a referência do preceptor, o que dificultava sua inserção na equipe.

Durante o processo de formação, trabalhadores e residentes se depararam com diversos entraves na tentativa de desenvolver atividades baseadas na integralidade. O trabalho mostrava-se focado na atividade

técnica de cada núcleo, com pouco espaço para ações mais amplas e integradas. Na maioria das vezes, a atuação do residente acabava por seguir o fluxo de serviço baseado na técnica, cobrindo a demanda de trabalho e dependendo, muitas vezes, de sua própria iniciativa para um cuidado mais amplo. Não era comum ter espaço, tempo ou condições para fazer contato com unidades de saúde e/ou outros municípios, realizar visitas domiciliares ou conhecer a realidade e o local onde morava o indivíduo e/ou sua família, por exemplo. A cultura de trabalho mais técnico dentro dos serviços dificultava aos residentes a construção de ações baseadas nas necessidades de saúde do usuário e da aproximação com os diversos serviços da rede.

Mesmo com a presença da RIS no serviço como proposta de trabalho multiprofissional, havia dificuldades em produzir trocas de conhecimentos entre as profissões. Na primeira turma, os residentes da OH interagiam muito entre si e com as preceptoras nos locais de trabalho e de ensino. Contudo, havia dificuldade desta interação na equipe como um todo. As ações com características interdisciplinares eram realizadas quase que somente pelos residentes multiprofissionais, de modo isolado, na tentativa de corresponder às propostas da RIS e do SUS. Os espaços da RIS como, por exemplo, a discussão de casos e o grupo de familiares, não tinham a participação dos outros membros da equipe e nem de residentes médicos. Outros espaços, criados pelo serviço e abertos a todos, como os *Rounds*, eram baseados no modelo biomédico, isto é, davam muito espaço para discussão de problemas clínicos e pouco para as necessidades de saúde.

Com a chegada dos Residentes Multiprofissionais dentro da Unidade de Internação Onco-Hematológica, pode-se perceber algumas inovações na assistência, fato vivenciado nos dois primeiros anos. Acredita-se que a aproximação nas relações de trabalho e o compartilhamento entre os residentes de um mesmo campo de atuação possibilitaram a interação para a criação do grupo recreativo com os sujeitos internados e de um instrumento de admissão de pacientes com caráter multiprofissional. Através destas atividades, os residentes buscaram exercitar algumas ações com base na identificação de necessidades dos usuários e do serviço.

A partir do relato das atividades práticas da RIS OH, mostra-se possível ter uma visão de como se deu esse processo de formação, sua organização e operacionalização. Destacam-se, agora, alguns pontos importantes na

reflexão sobre ações integrais, referentes a questões da organização do serviço, do trabalho em equipe e às vontades e possibilidades de ação dos trabalhadores e residentes. As reflexões em torno destes temas buscam entendimento sobre o trabalho em saúde e a formação no contexto da RIS.

A atual organização dos serviços de saúde mostra-se baseada na lógica biomédica, no desenvolvimento tecnológico e na segmentação das ações. Principalmente, no que se refere à assistência dentro do contexto da saúde especializada, o exercício da integralidade evidencia-se como uma relevante dificuldade a ser superada, considerando que as ações são orientadas por procedimentos e não nas necessidades dos indivíduos (TESSER; LUZ, 2008; FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007). As características da atenção hospitalar e o enfoque *da* complexidade dos problemas clínicos e do tratamento no campo da Onco-Hematologia aparecem como empecilhos no exercício das ações e na produção de conhecimento, considerando a premissa pela integralidade na formação pela RIS.

Apesar da organização dos serviços ainda ser focada nas tecnologias duras, novos contextos de atenção dentro do hospital são discutidos por alguns autores em relação a ações baseadas na integralidade. Cecílio e Merhy (2007) refletem em torno das possibilidades de aliar tecnologia e humanização para garantir o foco no paciente e suas necessidades dentro da atenção hospitalar. Campos e Amaral (2007), ao considerarem a reorganização do processo de trabalho a partir dos conceitos de clínica ampliada e gestão democrática, referem-se a uma atenção hospitalar baseada na autonomia profissional e na responsabilidade clínica. Estes conceitos e alguns outros, em relação a mudanças no modelo hospitalar, foram discutidos pelos residentes na primeira turma da OH da RIS/GHC, durante sua formação. A partir destes conhecimentos, pôde-se identificar ações baseadas na integralidade, que necessitam estar inseridas no processo de trabalho. Entretanto, o contexto do campo, como ele está organizado, dificulta o exercício de tais conhecimentos e a articulação com os diferentes trabalhadores.

Os serviços de saúde mostram-se espaços de concentração de diversas profissões e especialidades. No entanto, o trabalho integrado entre elas não é garantido por esta composição. Percebem-se como fragilidades na implantação da OH da RIS/GHC, a dificuldade de diálogo entre residentes e equipe fixa e também o não compartilhamento de espaços com a

categoria médica. Tal situação demonstra que há diferentes percepções de saúde e também de projetos de cuidado que estão em disputa nos acordos estabelecidos no trabalho em saúde. Estes fatores foram amplamente discutidos ao longo dos dois primeiros anos e continuaram nos seguintes, demonstrando a importância desta integração.

O trabalho em equipe requer trocas contínuas de conhecimento e ações conjuntas. Entre os residentes da OH, as possibilidades de ações colaborativas e elaboradas em grupos possibilitaram o exercício do trabalho interdisciplinar, apesar de também não garantirem esta ação. As trocas intensas entre residentes, dentro do campo de ação, promoveram o conhecimento dos papéis dos diferentes núcleos profissionais. Para os residentes da primeira turma da OH da RIS/GHC, vivenciada pela primeira autora, houve a necessidade de, primeiramente, conhecer melhor as outras profissões para trabalhar em equipe. Acredita-se que tais exercícios de compartilhamento promoveram a compreensão a respeito das ações de campo e dos limites das ações dos núcleos, estimulando a integração no trabalho.

Mesmo inseridos em um campo de ação em que o processo de trabalho, muitas vezes era baseado em um modelo restritivo, os residentes da OH extrapolaram-no, criando inovações dentro daquele serviço. As atividades concebidas pelos residentes dentro da Unidade de Internação, como o grupo recreativo e o de familiares e a admissão de pacientes com caráter multiprofissional, representaram as vontades e possibilidades de ação que acompanharam a inserção do ensino no serviço. Baseados nos referenciais orientadores da RIS/GHC, isto é, integralidade, humanização, trabalho em equipe e Educação Permanente, os residentes tiveram o respaldo para agir e propor a criação de novas práticas dentro do serviço.

A cultura do trabalho em saúde ainda não agrega a função de ensino e pesquisa. Ao se transformar o ambiente de trabalho hospitalar em ambiente de ensino, os residentes se deparam com relações de trabalho que não acompanharam as propostas de mudanças assistenciais. Há a transformação de um espaço exclusivamente de prestação de serviços em um local de ensino, antes de trabalhar-se a modificação das relações de trabalho (FAJARDO; CECCIM, 2010a). A Residência Multiprofissional em Saúde faz este papel de inclusão do ensino dentro do campo de prática e sofre as consequências deste local não estar condizente com sua proposta de atuação integral e

multidisciplinar. A presença nos serviços deste processo formativo, baseado na problematização da prática, reforça seu papel de reflexão e indução de mudança no processo de trabalho.

CENA FINAL: E A ATUAÇÃO CONTINUA...

Um novo projeto de saúde, mais amplo e qualificado acompanha, desde sua idealização, o trabalho pela consolidação do SUS. A produção de ações baseadas na integralidade, isto é, nas reais necessidades do usuário e em uma visão ampliada das ações na área da saúde, requer que os atores envolvidos se debrucem sobre seus atuais processos de trabalho. Uma formação com base nos princípios do SUS, como a Residência Multiprofissional em Saúde, mostra ser possível buscar a reorganização da atenção e dos serviços.

Neste texto, procurou-se refletir acerca da complexidade do trabalho em saúde, baseado na integralidade da atenção, a partir da formação em serviço. O modelo de organização do relato com base em um texto teatral teve o intuito de representar a ação desenvolvida nos processos de trabalho e de formação e tenta abordar os conflitos que os personagens desta história vivem na Residência Multiprofissional em Saúde. Desta forma, traz à tona os personagens e as problemáticas neste percurso de ação-formação.

A Residência Multiprofissional em Saúde surge, em sua proposta inicial, como promotora de mudança da formação e do trabalho. Ao se inserir dentro de campos de ação que seguem o modelo individualista e hegemônico, como o exemplo do contexto hospitalar na experiência relatada, a atuação do residente, muitas vezes, pode seguir sua organização, em outras, ser fomentadora da reflexão sobre os processos de trabalho. A partir de seus princípios de organização, a Residência Multiprofissional em Saúde se apresenta como potência para inovações baseadas na integralidade. Cabe aos diversos atores envolvidos neste tipo de formação, entre estes, preceptores e residentes, desempenharem papel ativo e propositivo, garantindo espaços para pensar a ação, assim funcionando como gatilho de mudança da formação e do trabalho.

A vivência de formação-trabalho na Residência Multiprofissional em Saúde se mostra intensa. O residente, por vezes, passa 60 horas semanais

inserido em um mesmo campo de ação/formação, vivenciando a sua realidade e tendo o compromisso de mudança da prática. A Residência e os aprendizados gerados por ela podem ser tomados tanto como experiência de trabalho como de vida.

No decorrer da formação na Residência Multiprofissional em Saúde, o olhar ao redor do que acontece no trabalho em saúde ora vai se ampliando, ora vai se focando em determinada necessidade. Ou seja, as ações, ao mesmo tempo que podem voltar-se para um determinado caso, serão cada vez mais diversas e com a participação de diferentes atores. O aprendizado ocorre em um movimento contínuo de formação e deformação do indivíduo e do serviço, na busca pela construção de novos aprendizados e mudança das práticas.

O processo de consolidação do SUS exige o reforço da relação ensino-serviço e cada vez mais se trabalha para isto. A partir desta aproximação surgem novas possibilidades, na tentativa de atravessar as fronteiras do academicismo e do biologicismo. A Residência Multiprofissional em Saúde busca estabelecer uma maior inserção da formação no campo do trabalho, e a discussão destes processos acontece de forma gradual.

REFERÊNCIAS

ALVES da SILVA QT; CABALLERO RMS. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. In: FAJARDO AP; ROCHA, CMF; PASINIVL (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.61-74.

ARAÚJO D; MIRANDA MCG; BRASIL SL. Formação de Profissionais de Saúde na Perspectiva da Integralidade. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Salvador: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. v.31, Supl.1, jun. 2007. p.20-3.

BRASIL. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Compromisso com a Vida: Relatório Social 2012*. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição. Disponível em <[http://www.ghc.com.br/img/relatorio Social/relatorio2012.pdf](http://www.ghc.com.br/img/relatorio%20Social/relatorio2012.pdf)> Acesso em: 31 maio 2014.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa. *Portaria nº 109/2004*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2004b.

BRASIL. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Projeto Político-Pedagógico da RIS/GHC – Ano 2009*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. Disponível em <[http://escola.ghc.com.br/ images/stories/RIS/risprojeto.pdf](http://escola.ghc.com.br/images/stories/RIS/risprojeto.pdf)> Acesso em: julho de 2012.

BRASIL. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: Área de Ênfase Hematologia/Oncologia*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação Ministério da Saúde. *Portaria Interministerial MEC/MS Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009*. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2009. Seção I, p.7. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12500%3Alegislacaoespecifica&catid=247%3Aresidencia-medica&Itemid=813> Acesso em: maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2014: Incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/>> Acesso em: maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). *Plano de Curso do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia*. THULER LCS; BERGMANN A (Orgs.). Rio de Janeiro: INCA, 2012.149p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *O SUS e as especializações em área profissional, realizadas em serviço*. Brasília: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2004a.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. *Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012*. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 16 abr. 2012. Seção I, p.24-25. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12500%3Alegislacaoespecifica&catid=247%3Aresidencia-medica&Itemid=813> Acesso em: maio de 2014.

BRASIL. Senado. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, 1988.

CAMPOS GW de S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO. v.5, n.2, 2000. p.219-230.

CAMPOS GW de S; AMARAL MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.4, ago. 2007. p.849-859

CECCIM RB. Residências em Saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: FAJARDO AP; ROCHA, CMF; PASINI VL (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.17-22.

CECCIM RB; CARVALHOYM. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais da saúde no SUS. In: *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos*

de graduação na área da saúde. PINHEIRO R; CECCIM RB; MATTOS RA de (Orgs). 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-CEPESC-ABRASCO, 2006, 336p.

CECCIM RB; FERLA AA. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO R; MATTOS RA de (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. 228p.

CECCIM RB; FEUERWERKER LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: IMS/UERJ, v.14, n.1, 2004. p.41- 65.

CECÍLIO LCO; MERHY EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO R; MATTOS RA de (Orgs.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, 5. ed. IMS: ABRASCO, 2007. 228p.

CESTARI MEW; ZAGO MMF. A prevenção do câncer e a promoção da saúde: um desafio para o século XXI. *Rev. Brasileira de Enfermagem*, Brasília: ABEN, mar-abr; v.58, n.2, 2005. p.218-221.

FAJARDO AP; CECCIM RB. O trabalho da preceptoria nos tempos de residência em área profissional da saúde. In: FAJARDO AP; ROCHA, CMF; PASINI VL (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.191-210.

FAJARDO AP; PASINI VL; SCHMIDT MH *et al.* Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: um processo de formação em serviço para qualificação do SUS. In: FAJARDO AP; ROCHA, CMF; PASINI VL (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. 2010. p.115-126.

FEUERWERKER LCM; CECÍLIO LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro: ABRASCO, v.12, n.4, ago. 2007. p.965-971.

GOMES R; MENDONÇA EA. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO MC de S; DESLANDES SF (Orgs). *Caminhos do pensamento: epistemologia e método*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

LARROSA J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*, Campinas: ANPED, v.1, n.19, jan./abr. 2002. p.20-28.

MARTINS AFR; ROSA KRKK; BASSO KF *et al.* Residência Multiprofissional em Saúde: O que há de novo naquilo que já está posto. In: FAJARDO AP; ROCHA, CMF; PASINI VL (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.75-90.

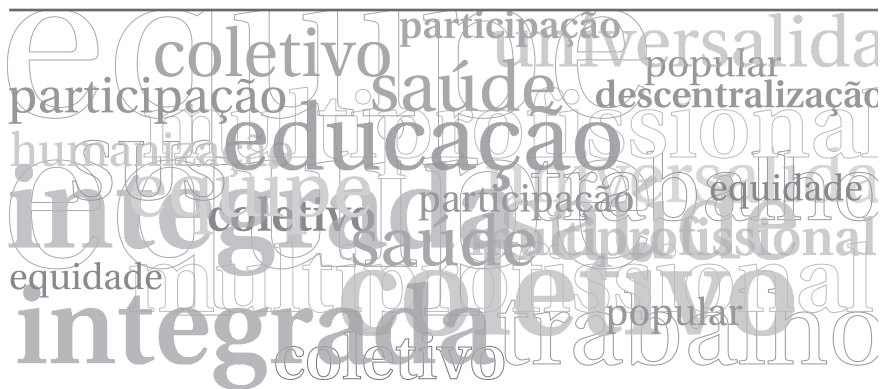
MATTOS RA de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R; MATTOS RA de (Orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 5. ed. 2006.

OLIVEIRA CF; GUARESCHI NMF. Formação de profissionais para o SUS: há brechas para novas formas de conhecimento? In: FAJARDO AP; ROCHA, CMF; PASINIVL (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.91-114.

PINHEIRO R; CECCIM RB. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. In: PINHEIRO R; CECCIM RB; MATTOS RA de (Orgs.) *Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006. 336p.

RÚMEM FA. Complexidade e transdisciplinaridade em saúde. In: VEIT MT (Org.) *Transdisciplinaridade em oncologia: caminhos para um atendimento integrado*. ABRALE. São Paulo: HR Gráfica e Editora. 2009. 336p.

TESSER CD; LUZ MT. Racionalidades médicas e integralidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: ABRASCO, v.13.n.1, 2008. p.195-206.



PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES NOS PROCESSOS DE FORMAÇÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Vera Trentin

Ananyr Porto Fajardo

O presente capítulo trata da interdisciplinaridade no campo da saúde, enfocando processos de formação em serviço. Buscamos refletir acerca das percepções de diferentes núcleos profissionais que vivenciam as práticas em saúde em um campo de formação dos Programas de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Residência Integrada em Saúde (RIS/GHC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre/RS, Brasil, na ênfase Saúde da Família e Comunidade. Resulta de um percurso educacional voltado a práticas pedagógicas desenvolvidas em serviços de saúde (TRENTIN, 2010).

Esse estudo buscou conhecer a percepção de preceptores e residentes da Unidade de Saúde Divina Providência do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) relativas às práticas interdisciplinares no processo de formação em serviço em saúde. Partimos do princípio de que a percepção é sempre uma experiência dotada de significação, isto é, o percebido é dotado de sentido e tem sentido em nossa história de vida, fazendo parte de nosso mundo (CHAUÍ, 2000).

Procuramos evidenciar a interdisciplinaridade na equipe de saúde, conhecer o entendimento dos participantes sobre essa prática nos seus

processos de trabalho, caracterizar os cenários de aprendizagem, facilitadores e dificultadores no processo de formação em serviço, e identificar conceitos de interdisciplinaridade a partir das percepções apresentadas.

PRÁTICAS INTERDISCIPLINARES NO PROCESSO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Os processos de formação em serviço são constituídos nos territórios de atuação das equipes multidisciplinares de saúde, na perspectiva da abordagem interdisciplinar, possibilitando ressignificar o pensar e o agir em saúde, produzindo uma visão ampliada de mundo e fazendo emergir dispositivos de intervenção que possam responder à integralidade na atenção e cuidado à saúde.

O tema da interdisciplinaridade desperta, na concepção teórica e nas práticas, diversos significados e inquietações. É pressuposto a ser incorporado aos processos das práticas. Conforme Moraes (2002, p.63), exercer o papel de trabalhador da saúde requer um olhar plural, pois “se a realidade é complexa, ela requer um pensamento abrangente, multidimensional, capaz de compreender a complexidade do real e construir um conhecimento que leve em consideração essa mesma amplitude.”

Produzir conhecimentos, sob a ótica interdisciplinar, remete à necessidade de superar limites da disciplinaridade, o que pressupõe adotar uma postura flexível e coerente com a diversidade e necessidades presentes nos processos do fazer em saúde.

A interdisciplinaridade é uma relação de reciprocidade, que pressupõe uma atitude diferente diante do problema do conhecimento. É a substituição de uma concepção fragmentária por uma unitária do ser humano (VILELA; MENDES, 2003). Esses autores destacam como aspectos fundamentais do agir interdisciplinar a flexibilidade, a confiança, a paciência, a intuição, a capacidade de adaptação, a sensibilidade em relação às demais pessoas, a aceitação de riscos, o aprender a agir na diversidade, o aceitar de novos papéis. Thiesen (2008) aponta que, na concepção de alguns, o pensamento e as práticas interdisciplinares, tanto nas ciências em geral quanto na educação, não põem em xeque a dimensão disciplinar do conhecimento em suas etapas de investigação, produção e socialização. O que se propõe é uma

profunda revisão de pensamento, no sentido da intensificação do diálogo, das trocas, da integração conceitual e metodológica nos diferentes campos do saber. Nesse sentido, investir na construção das práticas interdisciplinares possibilita concretizar novos sentidos e efeitos na produção de saúde, como a transformação dos saberes e a superação da fragmentação do conhecimento.

A RIS/GHC está embasada no tripé ensino/assistência/pesquisa, visando qualificar profissionais para compor as práticas de saúde no SUS. É possível reconhecer no seu Plano Político Pedagógico (PPP) uma aproximação com as reflexões de Ceccim e Feuerwerker (2004) para a formação em saúde, quando propõem que ensino, gestão, atenção e controle social constituam um quadrilátero de apoio às reflexões e práticas em serviço em saúde. O PPP foi elaborado a partir da reflexão de profissionais das diferentes ênfases, para dar visibilidade aos princípios norteadores do processo de formação em serviço. A interdisciplinaridade é uma das questões enfatizadas:

“O trabalho em equipe, nesse sentido, abre-se para a interdisciplinaridade e para o fato de que, somente com a integração desses vários saberes, poderemos realmente nos aproximar da multidimensionalidade dos sujeitos envolvidos e do contexto em que eles estão inseridos.” (BRASIL, 2009, p.5).

O documento que propõe o exercício das práticas interdisciplinares com base nos princípios norteadores do SUS embasa a atuação de equipes multidisciplinares, constituindo as práticas em um processo permanente e desafiador, que dê conta desses princípios.

A interdisciplinaridade é construída e desconstruída sobre as experimentações dos sujeitos e no processo de produção do conhecimento. Carrega, historicamente, a marca da resistência dos movimentos conservadores embasados no modelo positivista, em oposição ao movimento de vanguarda, buscando constituir formas inovadoras para a construção do conhecimento. É neste campo ambíguo que se constituem as experimentações que apontam que este tema está longe de ser esgotado e é na educação que este processo crítico reflexivo tem maior ênfase.

A interdisciplinaridade no campo da educação

Nos processos de produção teórica no Brasil, Japiassu e Fazenda são considerados os precursores da interdisciplinaridade, sendo que o primeiro desenvolve o conceito no campo epistemológico e a segunda produz uma extensa obra no campo pedagógico. Fazenda (1994, p.89) se refere ao projeto interdisciplinar manifestando o sentido e o movimento do fazer e pensar, apontando que “perceber-se interdisciplinar é o primeiro movimento em direção a um fazer interdisciplinar e a um pensar interdisciplinar”. Para esta autora, a responsabilidade individual é a marca do projeto interdisciplinar e está imbuída do envolvimento com o projeto em si, com as pessoas e as instituições a ele pertencentes. O que caracteriza a atitude interdisciplinar é “a ousadia da busca, da pesquisa: é a transformação da insegurança num exercício do pensar, num construir” (FAZENDA, 1996, p.17). Também refere a interdisciplinaridade como atitude, no sentido de ação que transita por diferentes aspectos do conhecimento e permite ampliar o olhar na perspectiva da totalidade (FAZENDA, 2008). Japiassu (1976) aponta que a interdisciplinaridade aproveitaria vivências e reflexões de indivíduos e coletivos com base em diálogo e troca entre saberes diversos e que, para constituir práticas interdisciplinares, é necessária uma reflexão profunda e inovadora sobre a construção do conhecimento, criticando a fragmentação do saber. Na voz desses pensadores, o movimento de reflexão sobre a interdisciplinaridade ganha corpo no Brasil.

A interdisciplinaridade no campo da saúde

Diversos autores problematizaram esta questão nos aspectos conceituais e nos diferentes espaços das práticas. Compartilhamos das ideias de Minayo (1994), que elege o tema sem a preocupação de traçar conceitos, mas de despertar formas de construção do conhecimento e a sua materialização. Para Minayo (1991), a interdisciplinaridade na área da Saúde Coletiva coloca-se como exigência interna, uma vez que seu objeto de trabalho - a saúde e a doença no seu âmbito social - envolve concomitantemente as relações sociais, as expressões emocionais, afetivas e biológicas, traduzindo, por meio da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos. Para constituir práticas interdisciplinares,

a autora afirma ser necessário manter uma atitude desafiadora diante das dificuldades e limites presentes na interlocução entre diferentes disciplinas. Propõe a interdisciplinaridade como um desafio possível e desejável para a área da saúde, por se tratar de um campo vasto de possibilidades, já que existe a seu favor um elo direto com o mundo vivido.

Da mesma forma, Gomes e Deslandes (1994) enfatizam que a interdisciplinaridade no campo da Saúde Pública alcança um *status* de necessidade interna diante da complexidade que o problema da saúde impõe. No campo das práticas, Minayo (1994) e Gomes e Deslandes (1994) demarcam a necessidade de contextualizar o fazer em saúde frente às diversas questões sociais. Nos estudos sobre interdisciplinaridade, fica evidente a diversidade conceitual, por se tratar de um tema complexo e experimentado em diferentes contextos históricos.

As leituras utilizadas para a contextualização do estudo aqui relatado apontam como ponto em comum a necessidade de superar a fragmentação do conhecimento e de incorporar as práticas interdisciplinares no fazer em saúde.

O PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Optamos pela metodologia qualitativa de pesquisa, por viabilizar o exame do tema em maior profundidade, possibilitando o emergir de significados e representações atribuídas pelos participantes a partir das percepções constituídas como sujeitos, bem como dar outros sentidos ao processo de construção coletiva. Utilizamos as orientações produzidas por Minayo (1993) e realizamos pesquisa da documentação produzida em serviço como referencial para o processo de formação e do campo como espaço de construção e exercício das práticas.

O estudo foi desenvolvido na Unidade de Saúde Divina Providência, localizada na zona norte de Porto Alegre/RS, referência de atendimento para moradores do bairro Vila Jardim. Escolhemos esse cenário devido ao perfil do território, com uma diversidade de questões sociais e a necessidade de redimensionar o fazer em saúde; ao processo histórico dessa unidade, que revela a construção de estratégias voltadas às práticas interdisciplinares; à composição da equipe, por abranger diversos núcleos profissionais;

à inserção de cinco núcleos profissionais da RIS/GHC e da Residência Médica; e à inclusão de profissionais da farmácia e nutrição como núcleos de matriciamento. Assim, o cenário descrito constituía um campo rico para experimentações das práticas interdisciplinares.

Foram entrevistados seis profissionais vinculados à USDP, sendo três preceptores e três residentes dos seguintes núcleos: Enfermagem, Farmácia, Medicina, Odontologia, Psicologia e Serviço Social. A escolha dos participantes foi realizada por meio de sorteio simples e sua identificação, nesse texto, atende aos preceitos para manutenção de sigilo e confidencialidade. O projeto foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC e aprovado mediante o protocolo nº 09/250.

ASPECTOS IDENTIFICADOS PELOS PARTICIPANTES E NOSSA DISCUSSÃO

Partindo do exame do conteúdo das percepções descritas pelos participantes - dos relatos em comum, dos comentários isolados e observações - identificamos cinco categorias de análise: (1) metodologia de trabalho; (2) espaços de formação; (3) aspectos que favorecem as práticas interdisciplinares; (4) dificuldades no exercício da interdisciplinaridade; e (5) concepções de interdisciplinaridade.

1 A metodologia nas áreas de vigilância como dispositivo que movimenta a construção das práticas interdisciplinares

Esta categoria emergiu da identificação de exemplos da materialização das práticas interdisciplinares nos processos de trabalho. O grupo de participantes destacou o processo de trabalho nas áreas de vigilância no território, ressaltando a metodologia como diferencial que agrega a equipe em um processo contínuo de ação e reflexão para o cuidado em saúde. Conforme Mendes (1993), o território é fonte de conhecimento e espaço para as práticas de saúde direcionadas à integração das ações de atenção, promoção e prevenção, de forma que as intervenções sobre os problemas também se reflitam sobre as condições de vida da população.

Na USDP, o trabalho de vigilância no território é organizado a partir de quatro microáreas de risco, definidas com base em dados demográficos, informações dos programas e conhecimento empírico. A delimitação das áreas e o planejamento de ações para o território contaram com o envolvimento do Conselho Local de Saúde e dos moradores. Na medida em que a equipe exercitava as práticas de vigilância em saúde, com base nas questões que emergiam do território e avaliava os processos de trabalho, novas formas de intervenção passavam a ser produzidas.

Sob a ótica dos participantes, o trabalho nas áreas de vigilância era uma das formas de aproximação às demandas do território e de sistematização do cuidado, construindo estratégias de intervenção com a implicação da totalidade da equipe:

“A equipe tem uma metodologia de trabalho que se chama área de vigilância, composta por uma equipe multiprofissional, que faz a vigilância sobre o território, dividida em três microequipes com todos os núcleos profissionais representados pelos contratados e residentes. Essas equipes se reúnem uma vez por semana, em uma reunião de duas horas, quando acontece o planejamento de ações do território e as discussões de caso (...). O trabalho multiprofissional, interdisciplinar e pela forma que se constitui, eu identifico assim o processo de trabalho dessa equipe.” (Participante Y)

Os participantes reconheciam que a metodologia nas áreas de vigilância promovia a participação ampliada da equipe, constituindo um sentido para o trabalho coletivo na perspectiva da interdisciplinaridade.

Outro aspecto apontado pelo estudo revela a forma de organização do trabalho, pautado na diversidade e complexidade dos problemas, que emergem do perfil do território, demarcando a necessidade da problematização das demandas e a construção de intervenções interdisciplinares em que as trocas tornam-se fundamentais:

“Com certeza, a complexidade do território com o qual a gente trabalha, que é um território assim bem marcado. Eu hoje, na experiência que eu tenho aqui,

da residência assim, tem duas questões: a questão da violência e a questão do uso de drogas, que é muito marcado aqui nesse território, são questões extremamente complexas. E acaba isso vindo aqui para o serviço que é o único centro de referência que tem aqui na comunidade. Então, eu acho que essas próprias demandas complexas do território impõem pra equipe uma necessidade de ter um trabalho interdisciplinar, um olhar mais ampliado para poder dar conta dessas demandas.” (Participante Y)

A comunidade tem como referência a unidade para manifestar as demandas produzidas no território, enquanto a equipe identifica que as condições de saúde têm implicações com determinantes sociais, impactando na construção das práticas. O território de atuação dessa equipe aponta como cenário a violência, na sua complexidade e diversidade de expressões. Ficou explícita a necessidade de compreender os sentidos desse fenômeno, bem como o impulso para a equipe constituir uma metodologia de trabalho.

Minayo e Souza (1998) refletem sobre o impacto da violência na saúde, destacando a importância da articulação dos saberes de diferentes disciplinas, a implicação dos campos profissionais e a interlocução intersetorial e interdisciplinar como possibilidades de abranger esta problemática. Também referem que, ao se lidar com o tema da violência, só se alcançará legitimidade através da argumentação entre vozes e linguagens complementares (1998, p.528). Assim, a construção interdisciplinar passa a ser uma exigência interna do trabalho, e a compreensão da dimensão social, uma necessidade para o exercício da interdisciplinaridade.

Outro aspecto importante é a interdisciplinaridade na história do trabalho dessa equipe, demonstrando que as experimentações, em diferentes tempos, foram conduzidas por uma metodologia direcionada para a construção coletiva:

“Quando eu mesma cheguei na Unidade, que fui assim resgatar um pouco da história, até para me inteirar um pouco do processo de trabalho aqui, que eu fui ver que têm coisas que foram discutidas aqui antes mesmo dessa formatação de SUS, já eram

coisas discutidas aqui, sabe? Acho que teve muita gente aqui que participou da Reforma Sanitária, dessas discussões todas, das Conferências de Saúde, eu acho que todo esse histórico construiu o trabalho que a gente tem aqui. E a gente tem funcionários que permanecem aqui: A XX tá aqui há 20 anos, a YY tá aqui há todo esse tempo. Então, tem gente que perpetua e alimenta isso, que segue estudando. Eu acho que o pessoal é bem dedicado, que segue estudando, sabe, e segue buscando esse trabalho mesmo, que eu acho que é efetivo, tá sendo efetivo e acho que o resultado disso é uma alimentação desse trabalho.” (Participante Z)

A metodologia adotada nas áreas de vigilância resultou das experimentações anteriores e do desejo da equipe em ressignificar e qualificar as práticas em saúde, em um compromisso político com o processo de construção e exercício do SUS.

As consultas conjuntas foram consideradas como espaços possíveis da construção interdisciplinar, embora com pouca adesão e reconhecimento da equipe. A análise das informações sinalizou outras modalidades das práticas interdisciplinares, como discussões de caso, programas de vigilância e atividades coletivas com enfoque nas demandas do território e da prevenção em saúde. Observamos que a identificação das práticas foi correlacionada com as intervenções de núcleo disciplinar, desvelando a fragilidade da perspectiva da construção coletiva, caracterizada como multidisciplinar.

Correlacionando os aspectos comuns e as diferenças nas percepções dos achados deste estudo, percebemos a conexão entre todas as modalidades de intervenção citadas: o processo de trabalho, tanto nas áreas de vigilância quanto nos demais espaços das práticas, apresenta uma construção metodológica interdisciplinar. O enfoque metodológico potencializa a interlocução entre profissionais e direciona o trabalho para uma construção coletiva, fundamentada na troca de saberes. Nesta perspectiva, pode-se interpretar a interdisciplinaridade como exercício coletivo, que pressupõe um projeto em comum, a implicação dos profissionais, o reconhecimento dos limites disciplinares e a necessidade da construção no coletivo.

2 Os espaços de formação dialogando com os diferentes olhares das práticas em saúde

Conforme a percepção dos participantes, caracterizamos dois espaços de educação permanente da equipe. O primeiro, denominado seminário de campo, é destinado à formação onde predominam residentes e preceptores. O segundo são as reuniões da equipe, com a participação ampliada dos profissionais.

Os seminários de campo são oportunidades pedagógicas permanentes de reflexão sobre as práticas, o cotidiano e as necessidades da formação em serviço em saúde para qualificação e construção de saberes. Ocorriam quinzenalmente e eram organizados por temas demandados pelos residentes e preceptores, sendo coordenados por ambos. Estão previstos, no PPP, na estrutura curricular da RIS/GHC. As atividades propiciam a integração entre residentes, preceptores/as e orientadores/as de serviço, para o aprofundamento de temas relacionados à formação em serviço vivida cotidianamente (BRASIL, 2009).

As reuniões de equipe são espaços semanais, formalizados, com discussões de temas emergentes dos processos de trabalho ou demandados pela coordenação do SSC/GHC. Sua metodologia prevê sistematização de temas oriundos do Colegiado de Gestão, com um encontro mensal, destinado a demandas das áreas de vigilância.

Seminários de campo e reuniões de equipe são encontros reconhecidos e incorporados ao processo de trabalho dos profissionais, de qualificação das práticas produzidas no cotidiano e de diálogo reflexivo com o referencial teórico, movimentando a equipe na perspectiva interdisciplinar. Foram correlacionados, pelos participantes, com as práticas interdisciplinares e caracterizados como atividades de educação permanente:

“Os seminários de campo da residência são um espaço multidisciplinar e interdisciplinar muito rico de discussões, de assuntos da área da saúde bem pertinentes para todos nós, e que é ainda pouco ocupado pela equipe; ele é muito mais ocupado pela residência. Tem boa participação dos ACS [Agentes Comunitários de Saúde], mas faltam alguns núcleos, que a gente tem certeza que poderiam estar contribuindo muito para o espaço. (...) Nós

temos espaços garantidos de retorno das áreas nas discussões de equipe. (...) Entra um pouco como educação permanente, assim como discussão de caso. Normalmente, a gente elege um tema ou um caso que seja de difícil manejo para ser discutido em uma reunião de equipe. Então todas as áreas têm espaço; a gente garante, no mínimo, três espaços em reunião para essa discussão inicial e sempre que a área julgar necessário.” (Participante W)

Assim, as práticas produzidas no cotidiano passam a ser objeto de reflexão, contextualizadas nas concepções teóricas, na perspectiva de produzir e agregar novos sentidos.

Nessa direção, Ceccim (2005, p.161) aponta

“A educação permanente como definição pedagógica para o processo educativo coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano”.

Os referenciais orientadores da RIS/GHC também apontam a educação permanente em saúde como

“(...) de natureza participativa, em que a aprendizagem se produz ao redor de um eixo central constituído pelo trabalho habitual dos serviços. (...) é uma estratégia de reestruturação dos locais de trabalho que parte da análise dos determinantes sociais, culturais e econômicos e, sobretudo, de valores e conceitos dos/as trabalhadores/as, que apontam para a construção da prática em saúde orientada pela integralidade e humanização. Tem como proposta oportunizar a inserção na relação ensino-aprendizagem, reconhecendo o/a trabalhador/a como sujeito desse processo”. (BRASIL, 2009, p.6)

Outras dimensões das práticas foram mencionadas como espaços possíveis para o exercício da interdisciplinaridade e fundamentais para o

processo de formação dos residentes, como o acolhimento (familiarização dos residentes quando ingressam na unidade de saúde), os programas de vigilância e o colegiado de gestão e as atividades de núcleo, identificadas no rol das especificidades de cada categoria profissional, compondo o currículo teórico e prático das residências.

3 Condições que favorecem a produção das práticas interdisciplinares

A composição multiprofissional da equipe de saúde e da residência, compreendida como potencializadora de trocas de saberes para a construção das práticas coletivas, foi apontada pelos participantes como aspecto facilitador da interdisciplinaridade.

O processo de construção das práticas interdisciplinares nessa equipe foi identificado a partir da forma de organização do trabalho, com implicação de todos os profissionais. Esse processo tem como pano de fundo a construção histórica do trabalho voltado às práticas em saúde no coletivo, pautadas na participação popular e contextualizadas na diversidade de problemas sociais característica deste território.

Os participantes destacaram, também, como ponto forte do processo de trabalho da equipe, o planejamento das ações que mobiliza reflexão e a reconstrução de estratégias de cuidado em saúde voltado para o coletivo. As características do território, demarcadas pela diversidade e complexidade dos problemas, definem a necessidade da problematização das demandas e a construção de estratégias interdisciplinares. Neste sentido, Gomes (2007, p.27) refere que “À medida que o profissional concebe a complexidade dos processos de saúde/doença, acaba buscando a interação dialógica com outros profissionais”. Também faz uma reflexão com relação à construção das práticas que “são guiadas pela forma como concebemos o mundo e considera a integralidade como um fazer saber ético no campo do trabalho interdisciplinar, buscando outros modos de compreender a realidade”.

Na construção das práticas interdisciplinares, foi destacada, também, como elemento facilitador a base relacional e a horizontalidade das relações, como dispositivos viabilizadores da inclusão de diferentes olhares,

potencializando a troca de saberes e fazeres em saúde. Neste sentido, Pinheiro (2003, p.32) salienta a necessidade de se

“democratizar o processo de trabalho, horizontalizando saberes, através de atividades multiprofissionais e interdisciplinares, incorporando a renovação das práticas de saúde e promovendo a produção do cuidado em busca de uma assistência de saúde centrada no usuário”.

Outra forma de desencadear a interdisciplinaridade foi relacionada com o processo de formação que movimenta a construção de saberes, na medida em que os residentes questionam a equipe nas suas práticas, à luz dos conhecimentos teóricos, tensionando para construir novas possibilidades de trabalho. A formação em serviço foi aqui compreendida como um processo de construção crítica que pressupõe a transversalidade dos saberes entre a equipe.

4 Dificuldades percebidas no processo de construção das práticas

Partindo da identificação dos processos de construção da interdisciplinaridade, foram apontados, pelos participantes, aspectos considerados como entraves observados no exercício das práticas em saúde. Foi destacada, em primeiro lugar, a formação tecnicista, que tende a direcionar as intervenções com enfoque disciplinar e leva a uma postura de resistência à interdisciplinaridade, observada na fala a seguir:

“Ao mesmo tempo em que a formação favorece, a formação pode desfavorecer porque aí depende do tipo da formação que o profissional tem. Numa formação mais fechada, mais dura, mais tecnicista não tão aberta à discussão, que eu acho que desfavorece bastante. E isso implica bastante com o comprometimento do profissional para estar praticando a interdisciplinaridade aqui.”
(Participante X)

A produção de conhecimento ainda conserva, no campo das práticas de saúde, características históricas do processo de formação dos profissionais, que refletem na manutenção dos saberes centrados na construção disciplinar, embora, nesta equipe, tenha sido identificado um esforço de superação da fragmentação do conhecimento, compreendido como um movimento contínuo e desafiador, implicado na tarefa de constituir a interdisciplinaridade como projeto do coletivo.

Esta dinâmica tem o viés do investimento da equipe na interdisciplinaridade e, na via contrária, os obstáculos a serem superados, percebidos como movimento de resistência, que os participantes identificam como falta de comprometimento na perspectiva do cuidado em saúde.

Outra forma de resistência identificada é a dificuldade de abertura para novas formas de intervenção, relacionadas ao cuidado em saúde nas situações de maior complexidade. Neste aspecto, observam-se pontos de vista divergentes entre residentes, que vivenciam o processo em tempo predeterminado, e preceptores, que irão permanecer no exercício das práticas. Percebe-se, nas falas, a expressão do ideário de concretização das práticas em saúde concebidas, por ora, de forma semelhante, com a necessidade de vivenciá-las em tempos concretos diferentes.

Também mereceram destaque, como aspectos que interferem no cotidiano de trabalho, as demandas internas, institucionais e as intercorrências que geram tensionamentos nos processos da equipe. Esse aspecto foi mencionado como um ponto que desorganiza as práticas interdisciplinares, fragmentando os projetos em andamento e interferindo na dinâmica de trabalho. Correlacionada ao processo de trabalho, também foi citada a normatização, percebida como dispositivo que engessa os processos de trabalho, ocasionando estranhamentos e questionamentos na equipe e que, quando potencializada, tende a desmobilizar o trabalho interdisciplinar.

5 Interdisciplinaridade - Concepções produzidas nos processos vivenciados pela equipe

Os participantes demonstraram, inicialmente, dificuldade de definir a interdisciplinaridade, o que só foi possível na medida da aproximação com

o cenário das práticas. Em comum, foi explicitada como aproximação de vários núcleos profissionais na perspectiva da construção coletiva, conforme as falas:

“A interdisciplinaridade é os vários profissionais, os vários núcleos poderem estar atuando juntos, no mesmo campo.” (Participante X)

“É quando existe uma equipe formada por diversos profissionais, mas que nessa equipe há interação com a possibilidade de atender junto, de estar discutindo e compartilhando as práticas.” (Participante Y)

“Vejo como um trabalho coletivo, uma prática coletiva que agrega.” (Participante W)

Percebemos, implícito, o sentido apontado por Japiassu (1976) de interdisciplinaridade pela intensidade das trocas, compreendida como forma de agregar novos saberes, na perspectiva de qualificar as práticas e obter maior resolutividade nos problemas enfrentados.

Também foi indicada a necessidade de interação entre os profissionais, apontando que o fazer interdisciplinar remete à construção compartilhada com a preocupação de constituir práticas não fragmentadas, na perspectiva da integralidade dos sujeitos. O espaço das práticas interdisciplinares foi reconhecido por agregar novos saberes, que provocam um despir-se da especificidade de núcleo para um olhar ampliado em saúde. A interdisciplinaridade passa a se configurar como uma postura individual e no espaço coletivo.

Estas concepções remetem a Fazenda¹, que aponta elementos fundamentais para sua concretização. Para a autora, um dos fundamentos de maior ênfase é o diálogo, concretizado a partir do vivido, objetivando inovar conhecimentos e posturas, produzindo disparadores nos processos de trabalho. Enfatiza a necessidade de estabelecer parcerias nos processos de trabalho para garantir o diálogo entre diferentes formas do conhecimento, destacando a

¹ Fala da Professora Doutora Ivani Catarina Arantes Fazenda, no Congresso Interdisciplinaridade/Educação-92, realizado pelo Instituto de Educação da Universidade Federal de Mato Grosso.

(...) atitude frente a alternativas para conhecer mais e melhor; atitude de espera frente aos atos não consumados; atitude de reciprocidade que impele à troca, que impele ao diálogo, ao diálogo com pares anônimos ou consigo mesmo, atitude de humildade frente à limitação do próprio saber; atitude de perplexidade frente à possibilidade de desvendar novos saberes; atitude de desafio frente ao novo, desafio em redimensionar o velho; atitude de envolvimento e comprometimento com os projetos e com as pessoas neles envolvidas; atitude, pois, de compromisso em construir sempre da melhor forma possível; atitude de responsabilidade; mas, sobretudo de alegria, de revelação, de encontro, enfim, de vida.

É imprescindível apontar aqui, também, a concepção de Demo (1998) sobre interdisciplinaridade, como a

“arte do aprofundamento com sentido de abrangência, para dar conta, ao mesmo tempo, da particularidade e da complexidade do real. Para o autor a interdisciplinaridade busca horizontalizar a verticalização, para que a visão complexa seja também profunda, e verticalizar a horizontalização, para que a visão profunda seja também complexa”. (p.88-89).

A interdisciplinaridade é uma metodologia que agrega diferentes disciplinas, respeitando suas fronteiras, buscando na relação dialógica aproximar conhecimentos e problematizá-los, estabelecendo uma relação de horizontalidade na construção dos saberes (PONTUSCHKA, 1993).

Outro aspecto explicitado é a construção interdisciplinar como um desafio permanente, apresentando-se como objetivo nunca completamente alcançado e, por esse motivo, deve ser permanentemente buscado. Neste sentido, Santomé (1998), refere que “não é apenas uma busca teórica, mas, sobretudo, uma prática. Sua perfectibilidade é realizada na prática; na medida em que são feitas experiências reais de trabalho em equipe, exercitam-se suas possibilidades, problemas e limitações” (p.66).

A interdisciplinaridade também é concebida como processo de aprendizagens significativas, pautadas nas necessidades do território e do saber compartilhado, conforme a fala a seguir:

“A interdisciplinaridade como o conjunto de saberes individuais em que se exercita a troca dos saberes para, coletivamente, dar conta da complexidade dos problemas em saúde. É um processo permeável em que as trocas de saberes possibilitam aos profissionais verem o outro no seu saber. É um processo de construção do saber democratizado.”
(Participante U)

Embora as concepções da interdisciplinaridade não expressem um sentido único, o conjunto de enfoques converge em direção a produzir práticas articuladas, agregando conhecimentos constituídos de forma dialógica e metodologias disparadoras para um fazer coletivo. Neste sentido, destaca-se Freire (1987), que ganha destaque nas reflexões de Thiesen (2008), ao referir suas concepções de interdisciplinaridade como um processo metodológico de construção do conhecimento pelo sujeito, com base em sua relação com o contexto, a realidade e sua cultura. Busca-se a expressão dessa interdisciplinaridade mediante dois movimentos dialéticos: a problematização da situação, pela qual se desvela a realidade, e a sistematização dos conhecimentos de forma integrada.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz deste estudo, observa-se que a interdisciplinaridade é desafio permanente, reconhecida como metodologia presente nos processos de trabalho. As práticas interdisciplinares estão apoiadas nos processos concretos, implicadas na construção prático-reflexiva, que pressupõe a corresponsabilidade dos profissionais e o envolvimento da população no fazer em saúde.

A postura interdisciplinar tem como pano de fundo as experimentações no processo histórico, que foi constituído a partir do perfil da equipe e do território. A formação em saúde coletiva e a implicação política com a construção do SUS foram elementos fundamentais para constituir

metodologias de trabalho sensíveis aos determinantes sociais e direcionadas a estimular a participação da população no cuidado da saúde.

O perfil do território de atuação da equipe também impulsionou para a construção de práticas diferenciadas, pois suas condições adversas extrapolam o limite do conhecimento disciplinar. A contradição que emerge na problematização das demandas demarca a necessidade de permear as fronteiras do conhecimento disciplinar à produção de conhecimentos sob a ótica da interdisciplinaridade.

Outro aspecto presente na construção da equipe emerge da preocupação com intervenções que possam obter maior resolutividade. Neste sentido, as práticas interdisciplinares, além de possibilitarem intervenções que impactam na qualidade da atenção, potencializam o trabalho na perspectiva da integralidade.

Desvelaram-se dispositivos facilitadores e entraves que tensionam e desmobilizam o trabalho interdisciplinar, apontando para uma representação do trabalho interdisciplinar presente nas práticas coletivas e a uma tendência à multidisciplinaridade nas intervenções individuais.

O processo de formação em serviço através das residências foi identificado como o disparador do fazer saúde da equipe. As Residências Multiprofissionais em Saúde passaram a estabelecer um movimento, que afeta e transforma a construção do conhecimento no campo teórico e nas práticas. Esse processo permite à equipe experimentar e refletir sobre suas práticas, produzindo um corpo profissional implicado com o SUS.

Os conhecimentos, aqui compartilhados, partem de um contexto específico de uma equipe de saúde, inseridos em determinado território, mas acreditamos que os achados deste estudo podem ser úteis para reflexões da Residência Integrada em Saúde do GHC, vivenciada em contextos de cuidado e de formação de trabalhadores em saúde.

Concretizar as práticas interdisciplinares pressupõe um projeto em comum, a implicação dos profissionais, o reconhecimento dos limites disciplinares e a necessidade da construção no coletivo. Este investimento possibilita concretizar novos sentidos e efeitos na produção de saúde para a população, produzindo novos saberes para todos os sujeitos envolvidos.

Agradecimento

Agradecemos aos profissionais participantes deste estudo pela disponibilidade em socializar os processos de trabalho de forma aberta, sensível e crítica, possibilitando essa produção.

REFERÊNCIAS

BRASIL. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Projeto Político-Pedagógico da RIS/GHC – Ano 2009*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. Disponível em <<http://escola.ghc.com.br/images/stories/RIS/risprojeto.pdf>> Acesso em: 07 jul. 2014.

CECCIM RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.16, p.161-77, 2005.

CECCIM RB; FEUERWERKER LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41- 65, 2004.

CHAUÍ M. *Convite à filosofia*. São Paulo: Ática, 2000.

DEMO P. *Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 1998.

FAZENDA IC (Org.). *O que é interdisciplinaridade?* São Paulo: Cortez, 2008.

FAZENDA IC. *Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa*. Campinas: Papirus, 1994.

FAZENDA IC. *Práticas interdisciplinares na escola*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1996.

FREIRE P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GOMES R; DESLANDES SF. *Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.2, n.2, p.103-114, jul. 1994.

GOMES RS; HERBERT F; PINHEIRO R; BARROS MEB. Integralidade como princípio ético formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudo sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO R; BARROS MEB; MATTOS RA de (Orgs.) *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: CEPESC-MS, 2007. p.19-36.

JAPIASSU H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

MENDES EV. *Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para o Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1993.

MINAYO MC de S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.3, n.2, p.42-63, 1994.

MINAYO MC de S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina*, Ribeirão Preto, v.24, n.2, p.70-77, abr./jun. 1991.

MINAYO MC de S. *O desafio de conhecimento: pesquisa qualitativa em serviço*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1993.

MINAYO MC de S; Souza ER. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.IV, n. 3, p.513-531, 1998.

MORAES MC. *O paradigma educacional emergente*. São Paulo: Papirus, 2002.

PINHEIRO R; LUZ MT. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO R; MATTOS RA de (Orgs.) *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, p.7-34, 2003.

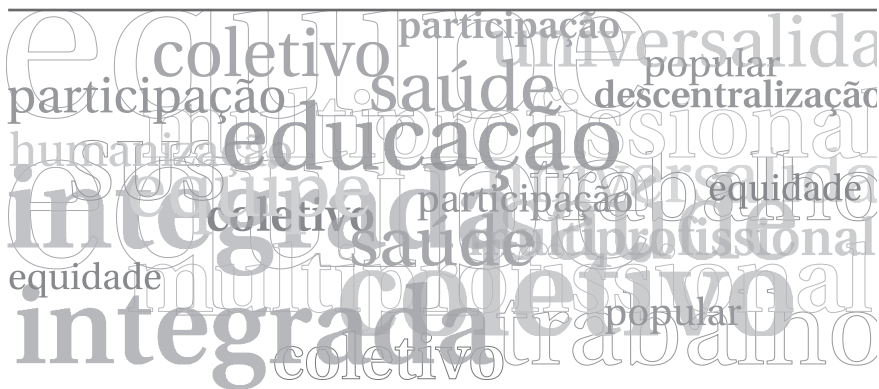
PONTUSCHKA N. (Org.). *Ousadia do diálogo*. São Paulo: Loyola, 1993.

SANTOMÉ JT. *Globalização e interdisciplinaridade: o currículo integrado*. Porto Alegre: Artmed, 1998.

THIESEN J da S. A interdisciplinaridade como movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. *Revista Brasileira de Educação*, Belo Horizonte, v.11, n.4, p.55-554, jul./ago. 2008.

TRENTIN VRM. *Práticas interdisciplinares nos processos de formação em serviços de saúde*. Trabalho de Conclusão de Especialização. UFRGS, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000760626&loc=2010&l=598d13594fb01cba>> Acesso em: 20 jul. 2014.

VILELA EM; MENDES IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, n.4, p. 526-531, jul./ago. 2003.



FONOAUDIOLOGIA NA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO - POTENCIALIZANDO A INTERDISCIPLINARIDADE PARA PRESTAÇÃO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE

Maristela Cavalheiro Tamborindeguy França

Ananyr Porto Fajardo

Leticia Wolff Garcez

Sílvia do Amaral Sartori

APRESENTAÇÃO

No Brasil, a formação para o trabalho no campo da saúde busca alicerçar-se, cada vez mais, na excelência técnica, na integralidade da atenção e no diálogo em equipe multiprofissional de saúde. Nesse sentido, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem em franco avanço na intenção de aproximar ensino e serviço. Há diversos programas e propostas que se efetivam; entre eles, a residência multiprofissional em saúde oportuniza o aprendizado em meio ao cenário de práticas.

Apresentamos um breve histórico da Fonoaudiologia no país, relatando sua trajetória, desde as práticas que conformaram o perfil da profissão, passando pelo ensino embasado no modelo clínico e pelas tentativas de ampliação de seu espaço na saúde coletiva. Chegamos ao momento atual, em que novas demandas se apresentam e devem ser compreendidas e

atendidas, sendo uma das modalidades possíveis a formação interdisciplinar em serviço na saúde. Finalmente, consolidamos algumas reflexões para fortalecer a Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), almejando potencializar a interdisciplinaridade na atenção integral para qualificar o Sistema Único de Saúde.

CONSTITUIÇÃO DA FONOAUDIOLOGIA COMO PROFISSÃO

Fonoaudiólogos são profissionais com graduação plena em Fonoaudiologia e que atuam em atividades de pesquisa, prevenção, avaliação e terapia fonoaudiológica em todas as áreas que envolvam a saúde e o desenvolvimento humano para a comunicação oral e escrita, voz e audição (BRASIL, 1981). Contudo, para se entender o objeto de estudo da Fonoaudiologia, podemos relembrar a sua história, que começa a ser contada já na Grécia Antiga, por Demóstenes, destacado orador, que venceu suas dificuldades de comunicação e fluência verbal encerrando-se, diariamente, em uma sala subterrânea por demoradas horas para treinar a dicção, a projeção e a expressão vocal. Nesse espaço, contam os historiadores, Demóstenes colocava pequenas pedras na boca enquanto falava – era uma técnica que misturava arte e intuição (NOGUEIRA, 2006).

Porém, ocorreram muitas transformações da Grécia Antiga aos dias de hoje. Foram construções advindas da experiência de diversos profissionais das artes, saúde e educação que desenvolviam atividades de reabilitação de afásicos, disléxicos, crianças com problemas de fala, de voz, de linguagem e surdez (MEIRA, 1997).

Especificamente no Brasil, a Fonoaudiologia é introduzida após a chegada da família real, em 1808, quando foi inaugurado o Colégio Nacional e foi iniciado o atendimento específico de pessoas com problemas de comunicação, especialmente os deficientes auditivos. Mais adiante, no final do século XVII, as ciências desenvolveram forte impulso de quantificar, medir e padronizar fenômenos e comportamentos, o que levou à realização de pesquisas sobre alterações na fala de escolares, desencadeando a aprovação de um Código de Educação que, entre outras iniciativas, previa a criação de Escolas Ortofônicas (FERREIRA; OLIVEIRA; QUINTEIRO *et al.*, 1995). A

Fonoaudiologia dá passos importantes no século XX para a definição de sua identidade profissional, estando fortemente relacionada ao campo da educação escolar, pois “O profissional [fonoaudiólogo] é concebido como um professor especializado, que deveria atuar na profilaxia e correção de erros na linguagem decorrentes de perturbações orgânicas e de variações dialetais” (FIGUEIREDO NETO, 1988, p.37).

Os primeiros cursos no país foram criados na década de 1960 na Universidade de São Paulo (USP) e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), com a denominação de curso de graduação em “Logopedia”. Seu objetivo era formar terapeutas que tratassem de indivíduos portadores de problemas de voz, fala, linguagem e audição. Posteriormente, foi criado o curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), o da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e o da Escola Paulista de Medicina – hoje, UNIFESP (DANESI; MARTINEZ, 2001; MEIRA, 1997).

Segundo o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa), em 2013 havia 75 cursos de graduação em Fonoaudiologia no Brasil, sendo que o Rio Grande do Sul, indicado como 7ª Região, oferecia seis¹ (CFFa, 2014a).

A FONOAUDIOLOGIA NA PRÁTICA CLÍNICA

Da mesma forma que as demais profissões da área da saúde, a Fonoaudiologia repetiu, por décadas, uma formação voltada ao modelo clínico médico, de centralização do conhecimento e baseada na saúde como ausência de doença. Assim, o processo de atenção desenvolvido era curativo e voltado à reabilitação, o que, claramente, evidenciava um cenário hospitalocêntrico, de formação ultraespecializada, focada na atenção individual, ação cirúrgica e medicamentosa (BRASIL, 2003).

A busca pela pós-graduação em áreas específicas foi levando os fonoaudiólogos a um diálogo mais elaborado, investigativo e criativo com outros profissionais da saúde e, especialmente, da educação. Estas trocas mesclavam o empirismo e o cientificismo, tendo como fim atender a determinadas demandas de ordem clínica ou investigativa. Assim,

¹ As demais regiões apresentavam os seguintes números, conforme a regionalização do CFFa: 1ª Região: quatro; 2ª Região: 17; 3ª Região: nove; 4ª Região: doze; 5ª região: sete; 6ª região: 14; e 8ª Região: seis (CFFa, 2014a).

a Fonoaudiologia foi se inserindo em diversos campos de trabalho, conquistando espaço em programas de pós-graduação de áreas afins (tais como Medicina, Odontologia, Letras, Saúde Coletiva, Psicologia, Educação e Artes, entre outras), o que levou a uma aceleração na construção do conhecimento, bem como no reconhecimento de sua parcela de colaboração e responsabilidade na esfera social e científica.

APROXIMAÇÃO COM A SAÚDE COLETIVA

O Movimento da Reforma Sanitária embasou toda a construção de um sistema brasileiro de saúde que garante universalidade, integralidade e equidade na atenção (MATTA, 2009). Na esteira desse contexto sociopolítico, a Fonoaudiologia realizou o Encontro Nacional de Fonoaudiologia Social e Preventiva, na cidade de São Paulo, em 1987, mesmo ano da realização da Assembleia Nacional Constituinte, abordando diversos temas e experiências nos espaços coletivos, além de promover um debate com a categoria profissional. Apesar de engajamentos isolados no campo da saúde coletiva, deu-se um passo importante para a reformulação dos paradigmas de atuação e formação para a Fonoaudiologia.

Entretanto, ainda identifica-se a insuficiência do ensino de conteúdos voltados para a promoção de saúde, visto que existe uma carência de docentes que se dediquem a esse âmbito, prejudicando o acesso dos estudantes a discussões voltadas ao conceito ampliado de saúde para atuação no SUS (CASANOVA; MORAES; RUIZ-MORENO, 2010).

Mesmo assim, o número de fonoaudiólogos interessados pela saúde coletiva vem aumentando, quer seja pela atuação em serviços de saúde, quer seja na gestão ou no âmbito acadêmico. Esse movimento motivou o Conselho Federal de Fonoaudiologia a discutir e reconhecer a Saúde Coletiva como área de especialização/atuação do fonoaudiólogo, o que foi concretizado no ano de 2004 (CFFa, 2010).

A EXPERIÊNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE

Entre as transformações advindas da Constituição Federal de 1988 e da criação do SUS, o conceito de integralidade em saúde é o que estabelece

maior impacto e consequentes modificações no mundo do trabalho, no ensino e aprendizagem acadêmica e no investimento em pesquisa para a Fonoaudiologia e muitas profissões da saúde. Buscando alcançar esse princípio, foram criados programas ministeriais, como o da Saúde Auditiva e da Fissura Labiopalatina. Paralelamente à ampliação da atenção básica e à inserção de equipes multiprofissionais na política de Saúde da Família, com a implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) incluindo fonoaudiólogos (BRASIL, 2008), foi sendo estabelecido um novo paradigma de atenção à saúde, baseado na interdisciplinaridade e na descentralização do conhecimento.

As propostas e diretrizes do SUS defendem a necessidade de pensar o trabalho em equipe multiprofissional, com vistas à interdisciplinaridade. Para Ceccim (2004), é em equipe que se exerce a terapêutica (ao invés do mero tratamento), pressupondo uma atenção coletiva, que se reflete na melhoria da qualidade de vida de pacientes, famílias e comunidade. Desta forma, os profissionais que acreditam que a atuação interdisciplinar constitui a melhor forma de abordar os problemas de saúde precisam, cotidianamente, inventar e reinventar modos de atuar interdisciplinarmente (CAMPOS; DOMITTI, 2007; PEDUZZI, 1998). Entretanto, há que se ter o cuidado de não reduzir a compreensão do que é a atuação interdisciplinar a meros encontros ou contatos entre diferentes disciplinas/especialidades. De fato, são novas formas de relacionamento, tanto no que diz respeito à hierarquia institucional, à gestão, à divisão e à organização do trabalho, quanto no que diz respeito às relações que os trabalhadores estabelecem entre si e com os usuários do serviço e a manifestação das subjetividades (MATTOS, 2001). Na equipe interdisciplinar, existem intrínsecas relações interdependentes em que estão em jogo valores extremamente delicados, como o saber e o poder. Isso implica a consciência de limites e potencialidades em cada campo de saber, de modo que exista uma abertura em direção a um fazer coletivo (GOMES; DESLANDES, 1994).

A FONOAUDIOLOGIA EM CENÁRIOS DE ENSINO-APRENDIZAGEM EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Examinando expectativas de fonoaudiólogos egressos, observa-se que muitos dão continuidade a seus estudos após a conclusão da faculdade,

principalmente na expectativa de atender a demandas fortemente vinculadas ao atendimento individual, identificadas no mercado de trabalho (TEIXEIRA; RODRIGUES; SANTOS *et al.*, 2013). Recém-formados indicaram a busca pelo trabalho na clínica como principal meta profissional, além de cursar uma especialização em área diagnóstica e técnica (SILVA; SAMPAIO; BIANCHINI, 2010). Corroborando essa realidade, estudo realizado em Minas Gerais informou haver um déficit desses profissionais no SUS (SANTOS; MACIEL; MARTINS *et al.*, 2012).

Em 2014, aproximadamente 37.500 fonoaudiólogos atuam no país, sendo 2.055 no Rio Grande do Sul (CFFa, 2014b). Em termos de titulação, há um total de 5.625 especialistas, distribuídos nas seguintes áreas: Audiologia: 2.032; Disfagia: 65; Fonoaudiologia Educacional: 34; Linguagem: 797; Motricidade Orofacial: 1.713; Voz: 950; Saúde Coletiva: 34 (CFFa, 2014c). A evidente desvantagem numérica da especialização em Saúde Coletiva deve-se à criação bem mais recente de cursos e da própria titulação nessa área em relação às demais.

Embora a graduação e a pós-graduação ainda apresentem maior tendência a enfatizar a atenção clínica individual, sem contribuir suficientemente para a atuação em nível coletivo e junto ao SUS, já existem movimentos de ativação de mudanças curriculares na graduação em Fonoaudiologia, o que vem transformando concepções e práticas acadêmicas que contribuem para a construção de um trabalho coletivo em saúde (ARAKAWA; SITTA; CALDANA *et al.*, 2013; TRENCHÉ; BARZAGHI; PUPO, 2008). Com isso, é possível pensar em avanços que oportunizem maior abertura ao coletivo.

Uma iniciativa governamental para estimular o atendimento a demandas de várias ordens em saúde foi a constituição das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005 (BRASIL, 2005). São orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais, e abrangem as profissões da área da saúde. Conforme o Conselho Nacional de Saúde são elas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1998).

França (2010) identificou os programas de Residência Multiprofissional em Saúde com vagas para fonoaudiólogo existentes em 2009 e 2010. O Quadro 1 apresenta uma atualização dessas informações especificamente para o Rio Grande do Sul, em 2014.

Quadro 1 - Distribuição de vagas para ingresso de residentes de primeiro ano (R1) em programas de residência multiprofissional em saúde no Rio Grande do Sul, 2014 (Fonoaudiologia em negrito).

Instituição promotora	Ênfase(s) com vaga para fonoaudiólogo	Profissões com vagas para R1	Nº de vagas
GHC 7 ênfases 1 c/ Fonoaudiologia	Atenção ao Paciente Crítico	Enfermagem	8
		Farmácia	1
		Fisioterapia	4
		Fonoaudiologia	2
		Nutrição	2
UFCSPA / ISCMPA Ênfase única	Intensivismo	Serviço Social	1
		Enfermagem	2
		Farmácia	2
		Fisioterapia	2
		Fonoaudiologia	2
UFSM 7 ênfases 4 c/ Fonoaudiologia	Crônico-Degenerativo	Nutrição	2
		Enfermagem	1
		Farmácia	1
		Fisioterapia	2
		Fonoaudiologia	1
		Nutrição	1
		Odontologia	1
	Onco-Hematologia	Psicologia	1
		Serviço social	1
		Terapia ocupacional	1
		Enfermagem	2
		Farmácia	1
		Fonoaudiologia	1
		Nutrição	1
	Atenção Básica / Estratégia de Saúde da Família	Odontologia	1
		Psicologia	1
		Serviço social	1
		Terapia ocupacional	1
	Vigilância em Saúde	Enfermagem	3
		Farmácia	2
		Fonoaudiologia	1
		Nutrição	1

Instituição promotora	Ênfase(s) com vaga para fonoaudiólogo	Profissões com vagas para R1	Nº de vagas
ULBRA 2 ênfases	Saúde do adulto e idoso	Biomedicina Enfermagem Farmácia Fisioterapia Fonoaudiologia Psicologia Serviço Social	1 4 1 3 1 1 1
	Saúde Comunitária	Enfermagem Farmácia Fonoaudiologia Psicologia Odontologia Serviço Social	4 2 2 1 2 2

Fonte: <http://www.ghc.com.br>; <http://www.ufcspa.edu.br>; <http://www.ufsm.br/residenciaimulti>; <http://www.ulbra.br/pos-graduacao/canoas>

Legenda: GHC - Grupo Hospitalar Conceição; UFCSPA / ISCMPA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre / Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre; UFSM - Universidade Federal de Santa Maria; ULBRA - Universidade Luterana do Brasil.

É possível observar que a oferta de vagas para residentes fonoaudiólogos segue a mesma distribuição das demais profissões, exceto a Enfermagem que, tradicionalmente, constitui o núcleo mais numeroso. Contudo, ainda resta proporcionar a oportunidade de residência em outras ênfases, quando a instituição promotora assim oferecer, como no caso do GHC.

A FONOAUDIOLOGIA NA RIS/GHC

A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) foi constituída em 2004, após várias discussões internas e com representantes do Ministério da Saúde, recebendo financiamento a partir de projeto apresentado pela Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC (BALDISSEROTTO; FAJARDO; SCHMIDT *et al.*, 2006). A residência multiprofissional foi denominada de “Residência Integrada em Saúde” (RIS), por acreditar que a formação e atuação dos profissionais de saúde no SUS estão ligadas a um conceito de integração de conhecimentos, atuações e saberes. A certificação do GHC como Hospital de Ensino se deu pela Portaria nº 1.704 dos Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2004b). A partir de então, a Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC (GEP/GHC) passou a mapear

internamente os serviços com possibilidades de assumir novos espaços e atividades para o desenvolvimento de profissionais, definindo, também, as áreas de ênfase para a implantação da residência.

Ao observar este movimento dentro do Grupo Hospitalar Conceição, a Fonoaudiologia foi buscar informações junto à coordenação da então Gerência de Ensino em Pesquisa do GHC, entregando, em 2003, uma carta de intenções dos fonoaudiólogos do HNSC para criação de vaga para graduados em Fonoaudiologia. Naquele momento, o Serviço de Fonoaudiologia entendia que a residência desenvolvia sua atuação em um modelo uniprofissional e, especificamente por essa razão, sua solicitação não foi acolhida.

Em 2007, houve a transferência de uma fonoaudióloga para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Neonatal do Hospital da Criança Conceição, uma das quatro unidades hospitalares do GHC, e a Fonoaudiologia credenciou-se a rever o encaminhamento de seu antigo pedido. Após várias tratativas, a Fonoaudiologia foi aceita para compor um dos núcleos da ênfase, então denominada Terapia Intensiva, desenvolvendo, durante o ano de 2008, diversas atividades e encaminhamentos para sua efetiva inclusão no Edital para 2009. Na primeira seleção, foi oferecida apenas uma vaga e no Edital para a turma 2010-2011, foram oferecidas duas vagas, o que se traduz em ampliação da oferta (FUNDATEC, 2008; 2009). Dali em diante, o número de vagas permanece o mesmo.

A supervisão de residentes e estagiários por todos os contratados para profissões de nível superior foi demandada aos trabalhadores que ingressaram a partir de 2007 e, com isso, cada vez mais funcionários incorporaram a docência em serviço ao seu cotidiano de trabalho (FUNDATEC, 2007). Assim, o corpo técnico-docente da RIS/GHC consiste de todos os profissionais envolvidos com o processo de ensino e aprendizagem dos residentes, podendo assumir a função de preceptoria de campo e núcleo, orientação de pesquisa, orientação de campo e docência. Com isto, a possibilidade e a necessidade do exercício de preceptoria para os profissionais da Fonoaudiologia passaram a fazer parte do seu dia a dia no GHC.

Um dos requisitos para que um serviço passe a desenvolver o programa de residência é que funcionários pertencentes ao núcleo profissional das vagas a serem oferecidas e que possuam experiência aliada, preferencialmente, à titulação (especialização, mestrado ou doutorado)

atuem no campo de práticas, onde os residentes vivenciam o processo formativo, respeitando uma relação de, no mínimo, um preceptor para cada três residentes. Um dos efeitos da RIS/GHC sobre o corpo funcional foi o incremento da busca por qualificação dos trabalhadores, credenciando-se, assim, ao exercício da preceptoria (FAJARDO, 2011).

Este modo de formação, desenvolvido diretamente no serviço de saúde, é uma inovação para a Fonoaudiologia. Tradicionalmente, o que existia eram cursos de especialização de sala de aula e cursos de aperfeiçoamento prático, uniprofissionais, mais conhecidos como *fellow*, ambos voltados para a clínica privada. Assim, os profissionais da Fonoaudiologia, em geral, desconheciam o papel da residência, nada diferente dos fonoaudiólogos do GHC, antes de passarem a desempenhar atividade de preceptoria. Esta nova experiência trouxe em si uma fonte geradora de transformação, pois impacta no processo de trabalho do serviço, estabelecendo rotinas que não aconteciam, tais como discussão de casos, preparação de aulas e elaboração de protocolos.

Em 2004, a RIS/GHC estava organizada em três áreas de ênfase: Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva (BRASIL, 2004a). De 2007 em diante, a instituição adequou o programa a uma nova regulamentação e incluiu a possibilidade de criação de novas áreas de ênfase/especialidade, conforme necessidades locais/regionais identificadas (BRASIL, 2007). Atualmente, o programa está organizado em sete ênfases: Atenção ao Paciente Crítico (originário da Terapia Intensiva), Atenção Materno-Infantil e Obstetrícia, Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, Gestão em Saúde, Oncologia/Hematologia, Saúde da Família e Comunidade e Saúde Mental. Apenas a primeira oferece vaga para residentes fonoaudiólogos (FUNDATEC, 2013).

Em 2014, um total de 62 preceptores da RIS/GHC recebem 103 residentes de primeiro ano (R1) e atendem a 90 de segundo ano (R2). Dentre as 16 fonoaudiólogas contratadas pelo GHC, três estão lotadas no Hospital da Criança Conceição, uma no Hospital Fêmina, duas no Hospital Cristo Redentor e dez no Hospital Nossa Senhora da Conceição. Duas delas exercem a preceptoria junto à ênfase em Atenção ao Paciente Crítico e outras duas são orientadoras de campo; as demais, atuam na assistência. Duas preceptoras possuem grau de Mestrado, uma das orientadoras é doutoranda e a outra é especialista.

A primeira residente fonoaudióloga iniciou seu trabalho na UTI Neonatal, em 2009, quando a ênfase era voltada para o tratamento intensivo. Em 2010, com a reformulação dessa ênfase, outras vivências passaram a ser proporcionadas, o que ampliou e validou a atuação da Fonoaudiologia em mais campos. Assim como as demais ênfases, a Atenção ao Paciente Crítico também tem como objetivo especializar profissionais de diferentes áreas da saúde por meio da formação em serviço e sua finalidade é a de atuar em equipe interdisciplinar, nos diferentes níveis de atenção e gestão do SUS. Além disso, fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas, aprimorando e qualificando a capacidade de análise, de enfrentamento e de proposição de ações que visem a concretizar os princípios e as diretrizes do SUS na atenção ao paciente crítico.

As atividades desenvolvidas pelo núcleo foram sendo ampliadas, passando a abranger, além das UTIs Neonatal e Pediátrica do Hospital da Criança Conceição e UTI do Hospital Cristo Redentor, outros setores, como o ambulatório de egressos da UTI Neonatal, com dificuldade de alimentação por via oral, inseridos na equipe de seguimento dos recém-nascidos prematuros; a equipe do Centro de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais (CERAC); nas emergências dos Hospitais Criança Conceição e Cristo Redentor; unidade de neurocirurgia e Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional do HCR, além do Programa de Atenção Domiciliar (PAD-GHC). Os residentes também participam de atividades ligadas ao Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo (GIAME), aos grupos de pais da UTI Neo e a grupos de terapia, coordenados pela Saúde Mental. Da mesma forma, preceptores e residentes da ênfase Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial participam das atividades do CERAC, o que estimula e enriquece as trocas interdisciplinares entre as diferentes ênfases. Por outro lado, alguns campos não estão sendo utilizados nesse momento, como a UTI e a emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, em função de não haver fonoaudiólogo contratado lotado nesse campo.

Além dos conteúdos de núcleo e de campo, a organização curricular da ênfase define outras possibilidades de estágio para residentes fonoaudiólogos, como em gestão no Núcleo Interno de Regulação (NIR) e os optativos, realizados mediante contato interinstitucional. A ênfase também acolhe residentes fonoaudiólogos oriundos de outros programas do estado.

Cabe destacar que a relação multiprofissional rumo à interdisciplinaridade é uma construção provocada pela proposta de formação em serviço. Trata-se de uma conversa multidimensional com outros núcleos e outros profissionais e que, por natureza e relações históricas, em alguns campos ocorre de maneira mais fácil, enquanto em outros, é um desafio. Uma possibilidade a ser implementada seria a vinda de residentes de outras profissões, ou de outras ênfases, para promover o diálogo interdisciplinar.

A produção de trabalhos para conclusão da residência (TCR) é um dos requisitos para certificação dos residentes como especialistas nas suas áreas de ênfase. Contribui para a formação de profissionais, capazes de relacionar o conhecimento adquirido nos processos de trabalho à realidade dos campos de atuação, bem como para sua reflexão no trabalho em ato, qualificando atenção.

Nesses dez anos de RIS/GHC, as residentes fonoaudiólogas já concluíram sete TCRs, dois estão em andamento e dois projetos de pesquisa estão sendo elaborados. Abordam a integralidade da atenção em saúde e os aspectos técnicos da fonoaudiologia junto ao paciente crítico, sendo que as temáticas e os desenhos de pesquisa foram definidos conforme a escolha de cada residente. Todos são desenvolvidos em campo, dentro das unidades de terapia intensiva por onde passaram; entre os trabalhos concluídos, quatro, estavam voltados à atenção em pediatria e três, em adultos. Sua situação atual e os títulos são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 - Situação e título dos trabalhos de conclusão de residência de fonoaudiólogas na RIS/GHC, 2009-2014.

Turma	Situação	Título
2009	Concluído	Comportamento motor oral e global de recém-nascidos filhos de mães usuárias de crack e/ou cocaína
2010	Concluído	Análise de fatores de risco para disfagia em pacientes submetidos à ventilação mecânica
	Concluído	Assistência interdisciplinar nas disfagias orofaríngeas: abordagem fonoaudiológica e nutricional em pacientes críticos
2011	Concluído	Descrição da transição alimentar para via oral de prematuros com diagnóstico de hemorragia peri-intraventricular: dados preliminares
	Concluído	Análise descritiva da prontidão para alimentação de recém-nascidos pré-termo segundo a idade gestacional corrigida: estudo piloto

Turma	Situação	Título
2012	Concluído	Programa de triagem auditiva neonatal e indicadores de risco para a perda auditiva em UTI neonatal de hospital público de Porto Alegre
	Concluído	Avaliação clínica da deglutição: associação entre a oximetria de pulso e o teste com corante azul
2013	Em andamento	Aspectos da alimentação oral dos bebês com fissura labiopalatina de um centro especializado de reabilitação de anomalias craniofaciais
	Em andamento	Relação entre tempo de extubação orotraqueal e prontidão para reintrodução da alimentação por via oral
2014	Projeto em elaboração	Em definição
	Projeto em elaboração	Em definição

Fonte: Núcleo de Fonoaudiologia da ênfase Atenção ao Paciente Crítico da RIS/GHC.

SEGUINDO EM FRENTE

A Fonoaudiologia mostra seu amplo crescimento pelo país, em especial no Rio Grande do Sul. A criação de cursos de graduação em universidades públicas e, especialmente, o foco em saúde coletiva demonstram uma mudança qualitativa na formação do profissional em questão. Além disso, a oferta de oportunidades de formação em serviços de saúde é um elemento que complementa sua sedimentação no Sistema Único de Saúde. Deriva disso uma crescente produção no meio científico, ao lado de ações que permitem desenvolver e estruturar uma atuação mais efetiva para promoção, prevenção e reabilitação em saúde.

A interdisciplinaridade - no caso deste capítulo, em saúde - é uma das possíveis respostas à visão complexa do mundo na atualidade, pois atribui mais robustez à atenção, fortalece a ação intersetorial e contribui para o desenvolvimento da autonomia de pessoas e comunidades (VILELA; MENDES, 2003). Contudo, ainda não é um conceito plenamente apropriado por profissionais da fonoaudiologia envolvidos com ensino (MANCOPES; CUTOLO; TESCH *et al.*, 2009).

A literatura já informa experiências embasadas na apreensão de necessidades ampliadas em saúde, que também podem ser identificadas e atendidas por fonoaudiólogos no contexto do GHC, uma instituição hospitalar que abarca diferentes níveis de atenção e que preconiza o trabalho em equipe interdisciplinar. Um exemplo seria a detecção e abordagem de casos de violência contra crianças e adolescentes (NOGUCHI; ASSIS;

SANTOS, 2004; NOGUCHI; ASSIS; MALAQUIAS, 2006; ACIOLI; LIMA; BRAGA *et al.*, 2011). Outra possibilidade é a inserção nos NASF, de forma a ampliar o acesso dos pacientes a profissionais de outras especialidades e categorias e facilitar a integralidade da atenção (CAVALHEIRO, 2009; FERNANDES; NASCIMENTO; SOUSA, 2013). A atenção aos idosos, um grupo populacional com significativa prevalência de agravos agudos e crônicos, que podem levar a perda de funções orofaciais, já afetadas pelo processo natural de envelhecimento, também constitui um campo com crescente necessidade de atenção por esse núcleo (ROQUE, s.d.).

A Odontologia também se apresenta como terreno fértil para estabelecimento de diálogos interprofissionais (SILVA; CANTO, 2014), juntamente com a atenção em oncologia, cuja ampliação da estrutura de atendimento vem sendo planejada pela instituição para um futuro breve. Os fonoaudiólogos, atuantes em equipes multiprofissionais no SUS, contribuem para o reconhecimento da complexidade da atenção integral à saúde (PARO; VIANNA; LIMA, 2013; MAIA; SILVA; TAVARES, 2012). No âmbito da Atenção Primária à Saúde, os Agentes Comunitários de Saúde também podem atuar no reconhecimento de agravos à saúde vocal, devendo integrar ações educativas apropriadas para a prestação de serviços oportunos (SANTOS; RODRIGUES; SILVA *et al.*, 2012).

Existem possibilidades de trocas enriquecedoras, a partir da aproximação da residência com Cursos de Graduação em Fonoaudiologia, em função de convênios já firmados entre o GHC e as universidades federais (UFRGS e UFCSPA) de Porto Alegre. Sem dúvida, seria uma oportunidade importante para complementar o processo de formação de profissionais de saúde, os quais poderão acompanhar atividades de ensino em serviço na saúde pública e desenvolver pesquisas interdisciplinares, ações e investigações intersetoriais, entre outras.

Passados dez anos de constituição da RIS/GHC, e na vigência de um projeto descentralizado para outros municípios do estado, o que aproxima o programa de realidades distintas, espera-se a inclusão da Fonoaudiologia nas outras ênfases da Residência Integrada em Saúde do GHC, pois todas elas contemplariam atividade fonoaudiológica, como no tratamento pré e pós-cirurgia de câncer de cabeça e pescoço; prevenção, promoção e reabilitação em saúde de indivíduos e famílias; e estratégias terapêuticas que envolvam

linguagem e socialização na área de saúde mental. A ênfase Atenção Materno-Infantil e Obstetrícia é outro exemplo, pois as atividades estão estreitamente relacionadas com o processo de trabalho da fonoaudiologia, mas ainda não está prevista vaga para este núcleo.

Contudo, em relação à preceptoria, a ausência de um fonoaudiólogo lotado nos respectivos serviços é a principal barreira a ser transposta, a menos que se busquem novas alternativas, baseadas em uma relação de matriciamento entre o núcleo da Fonoaudiologia e determinados campos. Para tanto, os profissionais da fonoaudiologia também devem ser incentivados a se aperfeiçoar no processo de ensino-aprendizagem, para que se sintam seguros no exercício da preceptoria em equipe, fora dos limites da academia e inseridos nos serviços de saúde (BOTTI; REGO, 2008).

Quanto ao núcleo de Fonoaudiologia, no programa aqui abordado, observa-se grande avanço, desde as primeiras iniciativas de sua inserção ao programa. Houve diversificação de tempos e espaços de formação e aprimoramento do corpo funcional para atendimento das demandas teórico-práticas da residência. Contudo, é possível pensar em aperfeiçoamento do programa, que é foco dessas reflexões, tendo em vista o compromisso do GHC com a qualificação da formação de profissionais para o SUS. Algumas necessidades seriam ampliar o quadro de fonoaudiólogos no GHC para inserção em outros setores, o que possibilitaria a ampliação de vagas de residentes, a diversificação dos campos de atuação e a recuperação de espaços pedagógicos, anteriormente aproveitados; buscar a garantia de tempo dedicado ao exercício da preceptoria e orientação de campo e núcleo para qualificar a preparação de atividades teórico-práticas; estabelecer diálogo com as demais ênfases da RIS/ GHC para reorganização curricular, promovendo o trânsito de residentes de diferentes formações e a convivência dos preceptores e orientadores de outras especificidades com eles, nos diversos âmbitos da atenção; e promover uma avaliação dos fonoaudiólogos egressos do programa, em forma de seguimento, observando sua inserção no mundo do trabalho e, muito especialmente, sua vinculação com o SUS para avaliar os efeitos do programa na condição de vida e saúde da população atendida.

Concluimos, na certeza de que muito tem sido feito nessa década que se entrelaça aos 25 anos de constituição do SUS. Outras possibilidades ainda devem ser construídas e fortalecidas, mas, sem dúvida, a potência da

interdisciplinaridade acionada na RIS/GHC contribui para a integralidade da atenção a todos os pacientes e às comunidades onde vivem e, também, para a ampliação do âmbito formativo de residentes, preceptores e profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ACIOLI RML; LIMA MLC; BRAGA MC; PIMENTEL FC; CASTRO AG. Violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: identificação, manejo e conhecimento da rede de referência por fonoaudiólogo em serviços públicos de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil*, Recife, v.11, n.1, p.21-28, 2011.

BALDISSEROTTO J; FAJARDO AP; PASINIVL et al. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 2006. p.355-373.

BOTTI SH de O; REGO S. Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis? *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.32, n.3, p.363-373, 2008.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. *Portaria 109/04, de 31 de março de 2004*. Cria o Programa de Residência Integrada em Saúde. 2004a.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. *Portaria nº 037/07*. 2007. Disponível em <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/risportaria.htm>> Acesso em: 17 jun. 2010.

BRASIL. *Lei Federal 6965/81*, que dispõe sobre a regulamentação da profissão de fonoaudiólogo e determina outras providências. Brasília/DF, 1981.

BRASIL. *Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em <<http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/96584/lei-11129-05>> Acesso em: 17 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 1.704, de 17 de agosto de 2004*. Publicada no Diário Oficial da União de 18 de agosto de 2004. Certifica unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Seminário: incentivos às mudanças na graduação das carreiras da saúde*. Brasília/DF: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2003.

BRASIL. *Portaria GM Nº 154/2008*, que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília/DF, 2008.

CAMPOS GWS; DOMITTI AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v.23, n. 2, p.399-407, 2007.

CASANOVA IA; MORAES AAA; RUIZ-MORENO L. O ensino da promoção da saúde na graduação de fonoaudiologia na cidade de São Paulo. *Pro-Posições*, v.21, n.3 (63), p.219-234, set./dez. 2010.

CAVALHEIRO MTP. Editorial II: fonoaudiologia e saúde da família. *Rev. CEFAC* 11(2), 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462009000200002&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 30 maio 2010.

CECCIM RB. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS Ruben Araujo de (Orgs.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. *A Fonoaudiologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família*. Disponível em <<http://www.Fonoaudiologia.org.br/discovirtual/pubdownload/pubmanual6.pdf>> Acesso em: 10 jan. 2010.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. *Ensino Superior*. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/ensino-superior/>> Acesso em: 23 jun. 2014a.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. *Especialista por área*. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/especialista-por-area/>> Acesso em: 23 jun. 2014b.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. *Número por região*. Disponível em <<http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/numero-por-regiao/>> Acesso em: 23 jun. 2014c.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Relaciona categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do Conselho. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm> Acesso em: 20 jul. 2014.

DANESI MC; MARTINEZ ZO (Org). *Reconstrução histórica da Fonoaudiologia no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: IPA/IMEC, 2001.

FAJARDO AP. *Os tempos da docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde*. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000785431&loc=2011&l=3236d3fe1ae5dc09>> Acesso em: 23 jun. 2014.

FERNANDES TL; NASCIMENTO CMB; SOUSA FOS. Análise das atribuições dos fonoaudiólogos do NASF em municípios da região metropolitana do Recife. *Revista do CEFAC*, v.15, n.1, p.153-159, 2013.

FERREIRA LR; OLIVEIRA IB; QUINTEIRO EA; MORATO EM. *Voz profissional: o profissional da voz*. São Paulo: Pró-Fono, 1995.

FIGUEIREDO NETO LE. *O início da prática fonoaudiológica na cidade de São Paulo – seus determinantes históricos e sociais*. Dissertação de Mestrado. PUC-SP, 1988.

FRANÇA MCT. *A inserção da fonoaudiologia em Residências Multiprofissionais em Saúde no Brasil como potencialização da interdisciplinaridade*. Trabalho de Conclusão de Especialização. UFRGS, 2010. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/32959/000760544.pdf?sequence=1>> Acesso em: 23 jun. 2014.

FUNDATEC. (2007). *Edital de abertura 01/2007*. Processo Seletivo Público 01/2007. Disponível em <<http://www.fundatec.com.br/home/portal/concursos/editais/edital-75.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2010.

FUNDATEC. (2008). *Edital de abertura 01/2008*. Processo seletivo público 01/2008 - RIS/ GHC - Residência Integrada em Saúde - 2009. Disponível em <<http://www.fundatec.com.br/home/portal/concursos/editais/edital-92.pdf>> Acesso em: 17 jun. 2010.

FUNDATEC. (2009). *Edital de abertura 01/2009*. Processo Seletivo Público 04/2009 - RIS/ GHC - Residência Integrada em Saúde - 2010. Disponível em <<http://www.fundatec.com.br/home/portal/concursos/editais/edital-109.pdf>> Acesso em: 17 jun.2010.

GOMES R; DESLANDES SF. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.2, n.2, p.103-114, 1994.

MAIA RM; SILVA MAM; TAVARES PMB. Saúde auditiva dos recém-nascidos: atuação da fonoaudiologia na Estratégia Saúde da Família. *Revista do CEFAC*, v.14, n.2, p.206-214, 2012.

MANCOPES R; CUTOLO LRA; TESCH D; SCHULTZ F; SANTOS RBP; MAFATTI R; SILVA T. Interdisciplinaridade na fonoaudiologia: a concepção do professor. *Revista do CEFAC*, v.11, Supl.2, p.175-182, 2009.

MATTA GC. Verbetes Universalidade. In: PEREIRA, IB; LIMA, JCF. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. Disponível em <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/uni.html>> Acesso em: 27 jun. 2014.

MATTOS RA de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R; MATTOS RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. São Paulo: Hucitec, 2001.

MEIRA I. Breve relato da história da Fonoaudiologia no Brasil. In: MARCHESAN IQ; ZORZI JL; GOMES ICD (Org.). *Tópicos em Fonoaudiologia*. São Paulo: Lovise, 1997.

NOGUCHI MS; ASSIS SG de; MALAQUIAS JV. Ocorrência de maus-tratos em crianças: formação e possibilidade de ação dos fonoaudiólogos. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*, v.18, n.1, p.41-48, 2006.

NOGUCHI MS; ASSIS SG de; SANTOS NC de. Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.9, n.4, p.963-973, 2004.

NOGUEIRA P. *O poder do esforço*. 2006. Disponível em <http://vidasimples.abril.com.br/edicoes/037/caminhos/conteudo_237473.shtml> Acesso em: 6 jan. 2010.

PARO CA; VIANNA NG; LIMA MCMP. Investigando a adesão ao atendimento fonoaudiológico no contexto da atenção básica. *Revista do CEFAC*, v.15, n.5, p.1316-1324, 2013.

PEDUZZI M. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação*. [tese]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 1998.

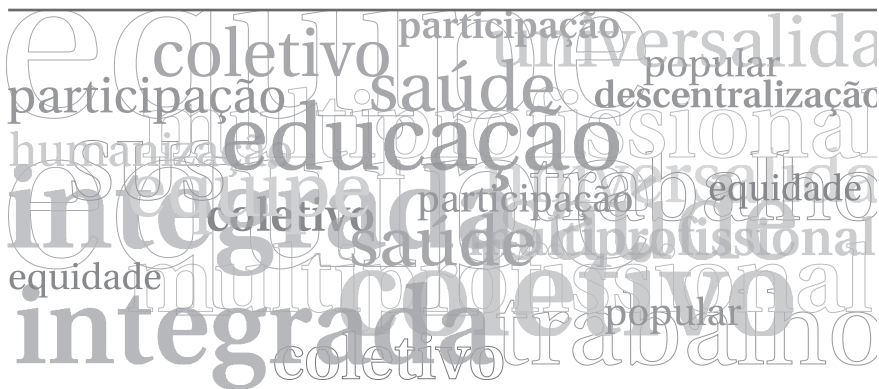
ROQUE FP. *A importância da fonoaudiologia para os idosos*. Disponível em: <http://www.crefono4.org.br/Site/php/interna.php?CodPagina=1098> Acesso em: 18 jul. 2014.

SANTOS JN; RODRIGUES ALV; SILVA AFG; MATOS EF; JERÔNIMO NS; TEIXEIRA LC. Percepção de agentes comunitários de saúde sobre os riscos à saúde fonoaudiológica. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v.17, n.3, p.333-339, 2012.

SILVA TR; CANTO GL. Integração odontologia-fonoaudiologia: a importância da formação de equipes interdisciplinares. *Revista do CEFAC*, v.16, n.2, p.598-603, 2014.

TRENCH MCB; BARZAGHI L; PUPO AC. Mudança curricular: construção de um novo projeto pedagógico de formação na área da fonoaudiologia. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v.12, n.27, p.697-711, 2008.

VILELA EM; MENDES IJM. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.11, n.4, p.525-531, 2003.



APRENDER A SER PROFISSIONAL DA SAÚDE, COM O CORPO E COM A ALMA: DEZ ANOS DA RIS-GHC

Daniela Dallegrave

Já não conto nas mãos o número de vezes, durante estes dez anos, em que me surpreendi refletindo sobre o que faz da Residência uma formação diferente das outras. O que faz tantas pessoas (de preceptores a residentes) dedicarem-se intensamente a essa aprendizagem no trabalho, que é oferecida sob a alcunha “Residência Integrada em Saúde”?

Problematizar e refletir sobre esse questionamento é, para mim, descoberta fascinante. É perceber sobre o conteúdo infinito e a possibilidade de ele estar ao alcance das mãos (literalmente, no acesso à Internet, em *tablets* e celulares); é constatar que já não basta o que foi aprendido nos bancos da universidade para poder cuidar com qualidade; é, também, olhar para cada um que se aventura e diagnosticar as marcas (ROLNIK, 1993) desta formação gravadas (ou cravadas) como as rachaduras nas paredes de cada unidade de saúde onde a Residência acontece; sobretudo, é defender que a formação em Residência não é ou não deve ser para todos, inclusive, ela poderia ser dispensável, caso as equipes trabalhassem sob a lógica da educação permanente em saúde, quando os problemas do cotidiano provocam novas aprendizagens e a produção e incorporação de tecnologias de cuidado.

Olhar para o Grupo Hospitalar Conceição, nessa década de RIS, é ver, em suas paredes, as entranhas dessa modalidade de formação. É ter certeza

de que a Residência deu certo aqui, principalmente porque aqui se trabalha em equipe e com educação permanente. E talvez a única aposta possível de se fazer para um programa de Residência seja que as aprendizagens cotidianas aconteçam em torno de: 1) aprender a ser trabalhador do Sistema Único de Saúde; 2) aprender a trabalhar em equipe; 3) aprender a cuidar integralmente; 4) aprender a aprender com o trabalho. Não há aposta na transmissão de conteúdos. Não há aposta neste ou naquele mestre. Há *intensa* aposta nas relações, numa ética de acompanhar (preceptor/trabalhador da equipe) alguém (residente) em suas descobertas pelo mundo do trabalho (DALLEGRAVE, 2013).

Fui residente da primeira turma da RIS-GHC, ênfase em Saúde da Família e Comunidade, em 2004. Pude experimentar muitas coisas, muitos estados corporais e afecções. Aprendi intensamente, com todo o meu corpo. São delicadezas de ser profissional de saúde que carrego em mim. Também fui preceptora/orientadora de campo deste programa durante cinco anos. Desaprendi intensamente, com todo o meu corpo. Reaprendi a ser profissional de saúde com cada residente que acompanhei. Sou orientadora de Trabalhos de Conclusão da Residência desde 2007. Minhas certezas se desestabilizam a cada novo residente que me oportuniza compartilhar suas perguntas.

Considero que cada uma destas experiências me ajuda a colocar novos pontos de interrogação à pergunta que abre este capítulo. São experiências que oportunizam olhar para mim e enxergar as possíveis produções de profissionais da saúde, nas quais investimos no GHC durante estes primeiros dez anos.

Algumas das reflexões apresentadas neste texto serviram para organização da problemática de pesquisa da minha tese de doutorado (DALLEGRAVE, 2013). São narrativas vividas como residente e preceptora neste programa e que se atualizam quando reflito sobre esta modalidade de ensino. São cenas de um programa vivo. São outros modos de contar a história da RIS-GHC.

Olhar para o espelho e perceber-me ali possibilita as reflexões aqui descritas, que são de cunho pessoal, mas que tratam de um processo coletivo, com muitas vozes, em muitas vezes. São memórias do invisível, inscritas na superfície de um corpo que carrega histórias e se constitui por elas. Estas marcas dizem, em um primeiro momento, que meu corpo sangra pela temática das

Residências¹. Como sangue que verte por escoriações ou escarificações, parto dessas marcas, e olho – através do espelho – para cada pedacinho deste corpo e para cada memória ali inscrita. Considero este corpo como um grande baú de memórias, constituído de algumas caixas sensoriais e, nelas, cada marca conduz a um traçado da linha de organização de territórios².

MEU BAÚ DE HISTÓRIAS E MEMÓRIAS DA RESIDÊNCIA

Dirijo-me ao *meu*³ baú de lembranças – ele está empoeirado, mas não tanto – ele é grande, bonito e colorido. É também um tanto dolorido.

Busco as minhas caixas sensoriais e, na primeira, está escrito: **vivências como residente**. Lembro da preparação exaustiva para ingressar na Residência e uma primeira frustração na reprovação no processo seletivo, em outra instituição. Na segunda tentativa, desta vez no GHC, a feliz lembrança de um médico residente fazendo parte da minha banca e sua manifestação de desejo pelo compartilhar do trabalho e da formação conjunta. No ingresso, lembro da minha parceira de unidade de saúde, uma assistente social com quem aprendi muitas coisas, mas, principalmente, alguns modos de se fazer uma consulta com profissionais de diferentes profissões, denominada consulta conjunta.

Mais adiante, sinto um cheiro desagradável de uma ferida que vem acompanhada de um protocolo de cuidados incluindo as mais recentes coberturas disponíveis. Em algum cantinho desse protocolo está escrito que, para além de uma ferida, há uma pessoa a ser cuidada. A ênfase de todo o resto do manual, claramente, está na ferida, nos conteúdos a serem apreendidos e no procedimento. Deixo de lado o livrinho, sem deixar de lado o que ele me ensina sobre o cuidado da ferida, olho para a dona Rosa⁴ e ouço sobre a sua

¹ Sangrar é usado no sentido de Merhy (2004, p. 2) que, ao comentar sobre um orientando que pesquisava sobre algo que estava muito próximo e que fazia parte de si, refere que “a pesquisa sangrava parte de si mesmo”, sangrava do/o pesquisador.

² A linha de organização dos territórios aqui é usada como está descrita em Rolnik (2011, p. 51 e 52), que é uma linha finita, visível e consciente que “cria roteiros de circulação no mundo”, operacionaliza modos de dirigir os afetos.

³ Ao dizer *meu*, quero marcar que é uma história contada por mim e, portanto, que há um pertencimento, apesar de que poderia ter sido contada por outro, por muitos outros que passaram por ali.

⁴ Os nomes das pessoas sobre as quais falo neste depoimento foram substituídos pelos nomes dos personagens *Através do espelho e o que Alice encontrou por lá* (CARROL, 2009).

convivência com aquela *marca*, o que é visível e o que é invisível, senão ela. A um dado momento do encontro de cuidado, dona Rosa diz que nem sabe se reconhecerá seu corpo, quando a ferida já não estiver ali, pois o convívio persiste há quase 30 anos; alguns *mimos* familiares lhe são atribuídos pela existência dela, segundo dona Rosa. Mas isso não está escrito no protocolo! O que fazer? Banalizar? Tomar como uma confidência? Problematicar? Deixar de fazer o cuidado para ela não *perder* outros cuidados?

Posso acrescentar aqui também o aprendizado vivido em uma casa que tinha um agradável cheiro de café. Era a casa da Margarida. Eu a visitava aos seus e meus 24 anos. Ao seu quinto filho. Ao meu reconhecimento de que o objetivo daquela visita, que fora construída perfeitamente, antes de sair da unidade de saúde, seguindo os mais adequados rigores de planejamento de uma ação em visita domiciliar, para professor nenhum colocar qualquer defeito, caía por terra. Achava eu que iria lá para falar-lhe sobre amamentação, ensiná-la corretamente, porque enfermeiras sabem bastante sobre isto. Saí estonteada, com um certo malabarismo, ante a produção de vida de Margarida, que não estava descrita nos manuais de planejamento de visita domiciliar.

Há, nesta minha caixinha, um gosto da vacina Sabin. Ao acompanhar uma colega vacinando uma criança, fui presenteada com um aprendizado sobre práticas de pais e filhos. Um pai dizia: “Filho, abre a boca porque esta vacina tem gostinho de morango⁵. É bem gostosa!” Segue a essa fala o pedido da minha colega para que este pai experimente a vacina para saber que gosto há. “Puxa, aprendi a não dizer algo para meu filho se eu não tiver experimentado antes”. Para além de um aprendizado sobre as práticas de pais de filhos, aprendi com uma auxiliar de enfermagem. Na verdade, aprendi muitas coisas com auxiliares de enfermagem, durante a Residência e depois dela.

Esta caixa me é dolorida também. Lembro da sensação de solidão, quando não havia qualquer um para quem eu pudesse perguntar ou desabafar sobre um caso complexo⁶, ou mesmo sobre um caso usual que, por um detalhe, instaurou-me dúvida.

⁵ É prática bastante comum dizer que os remédios infantis têm gostos doces e saborosos, pois costuma-se adicionar aromatizantes.

⁶ Caso complexo é a denominação utilizada para designar experiências de cuidado que articulam diferentes frentes de saberes, com as quais comumente é difícil de lidar, tais como situação de violência, pobreza extrema, vontade de morrer, abuso de drogas etc.

Doloridas também eram as tais das 60 horas⁷ de atuação, a dedicação – intensamente – exclusiva, vivência constante da atividade de cuidar dos outros e poucos instantes para cuidar de mim. Dizendo isso, dou voz ao sofrimento declarado por inúmeros residentes ao aceitarem a exposição a esta modalidade de aprendizado, nos termos em que ela está organizada, com exigência de presença no serviço de saúde em tempo integral e pouca permeabilidade a outros modos de composição da carga horária. Percebo, porém, que, embora na Residência Médica esta questão também seja de sofrimento, muitas vezes é narrada como uma conquista da superioridade desses poucos que “precisam” passar por isso, sofrimento necessário e constitutivo do ser médico, algo que, ao final, enobrece quem o vivencia.

Minha marca principal, para pensar de forma bastante feliz essa questão, foi a invenção do que chamávamos (para participar de uma certa ordem discursiva, advinda da organização dos Programas de Residência Médica) de “plantões de sábado”. O que fazíamos aproxima-se muito da promoção da saúde. Poucas são as publicações de experiências realizadas com este intuito e muitas confusões com a prevenção à saúde. Partindo destas reflexões, considero, portanto, que a prática dos “plantões” foi significativa na minha formação como enfermeira de família.

Os “plantões de sábado” eram realizados uma vez por mês. Todos os residentes da ênfase de saúde da família e comunidade participavam – inicialmente, os da Residência Multiprofissional e, depois, os residentes médicos também – e cada vez acontecia em uma das doze unidades do Serviço de Saúde Comunitária. Os moradores eram avisados com alguma antecedência e os espaços da unidade de saúde eram ocupados das mais diversas formas. Sem as portas que separassem profissionais de usuários, crianças corriam por todos os lados, sem qualquer receio ou ameaça de injeção⁸. O chão da unidade de saúde virava espaço de sentar e contar

⁷ A carga horária, no tempo em que fui residente, era tratada como sendo de 40 a 60 horas semanais, mas já existiam “cobranças” de cumprimento das 60 horas. Vasculhando documentos, procurei a origem dessa quantidade de horas. Encontrei, em uma das inúmeras redações da lei que dispõe sobre as atividades do médico residente (BRASIL, 1981), a indicação de atribuição de bolsa no valor integral para o médico que realizasse 40 horas e um adicional que ultrapassava 100% para o médico que realizasse carga horária de 60 horas. Esta redação esteve vigente até 2002.

⁸ Muitas vezes observei momentos em que pais sugeriam que seus filhos deviam comportar-se como eles definiam (não gritar, ficar sentado, esperar etc.), caso contrário *levariam injeção*.

histórias, dessas de príncipes e fadas, mas também de poesias do andar da vida, narradas por quem quisesse inventar. O estetoscópio, as seringas, o termômetro e o algodão desapareciam da cena, ou transformavam-se em outros personagens. Os materiais de trabalho eram lápis coloridos, canetas hidrocor, fantoches, isopor, cartolina, cola, tesoura e o que mais a gente quisesse que participasse. E o que era produzido? Muitas coisas: desde uma pipa até uma proposta de um conselho local de saúde formado por crianças para debater questões que lhes interessassem.

Olho para a chuva que não quer cessar e lembro de Rainha Vermelha, uma senhora que eu visitava com bastante frequência e, em determinados períodos, diariamente. Com ela aprendi muito sobre envelhecimento, sobre este *novo*, hoje designado como envelhecimento ativo e, também, de um envelhecimento que carrega questões de gênero, de uma mulher cuidada por filhos homens, que precisava ser sondada – sondagem vesical de alívio – muitas vezes ao dia, pois, em decorrência de um câncer de bexiga, teve esse órgão reconstituído com partes do intestino e, frequentemente, acumulava resíduos urinários. De uma mulher que sempre cuidou de todos. Que, aos seus oitenta anos, era responsável pelo cuidado de uma neta: alimentá-la, levá-la à escola, fazer de tudo um pouco e, de repente, seu único território de circulação passa a ser a sua cama e as suas memórias.

Ouçõ, do fundo desta caixa, as palavras de minha companheira de Residência, fisioterapeuta da ênfase em terapia intensiva, falando sobre articulação entre as ênfases: parte dela um pedido para se aproximar da saúde da família. Foi recebido um aceite desconfiado: o que quer saber de saúde da família alguém que se forma em meio à tecnologia dura⁹?

Ao mesmo tempo, a tentativa desta articulação aparecia em um dos estágios obrigatórios, para enfermeiros – e médicos – residentes em saúde da família, em uma unidade hospitalar. Diziam *os especialistas* que era preciso vivenciar os procedimentos para ser uma *boa* enfermeira de família e comunidade. Meu olhar para aquele lugar funcionava como um fator de

⁹ Uso as ideias de Merhy (2005, p. 49), ao falar das tecnologias em saúde, e sua distribuição em leves, leve-duras e duras, significando, respectivamente, as tecnologias das relações, os saberes bem estruturados e os equipamentos, tipo procedimentos de alta precisão e uso de máquinas.

a(fe)tivação¹⁰. Acionava outros desejos e outras articulações pareciam fazer sentido: vontade de ouvir os usuários, de me encontrar com eles e de vê-los encontrarem-se para falar da experiência de estarem ali, sendo cuidados, sob as regras e normas da instituição hospitalar. Vontade de acompanhá-los em seus retornos para casa, amarrar um cuidado fora do hospital, cuidados familiares ou profissionais, conectando com a equipe da unidade de saúde de referência. Meu corpo dizia-me isso e, por algumas vezes, procurei outros residentes, que passavam por ali, para pensarmos juntos sobre modos de operar com esta proposta.

Vejo algumas fotos nesta caixa: lembranças de encontros semanais com minhas colegas residentes, em um bar próximo ao local de trabalho, onde pensávamos sobre nossa formação, compartilhávamos vivências, expressávamos novas questões sobre o vivido. Faziam parte da pauta desses encontros conversas sobre uma política para o nosso programa de Residência no GHC e, também, uma política para as Residências no país. Eram os anos de 2004 e 2005. Discussões sobre o regimento do nosso programa e também ideias sobre a saúde mundial, materializadas na nossa participação no Fórum Social Mundial¹¹. Em 2005, vivenciávamos as pautas provocadas pela promulgação da lei das Residências e também do I Seminário Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde. Tecendo enredos sobre uma política nacional que “se insinuava” no fazer cotidiano.

Nesses mesmos tipos de situação e também em muitas outras, lembranças de companheirismos, amizades que constituí, relações de trabalho que perduram, afetos sem-igual. E, ao final de tudo isso, a produção de uma enfermeira especialista em saúde da família. Quem *me* formou? O que *me* formou? Como *me* formou?

Esta visita a uma de minhas caixas sensoriais possibilita-me dizer que não faz sentido pensar no *preceptor* como alguém que sozinho produz *o ensino da Residência*, mas em práticas de preceptoria, que se produzem em encontros de aprendizagem no trabalho. A partir desta narrativa de encontros de aprendizagem durante a Residência, posso referir algumas pessoas que produziram práticas de preceptoria, tais como: a banca de

¹⁰ Fator de a(fe)tivação: expressão roubada de Rolnik (2011, p. 39) que significa algo que ativa o corpo vibrátil e afeta a sua existência.

¹¹ Ver capítulo com relato desta experiência nesta coletânea.

seleção, a assistente social residente, a Rosa, a Margarida, a Rainha Vermelha ou muitos outros, a quem dediquei períodos de cuidado. Assim também a auxiliar de enfermagem, a fisioterapeuta residente, os encontros no bar, a participação na discussão da política local e nacional...

Volto ao meu baú. Há outra caixa de lembranças muito importantes para contar sobre o que vivi na residência. Nesta segunda caixa, lê-se: **vivências como preceptora/orientadora de campo**, ocorridas entre 2007 e 2011. Aqui... Ah, aqui, há coisas muito legais! Nesta caixa, há fotos das cinco enfermeiras e de um enfermeiro que pude acompanhar em suas passagens pela residência. Da mesma forma, posso contar os primeiros exercícios de participação de uma prática de preceptoria com a enfermeira, que entrou na residência no meu segundo ano no programa, *minha* R1 (residente de primeiro ano). Consta, no projeto do programa e nas orientações da CNRMS (BRASIL, 2013), que é função do residente participar da formação de outros profissionais estudantes.

De um dia em que eu era a enfermeira contratada da unidade, ao outro em que eu (junto com a equipe) recebia outras enfermeiras e tinha que ensinar algo que não estava muito claro para mim. Este início um tanto confuso me parece ser recorrente a quem se torna preceptor. Muitas perguntas a outros colegas que vivenciavam a função há mais tempo, confissões de insuficiência de saberes, leituras de textos compartilhados, algumas tentativas de se entender nesse novo lugar: um profissional que ensina formalmente a outros colegas.

Lembro de um dia em que uma colega residente me perguntou como se fazia a medida da sonda naso-enteral e eu respondi que não lembrava e sugeri que fossemos olhar juntas no livro. A ela soou estranho. A mim, ao encontrar com o estranhamento dela, um certo desconcerto. Investigando nos livros, juntas, começamos a rir. Recordamos de uma outra colega que se dava bem com estas lembranças de medidas e procedimentos, mas que tinha grande dificuldade de escutar o outro. Um alívio: o livro está ali para, a qualquer momento, resolver dúvidas de medidas, entretanto, não é capaz de ensinar a problematizar as escutas.

Nesta caixa, o cheiro é de bolinho de chuva, na cozinha do posto. Eu e ela (ou ele, qualquer um deles) conversando sobre o caso da dona... que coisa mais complexa! Que saberes de enfermeira é preciso acionar? Que saberes

outros são necessários? Quanta insuficiência desta ou daquela disciplina! A dona... é a dona! Na minha cabeça, aparece o fantasma de todo preceptor: “a fulaninha (residente) quer uma resposta e eu não tenho esta resposta! O que *eu* faço?”. Nem sempre os fantasmas assustam! Eles podem nos conduzir ao inesperado. O fantasma pode ser simplesmente a percepção de um corpo-vibrátil, adormecido pelas necessidades de respostas imediatas, requisitadas no fazer assistência em saúde. Um corpo-vibrátil que está sensível aos efeitos dos encontros, das reações, daquilo que nos atrai e do que nos afasta de algo. As intensidades experimentadas no encontro entre eu e *ela*, entre preceptora e residente, entre colegas numa prática de preceptoria, constituem outros modos de pensar os casos de que cuidamos. Ou não. Pode produzir mais do mesmo, caso a escolha seja pelo fantasma e não pelo que vibra.

Na vivência como preceptora, também está a lembrança de uma demanda de trabalho que engole o tempo, à qual temos que dizer, cotidianamente, que não pode engolir o cuidado. Aparecem na lembrança momentos de gestão do cuidado compartilhado com minhas colegas – a R1 e a R2 – cada uma responsabilizada por uma tarefa. Tínhamos o tempo de três tarefas a serem feitas, dividido em uma parte que era a feitura, por cada uma de nós, das três coisas, e duas partes de tempo que eram usadas para discutirmos sobre o que cada uma fez. Compartilhávamos inquietações e estudávamos juntas as três tarefas realizadas. Aprendíamos todas, prestávamos bons cuidados, compartilhávamos afetos.

Olho e vejo nesta caixinha uma tecnologia produzida: um suporte feito de madeira carrega cinco tubos de ensaio com diferentes quantidades de sal em cada um deles. Abaixo de cada um, a inscrição de diferentes alimentos comparados à quantidade diária recomendada, a qual estava esboçada no primeiro tubo. Saberes acionados para a transformação do que o livro diz naquilo que as pessoas cuidadas conseguem entender. Criatividade aprendida na enfermagem, na nutrição, na residência ou no encontro¹²?

Nesta caixa, também está a movimentação para a construção do II Seminário Nacional de Residências em Saúde, o qual contou, previamente, com três seminários regionais (sul, sudeste e nordeste). Reuniões para debater politicamente do que precisávamos nos programas, como *atores em cena* –

¹² Neste encontro, refiro-me à enfermagem e nutrição por se tratar dos saberes formais daqueles que construíram o material relatado.

preceptores e residentes dos programas. Desta movimentação, mais forte nas regiões sul e nordeste, resultou a criação de um grupo de trabalho que discutiria a composição de uma Comissão Nacional (que, até então, existia apenas no papel). Vi nascer ali a Portaria Interministerial nº 45 (BRASIL, 2007), que tratava de uma Comissão composta por quem o movimento julgava legítimo estar lá. Sua morte foi declarada pouco tempo antes de completar três anos, com a substituição pela Portaria Interministerial nº 1.077 (BRASIL, 2009) e a entrada *indesejável* (pelo corporativismo inevitável) dos conselhos profissionais na Comissão e a *desejável* abertura de programas nos hospitais universitários.

Sinto, saindo desta caixa, um gosto amargo da despedida de cada residente, colega de equipe, alguém que compartilhou suas ansiedades e dividiu as minhas. As incertezas compartilhadas pelas residentes e a minha convicção de poder acalantar a cada uma, dizendo que teriam lugar no SUS para continuarem suas práticas, que há muitos gestores que desejam contratar profissionais formados na Residência. Ouço também um choro, o meu e o de todos da equipe. A triste notícia da morte de uma residente. Dor inconsolável. Revelação da dificuldade em cuidar de mim. Constatação de que também faz parte das práticas de preceptoria acolher as tristezas dos residentes, a raiva, o desespero e a falta!

Que saberes devem ser acionados para que um profissional da assistência, especializado em sua área de atuação, transforme-se em um profissional que ensina? Quem forma o preceptor? O que forma o preceptor? Como se forma o preceptor?

E O QUE MAIS...

Muitas outras histórias poderiam ser contadas... vivências intensas, posições ocupadas, cada pessoa com quem me encontrei e que passou pelo programa escreveu muitas letras, muitas sílabas, muitas palavras e muitas frases para compor esta história. Foram dez anos. Os primeiros dez. As equipes mudaram, os serviços se implicaram. Cada um colocou um pedaço ou muitos pedaços de si. Quais outras cenas dessa história podemos contar a partir de agora? Vamos ver...

REFERÊNCIAS

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. *Lei 6.932, de 07 de julho de 1981*. Brasília: Subchefia para Assuntos Jurídicos, 1981.

BRASIL. Ministério da Saúde e da Educação. *Portaria Interministerial Nº 45 de 12 de janeiro de 2007*. Brasília: Ministério da Saúde e da Educação, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde e da Educação. *Portaria Interministerial Nº 1.077 de 12 de novembro de 2009*. Brasília: Ministério da Saúde e da Educação, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. *Perguntas e respostas sobre Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde*. 2013. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=18168&Itemid=813> Acesso em: 24 jul. 2013.

CARROLL L. *Aventuras de Alice no país das maravilhas; Através do espelho e o que Alice encontrou por lá*. Traduzido por Maria Luiza Xavier de Almeida Borges. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

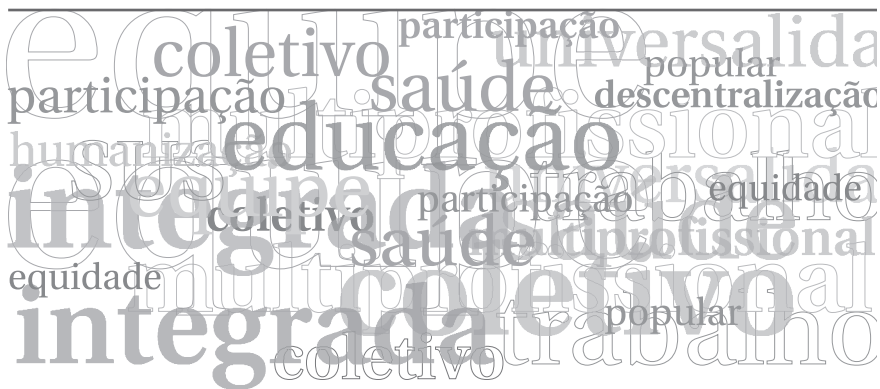
DALLEGRAVE D. *Encontros de aprendizagem e governamentalidade no trabalho em saúde: as Residências no País das Maravilhas*. 2013. 161f. Tese (doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

MERHY EE. *O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido*. In: FRANCO TB; PERES MA de A; FOSCHIERA MMP *et al.* Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY EE. *Saúde – A cartografia do trabalho vivo*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

ROLNIK S. Pensamento, corpo e devir – uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. *Cadernos de Subjetividade*, v.1, n.2, p.241-251. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, Programa de Estudos Pós-Graduados de Psicologia Clínica, PUC/SP. São Paulo, set./fev., 1993.

ROLNIK S. *Cartografia Sentimental*. Transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2011.



PROBLEMATIZANDO AS PRÁTICAS E AS CONCEPÇÕES DE SAÚDE: UMA METODOLOGIA PARA O DIÁLOGO

Camila Samara Funk

Rodrigo Caprio Leite de Castro

Quelen Tanize Alves da Silva

Daniela Dallegrave

Ana Lúcia da Costa Maciel

Livia Ramalho Arsego

INTRODUÇÃO

“Antes de nos apresentarmos, gostaria de falar sobre a nossa motivação em estarmos fazendo esta oficina. Esta motivação surgiu na vivência do nosso trabalho em saúde. Nós vínhamos conversando sobre o que cada um pensa ser saúde e, em um determinado momento, percebemos que, sempre, nessas conversas, apareciam os relatos das nossas experiências, remetendo a reflexão teórica para a prática. Dessas idas e vindas, entre o que se pensa e o que se faz, surgiu a necessidade de aprofundarmos a discussão. Além disso, por considerarmos este um ponto fundamental na construção do nosso sistema de saúde, resolvemos trazê-la para o Fórum Social Mundial.”
Abertura da oficina “O Universo das Práticas e Concepções de Saúde”,
realizada V Fórum Social Mundial (FSM), em janeiro de 2005, na
cidade de Porto Alegre/RS.

Este capítulo descreve a oficina intitulada “O Universo das Práticas e Concepções de Saúde”, realizada por residentes da primeira turma do Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). A oficina integrou a programação do V Fórum Social Mundial (FSM), realizado em janeiro de 2005, na cidade de Porto Alegre/RS, e foi reproduzida em espaços acadêmicos e em serviços de saúde, consolidando-se como um instrumento de trabalho para a reflexão sobre as concepções de saúde individuais e coletivas e como essas conformam as práticas profissionais.

O grupo de autores é constituído por então residentes da primeira turma do Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), de diferentes categorias profissionais e áreas de ênfase que, após a implantação da RIS/GHC, em 2004, imergiram em um processo de reflexão interdisciplinar sobre a prática da integralidade na atenção à saúde. Na intencionalidade do trabalho em equipe multiprofissional, referencial orientador do processo formativo da RIS/GHC, permitiram-se investigar, por meio do diálogo sistemático das vivências e saberes, o potencial da construção coletiva do cuidado em saúde.

As concepções de saúde das pessoas são influenciadas pelo contexto histórico e político no qual estão inseridas (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001). A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) define uma política e uma conceituação para a saúde no Brasil. A partir do SUS, os conceitos de universalidade, equidade e integralidade passam a fazer parte do processo de trabalho dos sujeitos e dos serviços, em uma perspectiva de superação do modelo biomédico hegemônico, ampliando o olhar para além da doença, incorporando a prevenção e a promoção da saúde e tomando-se como objeto da prática, não somente os problemas, mas também os seus determinantes (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Com o objetivo de produzir reflexão e diálogo acerca das concepções e práticas em saúde, dos problemas de saúde e de seus determinantes, desenhou-se uma oficina, realizada pela primeira vez durante a V edição do Fórum Social Mundial (FSM), em Porto Alegre, no período de 26 a 31 de janeiro de 2005. A oficina colocou, no âmbito desse evento, a saúde como uma questão fundamental a ser discutida para a construção de “um outro

mundo possível”. O pensar e o agir em saúde, partindo-se do território e perpassando as concepções individuais e coletivas, orientaram o processo de construção da oficina, cujo método e relato da experiência são apresentados a seguir.

CONSTRUÇÃO DA OFICINA: METODOLOGIA

A oficina foi construída a partir de uma situação problema: uma comunidade fictícia e suas questões relacionadas ao processo de saúde-doença, inspirada na realidade das comunidades adscritas ao Serviço de Saúde Comunitária do GHC (SSC/GHC), localizado em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

A seguir, são apresentados o referencial teórico e o relato da metodologia utilizada na oficina.

Metodologia: referencial teórico

Para a elaboração pedagógica da oficina, foram utilizadas metodologias ativas, a aprendizagem baseada em problemas (ou *Problem-Based Learning*/PBL) e a problematização de Paulo Freire (1986).

Segundo Barrows e Tamblyn (1980), PBL é a “aprendizagem que resulta do processo de trabalho orientado para a compreensão ou resolução de um problema”. A estruturação da oficina seguiu os requisitos da PBL, a saber: a) o problema é o ponto de partida; b) a produção se faz na medida em que os participantes buscam compreender e solucionar o problema; c) o processo é ativo, baseado na construção de um novo conhecimento, a partir dos conhecimentos dos participantes e d) as atividades são realizadas em pequenos grupos, com facilitador, e em grande grupo (MAMEDE; PENAFORTE, 2001).

Nos pequenos grupos, o problema vivenciado na comunidade em questão foi compreendido e analisado, exercitando-se, assim, a sistematização de ideias e a compatibilização de interesses individuais e coletivos e, no grande grupo, foram feitas a apresentação e a síntese da produção realizada nos pequenos grupos.

A abordagem problematizadora de Freire contribuiu para estimular a reflexão crítica, visando à transformação da realidade pela ação do próprio sujeito, no retorno deste a sua prática (realidade) (FREIRE, 1977; FREIRE, 1996; ZANOTTO; DE ROSE, 2003).

A situação problema foi apresentada de duas formas:

- 1) a primeira consistiu na apresentação do território, por meio da construção de uma maquete da comunidade fictícia. A maquete seguiu a metodologia do “mapa falante”, que propõe uma “representação gráfica interativa com os problemas que se distribuem no território” (MENDES *et al*, 1993). A maquete, portanto, deve ser “viva”, com condições de apresentar “as diferenças sociais e localizar geograficamente e socialmente as desigualdades no território” (TAXA; GRECO; NOTARBARTOLO, 1993).
- 2) a segunda forma de apresentação da situação problema consistiu na entrega, por escrito, para todos os participantes, da descrição da comunidade fictícia “Girassol”, incluindo a história, a constituição e perfil sanitário, sociodemográfico e econômico, conforme apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Apresentação da comunidade fictícia “Girassol”

A comunidade Girassol está localizada no extremo norte de Porto Alegre e é composta por cerca de 1.000 famílias, totalizando aproximadamente 4.500 pessoas.

Os dados censitários mostram, na divisão por sexo, que 53% das pessoas são mulheres e 47% são homens e, na divisão por faixa etária, que 33% são crianças (0-12 anos), 15% são adolescentes (12-18 anos) e 5% são idosos (60-100 anos).

A comunidade iniciou o processo de ocupação do território há 20 anos. Neste período, formou-se a rede comunitária, que é constituída por uma escola estadual de ensino fundamental, uma creche comunitária, com capacidade para 40 crianças, vários centros religiosos (católicos, evangélicos, afro-brasileiros) e, ainda, vários estabelecimentos comerciais como bares, minimercados e açougues.

A comunidade é atravessada por uma avenida de intenso tráfego e é delimitada por dois arroios (valões). O transporte coletivo consta de uma linha de ônibus a cada hora.

Nesta área, o saneamento básico é precário, ou seja, água e luz são consumidas com ligações clandestinas; inexistência de esgoto; coleta de lixo irregular e ausência de calçadas.

Como perfil sócio-econômico, percebe-se que a população caracteriza-se por possuir, em sua maioria, baixa renda, baixa escolaridade, alto índice de desemprego e grande inserção no mercado informal de trabalho (catadores de papel, vendedores ambulantes, diaristas etc.).

Há um número considerável de mulheres chefes de família e ainda consta um alto índice de evasão escolar e de violência urbana e intrafamiliar.

Metodologia: relato

Em um primeiro momento, buscou-se identificar as concepções individuais de saúde dos participantes. Pediu-se para que cada um respondesse, em uma ficha, a questão: “Qual o conceito de saúde que você traz para a oficina?”. A ficha foi preenchida e recolhida antes do início das atividades.

Logo após, para que os participantes se apropriassem da situação problema, deu-se início à construção da maquete. Foi disponibilizado, no centro da sala, o território propriamente dito em papel pardo, com o desenho da avenida, das ruas e dos dois arroios. No papel pardo foram apresentadas três áreas, cuja utilidade é explicada a seguir.

Foram disponibilizados cartolina, canetas esferográficas e materiais para a construção da maquete, feitos com sucata de diferentes tamanhos e cores: aproximadamente 200 casas, igrejas, mercados, automóveis, árvores, pessoas, animais domésticos. Com estes materiais, os participantes foram convidados a construírem, de forma coletiva, a maquete.

As desigualdades socioeconômicas do território eram facilmente observadas, por exemplo, em uma área foram colocadas casas de isopor maiores, com pátio e garagem com carro e, em outras áreas, inúmeras casas pequenas, coladas umas nas outras, sem pátio nem garagem. A Figura 1 mostra a foto da maquete montada.



Figura 1 - Foto da maquete montada, oficina “O Universo das Práticas e Concepções de Saúde”, Porto Alegre, 2005.

Após a construção da maquete, os participantes foram divididos em pequenos grupos, sendo que metade dos grupos foi denominada de “moradores” e a outra metade de “profissionais de saúde”. A diferente denominação entre os grupos teve como objetivo fazer com que a produção, a partir da situação problema, contemplasse ambas as perspectivas: a dos “moradores” e a dos “profissionais de saúde”.

Inicialmente, foram escolhidos, entre os participantes, em cada pequeno grupo, um coordenador e um relator. Os facilitadores, integrantes da equipe executora da oficina, distribuíram, para cada participante, uma cópia do texto que descreve a comunidade “Girassol” (Quadro 1). Após a leitura, foram entregues para os grupos as seguintes tarefas:

- a) elaborar uma lista de problemas que podem ser percebidos na comunidade;
- b) planejar e relatar possíveis ações a serem realizadas para trabalhar os problemas listados;

- c) das possíveis ações a serem realizadas, listar três prioridades e considerar a possibilidade de utilizar as áreas disponíveis (hachuradas na maquete, demarcando as áreas 1, 2 e 3) neste planejamento.

A partir disso, combinou-se com os grupos um tempo limite para que o trabalho fosse realizado. Terminada essa etapa, voltou-se para o grande grupo, quando cada pequeno grupo relatou a sua lista de problemas, as prioridades levantadas e o uso dos três espaços disponíveis. O debate seguiu, com a identificação das semelhanças e das diferenças entre os grupos e entre a perspectiva dos “moradores” e dos “profissionais de saúde”, buscando-se encontrar as contradições e consensos. No grande grupo, o coordenador e o relator eram integrantes da equipe executora.

Na etapa final, os conceitos de saúde individuais, recolhidos no início da oficina, foram apresentados de forma sistematizada para o grande grupo, buscando-se, dessa forma, a síntese: o conceito (ou concepção) de saúde coletivo e a relação entre este conceito e as ações (ou práticas) construídas nos pequenos e no grande grupo. Além disso, nessa etapa, destacou-se que cada trabalhador é sujeito formulador de teoria, estando essa teoria implicada no agir cotidiano, como parte do seu modo de ser ético-político no mundo (MERHY; FRANCO, s.d.).

AÇÕES REFLETEM CONCEITOS: DISCUTINDO OS RESULTADOS

A seguir, os resultados da oficina são apresentados e analisados em três eixos: o dos conceitos de saúde, o dos problemas de saúde e o das ações propostas pelos grupos.

Discutindo os conceitos de saúde

Os conceitos (ou concepções) de saúde dos participantes perpassaram diferentes paradigmas que organizam os modelos de gestão e de atenção à saúde e relacionaram-se com o meio socioeconômico, político e com a relevância das significações culturais.

Dentre as concepções verificadas nos grupos, constataram-se como representações de saúde: *adaptação a situações desfavoráveis, estado*

de equilíbrio saúde-doença e bem-estar físico e mental, que, de maneira geral, compreendem a saúde e a doença como situações de bom ou mau funcionamento biológico, descoladas do contexto social (SILVA JÚNIOR, 1998). Contrariamente, o paradigma *qualidade de vida* surge tentando romper o isolamento social provocado pela sociedade contemporânea (LUZ, 2006).

Universalidade, equidade e integralidade também constituíram as representações de saúde dos participantes da oficina, reportando à Constituição Federal de 1988 e às leis orgânicas 8.080/90, regulamentada pelo decreto nº 7.508/11, e à lei 8.142/90. Repensar aspectos importantes da organização dos processos de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde é a possibilidade de constituir conceituação com forte poder de expressar o ideário da Reforma Sanitária Brasileira: saúde como direito de todos e superação das injustiças sociais (CECÍLIO, 2006).

Nos conceitos relacionados com a percepção ampliada de saúde, visualiza-se a amplitude dos fatores determinantes do processo de saúde e da construção social da doença. As questões relacionadas às condições de vida ganham significações simbólicas na definição do que é saúde. Dessa forma, apareceram: *saneamento básico, educação para a saúde, coletividade/ meio, corpo, mente, espírito, social, ideológico, político, educação, vida sexual, alimentação, trabalho, habitação, lazer, direitos e deveres, representações, cultura*. A compreensão de saúde relaciona-se com os meios socioeconômico, político e cultural, sendo a saúde uma permanente relação entre esses condicionantes.

Evidenciou-se, também, na discussão, a formação e a qualificação relacionada aos trabalhadores da saúde, percebidos como promotores, assim como os diferentes tipos de tecnologias assistenciais, nos termos: *níveis de saúde; equipe de saúde; formação, educação continuada e educação permanente; cuidado; tratamentos*.

A educação dos profissionais deve representar a ousadia de produção das condições para a atenção integral e humanizada à saúde, que implica a ampliação dos referenciais com que cada sujeito desenvolve suas habilidades tecnoprofissionais e a construção de seu repertório de compreensão e ação e, ao mesmo tempo, o reconhecimento da limitação da ação uniprofissional

para dar conta das necessidades de saúde de indivíduos e populações (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004).

A habilidade em lidar com os aspectos relacionados à prática em saúde é relevante para que o cuidado seja resolutivo, tendo como referência a atenção ao adoecimento inscrito em uma história pessoal, familiar, cultural e não à doença biológica desacompanhada da experiência vivencial. Dessa forma, uma combinação de tecnologias de dimensões materiais e imateriais é importante para compor um novo olhar e uma sensível escuta (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004). As tecnologias leves estão relacionadas a um campo de ação do trabalho vivo em ato, como o lugar estratégico de mudanças no modo de produzir saúde, com capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos rumos (MERHY, s.d).

Discutindo os problemas de saúde

Os problemas de saúde levantados referiam-se, predominantemente, a determinantes sociais da vida e do território analisado (situação problema). São eles: *área de ocupação irregular; falta de saneamento e de urbanização; alta natalidade; deficiências na educação, inexistência de escolas de educação infantil; deficiências de acesso/transporte e segurança; baixa organização comunitária; lixo/valão; ausência de áreas de lazer; falta de unidades de saúde e vigilância sanitária; baixa renda; desemprego; evasão escolar; violência domiciliar e urbana; dependência química; deficiências nutricionais.*

Podemos inferir que estes problemas somente puderam ser identificados como tais em razão do conceito ampliado de saúde que o grupo de participantes, em conjunto, construiu e com o qual olhou para a comunidade “Girassol”. O conceito de saúde ampliado, produzido coletivamente pelo grupo de participantes, resgata a concepção de saúde firmada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), que considera a saúde como “a 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” e o direito à saúde como “a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços”, reafirmando a necessidade de

políticas públicas intersetoriais e de modelos de atenção que assegurem a universalidade, a equidade e a integralidade.

DISCUTINDO AS AÇÕES PROPOSTAS PELOS GRUPOS: FOCALIZANDO AS AÇÕES A PARTIR DAS CONCEPÇÕES

As ações discutidas reforçaram o papel das concepções de saúde na prática do profissional. A interação dos grupos em resposta à tarefa *b) planejar e relatar possíveis ações a serem realizadas para trabalhar os problemas listados* foi sistematizada. As sistematizações dos diferentes grupos foram compiladas e categorizadas pelos autores, segundo três diferentes eixos de análise: ações de infraestrutura e de colaboração intersetorial, ações que reforcem o controle social e o vínculo com a população e ações de organização da atenção (formação e desenvolvimento de trabalhadores, planejamento, avaliação, indicadores). Os resultados são descritos e analisados a seguir.

a) Ações de infraestrutura e de colaboração intersetorial

Unidade de saúde, passarela, espaços para lazer, coleta de lixo, saneamento básico, escolas, regularização fundiária, reciclagem de lixo, geração de renda, parcerias com instituições estatais ou não

Dentre as ações propostas pelos grupos, reforçou-se a necessidade de políticas intersetoriais para abarcar a amplitude dos determinantes e concepções de saúde, de forma a produzir serviços que reflitam em melhoria na qualidade de vida das pessoas. Isto está de acordo com as deliberações da 11ª, 12ª, 13ª e 14ª Conferências Nacionais de Saúde (BRASIL, 2000; BRASIL, 2003; BRASIL, 2008; BRASIL, 2012), que defendem amplas propostas de políticas intersetoriais, dada a nova leitura dos determinantes das condições de saúde da população.

A ênfase do processo de prestação de serviços se desloca do eixo “recuperar a saúde de indivíduos doentes” para “prevenir riscos e agravos” e “promover a saúde das pessoas e dos grupos populacionais”, o que implica tomar como *objeto* os problemas e seus determinantes, organizando-se a atenção de modo a incluir, não apenas as ações e serviços que incidem sobre

os “efeitos” (doença, incapacidade e morte), mas, sobretudo, aqueles que incidem sobre as “causas” (condições de vida, trabalho e lazer), ou seja, no modo de vida das pessoas e dos diversos grupos sociais (PAIM, 2003).

b) Ações que reforcem o controle social e o vínculo com a população

Resgate histórico da vila, identificação de lideranças e práticas comunitárias existentes, identificação de prioridades junto com a população, mobilização e organização da comunidade, orçamento participativo e os conselhos de saúde como formalizadores do processo de participação popular, instituições locais como multiplicadores, importância do agente comunitário na equipe de saúde, medicações naturais e práticas integrativas sendo incorporadas juntamente com a cultura popular, educação em saúde

O usuário como foco teve ampla repercussão nos grupos, sendo que a participação comunitária viu-se presente em todos os eixos da prestação das políticas públicas, refletindo o conceito ampliado de saúde e de seus determinantes. Neste sentido, a importância da dimensão cultural do processo de construção do SUS, na relação entre atores governamentais e cidadãos, tende a englobar vários aspectos intrínsecos à dinâmica de uma sociedade, além de manter estreita relação com a dimensão político-ideológica, no que concerne a uma visão ampliada do processo saúde-doença (MENDES, 1997).

Segundo as discussões dos grupos, a atuação na realidade do sujeito reflete-se em uma prática mais próxima da necessária prevenção e promoção da saúde. Tal prática é capaz de incorporar a dimensão cultural, valorizando o conhecimento popular e abrindo as portas para as práticas integrativas.

c) Ações de organização da atenção (formação e desenvolvimento de trabalhadores, planejamento, avaliação, indicadores)

Formação e capacitação profissional, equipe multidisciplinar, conhecimento dos dados

epidemiológicos para o planejamento, indicadores para avaliação das práticas, expansão da atenção básica.

Na discussão dos grupos, grande ênfase foi dada à formação e desenvolvimento de trabalhadores e no planejamento e avaliação das ações. A formação profissional e a educação permanente mostraram-se como uma das preocupações dos grupos de discussão, reforçando a necessidade dessas políticas para o desenvolvimento de práticas efetivas e abrindo portas para o trabalho multiprofissional qualificado.

A utilização de modelos na organização dos serviços de saúde tem sido objeto de amplo debate no setor da saúde. Tradicionalmente, os modelos aplicados à saúde visam à organização formal do processo de trabalho de seus serviços, mediante a administração de recursos materiais e financeiros, além da gestão do trabalho (TESTA, 1993).

Diversos modelos de atenção têm sido desenvolvidos e implementados em nosso país. Estes tentam adequar-se à diversidade de realidades populacionais e estruturais dos sistemas de saúde. Apesar da diversidade e abrangência das propostas em debate e das experiências em processo no país, pode-se considerar que nenhuma delas dá conta, sozinha, de todos os aspectos envolvidos na construção de um novo modelo de atenção à saúde, adequado à heterogeneidade estrutural e à diversidade epidemiológica e social da população (TEIXEIRA, 2002). Desse modo, cabe problematizar a proposta de “regionalização da assistência”, chamando a atenção para a necessidade de se rever e aprofundar o debate sobre as propostas alternativas que vêm sendo elaboradas e experimentadas, no sentido de construir “modelo(s)” fundado(s) em uma concepção que não se limite à garantia da assistência e se refira à integralidade da atenção à saúde (TEIXEIRA, 2002).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As concepções de saúde individuais, do início da oficina, foram confrontadas com a situação-problema, ou seja, com as necessidades de saúde daquela comunidade. Estas exigiram uma avaliação, um plano, ações e práticas, num espaço coletivo, entre os que assumiram o papel de

“profissionais” e de “usuários”, fazendo com que as próprias concepções fossem refletidas. No final, a sistematização das percepções individuais formou uma nova concepção ampliada, representando, simbolicamente, a construção coletiva do conceito, problematizada e realizada nos pequenos e no grande grupo, provocando este exercício, por sua vez, as reconstruções individuais.

A oficina vem sendo reproduzida, desde 2005, em uma multiplicidade de espaços, tanto assistenciais (por exemplo, equipes de atenção primária à saúde) como acadêmicos (como cursos de graduação da área da saúde e programas de residência), afirmando-se como uma metodologia útil para se questionar/formar as concepções de saúde e para se transformar as práticas dos sujeitos e dos serviços. A oficina, por utilizar materiais de baixo custo, pode ser facilmente reproduzida.

Consideramos, ainda, que a relevância do presente relato não esteja somente no âmbito da metodologia e dos resultados da oficina mas, também, no fato de possibilitar o reconhecimento de outro resultado da RIS/GHC: a intensidade com que os residentes podem ser afetados e também afetar o espaço da formação pelo trabalho, respondendo com reflexão e produção às provocações surgidas.

Por fim, este relato nos remete ao início da RIS/GHC, fato que faz com que tenham passado quase 10 anos da primeira oficina (ou, igualmente, da primeira turma da RIS/GHC, constituída, em parte, por este grupo de autores) e acaba por evidenciar que, além da metodologia da oficina, também o que a motivou e a importância do tema trabalhado para a formação profissional e a construção do SUS continuam vivas.

REFERÊNCIAS

BARROWS HS; TAMBLYN RM. *Problem-based learning: an approach to medical education*. New York: Springer Publishing Company; 1980.

BRASIL. Ministério da Saúde. *11ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final*. 2000. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_11.pdf> Acesso em: maio/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *12ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final*. 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_12.pdf> Acesso em: maio/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *13ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final*. 2008. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf> Acesso em maio/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *14ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final*. 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/img/14_cns%20relatorio_final.pdf> Acesso em maio/2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *8ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final*. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf> Acesso em maio/2009.

CECCIM RB; CAPOZZOLO AA. Educação dos profissionais de saúde e a afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS JJN; REGO S; LAMPERT JB; et al. (Orgs.). *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004.

CECÍLIO LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO R; MATTOS RA de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006.

FREIRE P. *Extensão ou comunicação?* Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.

FREIRE P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1996.

GUTIERREZ PR; OBERDIEK HI. Concepções sobre a saúde e a doença. In: ANDRADE SM; SOARES DA; CORDONI JÚNIOR L. *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: UEL; 2001.

LUZ MT. Políticas de descentralização e cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO R; MATTOS RA de. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2006.

MAMEDE S; PENAFORTE J. *Aprendizagem baseada em problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional*. Fortaleza: Hucitec; 2001.

MENDES EV. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo: Hucitec; 1997.

MENDES EV; TEIXEIRA CF; ARAUJO EC; et al. Distritos sanitários: conceitos-chave. In: MENDES EV. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; 1993.

MERHY EE. *Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves*: apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. s.d. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-14.pdf>> Acesso em: junho/2009.

MERHY EE; FRANCO TB. *Mapas analíticos*: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho. s.d. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-07.pdf>> Acesso em: junho/2009.

PAIM JS. Modelos de atenção e vigilância à saúde. In: ROUQUAYROL MZ; ALMEIDA FILHO N. *Epidemiologia & Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2003.

SILVA JÚNIOR AG. *Modelos tecnoassistencias em saúde*: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 1998.

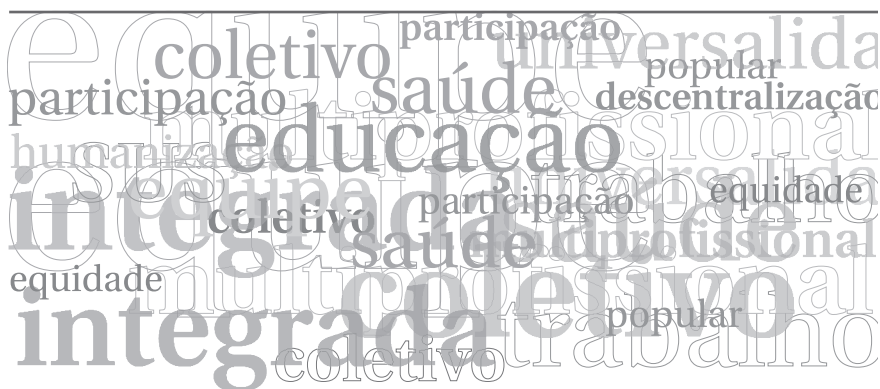
TASCA R; GRECO C; NOTARBARTOLO F. Sistemas de informação em saúde para distritos sanitários. In: MENDES EV. *Distrito sanitário*: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. São Paulo: Hucitec; 1993.

TEIXEIRA CF. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18, Supl, p.153-162, 2002

TESTA M. *Pensamento estratégico e a lógica da programação*: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec, 1993.

VASCONCELOS CM; PASCHE DF. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS GW de S; MINAYO MC de S; AKERMAN M; *et al. Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006.

ZANOTTO MAC; DE ROSE TMS. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. *Educação e Pesquisa*, v.29, n.1, p.45-54, 2003.



A PERSPECTIVA DOS EGRESSOS DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Egidio Antonio Demarco

Julio Baldisserotto

Cristianne Famer Rocha

No Brasil, o setor saúde vem enfrentando muitos desafios e realizando mudanças ao mesmo tempo. Avaliar em que medida estas mudanças significam as melhorias perseguidas é uma responsabilidade que as Instituições não devem deixar de exercer (TAKEDA; TALBOT, 2006).

O presente capítulo foi elaborado a partir da Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em novembro de 2011.

O objetivo do estudo foi avaliar, desde a perspectiva dos egressos, a adequação da ênfase Saúde da Família e Comunidade - uma das ênfases de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição e responsável pela formação do maior contingente de residentes do Programa - como uma tecnologia de formação de profissionais para a Atenção Primária à Saúde do SUS.

O delineamento é do tipo estudo de caso descritivo com associação da metodologia quantitativa e qualitativa (MENDES, s.d.).

O instrumento utilizado para coleta das informações foi um questionário semiestruturado, em formato autoaplicável, desenvolvido para

esta finalidade, contendo questões fechadas e abertas, com espaços dirigidos a comentários livres dos participantes.

A população pesquisada foram os profissionais egressos da ênfase, formados entre os anos de 2005 e 2008. No período, 74 profissionais haviam cumprido o tempo de formação proposto no Programa, estando assim aptos a participar como sujeitos da pesquisa. A coleta das informações se deu essencialmente de maneira virtual entre os dias 07/01/10 e 18/04/10.

A FORMAÇÃO SINTONIZADA COM AS NECESSIDADES DO SUS

No Brasil, utilizamos o termo Atenção Básica (AB) para definir o primeiro nível do sistema de saúde. A partir da Portaria nº 2.488, editada pelo Ministério da Saúde, em outubro de 2011, os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde (APS) passaram a ser considerados como equivalentes, sendo associados a ambos as diretrizes e os princípios definidos no documento (BRASIL, 2011).

Em função disso, partimos do entendimento de que, no Brasil, a APS está organizada com o nome de AB e tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo. Portanto, os termos APS e AB serão usados, aqui também, como sinônimos.

O Programa de Saúde da Família (PSF), criado pelo Ministério da Saúde em 1994, tinha como propósito a ampliação e reorganização da Atenção Básica nos municípios. Posteriormente, foi redefinido como uma Estratégia, sendo responsável pela orientação do sistema de saúde brasileiro para a APS.

A Saúde da Família é a estratégia prioritária para reorganização da AB no Brasil, impulsionando tanto mudanças do processo de trabalho quanto na precisão do diagnóstico situacional, alcançados por meio da adesão de clientela, aproximação da realidade sociocultural da população e da postura proativa desenvolvida pela equipe (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica, segundo a Portaria nº 2.488, se caracteriza por um conjunto de ações, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos, com o objetivo de desenvolver atenção integral que

produza impactos na situação de saúde, na autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

A AB deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e de gestão, democráticas e participativas, na forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Também deve utilizar tecnologias de cuidado complexas e variadas, que busquem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Ainda, observar critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento deve ser acolhida (BRASIL, 2011).

Portanto, com a ESF, há uma mudança na forma de produzir saúde. Por sua orientação familiar, esta passa a se dar a partir de núcleos familiares e da referência no território. Contudo, ainda a maioria das práticas de saúde desenvolvidas nos diferentes âmbitos da atenção é realizada, em boa parte, por profissionais formados dentro de um modelo assistencial privatista, que não contempla a integralidade da atenção, como preconiza a Constituição Federal, em relação ao SUS (BALDISSEROTTO; FAJARDO; PASINI *et al*, 2006).

Cabe ressaltar a série de iniciativas que vêm sendo realizadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação, com esforços conjuntos para desenvolver políticas integradas visando alterar este panorama. Dentre estas se destacam a adoção de novas diretrizes curriculares, as ações com foco na reorientação dos cursos de graduação, como o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional (Pró-Saúde) e o Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (Pet-Saúde), que contribuem como políticas indutoras de mudanças. Apesar disso, não pode deixar de ser mencionado, como desafio a estes processos, o acúmulo histórico no âmbito das instituições formadoras pelo sistema vigente ao longo dos anos e que, muitas vezes, se apresenta como um forte obstáculo às mudanças propostas (BRASIL, 2010).

Também deve ser reconhecido o papel de protagonismo que os profissionais exercem na melhoria e desenvolvimento do sistema de saúde. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde, sua presença, em número e competências adequadas. Traduz-se diretamente na disponibilidade dos cuidados e serviços apropriados para as necessidades de uma população.

Todavia, o que se constata é uma desarticulação entre a necessidade de profissionais requeridos pelo Sistema de Saúde e a formação efetivamente realizada, ilustrando, desse modo, como o conhecimento profissional ainda é muito negligenciado quando o assunto trata da gestão de tecnologias (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2008).

O tema da formação de profissionais para o SUS tem sido abordado frequentemente na legislação (BRASIL, 1990; 1998), sendo prescritas diretrizes e responsabilidades, porém, existe ainda uma distância entre os pressupostos e o que, efetivamente, vem acontecendo. Este distanciamento entre as políticas de formação e de saúde evidencia o pouco reconhecimento da importância do mercado de trabalho em saúde, principalmente no que tange à APS. A indefinição do perfil profissional ao término da graduação se traduz na necessidade de qualificação e de adequação aos novos modelos assistenciais.

A avaliação da AB, em 31 municípios de Minas Gerais e Espírito Santo, desenvolvida por Camargo Jr *et al* (2008), corrobora para esta observação. Os autores percebem como um dos nós górdios no caminho da implantação da ESF, de forma abrangente, a gestão dos recursos humanos. Em muitos casos, houve um processo de adaptação das realidades locais, mantendo, assim, o modelo vigente antes da implantação do programa (CAMARGO JR; CAMPOS; BUSTAMANTE-TEIXEIRA *et al*, 2008).

A introdução de novos cenários de ensino, acompanhada de mudanças nas práticas de saúde, pode ser um elemento central e desempenha um papel fundamental na mudança do perfil dos profissionais formados, contribuindo para concretizar esse conceito mais amplo de saúde (FEUERWERKER, 1998).

No contexto do SUS, a APS representa um desses cenários, por ser um local onde estão reunidos alguns ingredientes que podem contribuir para alcançar este objetivo. Dois deles são o trabalho com território de referência e a produção de saúde a partir de núcleos familiares. O terceiro é a composição multiprofissional das Equipes da ESF, que pode favorecer o desenvolvimento da interdisciplinaridade.

Ainda, para se pensar numa atualização da formação, conforme preconizado na legislação da AB (BRASIL, 2011), deve-se considerar que os profissionais deverão estar preparados para trabalhar com populações definidas, promoção e preservação da saúde, cuidado integral, continuidade

dos cuidados de saúde, trabalho em equipes multidisciplinares, necessidade de se trabalhar com redes integradas de serviços de saúde e um protagonismo cada vez maior dos cidadãos e das comunidades, ou seja, questões bem presentes no cotidiano de trabalho da APS.

A Residência, caracterizada por ensino em serviço, tem sido considerada como a modalidade ideal para formação de profissionais para o SUS.

Dentro desta perspectiva, a Residência Multiprofissional foi instituída em 2005, com o objetivo de capacitar profissionais para trabalhar em equipe. Cada profissão manteria seu núcleo de competências próprio, com seu respectivo conjunto de conhecimento específico. Na proposição, os trabalhos interdisciplinares e multiprofissionais, a partir da intersecção das diversas áreas da saúde, devem produzir outros conjuntos de competências e de conhecimento, redimensionando o trabalho e seu potencial educativo. Também, esse novo processo de formação exige uma nova abordagem educacional para dar conta dessas áreas de intersecção (BRASIL, 2005).

Além disso, a Residência Multiprofissional, especialmente na área da APS, deve procurar a superação do paradigma de educação em saúde, fundamentado no enfoque da especialidade e da segmentação do processo de trabalho. Ainda, buscar a superação da lógica de atenção em saúde em que predomina a razão instrumental, que coloca o sujeito em posição de objeto e passar a colocar a pessoa, reconhecida como sujeito, como norteador do modelo de atenção (COSTA, 2004).

CARACTERÍSTICAS DO ESPAÇO DE FORMAÇÃO E DO PROGRAMA

O Serviço de Saúde Comunitária (SSC) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é composto por doze Unidades de Saúde, integradas ao Sistema Municipal de Saúde e tem responsabilidade sanitária sobre uma população de cerca de 108.000 pessoas, moradoras das zonas norte e leste do município de Porto Alegre.

O SSC funciona seguindo os princípios da APS, expressos no SUS, e do referencial teórico de Starfield (2004) no que se refere aos atributos da APS, tendo três eixos norteadores, articulados entre si: a atenção à saúde, a formação de profissionais de saúde e a produção de conhecimento.

As Unidades de Saúde trabalham com território definido e a partir de núcleos familiares desde a sua implantação, em 1983. O trabalho com equipes multiprofissionais vem sendo realizado desde o princípio dos anos 1990.

A organização do processo de trabalho busca propiciar a circulação de saberes, criando, portanto, condições mais favoráveis para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e potencialidades para a construção de novos paradigmas, que procuram romper com a fragmentação do processo de trabalho e, por consequência, contribuir para possíveis rupturas, com relação ao modelo biomédico.

A formação de profissionais médicos, através do Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade, no Serviço, ocorre desde 1983. A partir de 2004, passou a formar, de maneira integrada, profissionais da área de Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social, na ênfase Saúde da Família e Comunidade (BRASIL, 2004).

A formação segue os conceitos de campo e núcleo propostos por Campos (2000). O núcleo diz respeito aos elementos de singularidade, que definem a identidade de cada profissional ou especialista. O campo é constituído por responsabilidades e saberes comuns ou convergentes a várias profissões ou especialidades.

O processo de aprendizagem proposto no Programa é o modo dialógico, em busca de concepção crítica-reflexiva do processo educacional, que articule a teoria e a prática, a participação ativa do estudante e o exercício do diálogo interdisciplinar. Na organização dos processos de trabalho, o que se pretende é a construção de sujeitos autônomos e críticos que busquem trabalhar de forma interdependente e solidária.

O processo de formação está, assim, imbricado ao processo de trabalho. Os residentes são inseridos e passam a fazer parte das equipes nas Unidades, envolvendo-se e responsabilizando-se, juntamente com os demais membros, pelas necessidades de saúde da população do território.

Este espaço de compartilhamento de experiência é de significativa importância. Benjamin (1985) explicita a diferença entre experiência e vivência. A experiência se situa na interface entre o que é coletivo e o que é singular, entre o que é do conhecimento estabelecido pela tradição e aquele que traz o novo, em uma transmissão que compartilha o vivido. Já a vivência é característica do indivíduo solitário da modernidade, no qual o coletivo

se constitui como mero pano de fundo. A experiência, nesta concepção trabalhada pelo autor, é aquela que permite que algo nos aconteça.

O primeiro ano da formação na ênfase em SFC da RIS/GHC se dá essencialmente nas Unidades. Os principais conteúdos trabalhados são os princípios da APS/SUS e o território e, a partir das necessidades de saúde da população, a vigilância em saúde e as ações programáticas.

Dentre os estágios curriculares, há um de gerenciamento de Unidade de Saúde. Os grupos de residentes também elaboram projeto para implantação da ESF em um município do Rio Grande do Sul, orientados pelo manual da Secretaria de Saúde do Estado (DIERCKS; PEKELMAN; MEDEIROS *et al*, 2010).

Para concretizar uma abordagem educacional que pudesse dar conta das áreas de intersecção, como proposto na legislação que trata da Residência Multidisciplinar, o dispositivo de campo desenvolvido, em parceria com o Programa de Residência Médica, foi o Currículo Integrado (CI), espaço onde se procura exercitar a construção da interdisciplinaridade. O referencial teórico-metodológico do CI é uma associação da Problemática (eixo do processo pedagógico) e alguns elementos da Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL) que auxiliam na sua estruturação (DIERCKS; PEKELMAN; MEDEIROS *et al*, 2010).

ALGUMAS DISCUSSÕES ACERCA DOS RESULTADOS

Características dos participantes do estudo

O percentual de devolução dos questionários foi considerado alto (77%). A média de idade dos egressos participantes foi de pouco menos de 30 anos, o que pode ser caracterizada como profissionais jovens. A crescente feminilização da força de trabalho no setor saúde está bem marcada no estudo, pois quase 90% é composta pelo sexo feminino. Estes dados encontrados são compatíveis com outros estudos (GIL, 2005; MACHADO, 2000) que vêm revelando esta tendência do mercado de trabalho em saúde. Em relação ao curso de graduação, o percentual de participantes, por categoria profissional, é proporcional ao número de vagas ofertadas para ingresso na residência. Os egressos realizaram seus cursos de graduação em 12 universidades, sendo, em sua maioria, na UFRGS e na PUCRS (Tabela 1).

Tabela 1 - Características dos egressos da RIS/GHC, 2005-2008 que responderam o questionário.

				Média	Desvio padrão	Total	
		n	%			n	%
Aptos a participar						74	100
Responderam o questionário						57	100
Idade (em anos)				29,86	4,94	57	77
Sexo	Feminino	50	87,7				
	Masculino	7	12,3			57	100
Graduação	Enfermagem	12	21,1				
	Farmácia	4	7,0				
	Nutrição	2	3,5				
	Odontologia	18	31,6				
	Psicologia	6	10,5				
	Serviço Social	15	26,3			57	100
Instituição Formadora na Graduação	UFRGS	17	29,8				
	PUCRS	15	26,3				
	ULBRA	5	8,8				
	UFSM	4	7,0				
	UFSM	4	7,0				
	UFPEL	4	7,0				
	UNISINOS	4	7,0				
	UNIJUÍ	2	3,5				
	UPF	2	3,5				
	Outras*	4	7,0			57	100
Conclusão da Residência	2005	13	22,8				
	2006	8	14,0				
	2007	16	28,1				
	2008	20	35,1			57	100

*UFF, UFSC, UNISUL (SC) e UNISC: um egresso cada.

Situação profissional

Em 2010, ano de coleta dos dados da pesquisa, 49,2% dos egressos atuavam diretamente na APS, sendo 91,7% dos participantes em Enfermagem e 55,6% em Odontologia, ou seja, profissionais já presentes nas equipes da ESF. O aproveitamento na APS dos profissionais das demais categorias provavelmente seria diferente, não fosse recente a implantação do NASF. Um percentual de 12,2% continuava em atividades de formação; 7% estavam desempregados no momento da pesquisa; 5,2% trabalhavam de forma autônoma; os demais atuavam em outros serviços.

Estes profissionais exercem suas atividades em 19 cidades do país, sendo 52% na cidade de Porto Alegre, seguindo a tendência de concentração

nos grandes centros urbanos, e mantendo-se na região onde concluíram a Graduação e a Residência (FARIAS; STEIN; HOFFMANN, 2004) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos egressos da RIS/GHC, 2005-1008 de acordo com a atuação profissional por campo de atividades e cidades.

		n	%	Total
Campo de Atividades	APS/UBS	19	33,3	57
	APS/Gestão	8	14,1	
	Desempregado	4	7,0	
	CAPS	4	7,0	
	ONGS	4	7,0	
	Residentes (3º ano)	4	7,0	
	Outro (não especificado)	3	5,2	
	Mestrando	3	5,2	
	Autônomo	3	5,2	
	APS/Pesquisa	1	1,8	
	Consultor (UNESCO)	1	1,8	
	Terciário (Hospital)	1	1,8	
	Terciário/Gestão	1	1,8	
	Exército	1	1,8	
Cidade	Porto Alegre (RS)	27	51,9	57
	João Pessoa (PB)	3	5,7	
	São Leopoldo (RS)	3	5,7	
	Pelotas (RS)	2	3,9	
	São Francisco de Paula (RS)	2	3,9	
	Sapucaia do Sul (RS)	2	3,9	
	Demais cidades*	13	25,0	
	Desempregado/não informou	5		

* Alvorada (RS), Canoas (RS), Caxias do Sul (RS), Dois Irmãos (RS), Estância Velha (RS), Gravataí (RS), Itapema (SC), Ivoti (RS), Marau (RS), Rondinha (RS), Salvador (BA), São Gabriel (RS) e Viamão (RS) com 1 egresso cada.

Mais de 76% dos participantes referiram ter vínculo empregatício com o setor público. Cerca de 60% apresentavam um vínculo formal de trabalho (celetista ou estatutário). Estes resultados são superiores aos encontrados no estudo de Gil (2005), que ficaram em 48%, mas a autora já observara esforços dos gestores no sentido de melhorar esta situação. Entretanto, ainda em torno de 16%, mesmo tendo vínculo empregatício com o setor público, permaneciam com vínculos de trabalho precários. A carga horária predominante é de 40 horas semanais (50%). A faixa salarial onde se concentrava a maioria dos profissionais (63,8%) está entre cinco e dez salários mínimos.

Em torno de 90% deles referiu que o fato de terem cursado a Residência contribuiu para alcançar a ocupação; contudo, nas questões abertas do questionário, aparecem manifestações relativas à pouca valorização da Residência nos processos seletivos e também à falta de certificação do Programa, temas que merecem ser observados com maior consideração.

A forma de seleção para ingresso nos espaços onde estão inseridos ainda é bem diversificada. O tempo médio na atividade profissional ficou em 11 meses e meio, lembrando que 35% dos sujeitos, na época da coleta de dados, tinham concluído o processo de formação há menos de um ano (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos egressos da RIS/GHC, 2005-2008 de acordo com sua situação profissional atual.

		n	%	** Mediana	IQ*	Total
Vínculo	Setor público	36	76,6			
Empregatício	Setor privado	11	23,4			47
Tipo de Vínculo	Estatutário	8	15,0			
	Celetista	24	45,2			
	Terceirizado	2	3,8			
	Autônomo	6	11,3			
	Bolsista	7	13,2			
	Consultor	1	1,9			
	Outro	5	9,5			53
Carga Horária Semanal	20-24 horas	4	7,7			
	30-32 horas	8	15,4			
	36 horas	6	11,5			
	40 horas	26	50,0			
	44 horas	2	3,8			
	Outra	6	11,5			
Tempo nesta atividade (meses)				11,50	(6,50-25,75)	52
Renda Mensal	Até 5 SM	12	25,5			
	Entre 5-10 SM	30	63,8			
	Acima 10 SM	4	8,5			
	Outra	1	2,1			47
Forma de Seleção	Concurso	19	37,3			
	Currículo	15	29,4			
	Processo seletivo	10	19,6			
	Indicação	7	13,7			51
Formação na RIS contribuiu p/ alcançar atual ocupação	Sim	48	90,5			
	Não	5	9,5			53

* Intervalo interquartilico.

** Como a distribuição dos dados não é normal, utilizamos a mediana e intervalo interquartilico, para esta variável contínua que mede tempo.

O n é diferente a cada bloco porque corresponde aos participantes que responderam as questões.

Motivações para busca da formação

Indagamos, junto aos egressos, as motivações que os levaram a procurar a formação no Programa de Residência, seguindo uma escala do tipo Likert. Todos os participantes consideram a necessidade de qualificação, ainda que o tempo médio decorrido entre o fim da graduação e o ingresso na residência seja de quatro meses. A falta de opções no mercado de trabalho não está entre os motivos da procura. Já a oferta de bolsa de estudos foi apontada por 70% como motivadora da busca. O quesito qualidade do programa foi considerado como razão da procura para 87% dos que fizeram parte do estudo (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos egressos da RIS/GHC, 2005-2008 por motivos de procura da Formação no Programa.

			n	%	%	Total
Falta de opções no mercado de trabalho	Sim	Com certeza	-	-		57
		Provavelmente	2	3,5	3,5	
	Não	Provavelmente	14	24,6		
		Com certeza	41	71,9	96,5	
	NS/NL*		-	-	-	
Necessidade de qualificação	Sim	Com certeza	48	84,2		57
		Provavelmente	9	15,8	100,0	
	Não	Provavelmente	-	-		
		Com certeza	-	-	-	
	NS/NL*		-	-	-	
Qualidade do Programa	Sim	Com certeza	25	44,5		57
		Provavelmente	24	42,9	87,4	
	Não	Provavelmente	3	5,4		
		Com certeza	2	3,6	9,0	
	NS/NL*		2	3,6	3,6	
Bolsa de Estudos fornecida	Sim	Com certeza	16	28,1		57
		Provavelmente	24	42,1	70,2	
	Não	Provavelmente	10	17,5		
		Com certeza	7	12,3	29,8	
	NS/NL*		-	-	-	

*Não sei/Não lembro

Neste item, deixamos uma questão aberta para que os participantes pudessem descrever outras motivações que julgassem pertinentes para a busca desta formação. Da análise do conteúdo destas informações, destacamos algumas que reafirmam necessidade de qualificação, tal

como a que afirma que a Residência representou a “possibilidade de, além de adquirir conhecimento, adquirir experiência profissional; suprir as carências da graduação, na época, no que dizia respeito à área da saúde pública; interesse em experiência profissional na Atenção Primária” (Participante nº 18).

Outros indicativos que podem representar questionamentos aos conhecimentos adquiridos na Graduação e o desejo de acesso a novas formas de aprendizado foram:

“Desenvolver habilidade para trabalhar em equipe interdisciplinar; oportunidade para aprender a trabalhar com outras profissões, quesito falho quando se pensa na graduação; o desafio da transdisciplinaridade para produzir cuidado além dos métodos tradicionais; desejo de acompanhar mais de perto o usuário e a comunidade; formação inovadora proporciona aprender a trabalhar multi e interdisciplinarmente; propõe uma formação crítica-reflexiva.” (Participante nº 52)

PERCEPÇÃO DOS EGRESSOS EM RELAÇÃO A DETERMINADOS ASPECTOS DO PROGRAMA

Em relação aos conteúdos e objetivos, procurou-se saber se estavam adequados para enfrentar os desafios do exercício profissional. A resposta sim foi expressa por 92% dos participantes.

Investigou-se, ainda neste tópico, a opinião dos egressos com relação ao tempo de duração do processo de formação. Foram ofertadas três opções (excessivo, adequado e insuficiente). Cerca de 90% consideram o período de dois anos como um tempo adequado.

Em relação ao tempo de duração e aos conteúdos e objetivos, havia uma questão aberta, para que os participantes pudessem comentar sucintamente sua escolha. No que tange ao tempo de duração, depreende-se que, do ponto de vista dos egressos, há a concordância em relação à adequação deste tempo. Algumas manifestações que ilustram esta concordância foram:

“O período de dois anos parece-me um tempo adequado para impulsionar o processo de conhecimento disparado na residência. A partir daí, o profissional pode buscar outras formas de seguir sua busca pelo conhecimento (...). Um tempo inferior a dois anos seria prejudicial, pois sinto que no segundo ano é que se consolidam as vivências em equipe e em comunidade, trazendo mais solidez ao conhecimento e às práticas em saúde. Um tempo superior talvez seja desnecessário, pois a residência ainda não traz a liberdade de atuação necessária ao profissional.” (Participante nº 38)

“A gente demora certo tempo até assimilar conceitos e paradigmas, muitos até então desconhecidos, devido ao déficit de formação durante a graduação. Dessa forma, é importante este período de duração para aprendermos e entendermos o funcionamento do Sistema Único de Saúde e sua organização, bem como para nos adaptarmos a uma realidade, até então, desconhecida. Para que possamos adquirir conhecimento é preciso ultrapassar etapas. Da maneira como está estruturada a Residência, adquirimos conhecimento pouco a pouco, não pulando etapas, o que torna o processo mais consistente.” (Participante nº 40)

Um aspecto que foi considerado como excessivo foi a carga horária semanal de 60 horas.

Observou-se alguma divergência de opiniões nas manifestações dos egressos em relação aos conteúdos e objetivos. Algumas referem adequação:

“Acredito que os conhecimentos adquiridos na RIS como interdisciplinaridade, território, vínculo, longitudinalidade, coordenação do cuidado e gerenciamento tornaram a minha prática profissional muito mais resolutiva e, portanto, mais adequada às necessidades da APS e, consequentemente, do mercado de trabalho nesta área.” (Participante nº 14)

“Entendo que os conhecimentos necessários para o trabalho estão sempre em expansão. Por isso, é impossível uma formação que contemple todos os aspectos prático-teóricos para atuação profissional. A formação na Residência parte desse pressuposto e, além disso, propicia a troca de experiências e a busca por ferramentas-conceitos amplos e de acordo com a realidade no trabalho em saúde. A formação foi ampla e propiciou diferentes conhecimentos para a atuação em ensino, pesquisa, gestão, planejamento e no cuidado à saúde individual/coletivo.” (Participante nº 52)

Outras referem alguma inadequação do Programa para enfrentar as necessidades decorrentes do exercício profissional:

“No meu caso, por estar na gestão da saúde de um município, percebi que a formação na residência possibilitou um vasto conhecimento em assistência, porém mínimo em gestão, principalmente no campo do planejamento, uso de indicadores, sistemas de saúde, convênios etc.. Neste campo, acredito que a residência do GHC tem muito ainda que se aperfeiçoar (...). O estágio em gerenciamento do GHC pelo qual passei precisa ser repensado, pois não prepara o residente para trabalhar com gestão em saúde para além da coordenação de UBS.” (Participante nº 34)

Estas diferentes percepções podem ser decorrentes dos variados contextos em que estão inseridos os participantes e as conseqüentes necessidades deles advindas. As manifestações se referem principalmente a conteúdos que devem ser aprimorados. Não houve manifestações relativas à inadequação dos objetivos.

Ainda, buscou-se saber a opinião dos egressos sobre a adequação de conteúdos específicos, principalmente os que fazem parte dos fundamentos descritos na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011). No que diz respeito à APS, 92% consideram adequados. No que se refere à Vigilância da Saúde, 81% responderam como adequados. Os conteúdos de Educação para Saúde estão adequados para 86%, enquanto os de

Planejamento e Gestão tiveram aprovação de 75% dos participantes. Os conhecimentos relativos ao núcleo profissional estavam adequados para 92% deles (Tabela 5).

Tabela 5 - Percepção dos egressos da RIS/GCH, 2005-2008, quanto à adequação dos conhecimentos adquiridos, relativos aos seguintes conteúdos

			n	%	%	Total
Atenção Primária em Saúde	Sim	Com certeza	32	60,4		53
		Provavelmente	17	32,0	92,4	
	Não	Provavelmente	1	1,9		
		Com certeza	3	5,7	7,6	
	NS/NL*		-	-	-	
Vigilância da Saúde ou outras ações no território	Sim	Com certeza	26	49,1		53
		Provavelmente	17	32,0	81,1	
	Não	Provavelmente	6	11,3		
		Com certeza	3	5,7	17,0	
	NS/NL*		1	1,9	1,9	
Educação para a Saúde	Sim	Com certeza	30	56,6		53
		Provavelmente	16	30,2	86,8	
	Não	Provavelmente	5	9,4		
		Com certeza	1	1,9	11,3	
	NS/NL*		1	1,9	1,9	
Planejamento e Gestão	Sim	Com certeza	22	41,5		53
		Provavelmente	18	34,0	75,5	
	Não	Provavelmente	8	15,1		
		Com certeza	4	7,5	22,6	
	NS/NL*		1	1,9	1,9	
Núcleo Profissional de Formação	Sim	Com certeza	32	60,4		53
		Provavelmente	17	32,0	92,4	
	Não	Provavelmente	1	1,9		
		Com certeza	3	5,7	7,6	
	NS/NL*		-	-	-	

* Não sei/Não lembro

O n é de 53 porque os participantes que estavam desempregados não responderam este bloco de questões.

Quanto às informações relativas ao processo de trabalho na atividade profissional atual, 73% dos participantes atuam em equipe multiprofissional, sendo que 70% conseguem trabalhar de forma interdisciplinar. Cerca de 60% trabalham com Vigilância da Saúde, 66% com Planejamento e Gestão e

85% com Educação para a Saúde, enquanto 85% deles atuam no seu núcleo profissional de graduação.

OUTRAS EVIDÊNCIAS

Neste espaço, são transcritas algumas manifestações das questões abertas do questionário. A riqueza das percepções e das análises expressa grande sintonia com a expectativa em relação ao perfil dos egressos do Programa, descritos no Projeto Político Pedagógico da RIS/GHC (BRASIL; GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, s.d.) que, somado ao fato de serem oriundas dos que passaram pelo processo de formação, possuem credibilidade e força para serem consideradas como evidências para expressar os resultados positivos quanto à adequação deste Programa:

“ARIS demonstra-se como potente espaço de formação para trabalhadores do SUS. Temos a autonomia e o desafio de criarmos estratégias de fortalecimento para a promoção da saúde da população e, posteriormente, enquanto profissionais atuantes, mostrarmos que há sim alternativas para a transformação de modelos que foram, por anos, predominantes. (...) a RIS também nos deu maturidade para o entendimento que nos inserimos em processos em construção, entendendo que as mudanças sempre estão ocorrendo e que, muitas vezes, são imperceptíveis em um primeiro momento. (...) a RIS foi importante em minha formação em Saúde da Família e Comunidade, tanto no que se refere ao meu núcleo profissional quanto para as atuações de campo, sendo um espaço de aprendizagem e de valorização dos diferentes saberes, mas principalmente no entendimento da integralidade enquanto princípio de trabalho para a atuação profissional.” (Participante nº 18)

“Conheci as propostas do programa e fui desenvolvendo as atividades e me inserindo no trabalho em minha unidade com atitudes e pensamentos reflexivos do nosso fazer em APS. (...) No final eu já queria problematizar e enfrentar as incoerências que percebia, e ali o processo de reflexão já estava acontecendo, então percebi que eu precisava

de outros espaços para plantar sementinhas sobre o SUS e o trabalho em APS. Tivemos tempo e espaço para teorizar e praticar e refletir.” (Participante nº 19)

“As experiências que tive durante a Residência foram muito significativas para mim. (...) aprendi muito escutando os outros profissionais e escutando aqueles que conheciam a unidade e os usuários há mais tempo. Fico muito feliz pela Residência fazer parte da minha história, pois mudei como pessoa durante o período em que estive na RIS/GHC.” (Participante nº 54)

Estas manifestações ainda evidenciam o compartilhamento de experiências, e sua importância, como explicitado por Benjamin (1985), e mostram que algo novo aconteceu com estes sujeitos durante o processo de formação.

Além disso, outras manifestações fornecem elementos que podem apontar para a necessidade das instituições formadoras passarem a ter uma maior responsabilização pelos seus egressos. Uma delas pode subsidiar esta observação:

“Responder a esta pesquisa me fez refletir sobre meu processo enquanto residente, minhas falhas e falhas da instituição neste processo. Acho de extrema relevância uma pesquisa como esta pois, com o crescente de instituições oferecendo residências multiprofissionais, é importante refletir sobre que tipo de formação queremos oferecer e qual estamos podendo ofertar, bem como saber o que os residentes estão fazendo com os conhecimentos adquiridos no período pós-residência – ou seja – se esta tem sido uma forma potente de formação para o SUS.” (Participante nº 38)

Uma possível sugestão a esta observação seria as instituições criarem mecanismos de retroalimentação. Estes espaços de trocas poderiam oferecer subsídios para as demandas dos egressos, como possibilitar às instituições o aprimoramento e a adequação do processo de formação.

Para o fortalecimento do SUS, os gestores do nível local têm um papel decisivo e, para tanto, devem conhecer a legislação e as políticas norteadoras, bem como estar cientes das necessidades de saúde de suas populações. Destaca-se uma manifestação que pode sinalizar a necessidade de qualificação dos gestores:

“Dá até um desespero responder este questionário. É muito difícil ter vivenciado um trabalho que se volta às necessidades de sua população e aqui nós não temos nem equipe. Tenho ideias e vontade de fazer diferente, mas mal consigo dar conta dos milhares de atendimentos e procedimentos diários que tenho que fazer. Sinto-me sozinha nos pensamentos.” (Participante nº 19)

A falta de profissionais com formação adequada para atender às necessidades de saúde da população pode se refletir no despreparo de algumas equipes da ESF e também colabora para referendar uma das observações do estudo de Camargo Jr *et al* (2008) – tendência de adaptação da realidade local e manutenção do modelo vigente antes da implantação do programa –, como é possível observar na manifestação que segue:

“(...) Noto que acabamos muito respondendo à demanda, com dificuldade de planejar a partir do território. Além disso, percebo grande desconhecimento dos conceitos básicos da APS nas Equipes de Saúde da Família.” (Participante nº 52)

CONSIDERAÇÕES FINAIS E POSSÍVEIS RECOMENDAÇÕES

O estudo contou com a participação de 77% dos egressos do Programa. Os dados encontrados revelam uma população de profissionais jovens, com média de idade de menos de 30 anos, recém-egressos da Graduação e, predominantemente, do sexo feminino. Estes profissionais exercem suas atividades em 19 cidades, sendo que mais de metade deles se concentra na cidade de Porto Alegre; 49% atuam diretamente na APS. Em relação ao vínculo empregatício, 76% o têm com o setor público e, destes, 60% possuem

vínculo formal de trabalho. O tempo médio na atividade profissional atual é em torno de 12 meses. Para 90% dos participantes, o fato de possuir Residência contribuiu para alcançar a ocupação atual. O tempo de duração da formação de dois anos foi considerado adequado por 90% dos sujeitos. Os conteúdos relativos à PNAB foram considerados adequados pela maioria dos participantes. Algumas das manifestações sugerem aprimoramento de conteúdos de alguns temas do Programa, principalmente os relativos à Planejamento e Gestão.

Os participantes destacam, em relação ao processo de aprendizagem do Programa, seu modo dialógico, sua concepção crítica-reflexiva e a articulação teórico-prática. Ainda, salientam a circulação de saberes no processo de trabalho e o importante papel dos espaços onde se procura exercitar a construção da interdisciplinaridade.

O dado marcante de 100% dos participantes apontarem a necessidade de qualificação como motivo da busca da formação, apesar do curto intervalo de tempo decorrido desde o final da graduação, mesmo se tratando da análise de apenas um Programa, sinaliza a importância de se dar mais atenção ao processo de formação na graduação.

O estudo possibilita tornar conhecidos os arranjos e as alternativas desenvolvidos e utilizados pelo Programa para atender às necessidades de formação em APS, colaborando assim, para disseminar os progressos alcançados, condição fundamental para se avançar rumo às novas práticas profissionais em saúde (GIL, 2005).

Também evidencia a sintonia do Programa com o que está preconizado para a formação multiprofissional dentro da legislação das Residências, bem como com as diretrizes da APS e do SUS.

Diante do papel de protagonismo exercido pelos profissionais na melhoria e desenvolvimento do sistema de saúde, com foco no que concerne à prioridade de se colocar a ESF como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS, vários indícios apontam a potencialidade do Programa para formar profissionais com perfil adequado para esta essencial necessidade do Sistema.

Para finalizar, acreditamos que as evidências produzidas no decorrer do estudo fornecem subsídios para considerar que, desde a perspectiva dos egressos, os objetivos do Programa (BRASIL. GRUPO HOSPITALAR

CONCEIÇÃO, s.d.) avaliado estão sendo alcançados, demonstrando, assim, sua adequação como uma tecnologia de formação de profissionais em APS para o SUS.

Em relação às possíveis recomendações sugeridas, em decorrência deste estudo, elencamos abaixo as mais significativas:

Ao Programa estudado

- Buscar aprimorar alguns conteúdos, especialmente os relativos a planejamento e gestão.

Às instituições formadoras

- Buscar maior sintonia entre a necessidade de profissionais requerida pelo Sistema de Saúde e a formação oferecida atualmente.
- A formação de graduação deve buscar uma aproximação mais aprofundada com os serviços de saúde, principalmente no que tange à APS; necessidade das instituições formadoras passarem a ter maior responsabilização pelos seus egressos. Como exemplo proposto, criar mecanismos de retroalimentação. Estes espaços de trocas poderiam servir para oferecer subsídios para as demandas dos egressos, como possibilitar às instituições o aprimoramento e adequação do processo de formação.

Aos formuladores das políticas

- Importância de investir na qualificação dos gestores do nível local, no intuito de possibilitar um melhor conhecimento das necessidades de saúde de suas populações, bem como da legislação e das políticas norteadoras.
- Reavaliar a carga horária de 60 horas semanais dos Programas de Residência.
- Fortalecer o sistema de certificação, de forma a assegurar aos Programas da Residência que estejam em acordo com a legislação e as necessidades do SUS.

REFERÊNCIAS

BALDISSEROTTO J; FAJARDO AP; PASINI VL *et alii*. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. In: *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília, p. 355-373, 2006.

BENJAMIN W. O narrador: considerações sobre a obra de Nicolai Lescov. In: *Magia, técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. Obras escolhidas v. 1. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP). *Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição*. Disponível em <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/risprojeto.pdf>> Acesso em: 12 ago. 2011.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. *Portaria nº 109, de 31 de março de 2004*. Cria o Programa de Residência Integrada em Saúde. [S.l: s.n.], 2004. Disponível em <<http://www.ghc.com.br/GepNet/risportaria.htm>> Acesso em: 12 ago. 2011.

BRASIL. *Lei 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica, para a Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Relatório Consolidado de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde 2005-2010*. Ministério da Saúde; OPAS, Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. 2005. Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/TextodeReferencia.pdf>> Acesso em 15/08/2011.

BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1998. Disponível em <<http://.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>> Acesso em: 10 ago. 2011.

CAMARGO Jr KR; CAMPOS EMS; BUSTAMANTE-TEIXEIRA MT; *et al*. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, Supl.1, p.S58-S68, 2008.

CAMPOS GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.219-230, 2000.

COSTA JF. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

DIERCKS MS; PEKELMAN R; MEDEIROS RHA *et alii*. O Currículo Integrado como estratégia de formação teórica em atenção primária à saúde para os residentes dos programas de saúde da família e comunidade. In: FAJARDO AP; ROCHA CMF; PASINI VL (Orgs.). *Residências em saúde: saberes & fazeres na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.173-189.

FARIAS ER; STEIN AT; HOFFMANN JE. Os egressos da Residência de Medicina de Família e Comunidade do Centro de Saúde-Escola Murialdo, 1976-2000. *Boletim de Saúde*, Porto Alegre, v.18, n.1, p.99-111, Jan/jun, 2004.

FEUERWERKER LCM. Changes in medical education and medical residency in Brazil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v.2, n.3, p.51-71, 1998.

GIL CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.490-498, mar/abr, 2005.

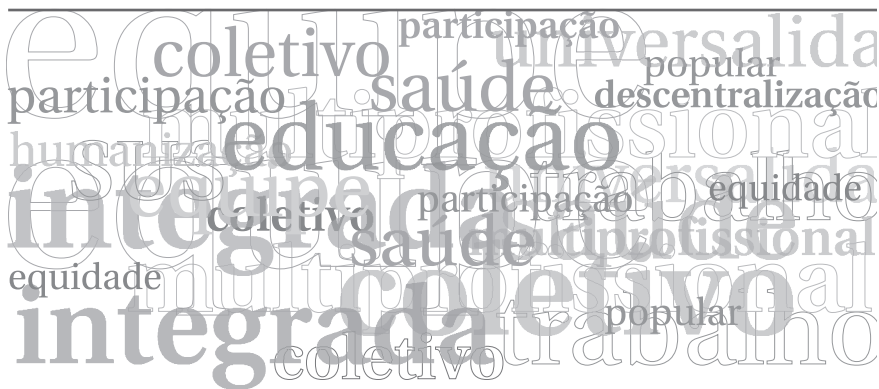
MACHADO MH. *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. (Relatório final).

MENDES EV. *Ciclo de debates sobre redes regionalizadas de atenção á saúde: desafios do SUS. Estudos de Caso *Nota Metodológica**. Disponível em <http://www.opas.org.br/informacao/.../Nota_Metodologica_Estudo_de_Caso.pdf> Acesso em: 15 ago. 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Redes Integradas de Servicios de Salud. *Conceptos, Opciones de Política y Hoja Ruta para su Implantación en las Américas* (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas). Washington, DC: OPS/OMS 2008.

STARFIELD B. *Atenção Primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias*. UNESCO; Ministério da Saúde, Brasília, 2004.

TAKEDA S; TALBOT Y. Avaliar, uma responsabilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p.564-576, 2006.



PARA NOTAR MELHOR A VIDA: OS ENCONTROS DA LITERATURA E OS PROCESSOS DE CUIDADO EM SAÚDE

Marta Orofino

Muitas são as funções da obra ficcional como inúmeros são os motivos de quem escolhe escrevê-la. Ou mais ainda: muitos são os motivos que levam a nós, leitores, a escolher esta ou aquela obra literária para ler. O que nos encanta, convoca ou atrai na história escolhida, com seus personagens e tramas? A bela e astuta Sherazade, nas mais de mil histórias que contou ao Rei Shariar, indicava que contar uma história é sempre uma escolha pela vida – pelo menos é uma versão na qual gostamos de acreditar. Em muitas obras literárias recebemos a mensagem de que a morte é o nosso maior e mais incompreensível limite e, na alternância entre viver e morrer, a ficção muitas vezes nos empresta significados e inspira realizações possíveis para lidar com a ideia de finitude à vida.

O professor de crítica literária James Wood comenta na obra *Como Funciona a Ficção* que “a literatura é diferente da vida porque a vida é cheia de detalhes, mas de maneira amorfa, e raramente ela nos conduz a eles, enquanto a literatura nos ensina a notar melhor a vida” (WOOD, 2012, p.63). Podemos acrescentar: existem obras literárias que também nos ensinam a notar melhor a morte. Tem aquelas que rodeiam e tentam nos iludir que eles – os personagens - “foram felizes para sempre” e tem as que optam por trazer o assunto à tona, já na primeira linha, como escreve Paul Auster (2005)

– só para ficarmos restritos à obra literária contemporânea - na abertura do seu romance *Desvários do Brooklyn*: “Eu procurava um lugar sossegado para morrer. Um dia alguém me recomendou o Brooklyn, e já na manhã seguinte saí de Westchester e fui sondar o terreno”.

Como profissional do campo da saúde sempre busquei possíveis pontos de encontro entre a literatura – em toda a sua arte de criar e compor textos através das letras – e os processos de trabalho em saúde. Deste interesse, que me move ao constante processo de ensino-aprendizagem, venho ao longo dos últimos anos realizando uma leitura mais atenta das diferentes formas de representação e expressão que o universo da ficção pode nos apresentar diante da temática sobre a morte. Inserida neste processo é que surge a pesquisa aqui relatada que, no desejo de construir caminhos que conduzam a este “notar melhor a vida”, teve como seu objetivo maior verificar e analisar as semelhanças existentes entre modos de lidar com a ideia da morte dos personagens da ficção e da vida real, mais especificamente, os profissionais da saúde.

Considerando a amplitude do assunto tratado, delimito os critérios temporal e espacial (GIL, 2004) do tema da minha pesquisa a partir dos interesses e recursos disponíveis do meu campo de prática profissional: Terapeuta Ocupacional e preceptora da Residência Integrada em Saúde do Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Porto Alegre. Considerando também o objetivo da minha análise – identificar e analisar alguns encontros possíveis da literatura e os processos de cuidado em saúde diante do tema sobre a morte –, meu recorte vai delimitar como objeto de estudo o grupo de Residentes do primeiro e segundo ano do programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS-GHC) que desenvolvem suas atividades de formação em serviço na Unidade de Oncologia do Hospital Nossa Senhora da Conceição - que integra uma das unidades hospitalares do Grupo Hospitalar Conceição, referência no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de Porto Alegre.

A escolha por este grupo específico de campo de observação (RUDIO, 1985) se dá a partir do entendimento de que a Residência - programa de estratégia de gestão da educação, voltado para a educação em serviço, com a proposição de formar profissionais para atuação no SUS - favorece a construção de espaços de articulação e diálogo entre as categorias

profissionais e os espaços de atenção, bem como de reflexão sobre o perfil de competências profissionais para incluir práticas humanizadas e de atenção integral à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Escolher a ênfase em Oncologia e Hematologia parte do pressuposto de que é nos processos do cuidado de pessoas com diagnóstico de câncer que o profissional as saúde vivencia, cotidianamente, com todos os elementos com os quais o ser humano se confronta diante da iminência da morte. Historicamente, o câncer é visto como uma doença que leva fatalmente à morte. Apesar dos enormes progressos da medicina nas últimas décadas em relação ao seu tratamento, como procedimentos cirúrgicos e farmacológicos e o advento da radioterapia, ainda assim ele carrega o estigma de doença fatal (KOVÁCS, 2003). São muitos os autores que afirmam que receber um diagnóstico de câncer iguala-se a receber uma sentença de morte e submeter-se aos tratamentos habituais, por si só, ocasiona elementos estressantes, entre os quais estão a dor e a ansiedade quanto ao corpo mutilado e à possibilidade da morte (SONTAG, 2004; LIBERATO; CARVALHO, 2008).

Na busca deste encontro entre o campo literário e os processos de cuidado em saúde, escolhi a obra literária *A Varanda do Frangipani* de Mia Couto (1996), para ilustrar a outra ponta deste sistema de relações. Dentre tantas competências deste poeta romancista da literatura contemporânea de Moçambique, extraio aqui, como uma das qualidades maiores de Mia Couto, a sua capacidade de nos mostrar, através de suas narrativas, que toda a pessoa ou grupo de pessoas tem histórias para contar. Histórias do presente, do passado, do que se imagina, acredita ou sonha uma determinada personagem, uma família, uma cidade, bairro, cultura e/ou civilização. Em suas obras é muito comum conseguirmos identificar a união, a trama entre a narrativa oral com a palavra escrita, bem como a força que a memória trava contra o esquecimento das ideias, acontecimentos e emoções vividos.

Importante destacar que a minha leitura sobre esta obra buscará exercitar os conceitos e métodos de análise de sistema literário de Antonio Candido, que afirma que “o meu ponto de partida é sempre empírico. Em crítica literária é sempre a mesma coisa. Nunca leio uma teoria e digo ‘Vou aplicar’. Leio um autor e digo: ‘Como é que eu vou explicar este texto?’”. O elemento central da crítica de Antonio Candido traz a ideia de sistema literário - sistema esse cuja formação foi estudada profundamente no

célebre *Formação da Literatura Brasileira* (2006) e que, em linhas gerais (e por ora superficiais), pode ser entendido como o sistema que surge a partir da configuração efetiva de um público leitor, de um conjunto de autores reunidos sob interesses mais ou menos afins e, claro, a produção sistemática de obras literárias de maneira a constituir uma tradição.

Pierre Bourdieu (1996) indica que a análise das relações da literatura com o espaço e as posições sociais confere outro tipo de inteligibilidade à obra e podemos dizer que essa (a análise literária) deve ser atenta e dialogar com as estruturas sociais que dão suporte à lógica das interações posta em jogo na ficção. A criação literária não é, segundo Pierre Bourdieu (1996), fruto de uma imaginação livre, mas existe dentro de um espaço estruturado, que modela a ação e o pensamento de quem dele participa, tal como também ocorre nos demais campos da produção humana, seja a ciência, o esporte, a política, a religião ou a educação. Considerando que o sistema literário pode ultrapassar o espaço social e político originário da sua atividade, bem como ser afetado por outros elementos, originários de espaços sociais e políticos diferentes (TORRES FEIJÓ, 2011), a escolha pela obra de Mia Couto capturou-me por abrir possibilidades para pensar – e questionar – acerca dos diversos pontos de perceber e entender sobre a nossa condição humana entre a vida e a morte, o ser e existir.

Segundo Itamar Even-Zohar (2007), faz-se necessário pensar os textos como produtos produzidos por um produtor, inseridos em certo contexto social, vinculado a um discurso de poder moldado segundo certo repertório aceitável e legitimado. Preferindo, então, o termo “consumidor”, o autor destaca a existência de consumidores diretos e indiretos, sendo que todos os membros de qualquer comunidade são ao menos consumidores “indiretos” de literatura, pois consomem fragmentos literários, digeridos e transmitidos por variados agentes culturais e integrados no discurso diário. Os consumidores diretos são aquelas pessoas voluntárias e interessadas nas atividades literárias - participam de várias outras formas no sistema literário. Os consumidores de literatura consomem a função sócio-histórica dos atos implicados nas atividades em questão.

Para a produção de um texto, afirma Even-Zohar, torna-se necessário para o autor a delimitação de um determinado repertório, isto é, um conjunto de regras e materiais, conhecimentos partilhados que regem tanto

a confecção quanto o uso de qualquer produto. Se considerados os “textos” como a mais evidente manifestação da literatura, o repertório literário será o conjunto de regras e unidades que classificam os tipos de discurso. Por outra parte, se considerado que a manifestação da literatura existe em vários níveis, o repertório literário pode ser concebido como um agregado de repertórios específico para cada um desses níveis. Conforme assinala o autor, a literatura “não figura como um instrumento estético ou uma diversão para os privilegiados. Trata-se, ao contrário, de uma instituição social muito poderosa e importante, um dos instrumentos mais básicos da maioria das sociedades humanas para ordenar e manejar seu repertório de organização de vida, quer dizer, sua cultura.” (EVEN-ZOHAR, 2002, p.76).

Considerando que a literatura não configura apenas um conjunto de textos acabados e encerrados em si mesmos e sim um agregado de atividades que, como um todo, constitui um sistema que interage com outros sistemas (EVEN-ZOHAR, 2007), e também considerando que os profissionais da saúde, enquanto um grupo social, são “consumidores indiretos” de literatura pois consomem fragmentos literários, digeridos e transmitidos por variados agentes culturais e integrados no discurso diário, a presente pesquisa teve como proposta buscar entender a existência ou não de aproximações de conceitos, ideias e formas de representação entre dois campos: a obra literária e a saúde. Nesse contexto, o tema principal para esse diálogo é a morte, olhando, como ponto de partida, a questão que tanto inquieta o historiador Norbert Elias: “Mesmo a morte sendo um fato diante da existência, o homem não deixa de indagar o sentido da mesma: o que pensa um homem que tem conhecimento do seu fim eminente?” (ELIAS, 2001, p.31).

CAMINHANDO PELO TEMA

A pesquisa, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição – CEP-GHC sob o número 14-113, foi de natureza qualitativa e comportou inicialmente uma fase exploratória, de leitura da obra ficcional e de referências bibliográficas sobre temas acerca das representações sociais da morte e do processo de morrer para os profissionais de saúde, principalmente no campo do cuidado e atenção a pacientes com diagnóstico de câncer. Em um segundo momento, fez-se a delimitação do

estudo e a coleta de dados, a partir de um grupo focal com Residentes da RIS/GHC que atuavam na ênfase em oncologia. Participaram do grupo sete residentes que demonstraram interesse pelo Projeto de Pesquisa, anteriormente apresentado em reunião. Sobre a reunião do grupo-foco, o objetivo foi colher dados a partir da discussão de tópicos específicos e diretivos (MINAYO, 1992) disparados pela pergunta: “Como profissional da saúde, que cuida de pessoas com diagnóstico de câncer, como tu percebes a tua relação com a morte?” A seção de discussão foi dirigida por duas pessoas, tendo uma delas atuado como moderador e outra na função de registro e relato. Procurou-se registrar aspectos como: opiniões, experiências, ideias, observações, preferências, necessidades apresentadas pelos participantes. A duração da sessão de discussão foi de 1 hora e 30 minutos.

O terceiro momento da pesquisa se configurou na análise dos resultados, a partir do método de *técnica de análise de conteúdo*, modalidade temática, descrita por Bardin (1979). Para a autora, a análise de conteúdo constitui:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens. (BARDIN, 1979, p.42).

Para Bardin, o tema é uma unidade de significação que se liberta do texto analisado e pode ser traduzido por um resumo, por uma frase ou por uma palavra. Mas, para se aproximar do tema, faz-se necessário antes “descobrir os ‘núcleos de sentido’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido” (1979, p.105). Desta forma, o núcleo de sentido e tema integram um mesmo processo analítico, sendo o primeiro o ponto de partida para estabelecer-se o segundo. Nesta pesquisa, o tema está sendo entendido como uma categoria mais ampla que pode abranger mais de um núcleo de sentido. Como toda técnica de investigação, esta metodologia procura proporcionar aos investigadores um meio de apreender as relações sociais em determinados espaços, de uma forma

apropriada ao tipo de problema de pesquisa proposto, visando “ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica em relação à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação” (MINAYO, 1992, p.203).

No âmbito antropológico, o etnógrafo Clifford Geertz (1989) traz um impacto decisivo sobre o modo como a cultura pode ser estudada na contemporaneidade. Sua metodologia se propõe ao exercício de captar as diferenças de significados, buscando o “ponto de vista dos nativos”, permitindo o pesquisador perceber as particularidades. Para Geertz, a descrição deve interpretar o fluxo do discurso e ação social pois é através deste fluxo “que as formas culturais encontram articulação” (GEERTZ, 1989, p.27).

Para o professor de metodologia da análise da literatura e da cultura Elias Torres Feijó, esta metodologia propõe ao estudioso de literatura o desafio de pensá-la – a literatura - como “actividade que incide na vida das pessoas (em cada momento determinando o público alvo e o real), seja no seu lazer ou no seu modo de ver e actuar no mundo” (TORRES FEIJÓ, 2004, p.424).

A VARANDA DO FRANGIPANI

Arbusto ou árvore comum em climas tropicais e subtropicais, o frangipani tem cerca de oito variedades de flores, de fragrância forte e adocicada, que se intensifica à noite. Uma de suas características é que ela perde toda a folhagem no momento da floração e sua flor tem a capacidade de brotar e florescer mesmo sem as raízes, como por exemplo, em um vaso de água. Por essa razão, em muitas culturas ela carrega consigo o significado do início ou nascimento de algo ou da imortalidade da alma.

É sepultado sob um frangipani, localizado na antiga Fortaleza de S. Nicolau, em Cabo Verde, que o primeiro narrador de *A varanda do frangipani*, logo na primeira linha, inicia a nos contar sua história: “Sou o morto. Se eu tivesse cruz ou mármore neles estaria escrito: Ermelindo Mucanga. Mas eu faleci junto com meu nome faz quase duas décadas. Durante anos fui um vivo de patente, gente de autorizada raça”¹. No desenrolar dos parágrafos

¹ Ao longo deste capítulo encontraremos reproduções de falas dos personagens da obra *A varanda do frangipani*, de Mía Couto mediando a apresentação da obra. Para mantermos o fluxo da narrativa, as páginas que referem ao texto original não serão identificadas.

seguintes, ficamos a saber que, por não ter sido enterrado segundo as tradições, Ermelindo tornou-se um *xipoco* – um fantasma. Das tradições de sepultamento dos Mugangas, Ermelindo nos conta que importa mesmo é manter as “obrigações para com os antepassados”, incluindo o cuidado em guardar o morto em uma cova pequena, “igual como nasceu, enrolada em poupança de tamanho” e “ocupando pouco a terra”, com as palmas das mãos abertas, para não chamar “maldição sobre os vivos” e o rosto virado a “encarar os montes Nkuluvumba”. Um outro grave “desleixo” para com ele foi de o sepultarem com suas ferramentas de marceneiro – a serra e o martelo. “Não o deviam ter feito. Nunca se deixa entrar em tumba nenhuns metais”, queixa-se o homem que, apesar de tudo, reflete que talvez a sua morte tenha sido uma boa alternativa, o privando de assistir as desgraças da guerra. De qual guerra? A mesma que surge na grande maioria das obras de Mia Couto: a luta de Moçambique pela Independência de Portugal, datada de 1975. Representando o que muitos outros de seus personagens poderiam dizer, fala a enfermeira Marta, da *Varanda*: “É a guerra. Todas as culpas são da guerra (...) A guerra cria outro ciclo no tempo. Já não são os anos, as estações que marcam as nossas vidas (...) passamos a dizer: ‘antes da guerra, depois da guerra’”. O autor moçambicano reconhece que o contexto da maioria dos temas de seus romances é movido pela guerra que, nos seus dez últimos anos fez cerca de um milhão de mortos, direta ou indiretamente. Para ele, qualquer ficção que se faça hoje em Moçambique articula o plano estético e a referência aos elementos sócio-históricos da guerra, consequentemente, da morte (LABAN, 1998).

Ermelindo, que depois de mais de 20 anos é ainda importunado por pessoas que, pelas necessidades do momento, escavam sua cova na tentativa de fazer dele um herói, deseja mesmo é morrer definitivamente. Para tanto, precisa “remorrer”. Seguindo conselho de seu animal de estimação – um pangolim, espécie de tamanduá africano, “mamífero que mora com os falecidos” – encarna no inspetor de polícia Izidine Naíta, que está a caminho da Fortaleza para investigar a morte do diretor. A partir deste momento, nas palavras do próprio morto, “este Izidine, agora, sou eu. Vou com ele, vou nele. Vou ele. Falo com quem ele fala. Desejo quem ele deseja. Sonho quem ele sonha”, na certeza de que, ao finalizar sua tarefa, finalmente será “abocanhado pela morte”.

Ziguezagueando entre este tempo e os 20 anos seguintes, *A varanda* vai tramando fios das histórias dos personagens que vivem na antiga Fortaleza – agora transformada em um asilo que acolhe velhos que narram, cada um a cada capítulo, memórias de luta, abandono, amores, medos, feitiços e disputas revelando também suas crenças e mitos sobre a morte. Buscando recursos em seus conhecimentos dos “feitiços de branco”, o português Domingos Mourão – nome de nascença, rebatizado de Xidimingo pelo povo local diz que para morrer é preciso “competência”, pois a morte não vai ao encontro de quem se sente “em sossegada felicidade” e sem nenhuma dor que atrapalhe. Ela não pega ninguém de surpresa, pois só morre quem “acorda com o umbigo nas costas”. Já Ernestina, que viveu a dor da morte de um filho, explica que para evitar a dor da perda de alguém que se ama, o jeito é ficar cego. Não é que se deixe de ver as coisas, explica. Deixa-se, sim, “... de ver o tempo. Tornando invisível, o passado deixa de doer”. Mas afinal, o que sabem os vivos sobre os mortos e a morte? “Medos, sombras e escuros”, diz Ermelindo. E completa: “Os mortos não sonham, isso vos digo. Os defuntos só sonham em noites de chuva. No resto, eles são sonhados. E para eles nunca há surpresas”.

Velhos, esquecidos pelas famílias e sociedade, a maioria dos que ali estão sabe que o asilo é a última residência e estão conformados com a “morte em vida”. Mesmo assim, buscam nas magias da feiticeira e nos cuidados da enfermeira a esperança de que a morte seja evitada. E neste cotidiano convivem ávidos por manter ativo o ciclo dos sonhos e da vida. Para isso, fabulam e narram histórias pois também sabem que, ao final de algum trecho de seu relato, poderão ser “abocanhados pela morte”. Ao longo do convívio com este universo de memórias e narrativas, no qual o real e o irreal se misturam, o inspetor Izidine Naíta - que até então busca a verdade única e pura para desvendar o crime - aos poucos deixa de ver o mundo em termos absolutos e racionais para também construir sua reflexão sobre a morte: “Na vida só a morte é exata. O resto balança nas duas margens da dúvida.”

É neste espaço de trocas e aprendizados, onde “da varanda se pode enxergar o horizonte”, que Ermelindo finalmente encontra a paz no mundo dos espíritos, conquistando, assim, o seu lugar entre os antepassados, num movimento circular que, em sua última frase, retoma o início do romance: “Me deito mais antigo que a terra. Daqui em diante, vou dormir mais quieto que a morte”.

A TEMATIZAÇÃO SOBRE OS PROCESSOS DE CUIDADO EM SAÚDE

Como já comentamos ao longo da apresentação sobre o método da pesquisa, os enunciados e as considerações específicas sobre os assuntos obtidos ao longo do grupo focal foram analisados a partir da técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, descrita por Bardin (1979). Tomando como referência o romance *A varanda do frangipani* e os enunciados do grupo focal, o percurso analítico iniciou com a identificação dos conteúdos comuns, associados à temática abordada, criando núcleos de sentidos. A partir destes, foi possível identificar três temáticas que dialogam com o tema principal da pesquisa: as representações e a relação com a morte. Tendo como ponto de partida os conteúdos que desenharam núcleos de sentidos, tanto na obra literária quanto no grupo focal, determinamos as seguintes temáticas, relacionadas ao profissional de saúde: seu **despreparo** para lidar com a morte, a **atração** pela morte e o **vínculo** com a pessoa que está em risco iminente de perder a vida.

Ao enunciar a pergunta “Como profissional da saúde, que cuida de pessoas com diagnóstico de câncer, como tu percebes a tua relação com a morte?” percebemos que o grupo de residentes não apresentou nenhuma dificuldade ou timidez em abordar diretamente o assunto. Misturando narrativas sobre experiências profissionais e de vida pessoal, a temática sobre o **despreparo do profissional de saúde** surge em primeiro, estando associada ao sentimento de que, ainda durante os cursos de graduação, os profissionais de saúde deveriam ser melhor preparados para lidar com os processos de morte. “Não somos treinados para aceitar a morte”, o grupo anuncia já nos primeiros minutos da discussão, complementando: “Tentar reanimar o paciente ou querer que ele não desista do tratamento é instintivo”.

Borges e Mendes (2012), no artigo *Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer* afirmam que o trabalhador de saúde, devido à realidade do seu cotidiano, tem menor chance de recalcar ou esquecer a morte. O contato com a dor, o risco e o sofrimento ativam pulsões vitais e sobre isto, na escola da medicina e da formação de qualquer profissional da saúde, pouco ensinaram. Muito se aprende a lutar contra a morte, observam as autoras, mas pouco sobre o morrer humano.

De acordo com Philippe Ariès (2003) este despreparo, do homem contemporâneo, não é um privilégio dos profissionais de saúde. Segundo o historiador, a experiência de morte e seu enfrentamento ocorrem de maneiras diferentes em cada período histórico. No início da Idade Média havia familiaridade com a morte, pois era um acontecimento público e ritualizado. Segundo Ariès, até o começo do século XX, a função atribuída à morte e a atitude diante da morte eram praticamente as mesmas em toda a extensão da civilização ocidental. Esta unidade foi rompida após a Primeira Guerra Mundial pelos Estados Unidos e pelo noroeste da Europa industrial, acentuando as práticas de ocultação da morte e extinção do luto. Nos tempos atuais, é comum a morte não ocorrer em casa, mas em hospitais, unidades de terapia intensiva sendo, prioritariamente, acompanhada por profissionais da saúde. No cotidiano do trabalho nas organizações hospitalares esse tema é de convívio frequente, mas, nem por isso, o assunto torna-se de mais fácil trato. Mesmo que, nas últimas décadas, a morte aconteça com mais frequência no leito de um hospital², é muito comum presenciarmos, diante da expectativa de finitude da vida, uma economia ou perda gradual do uso da palavra para trocas de experiências e informações sobre os casos acompanhados – uma falência da capacidade de narrar, não somente sobre as histórias de vida e a morte, mas também sobre os sentimentos humanos em geral.

Norbert Elias (2001), em *A solidão dos moribundos*, constrói através de uma perspectiva histórica e social uma análise comparativa das atitudes sociais diante da morte e do morrer. Ressalta que diante das diversas maneiras de lidar com o fim da vida, a crença de que “os outros morrem, menos eu” seria uma forma de distanciamento sobre o tema; efeito que se percebe ainda maior a partir do século XX, afirma o autor. Mesmo a morte sendo um fato diante da existência, o homem não deixa de indagar o sentido da mesma: o que pensa um homem que tem conhecimento do seu fim eminente? “Os vivos falam da morte, os moribundos, diante dela, atônitos, se calam”, reflete Elias. Destacando o seu interesse pela medicina – curso que chegou a iniciar

² Como afirma Daniel Sampaio, no prefácio da obra *O Desafio da Morte: Convite a Uma Viagem Interior*, de Abílio Oliveira (1999, p.11), “No início do séc. XX só cerca de 20 por cento das pessoas morriam no hospital e, se recuarmos nos tempos, vemos como se tem perdido o caráter cerimonial da morte. Na Idade Média considerava-se essencial que o fim da existência tivesse o caráter de um ato público, onde não podiam faltar familiares e amigos [...]”.

– e pelo papel do médico na sociedade contemporânea, para o sociólogo um dos grandes problemas atuais da formação e da prática médica seria que “(...) o cuidado com as pessoas às vezes fica muito defasado em relação ao cuidado com seus órgãos”. Em conclusão desta sua obra, Norbert Elias propõe: “Talvez devêssemos falar mais aberta e claramente sobre a morte, mesmo que seja deixando de apresentá-la como um mistério”.

Aceitando o desafio proposto, o grupo de residentes que participou do grupo focal se dispôs a continuar a conversa, afirmando que imaginar ou prever a morte daquele que está sob seus cuidados é algo que assusta. Semelhante aos sentimentos expressos pelos velhos residentes do asilo do romance de Mia Couto, os residentes reconhecem que saber que se vai morrer causa medo. Usando suas próprias palavras do grupo: “Acho assustador quando o paciente sabe que vai morrer”, “me impacta a compreensão e tranquilidade que ele tem (...) quando ele planeja o funeral, por exemplo”. Analisando os núcleos de sentidos e emergência destes sentimentos, podemos considerar que a morte é um mistério – um mistério que atrai.

Inaugurando a breve reflexão sobre a temática seguinte, a **atração pela morte**, reproduzimos a fala da feitiçeira Nãozinha, da *Varanda*: “A morte é como uma nudez: depois de se ver quer-se tocar”. Em um sentido semelhante, o grupo de residentes afirmou que, passadas as primeiras experiências de processos de cuidado com pacientes com diagnóstico de câncer, não pensam mais em mudar de área de trabalho. Pensar diariamente nas situações de sofrimento, dor e perda daquelas pessoas que cuidam faz parte do cotidiano dos profissionais de saúde: “Penso neles até nas folgas ou férias”, contam. Mas o que será mesmo que atrai? “Trabalhando aqui começamos a entender que as pessoas morrem”, explicou o grupo.

Apontando o foco de análise para esta afirmação, podemos dizer que a convivência, o compartilhar o cotidiano com aqueles que sentem a morte “rondar” – tanto para os residentes e as pessoas com diagnóstico de câncer, quanto para o inspetor Izidine e os velhos do asilo – traz um grande aprendizado, não somente sobre os processos clínicos, mas sobre um cuidado que trabalho transformador, humanizado. Sobre esta concepção de trabalho, Regina Benevides e Eduardo Passos (2005), no artigo *Humanização na saúde: um novo modismo?* afirmam:

(...) tomamos a humanização como estratégia de interferência nestas práticas levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades, transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.391).

Podemos aqui identificar mais um encontro entre obra ficcional e experiências de vida. De um lado, diz o personagem Domingos Mourão ao amigo Nhonhoso, temeroso da aproximação da morte: “Sei quando uma pessoa vai morrer: é quando acorda com o umbigo nas costas”. Do outro lado da história, afirma o grupo de residentes: “A gente sabe quem está próximo de morrer”. Esta afirmativa comenta além das identificações clínicas, do cuidado único e basicamente com órgãos, que tanto preocupou o historiador Norbert Elias. A constatação se firma pelo olhar atento àquele de quem cuida; pela aceitação, condutas, planos e decisões diante do enfrentamento com a dor e os desconfortos do tratamento.

Segundo o que nos conta o grupo de residentes, podemos observar que, no cotidiano da Unidade de Oncologia e Hematologia, vive-se a experiência do trabalho transformador apontado por Benevides e Passos (2005). As características da doença e o tratamento prolongado, com várias internações e atendimentos ambulatoriais, também propiciam a aproximação dos profissionais com os usuários e seus familiares, fortalecendo o **vínculo** – terceira temática analisada neste estudo.

Estelaço, estreitamento das relações tem influência direta no sentimento do profissional. “Quanto mais vínculo eu estabeleço com o paciente e seus familiares, maior é o meu sentimento em relação à morte”, afirma um residente representando a ideia do grupo. Ao mesmo tempo, contam que acompanhar a dor e os desconfortos do tratamento ajuda o profissional entender quando alguém decide não dar continuidade ao tratamento e aguardar a morte. Outro elemento que o grupo indica como capaz de determinar o grau aceitação ou

não da morte é a idade e experiências de vida de cada pessoa. “Se a pessoa tem filhos pequenos é muito difícil aceitar que ela vai morrer. Se é mais velho fica mais fácil”. Com culturas e histórias que se distinguem, de alguma forma o grupo dialoga com a ideia dos personagens da *Varanda*, de aceitação da morte quando se está velho: “A velhice o que é senão a morte estagiando em nosso corpo?”, pergunta ao mesmo tempo em que explica o português Domingos Mourão que, ao perceber as flores do frangipani brotando, sente-se decidido e encorajado a morrer.

Mas, afinal, o que ajuda a criar este vínculo entre os atores desta cena da vida real? Da análise construída, a partir dos elementos que surgem em comum, podemos identificar um importante fator: a capacidade de construir e compartilhar narrativas. O filósofo alemão Walter Benjamin afirma que “narrar é uma arte” e a palavra *narrativa* está imbuída de diversos sentidos e significados histórico-sociológicos. Arte de não encerrar os acontecimentos em uma única versão, contribuindo para que não se deixe o passado cair no esquecimento e impulsionando os movimentos da vida (BENJAMIN, 1987).

Em cada movimento de narrar causos, mitos e histórias, de cada um dos personagens que vivem perto da *Varanda*, uma – entre outras tantas – mensagem pode ser lida: A verdadeira morte é não ter história. Nhonhoso, por exemplo, sempre gostou de escutar e se entreter com as suas histórias fantasiosas do amigo português – elas o faziam rir e o esquecer das dores e Navaia Caetano - “uma criança que nasceu velha”, conta a sua história todas as noites, recriando a sua existência. Podemos identificar que os trabalhadores – pessoas da vida real – incluem, além da necessidade de conhecimento técnico-científico nos processos do cuidado em saúde, a importância de desempenhar a função de ouvir histórias. Pacientes e familiares precisam a relação com seus filhos e parentes, a forma de lidar com a intensidade da dor e o desconforto, as escolhas e motivos de seguir em frente ou encerrar o tratamento, os planos para a vida ou para a morte. Como nos personagens do romance de Mia Couto, eles também querem e têm muito que narrar e reconhecem que o encontro para a conversa e a troca, bem como para compartilhar os sentimentos entre a equipe de trabalho, é espaço fundamental e “de leveza”, garantindo a qualidade e continuidade do cuidado.

O psicanalista e escritor Celso Gutfreind, na obra *Vida e arte: a expressão humana na saúde mental*, apresenta ensaios e estudos reflexivos sobre sua clínica com crianças, lembrando que somos constituídos por histórias e narrar a própria história, dos fatos recentes aos eventos fundadores da existência, de planos, ficção ou episódios do cotidiano, é parte fundamental de qualquer processo terapêutico, independente da idade. Nas palavras finais da obra, encerra: “Enfim, poder se refugiar com lucidez em um canto de sonho, nos momentos difíceis da vida, é um recurso fundamental na saúde de cada criança e de todos nós” (GUTFREIND, 2005, p.112).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando o objetivo principal deste estudo, podemos agora concluir que, mesmo que não seja em sua totalidade, a ficção muitas vezes pode emprestar significados e inspirar sentidos possíveis para lidar com as situações da vida real, cotidiana, oferecendo, com aponto Pierre Bourdieu (1996), condições para dialogar com as estruturas sociais que dão suporte à lógica das interações posta em jogo na ficção.

Neste pequeno e delimitado corpus de estudo, que busca pontos de encontro sobre os modos de representação da morte, entre uma obra ficcional de Mia Couto e o grupo de residentes que desenvolve processos de cuidado em saúde em uma Unidade de Oncologia e Hematologia de um hospital do SUS, na cidade de Porto Alegre, RS, podemos confirmar a premissa de que o sistema literário pode ultrapassar o espaço social e político originário da sua atividade, podendo afetar e ser afetado por outros elementos, originários de espaços sociais e políticos diferentes. Os sentidos atribuídos em um – a obra ficcional *A varanda do frangipani* - e outro – o grupo de residentes – encontram algumas aproximações, integrando os núcleos de sentidos que desenharam as temáticas sobre a atração e, ao mesmo tempo, o despreparo do homem para lidar com a morte, e a importância do vínculo no compartilhamento deste processo com a pessoa que está em risco iminente de perder a vida.

Ao considerar estes elementos como pontos fortes nos processos do cuidado em saúde com o paciente com diagnóstico de câncer, podemos considerar que estes profissionais, incluídos no programa de residência da

RIS/GHC, estão construindo uma formação em serviço que aponta para o cuidado humanizado. Como afirma Gastão Wagner de Souza Campos (2005):

O trabalho em saúde se humaniza quando busca combinar a defesa de uma vida mais longa com a construção de novos padrões de qualidade da vida para sujeitos concretos. Não há como realizar esta síntese sem o concurso ativo dos usuários, não há saber técnico que realize por si só este tipo de integração (CAMPOS, 2005, p.400).

Constituir vínculos, acompanhar os processos e se disponibilizar a aprender com os mistérios que o cotidiano do trabalho propõe, bem como a escutar as narrativas que cada pessoa tem e necessita construir, faz parte deste trabalho humanizado. Podemos também identificar o grupo de residentes enquanto “consumidor indireto de literatura”, a partir do conceito de Even-Zohar (2007), pois, mesmo sem um contato direto de leitura e estudo da *Varanda*, foi possível identificar fragmentos da obra literária que, por algum caminho, incidiram na vida de cada um e foram integrados tanto no discurso diário quanto no modo de ver e atuar no mundo.

Muitos outros elementos e núcleos de sentidos podem ser identificados e analisados, separadamente, tanto na obra *A varanda do frangipani*, de Mia Couto, quanto nos enunciados do grupo focal realizado com os residentes, podendo trazer outros tantos importantes subsídios para a discussão. Mas a proposta deste estudo, de buscar encontros possíveis entre a literatura e os processos de cuidado em saúde se encerra aqui, com a clareza de que este estudo é apenas um ponto de partida para tantos outros encontros, aprendizagens e descobertas que possam, como desejou Norbert Elias (2001) em sua obra, que as pessoas falem “mais aberta e claramente sobre a morte, mesmo que seja deixando de apresentá-la como um mistério”.

REFERÊNCIAS

ARIÈS P. *A história da morte no Ocidente desde a Idade Média*. Rio de Janeiro, Ediouro, 2003.

AUSTER P. *Desvarios no Brooklyn*. Tradução de Beth Vieira. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.

- BARDIN L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BENEVIDES R; PASSOS E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, V.9, n.17, p.389-394, 2005.
- BENJAMIN W. O narrador. Considerações sobre a obra de Nikolai Leskov. In: BENJAMIN W. *Magia e técnica, arte e política*. Obras escolhidas. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- BORGES MS; MENDES N. Representações de profissionais de saúde sobre a morte e o processo de morrer. Brasília: *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.65, n.2, p.324-331, 2012.
- BOURDIEU P. *As regras da arte*. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.
- CAMPOS GW de S. Humanização da saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, n.17, p.389-406, 2005.
- CANDIDO A. *Formação da Literatura Brasileira: Momentos Decisivos 1750-1880*. 10. ed. Rio de Janeiro: Ouro Sobre Azul, 2006.
- CECCIM RB; FEUERWERKER LM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v.14 n.1, p.41-65, 2004.
- COUTO M. A Morte, o Tempo e o Velho, In: *Na Berma de Nenhuma Estrada e outros contos*. Lisboa: Caminho, 2001.
- ELIAS N. *A Solidão dos Moribundos*. Tradução de Plínio Dentzien. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.
- EVEN-ZOHAR I. *Teoría de los polisistemas*, 2007. Disponível em <<http://www.tau.ac.il/~itamarez/works/papers/trabajos/EZ-teoria-polisistemas.pdf>> Acesso em: 15 abr. 2014.
- GEERTZ C. *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: LTC. 1989.
- GIL AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004.
- GUTFREIND C. *Vida e arte: a expressão humana na saúde mental*. Casa do Psicólogo, 2005.
- KOVÁCS MJ. *Bioética nas questões da vida e da morte*. Psicologia USP, 2003.
- LABAN M. *Moçambique: encontro com escritores*. Porto: Fundação Eng. António de Almeida, 1998.
- LIBERATO RP; CARVALHO VA. Psicoterapia. In: CARVALHO VA *et al. Temas em Psico-oncologia*. São Paulo: Summus, 2008. p.341-350.

MINAYO MC de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

OLIVEIRA A. *O Desafio da morte – Convite a uma viagem interior*. Lisboa: Editorial Notícias, 1999.

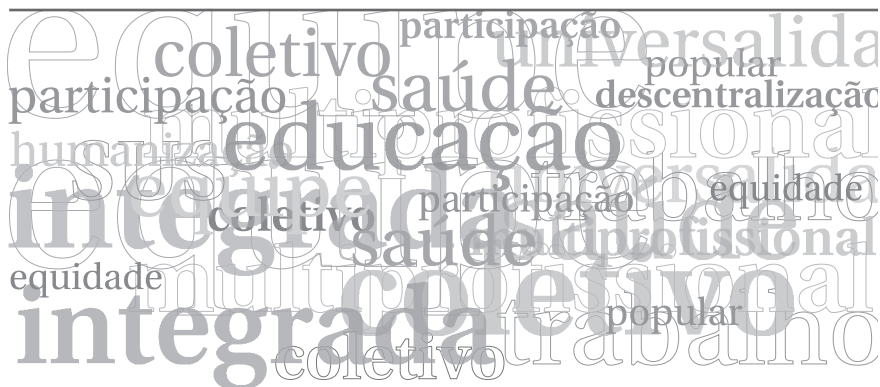
RUDIO FV. *Introdução ao projeto de pesquisa*. Petrópolis: Vozes, 1985.

SONTAG S. *Doença como metáfora: AIDS e suas metáforas*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

TORRES FEIJÓ EJ. Contributos sobre o objecto de estudo e metodologia sistêmica. Sistemas literários e literaturas nacionais. In: VARELA AT; GONZÁLEZ AA (Orgs.). *Bases metodológicas para unha historia comparada das literaturas da Península Ibérica*. Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela, 2004. p.419-440.

TORRES FEIJÓ EJ. Estudos literários, confiabilidade e perspectivas laborais. In: SILVA JÁ; MARTINS JC; GONÇALVES M (Coords.). *Publicações da Faculdade de Filosofia, Universidade Católica Portuguesa, Braga*, 2011. p.241- 256,

WOOD J. *Como Funciona a Ficção*. Tradução de Denise Bottmann. São Paulo: Cosac Naify, 2012.



OBJETIVOS DE FORMAÇÃO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO E SUA RELAÇÃO COM OS TRABALHOS DE CONCLUSÃO

Maria Amália Machado da Silveira

Vera Lúcia Pasini

Na leitura da lição não se busca o que o texto sabe, mas o que o texto pensa. Ou seja, o que o texto leva a pensar. Por isso, depois da leitura o importante não é que nós saibamos do texto o que nós pensamos do texto, mas o que – com o texto ou contra ou a partir do texto – nós sejamos capazes de pensar (Jorge Larrosa, 2013, p.142).

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC), maior complexo de atenção à saúde da região sul do Brasil, voltado integralmente para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) de Porto Alegre, região metropolitana e interior do estado do RS, nos últimos anos vem buscando se consolidar como um Pólo de Formação e Pesquisa, comprometido com a formação de estudantes e profissionais de saúde para o SUS, sendo esta uma de suas diretrizes institucionais (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2010).

Os Programas de Residência Médica são desenvolvidos, no GHC, desde 1968 e, atualmente, além das Residências Médicas e da Residência Multiprofissional, são oferecidos campos de estágio para diferentes cursos de graduação na área da saúde. Sua história está marcada pela identificação

como local de formação de profissionais da área da saúde, mas é a partir de 2003, com base em mudanças definidas pela gestão, que se definem diretrizes institucionais de alinhamento com as políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) quanto à formação de trabalhadores para o SUS.

Em 17 de agosto de 2004, o Hospital Nossa Senhora da Conceição foi certificado como Hospital de Ensino pela Portaria nº 1.704 (BRASIL, 2004b) dos Ministérios da Saúde e Educação e, posteriormente, os Hospitais Fêmima e Cristo Redentor, integrantes do GHC, também foram certificados através da portaria Interministerial nº. 2.092 (BRASIL, 2005).

É neste contexto que, em 2004, é constituída a Residência Integrada em Saúde do GHC (RIS/GHC), através da Portaria 109/04 (BRASIL, 2004a), apresentada como:

Modalidade pós-graduada, de caráter multiprofissional, realizada em serviço, pertencente ao âmbito de regulação da educação profissional, acompanhada por atividades de reflexão teórica, orientação técnico-científica e supervisão assistencial de profissionais de elevada qualificação profissional (BRASIL, 2004).

As autoras, psicólogas trabalhadoras da saúde que exerciam suas atividades profissionais no GHC há 11 anos, naquela época vinculadas ao Serviço de Saúde Comunitária (SSC), estiveram, ao longo de seu percurso, envolvidas no cotidiano institucional com os processos de ensino-aprendizagem desenvolvido em serviço, através do acompanhamento e supervisão de estagiários de graduação em Psicologia e, a partir de 2004, com a RIS/GHC.

De acordo com o Projeto Político Pedagógico (BRASIL, 2009, p.1), a RIS/GHC pretende:

Além da formação de um profissional qualificado às exigências do SUS, a formação de um/a cidadão/a crítico/a que busque em seus espaços de atuação profissional, social e política possibilidade de construir, coletivamente soluções aos problemas que acometem tanto os/as usuários/as quanto os/as próprios/as trabalhadoras/es da saúde.

Para atender a este objetivo, o processo de ensino/aprendizagem em serviço na RIS/GHC é desenvolvido ao longo de dois anos, constituído por atividades de reflexão teórica com todo o grupo de residentes, atividades teóricas específicas de campo e núcleo em cada área de ênfase, de pesquisa e de formação em serviço.

Nestas atividades pretende-se também:

Especializar profissionais das diferentes áreas que se relacionam com a saúde, através da formação em serviço, com a finalidade de atuar em equipe de forma interdisciplinar em diferentes níveis de atuação e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas, aprimorando e qualificando a capacidade de análise de enfrentamento e de proposição de ações que visem a concretizar os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2009, p.9).

Passados, no momento de realização deste estudo¹, seis anos da implantação da RIS/GHC, interessava-nos discutir possíveis efeitos produzidos por este processo de formação, buscando analisar a aproximação aos objetivos propostos, por entendermos que isso poderia auxiliar na revisão dos modos pelos quais vínhamos trabalhando neste processo de ensino/aprendizagem.

Neste sentido, foi realizada uma análise dos Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) desenvolvidos pelos residentes de Psicologia, no período de 2004 a 2009, buscando identificar *se* e *como* os objetivos desta formação em serviço se apresentam no desenvolvimento dos mesmos. É sobre esta análise que vamos tratar neste capítulo.

¹ Trabalho produzido originalmente como requisito parcial a Conclusão do Curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde, realizado em 2010 em parceria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Ministério da Saúde e Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Elaborado pela primeira autora com orientação da segunda, com o título: *Os Trabalhos de Conclusão e os Objetivos de Formação da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição*. Acesso na íntegra em: <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000760541&loc=2010&l=4a2fc6eb776d0ea6>

PERCURSO METODOLÓGICO

Considerando o objetivo do estudo, de analisar os TCR desenvolvidos pelos psicólogos residentes ao longo dos dois anos em que desenvolvem a formação na RIS/GHC, realizou-se um levantamento junto à secretaria da Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC quanto aos residentes da ênfase Saúde da Família e Comunidade, núcleo da Psicologia, que concluíram a residência entre 2006 e 2009 e que entregaram os Trabalhos de Conclusão, o que definiu a população investigada. Do total de 16 residentes que ingressaram neste período, doze concluíram a parte teórico-prática da Residência e nove entregaram os TCR. Tendo em vista estarem disponíveis no Centro de Documentação (Biblioteca) do GHC, foram retirados para leitura e análise.

A aproximação aos textos dos residentes foi guiada pelo olhar proposto por Larrosa (2013):

No ler a lição, não se buscam respostas, o que se busca é a pergunta à qual os textos respondem. Ou melhor, as perguntas que os textos abrigam em seu interior, ao tentar respondê-las: as perguntas pelas quais os textos se fazem responsáveis. Por isso, a única resposta que se pode buscar na leitura é a responsabilidade pela pergunta. (...) Por isso, depois da leitura, o importante não é que nós saibamos do texto o que nós pensamos do texto, mas o que – com o texto, ou contra o texto ou a partir do texto – nós sejamos capazes de pensar (p.142)

Como referencial teórico para a análise dos TCRs, utilizamos os conceitos de Bardin (2009), que define a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. (...) o interesse não está na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados relativamente a “outras coisas (p.40).

A análise de conteúdo é adaptável a um campo de aplicação muito vasto, que tem como objetivo a superação da incerteza, desejo de rigor e necessidade

de descobrir, (...) esclarecendo significados que, a priori, não possuíamos a compreensão (p.31).

Segundo a autora:

O analista é como um arqueólogo. Trabalha com vestígios: documentos que podem descobrir ou suscitar. Mas os vestígios são a manifestação de estudos, de dados e de fenômenos. Há qualquer coisa para descobrir por e graças a eles (BARDIN, 2009, p.41).

No caso do estudo aqui apresentado, o campo de aplicação são os trabalhos de conclusão e o que a escrita dos mesmos comunica, pondo em relevo as questões a serem respondidas (problemática teórica) para aproximação aos objetivos pretendidos.

Para tanto, foi construída uma tabela com os itens a serem mapeados nos TRC: título dos trabalhos, princípios do SUS, relação formação/serviço, relação entre níveis de atenção e proposição de ações. A partir daí, a análise foi feita considerando-se os elementos identificados nos trabalhos em relação a estes itens, posteriormente transformados em categorias de análise.

Bardin (2009) refere que, no processo de investigação, o analista poderá “inventar novos instrumentos para favorecer novas interpretações” e que “não existe pronto-a-vestir em análise de conteúdo” (p.32). Neste sentido, “a técnica de análise de conteúdo adequada ao objetivo pretendido tem de ser reinventada a cada momento” (p.32).

Os nove TCR que se constituíram em materiais de análise deste estudo são:

- 2006 - HUMANIZASUS: Dispositivo de Análise dos Modos de Trabalhar em uma Instituição de Saúde Pública
- 2006 - INTEGRALIDADE: Princípio e/ou Paradigma?
- 2008 - De uma (in) visibilidade: os profissionais administrativos na unidade de saúde vila Floresta
- 2008 - Gestão colegiada: cartografando a Vivência da Implantação de um novo paradigma de Gestão
- 2009 - O Processo Saúde-Doença Pensado Através de uma Perspectiva positiva

- 2009 - Participação Popular no SUS: potencialidades, obstáculos e estratégias para sua efetivação no nível local
- 2009 - Ações em Saúde Mental: Construindo Pontes entre Psicologia e APS
- 2009 - Micro - territórios e equidade: uma pesquisa-intervenção na construção de novos olhares
- 2009 - A expectativa dos profissionais da Atenção Primária à Saúde quanto ao trabalho da Psicologia

A partir da leitura e organização inicial dos elementos textuais, foi realizada a definição das categorias analisadas: temas dos TCRs; princípios do SUS; relação formação/serviço; relação entre níveis de atenção; ações propostas. Sempre que forem inseridos trechos dos trabalhos dos residentes, os mesmos serão identificados como R (de residente) e um número sequencial, dado por ordem de entrada no texto desta publicação.

TEMAS DOS TCR

Ao analisarmos os temas dos TCR, observamos que a maioria deles trata de temas ligados ao SUS de modo ampliado: o conceito de integralidade, a humanização, o processo-saúde/doença, a gestão colegiada, o controle social, sendo que, seis deles, tratam dos referidos temas em conexão com o campo de formação na RIS/GHC, a SFC.

Considerando-se que a RIS/GHC tem como objetivo formar profissionais para a área da saúde, através da inserção em serviço, integrando ações de atenção, ensino, pesquisa e participação social, percebe-se que os temas revelam uma aproximação aos objetivos de seu Projeto Político Pedagógico.

Apenas três trabalhos tratam de temas vinculados especificamente ao núcleo de formação: a Psicologia. Dois deles tratam da relação entre o núcleo profissional e a Atenção Primária à Saúde (APS), discutindo os modos como outros profissionais de saúde compreendem o exercício da psicologia e as ações de saúde mental desenvolvidas em uma unidade de saúde de APS, a partir da perspectiva da atuação da Psicologia. Um dos TCR aborda um conceito trabalhado pela Psicologia - a resiliência - e sua visibilidade no trabalho com situações de risco e vulnerabilidade social.

Os temas dos TCR demonstram assim, pertinência aos objetivos da RIS/GHC quanto à formação de um profissional que coloque em questão seu fazer a partir da inserção no SUS. Quando escolhem assuntos relacionados a questões relevantes para o Sistema de Saúde brasileiro, buscam estudá-los desde uma perspectiva interdisciplinar, e não apenas desde o ponto de vista de sua categoria profissional.

Os residentes demonstram abertura à produção de novos modos de pensar e fazer em saúde. Esta abertura à transversalidade, deixando-se atravessar por questões e interesses que dizem respeito, não somente a um exercício técnico específico, mas a uma ampliação do olhar sobre o contexto da Saúde, certamente qualificam a atenção no SUS.

Sabemos que, durante a graduação, os alunos têm pouca ou nenhuma oportunidade para o exercício de práticas multiprofissionais que promovam questionamentos sobre os saberes e fazeres próprios de seu campo disciplinar. Parece-nos que os temas escolhidos pelos psicólogos residentes da RIS/GHC apontam para esta possibilidade, sendo buscados a partir da vivência do cotidiano dos serviços por levantarem problemáticas que demandam aprofundamento, como demonstram os trechos abaixo:

“Este artigo se propõe a pensar sobre o princípio da Integralidade a partir da ótica dos paradigmas que têm orientado as ações no campo da ciência (...) tendo como proposta a ampliação de um olhar fragmentado para um olhar mais integral ou sistêmico”. (R1)

“Poderia falar da minha implicação com esta pesquisa, falar dos motivos que me vincularam a este tema da humanização, pois eles foram a válvula que encontrei para tirar do silêncio minhas indagações (...) Fala-se em gestão democrática, em saúde como direito de cidadania e nos serviços voltados para a defesa da vida individual e coletiva. O desafio é inventar o como fazer”. (R2)

“Realizo uma reflexão, buscando um outro olhar sobre o trabalho dos administrativos em uma unidade de saúde, tendo como referência o fato desses também serem profissionais da saúde (...) em razão de estarem na porta de entrada do serviço, agindo como intercessores na relação com os demais integrantes da equipe”. (R3)

Os trabalhos, que trazem a Psicologia como temática, o fazem na interface com a APS, também manifestando a necessidade de discutir as formas de trabalhar deste profissional neste contexto, que ainda tem modos de funcionamento em relação ao cuidado muito vinculados ao modelo médico hegemônico e pouco atento aos processos de subjetivação.

“Neste estudo, debruço-me sobre reflexões no campo das ações em saúde mental na APS (...) e problematizo a participação da psicologia, a lógica do encaminhamento, os saberes hegemônicos psi e o uso do diagnóstico nas práticas de APS, propondo pontes para ações inter e transdisciplinares comprometidas com a promoção de saúde mental”. (R4)

PRINCÍPIOS DO SUS

Dos nove trabalhos analisados, sete abordam os princípios do SUS como transversais à discussão dos temas propostos.

Os princípios da universalidade do acesso aos serviços de saúde, integralidade e igualdade na assistência em saúde, bem como o controle social nas suas práticas estão sempre presentes com maior ou menor ênfase, sendo a integralidade o principal orientador da maioria destes TCR. Podemos pensar que isso se dê em função de que, como refere Mattos (2006):

(...) a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (p.2).

Neste sentido, os princípios do SUS são explicitados e relacionados com a vivência cotidiana de formação nos campos em que os residentes se inserem e produzem questionamentos e discussões, a partir das experiências vividas na formação em serviço, revelando a implicação com a proposta da RIS, de formar profissionais comprometidos com o SUS.

Podemos visualizar esta problematização, quando um dos trabalhos coloca:

“A universalidade é o princípio que reconhece a saúde como um direito de todos (...) A igualdade (ou equidade) entende que a assistência à saúde deve ocorrer sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, tendo prioridade de atendimento quem tiver o menor nível de saúde ou menor condição de melhorá-la (...). Por fim, o princípio da participação e controle social preconiza que a comunidade deve participar e (...) devolve à população o direito de opinar e cuidar da sua saúde junto aos profissionais (...) de forma mais ativa e de responsabilidade sobre sua vida (...) o SUS propõe uma mudança de paradigma na saúde, no entanto por quê não se pratica tudo que se preconiza?”. (R1)

Outro trabalho procura responder à questão levantada acima, apontando que, embora existam, na saúde pública, leis que constituíram o SUS, teorias que buscam sustentá-lo, propostas de metodologias de implementação, políticas de planejamento das ações, as práticas nem sempre garantem e refletem estes elementos, trazendo a discussão sobre o fato de que “saúde ainda segue sendo um campo de embate político” (R5). Este trabalho procura investigar, no cotidiano da APS, como os princípios do SUS se articulam historicamente com os atributos esperados das ações na APS, mostrando que, nos diferentes espaços de participação social, estão sempre em disputa modos de entender os processos saúde/doença e as ações relacionadas a eles.

Outros dois trabalhos discutem a participação social, realizando um resgate histórico quanto aos conceitos de participação comunitária e participação popular, que marcaram as lutas políticas pela Reforma Sanitária e a criação do SUS, ressaltando o quanto a participação popular é um conceito “profundamente enraizado” (R5) na proposta do SUS. Como referido anteriormente, os TCR procuram investigar, na prática e no cotidiano dos espaços formais (conselhos de saúde), no campo de formação (comunidades da cidade) e no território de uma unidade de saúde, as ações que efetivam a participação popular no nível local, assim como apontam as necessidades de

intervenção e estratégias para a mesma aconteça. Neste sentido, constata-se que os residentes na formação em serviço agregam conhecimentos do campo das ciências sociais e da cultura, ampliando o olhar para experiências que promovam o alargamento do conceito de saúde, conforme previsto pelos referenciais orientadores da RIS/GHC.

Dentre os princípios do SUS, a integralidade é ressaltada em cinco trabalhos, sendo posta em análise em um deles, quanto a sua condição de princípio e/ou paradigma, partindo do pressuposto do “reconhecimento de que cada pessoa é um todo, indivisível e integrante de uma sociedade, e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde também formam um todo indivisível” (R1). Outro residente também problematiza os desafios da concepção de integralidade dos sujeitos do cuidado no desenvolvimento do trabalho em equipe:

“Não é fácil expressar o que você pensa e sente de uma situação em que é necessário problematizar a prática profissional do outro, porém via minha categoria profissional extremamente implicada com os processos decisórios de E., colega residente quanto ao diagnóstico de M. (...) Percebi que ele baseava seus entendimentos em saberes hegemônicos do campo psi. (...) Procurei contrapor esses saberes tradicionais relativos à saúde mental (...) Procurei trazer outros elementos para nossa conversa (...) trabalhei a ideia de uma mudança nas etapas do ciclo da vida (...) os sintomas estariam a serviço de um processo de transformação e não da instalação de um quadro psicopatológico (...) Para construirmos uma proposta de atenção integral de M. foi necessário desenvolver uma conversa de desconstrução de elementos que a psicologia, minha categoria profissional, produziu (...) Sentia que meu colega residente também desejava não dividir aquela menina em partes, tinha anseio em produzir uma ação de saúde integral (...) Eu desejava compor com ele uma experiência de atendimento em que a saúde mental não fosse diferente do resto da saúde da pessoa (...) Não conseguimos construir uma estratégia ou plano terapêutico comum (...) o fim da conversa aconteceu com “Eu vou pensar no que tu disse”, dito pelo colega (...) Tínhamos apenas dado início a um processo de atenção à saúde

comprometido com o desafio da integralidade. M. retornou à unidade de saúde dois meses depois, não tomava mais antidepressivo, E. não receitou novamente (...) contou-me que nossa conversa tinha provocado outro entendimento da situação. (R4).

Ceccim e Ferla (2005) abordam a preocupação com a questão da educação dos profissionais com a integração dos sistemas de ensino e de saúde ao assinalarem que:

“O atendimento integral, ainda que referido à estrutura organizacional no tocante à hierarquização e regionalização da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do Sistema de Saúde, requer o desenvolvimento do aprendizado e da prática multiprofissional, a diversificação dos cenários de aprendizado e da prática e a incorporação da escuta ao andar da vida, tanto na explicação do processo saúde-doença-cuidado-qualidade de vida, como na orientação terapêutica ou de proteção de condições produtoras da própria vida (p.211).

Deste ponto de vista, um dos TCR destaca os princípios do SUS, norteadores da experiência na formação da RIS - com principal ênfase ao princípio da integralidade -, entretanto, traz à discussão do quanto, ainda na prática, observa-se e vivencia-se que integralidade se constitui como um paradigma em produção:

“O que observo hoje, na Residência e nas instituições de saúde são discussões sobre estes “novos” temas como integralidade, humanização, acolhimento, entre outros, porém sem a exata noção do que significam (...) Penso que ainda não há a compreensão de que por trás destas palavras existe um novo modelo ou forma de pensar saúde, e que implicam muito mais numa mudança de atitude”. (R1)

Este outro sentido, destacado pelos TCR, vinculado à compreensão da integralidade como envolvendo os profissionais e a necessidade de que

sejam comprometidos com a organização dos serviços e sistemas de saúde, para que atuem de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, também está presente no Projeto Político Pedagógico da RIS/GHC. O projeto destaca a importância de que os profissionais inseridos em serviços de diferentes níveis de atenção compreendam o Sistema de Saúde como um todo, de forma a haver uma participação ativa (BRASIL, 2009).

A integralidade foi, ainda, um princípio salientado nas discussões quando o tema dizia respeito às práticas da psicologia, desenvolvidas pelos residentes em formação nas unidades de saúde, apontando desafios como a “construção da integralidade e problematização dos saberes hegemônicos psi” (R4). Neste trabalho observa-se que a integralidade é pensada a partir da prática profissional como psicóloga, se estendendo ao encontro de outras categorias profissionais. Descrevemos trechos do trabalho que retratam as reflexões produzidas:

“E., médico residente na unidade de saúde, solicitou que eu realizasse um atendimento conjunto com ele. Informou-me que a paciente era uma menina, identificou os dados (...) Suspeitava do diagnóstico de depressão e parecia afetado pela situação (...) ao olhar M. vi uma menina que denunciava em seu corpo as marcas do fim da adolescência, certamente as mudanças não estavam se dando apenas no seu corpo (...) A contemporaneidade coloca uma série de desafios que tomam as pessoas de forma integral ao longo da adolescência (...) O encaminhamento final do atendimento foi compartimentado, cada um propôs um fechamento (...) Ele forneceu uma receita de antidepressivo (...) Eu marquei um atendimento para a avó (...) Combinamos de conversar, eu e o médico residente (...) As informações obtidas junto à família provocaram alguns questionamentos e uma necessidade de compartilhá-las com meu colega (...) Atender junto com um colega tenciona a saída do trabalho inter/multi para o transdisciplinar”. (R4)

Este recorte manifesta o que a proposta da RIS/GHC se propõe a produzir, exigindo a permanente revisão de conceitos e práticas, a fim de que os saberes, formalmente constituídos na área da saúde, independente

do nível de complexidade do serviço prestado e do profissional que executa as ações, possam ser revistos a partir da integralidade e da capacidade de convivência e aprendizado com os “diferentes”: usuários, preceptores, residentes, trabalhadores das equipes de saúde (BRASIL, 2009).

Estas análises também contribuem para a análise da categoria das relações entre formação e serviço apresentadas a seguir.

RELAÇÕES ENTRE FORMAÇÃO E SERVIÇO

Seis trabalhos abordam a potência da formação em serviço para os profissionais da saúde. Trabalho em equipe, multiprofissionalidade e aproximação com os territórios de vida são discutidos na experiência da formação em serviço da RIS/GHC.

Retomando uma citação anteriormente apresentada do TCR de R4, a experiência na formação em serviço é considerada importante para a problematização da atenção em saúde mental na APS, e o trabalho em equipe é ressaltado como um dispositivo de ampliação das práticas em saúde, exemplificando o atendimento conjunto como uma saída do trabalho inter/multi e a proposição de “pontes” para ações transdisciplinares. Traz, também, a formação como promotora e potencializadora de ações que promovem o encontro entre a diversidade nas vivências da unidade de saúde, ampliando práticas anti-hegemônicas e provocando um “alargamento” efetivo das possibilidades no serviço de saúde, tanto no atendimento individual ao usuário, quanto na capacidade de trabalho conjunto como equipe.

No trabalho de R3 é feita uma reflexão a partir do olhar sobre o trabalho dos profissionais administrativos, em uma unidade de saúde, tendo como referência o fato destes também serem profissionais da saúde e coautores, produtores de saúde. Ressalta como o trabalhador administrativo é responsável por realizar o primeiro contato dos usuários com o serviço e é “a porta de entrada” para a unidade de saúde. Retoma autores como Campos (1997), quando este refere haver um descompasso entre o fazer técnico e o administrativo numa cisão do trabalho. Destaca que uma nova visão da gestão dos recursos humanos, nos serviços de saúde, promove um sentido novo de possibilidades, que pode acionar outros modos de perceber a união: trabalhador – administrativo – usuário e conclui que:

“Os profissionais podem exercer uma prática que agencia mudanças como um dispositivo (...) pois nesta concepção de saúde o cuidado está para além das salas e consultórios, promover saúde é um exercício de todos os profissionais.” (R3)

O TCR de R2 relaciona a educação permanente e a formação em serviço como estratégia, que busca superar o hiato que há na formação dos profissionais e no funcionamento dos serviços, quando esta experiência integradora não acontece. O caminho para a chamada humanização e qualificação dos serviços dá-se na forma de trabalhar e de nos relacionarmos: um fazer coletivo, na busca de sentidos compartilhados para lidar com a dor, com a morte e a vida.

R9 aponta, em seu TCR, a relação entre formação e serviço através das práticas com os territórios, área de abrangência de uma unidade de saúde de APS, vistos como “local político, onde os desejos e conflitos da população estariam permeados pelas questões econômicas, culturais e sociais” (R9). Deste modo, o território pode ser considerado como uma das estratégias dentro das iniciativas do SUS e da própria formação do residente, quando não tomado de uma forma meramente administrativa.

Neste estudo (R9), aspectos importantes da formação de profissionais para o SUS são evidenciados, como a importância do conhecimento do território para compreensão da população e seus problemas de saúde pela equipe, a prática da equidade, vulnerabilidade e consciência territorial. Entretanto, o mesmo estudo reflete sobre a inserção da equipe junto ao território e considera as Agentes Comunitárias de Saúde como a única categoria profissional que atua de forma mais contínua com os territórios. Porém, aponta que as ações não são planejadas e considera importante a criação de uma atuação sistematizada e a priorização dos problemas e necessidades destas populações, proporcionando um maior vínculo com a equipe de saúde. Esta observação crítica traz a importância do trabalho em equipe, como um referencial da Residência Integrada e reconhece que “nenhum campo de saber pode dar conta das diversas dimensões que estão envolvidas no cuidado e que, somente com a integração de vários saberes, poderemos nos aproximar da multidimensionalidade dos sujeitos envolvidos e do contexto que eles estão inseridos” (BRASIL, 2009).

RELAÇÕES ENTRE NÍVEIS DE ATENÇÃO

Três trabalhos estabelecem a importância das relações entre diferentes níveis de atenção na discussão do tema do trabalho, porém apontam para a tendência dos serviços de fecharem-se em si mesmos, sendo que um dos TCR coloca:

“Certamente, os princípios do SUS estão na construção das redes entre os serviços, nos modos de trabalho de muitos trabalhadores da saúde, estão no usuário que tem a integralidade de suas demandas atendidas, estão naqueles que procuram avaliar e encontrar mecanismos coletivos para reorganização das práticas. Entretanto, ainda temos um longo e tortuoso caminho pela frente”. (R2)

Talvez um dos reflexos deste fechamento seja a não vinculação das temáticas dos demais seis TCR analisados com a questão da rede. A única interface que se faz presente em todos eles é com o controle social, que tem sua importância reconhecida tanto na própria comunidade onde as equipes estão inseridas, quanto em nível municipal e estadual.

Podemos apontar que, possivelmente, a escassa relação das temáticas dos trabalhos com outros níveis de atenção se dê exatamente pela dificuldade de os residentes vivenciarem a articulação entre os diferentes serviços da rede durante o processo de formação.

Cecílio (1997) faz questionamentos sobre este modelo sobre o qual o SUS foi construído, que o pensa como uma pirâmide, com fluxos, onde os usuários, acessando níveis diferenciados de referência e contra-referência, tenham garantia de eficiência e acesso universal, com uma “porta de entrada” única, constituída pela rede básica de saúde.

Segundo o autor, a rede básica de serviços de saúde com responsabilidade pela atenção de uma população definida parecia o ideal para o exercício de práticas alternativas ao modelo hegemônico vigente (médico centrado) de atenção à saúde.

Entretanto, o que ocorre na prática é que a rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar “a porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde, mas sim os hospitais públicos ou privados, através

dos serviços de emergência e dos ambulatórios. Os serviços especializados são de difícil acesso, com esperas demoradas, sendo que os usuários acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível.

O autor atribui parcela da responsabilidade pela dificuldade de constituição de uma rede pública de cuidados à saúde ao modo como tem sido gerenciado o setor público, constatando que quem sofre com isso é a população, que tenta furar os bloqueios e acessar os serviços por conta própria, tentando garantir alguma integralidade. Sugere novas lógicas, onde recoloca a relação entre os serviços, para que possam funcionar de forma mais horizontal e o centro das preocupações seja o usuário e não os modelos assistenciais.

O TCR que discute estes aspectos (R1) traz observações sobre como, tanto na residência como nas instituições de saúde, integralidade, humanização, acolhimento são temas que traduzem um novo modelo de pensar a saúde e que a avaliação da prática, a partir do modelo utilizado, se perde. A dificuldade para mudança de paradigma é grande e implica muito mais mudanças de atitude do que recursos materiais. Porém, as instituições ainda se organizam de forma fragmentada e burocratizada, fechando-se em sua especificidade.

A relação com outros níveis de atenção também pode ser pensada através do enfoque dos modelos assistenciais e da vigilância da saúde. Teixeira, Paim e Vilasboas (1998) referem que o processo de construção do SUS, no Brasil, tem contemplado a implementação de um conjunto de estratégias de mudança do financiamento, gestão e organização da produção de serviços, ressaltando a importância do debate sobre a municipalização da gestão, do sistema e a análise mais abrangente da situação de saúde, que conduzissem a propostas de reorganização dos serviços para um novo modelo assistencial.

Para tentar refletir sobre a dificuldade de construção de rede, vinculada ao ensino e ao cuidado, Pontes, Silva Junior e Pinheiro (2006) resgatam o Movimento Sanitário, que apontou a importância da formação e do exercício profissional como fundamentais para a implementação de um Sistema de Saúde universal, composto em rede única, orientado pela integralidade da atenção e sob controle social. Mencionam as propostas de integração de docentes, estudantes, profissionais, serviços e gestores até a

construção da noção de *quadrilátero da formação*, proposta por Ceccim e Feuerwerker (2004).

Marsiglia (1995) apresenta a definição de *integração docente assistencial*, que procurou articular instituições de educação e serviços de saúde, a fim de mudar a formação e as práticas em saúde em adequação às necessidades da população. Discute que a inserção dos estudantes na rede de serviços de saúde inicialmente foi destaque (aproximação da universidade com os serviços, educação permanente, pesquisa), mas também provocou críticas pela fragmentação com que as propostas de mudança ocorreram, permanecendo restritas a algumas disciplinas e a um campo de conhecimento. Do mesmo modo, as experiências de ensino prático e a integração com a rede de serviços foram estabelecidas de modo hierarquizado (hospital no topo), a aprendizagem através das especialidades, das doenças e do uso de tecnologias por equipamentos. O paradigma é biomédico e a noção de equipe ou de rede ocupa lugar de complemento e não de garantia de integralidade.

Atualmente, verifica-se, nas experiências vividas pelos residentes na formação (estágios optativos, na maioria realizados na rede), bem como no cuidado continuado com os usuários, articulação e desarticulações do Sistema, experiências de trocas entre os diferentes serviços da rede, fluxos mais ou menos fluídos, sendo o residente um provocador e tensionador destes modos de funcionamento. Neste sentido, podemos pensar que, de certo modo, o objetivo da formação de promover o conhecimento das redes intersetoriais e estimular a participação nas mesmas, a fim de instituírem alternativas integradas para a melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2009), está sendo construído. Além disso, tem se buscado outras metodologias de ensino, que favoreçam o pensamento sobre estas articulações, como explicitado em um dos TCR:

“Experimentamos uma proposta de ensino no segundo ano da residência, chamada Currículo Integrado, que se propõe a ser uma nova forma de fazer o ensino em saúde e colabora para ampliarmos as nossas concepções de saúde, no estudo dos problemas a partir da análise da realidade”. (R1)

Por isso, concordamos com Ceccim e Feuerwerker (2004), quando referem que a educação em serviço é uma proposta apropriada para trabalhar a construção do sistema de saúde, pois permite articular gestão, atenção, ensino e controle social no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde, em seu território geopolítico de atuação, estabelecendo articulação com o conjunto da rede de serviços.

AÇÕES PROPOSTAS

Dentre as ações propostas pelos residentes em seus TCRs, observamos a necessidade de ampliação dos conceitos de saúde, visão de Homem, da abordagem multiprofissional e do trabalho em equipe. Com isso, fala-se de uma proposta de compreensão do conceito de saúde e dos sujeitos envolvidos no cuidado em que se amplie a visão e as intervenções, de modo a se produzir uma aproximação com os modos de ser e de viver das populações com as quais trabalhamos, podendo inserir oferta de trabalho, saneamento, educação, entre outros fatores, como vinculados à saúde.

“Espero que com este artigo eu possa ter mostrado como devemos ampliar nossas concepções de saúde, se quisermos realmente dar conta dos problemas que estamos encontrando.” (R1)

“Durante a residência, pude atestar como o trabalho em equipe multiprofissional pode ser eficaz (...) Sempre se trabalha em parceria com outros profissionais de saúde, já que eles também atendem esta pessoa ou família, podendo contribuir com outros olhares, proporcionando um melhor entendimento e atendimento.” (R1)

Além disso, são trazidas necessidades de mudanças nos processos de trabalho, de modo a contemplar a integralidade das ações e uma maior implicação dos trabalhadores com os processos de cuidado em saúde, bem como com a humanização, como processo de interrogação sobre as relações entre os sujeitos envolvidos neste cuidado, visando a produção de maior autonomia dos usuários.

Os TCR apontam, também, a importância de um olhar mais atento sobre as relações de poder, que se estabelecem entre trabalhadores e com os usuários, sendo que a potencialização do coletivo, como processo de circulação de saberes e poderes, interfere significativamente para a modificação das práticas em saúde.

A necessidade de construção de uma consciência territorial, tanto pela equipe como pelos moradores, é mais um elemento trazido nos TCR, que ressaltam a importância das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) neste processo, porque são, em relação à unidade de saúde, a única categoria profissional que atua de uma forma mais contínua junto a essas populações. Consideram importante a criação de uma atuação sistematizada, tendo como base o estudo e o planejamento, a fim de priorizar os problemas e necessidades desta população e, conseqüentemente, proporcionem a construção de um vínculo com a equipe de saúde, que aumente a compreensão dos conflitos presentes na comunidade e aproxime a equipe da realidade vivida no território.

A problematização da atenção em saúde mental também é destacada como importante experiência na RIS, no sentido de “construção de pontes” (R4) entre psicologia e APS.

A lógica do encaminhamento dos casos de “saúde mental” para os profissionais *psi* (psicólogo/psiquiatra) é problematizada, bem como as práticas centradas nos diagnósticos clínicos, nos fazeres em saúde mental, visando ampliar o olhar dos profissionais na direção da interdisciplinaridade.

Com relação a este tema, Dimenstein (1998) coloca que o grande desafio do psicólogo, no campo da assistência pública, implica na substituição do paradigma da clínica pelo da saúde coletiva, que requer um novo modelo de atenção à saúde e de relação com o usuário.

A formação acadêmica da psicologia valoriza ainda um profissional direcionado para um modelo de atuação bastante limitado, numa visão restrita do indivíduo, voltado para o atendimento baseado num modelo curativo e assistencialista. Dimenstein (2001) discute que, embora o psicólogo tenha entrado nas instituições públicas, ampliando com isso o campo de trabalho, não alterou os modelos teóricos e práticos, que fundamentam a sua atuação e a identidade profissional hegemônica, vinculada a do psicoterapeuta. O

modelo clínico da psicoterapia individual é atribuído ao desejo da clientela ou da instituição. De forma geral, não houve uma revisão ou mesmo mudanças na forma tradicional de atuar e, com isso, percebe-se dificuldade em construir novas práticas para produção social da saúde e da cidadania, comprometidas com o bem-estar social. Estas considerações podem ser observadas na seguinte consideração de um residente:

“O nível de complexidade do trabalho em APS exige uma reflexão sobre a disponibilidade de ferramentas singulares para o trabalho do psicólogo e não uma simplificação das técnicas de trabalho.” (R4)

Entretanto, pode-se observar na escolha dos temas dos trabalhos dos residentes psicólogos uma ampliação do olhar para além do indivíduo, e a consideração de que os aspectos subjetivos não são exclusivos da psicologia, o que se pode evidenciar no seguinte trecho de um dos TCR: “acredito que ter capacidade de escutar e trabalhar com dimensões relacionais, trazidas pelos pacientes, não é psicologia, é saúde.” (R4).

A multiprofissionalidade é assim, um elemento importante para a ampliação da atenção à saúde mental na APS e da ação do profissional da Psicologia no campo da saúde, como sugerem os TCR. Neste sentido, a formação em serviço tem especial importância, pois possibilita a aprendizagem, a partir das realidades vivenciadas e do encontro com outros saberes, aportados pelas diferentes profissões que estão inseridas nas equipes. Como coloca R2 em seu TCR:

“Propomos que este “como fazer” seja construído coletivamente através de estratégias que necessariamente passam pela formação dos novos profissionais que se constituem a cada dia do nosso fazer.” (R2)

CONCLUSÕES

A inserção na RIS/GHC propicia coabitar diferentes papéis e funções: trabalhadora, orientadora, *ensinante* e aprendiz, “forçando” a problematização cotidiana dos fazeres, transformando a formação *psi*,

produzindo uma ampliação dos modos de acolher os sofrimentos e a invenção de outras estratégias de cuidado.

Na escrita dos trabalhos de conclusão dos residentes, foi possível visualizá-los reinventando-se, aprimorando e qualificando a capacidade de análise, de enfrentamento e proposição de ações, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

O trabalho de análise realizado permite-nos dizer que os TCR dos residentes, no período analisado, dão visibilidade a uma aproximação aos objetivos apresentados pela formação em serviço proposta pela RIS/GHC. Os princípios do SUS estiveram presentes como orientadores dos fazeres bem como, a ampliação do enfoque da doença para a saúde e a interdisciplinaridade, são apontados como dispositivos para a ampliação do olhar sobre a vida dos sujeitos.

O acompanhamento do processo, ao longo dos anos que se seguem, poderá trazer novos subsídios à análise apresentada neste momento, no qual nos permitimos inferir que estamos formando cidadãos críticos e trabalhadores de saúde propositivos que, tocados pela experiência vivida, estão dispostos a produzir novos modos de fazer saúde no SUS.

REFERÊNCIAS

BARDIN L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2009.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. *Diretrizes Institucionais*. 2010. Disponível em <<http://plone.ghc.com.br/acessoainformacao/acesso-a-informacao/institucional/diretrizes-organizacionais-do-ghc>> Acesso em: 22 jul. 2014.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. *Portaria GHC nº 109/04*, expedida em 31 de março de 2004. Cria o Programa de Residência Integrada em Saúde, no âmbito do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre. Grupo Hospitalar Conceição. Impresso. 2004a.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. *Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – RIS/GHC*, 2009. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/risprojeto.pdf>> Acesso em: 21 mar. 2009.

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

BRASIL. *Portaria Interministerial nº 1.704, de 17 de agosto de 2004*. Certifica unidades hospitalares como Hospitais de Ensino. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_interministerial_1704.pdf> Acesso em: 29 mar. 2009. 2004b.

BRASIL. *Portaria Interministerial nº 2.092, de 21 de outubro de 2005*. Inclui na Portaria Interministerial nº 1.704/MEC/MS, os Hospitais Cristo Redentor e Fêmina – RS como Hospitais de Ensino. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2092.htm>> Acesso em: 21 nov. 2009.

CAMPOS GW de S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1997.

CECCIM RB; FERLA AA. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional pra a montagem do projeto da integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO R; MATTOS RA de (Orgs.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2005.

CECCIM RB; FEUERWERKER LCM. O quadrilátero para a formação da área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECÍLIO LCO. *Modelos tecno-assistenciais em saúde*: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Rio de Janeiro, 1997.

DIMENSTEIN M. *O psicólogo nas unidades básicas de saúde*: desafios para a formação e atuação profissionais. Piauí, 1998.

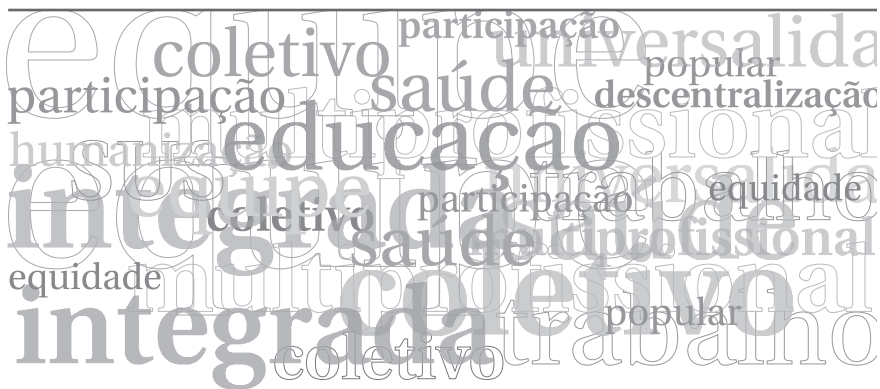
LARROSA J. Sobre a lição. In: *Pedagogia profana*: danças, piruetas e mascaradas. 5. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

MARSIGLIA RF. *Relação de ensino / serviços*. Dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1995.

MATTOS RA. *Os sentidos da integralidade*: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Disponível em <http://www.uefs.br/pepscentroeste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf> Acesso em: 21 nov. 2009.

PONTES AL de M; SILVA JUNIOR AG; PINHEIRO R. Ensino da Saúde e a Rede de Cuidados nas Experiências de Ensino-Aprendizagem. In: *Ensinar Saúde: A Integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2006.

TEIXEIRA C; PAIM J; VILASBOAS A. *SUS, modelo assistências e vigilância da saúde*. IESUS, 1998.



O CONTEXTO DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Ananyr Porto Fajardo

Rogério Bitencourt

Abrahão Assein Arús Neto

Sérgio Antônio Sirena

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) caracteriza as atividades de pesquisa e de ensino como prioritárias dentro de sua missão institucional, vinculando-as à tradição de prestação de assistência integral à saúde. As concepções que direcionam o desenvolvimento dessas prioridades estão expressas na forma de Linhas de Pesquisa Institucionais do GHC, as quais devem contemplar as questões centrais da assistência à saúde no Brasil e estar alinhadas com aquelas definidas como pauta de pesquisa do Ministério da Saúde. São elas: (a) abordagem das necessidades do SUS; (b) potencial de desenvolvimento de processos de avaliação, capacitação e racionalização de recursos quanto ao atendimento à demanda, qualificação de recursos humanos e adequação tecnológica; (c) apresentação à população brasileira da relevância pública dos serviços prestados pela Instituição; e (d) desenvolvimento da pesquisa científica de cunho epidemiológico, clínico e social em saúde, protocolos ou diretrizes de cuidados e de avaliação da incorporação de novas tecnologias (ESCOLA GHC, s.d.).

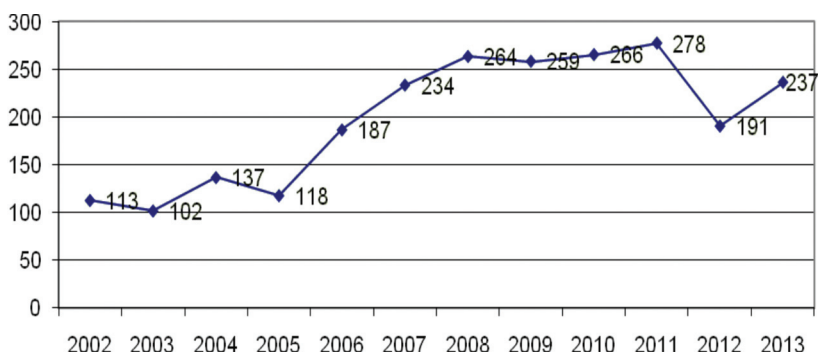
Buscando atender a essa orientação, o Setor de Pesquisa da Escola GHC recebe demandas relacionadas aos Estudos Clínicos (cuja origem é externa ao GHC e são patrocinadas pela indústria farmacêutica ou órgãos governamentais nacionais e internacionais) e às Pesquisas Institucionais (oriundas de cursos de graduação e pós-graduação e de autoria tanto de público interno como externo).

Os diversos itens dos Estudos Clínicos são examinados e gerenciados pelo Setor de Pesquisa da Escola GHC, sendo, que na primeira década do século XXI, foram submetidos para apreciação cerca de 220 estudos nas mais diversas especialidades, como Cardiologia, Endocrinologia, Infectologia, Mastologia, Onco-hematologia, Pneumologia e Reumatologia, entre outras áreas (ARÚS NETO, 2010).

Com referência às Pesquisas Institucionais, dados sistematizados desde o início do século evidenciam o incremento no volume de pesquisas em geral registradas no setor responsável. Enquanto em 2000 houve 68 projetos registrados, no ano de 2013 sua quantidade alcançou 237 trabalhos, representando um aumento significativo em relação aos anos anteriores.

Apresentando o quantitativo a partir de 2002, o Gráfico 1 apresenta a variação anual no número de projetos registrados no Setor de Pesquisa da Escola GHC até 2013.

Gráfico 1 - Variação anual no número de projetos registrados no Setor de Pesquisa da Escola GHC, 2002 a 2013.



Fonte: Setor de Pesquisa da Escola GHC, 2014. Disponível em: <<http://escola.ghc.com.br/images/stories/Pesquisa/projetos%202013.pdf>>

É possível observar que a quantidade de trabalhos registrados oscila, como nos biênios 2002/2003, 2004/2005, 2008/2009 e 2011/2012. Alguns indicativos dessa tendência estão vinculados à crise econômica sofrida pela União Europeia na primeira década do século XXI, o que afetou a produção de pesquisas clínicas naquele continente (TSOULFAS, 2012). Um dos efeitos dessa situação foi sentido pelo GHC, que também apresentou um decréscimo nos estudos aqui realizados, principalmente aqueles patrocinados pela indústria farmacêutica. Porém, o maior impacto ocorreu no biênio 2011/2012, possivelmente devido à implantação da Plataforma Brasil, um recurso de tramitação de projetos no sistema CEP/CONEP que, por demandar adaptação dos pesquisadores a ela e estar voltada para pesquisas biomédicas (JÁCOME, 2013), com ênfase em informações quantitativas, vem resultando na transformação de projetos que deveriam ser nela registrados por outros, com desenhos diferentes, para não ser necessário submetê-los à plataforma nem ao CEP/GHC. Esse fato é relatado por Nogueira e Silva (2012) referente ao campo das ciências humanas e sociais, mas se aplica à situação aqui relatada em função de quantidade de trabalhos, oriundos de outros campos do conhecimento além das ciências da saúde desenvolvidos na instituição. Com a crescente familiarização dos pesquisadores com a Plataforma, a tendência é de que o quantitativo volte a aumentar.

Detalhando um pouco mais as informações acima, observa-se grande diversificação nas áreas de conhecimento em que as pesquisas são desenvolvidas na instituição a partir de 2007. O Quadro 1 resume os focos de interesse de acordo com o curso que originou a pesquisa registrada, tanto por estudantes como residentes e funcionários. Nas áreas fim, que respondem pela maioria dos estudos submetidos, estão incluídas Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. As áreas meio compreendem administração, antropologia, biologia, ciências da saúde, ciências sociais, desenho industrial, educação, educação física, epidemiologia, matemática, microbiologia, saúde coletiva e sociologia.

Quadro 1 - Distribuição de projetos registrados no Setor de Pesquisa da Escola GHC, conforme a vinculação do curso de origem a área fim ou área meio da saúde, 2007 a 2013.

Ano	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Áreas fim	221	255	220	237	238	151	205
Áreas meio	13	9	39	29	40	40	32
Total	234	264	259	266	278	191	237

Fonte: Setor de Pesquisa da Escola GHC, 2014.

Uma das fontes mais profícuas de investigação científica no GHC são os processos investigativos de residentes dos programas de residência médica e multiprofissional em saúde. O formato dos trabalhos de conclusão pode variar, mas os estudos sempre devem ser registrados no setor competente. Os que envolverem seres humanos serão submetidos ao Comitê de Ética em Pesquisa do GHC (CEP/GHC).

A PESQUISA NO CONTEXTO DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO (RIS/GHC)

O Projeto Político-Pedagógico (PPP) da RIS/GHC exige, como um dos requisitos para conclusão e certificação do residente, o desenvolvimento de uma pesquisa seguido pela elaboração de um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), podendo assumir diversos formatos (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, s.d.).

A investigação deve ser realizada sob orientação de um profissional contratado do GHC para exercer uma profissão de nível superior e que tenha experiência no campo de atuação do residente, devendo possuir, no mínimo, mestrado concluído. Também está prevista a parceria em coorientação, que pode ser desempenhada por um colega que tenha pós-graduação em nível de especialização e reconhecido saber sobre a necessidade identificada, ou alguém vinculado a outra instituição com experiência no tema em questão. Mais recentemente, com a descentralização da ênfase Saúde da Família e Comunidade para quatro municípios do estado (São Domingos do Sul, em

2013 e Gravataí, Marau e Novo Hamburgo, em 2014), trabalhadores com mestrado e vinculados a esses locais, e não mais ao GHC apenas, passaram a atuar como orientadores de pesquisa.

Os residentes de primeiro ano (R1) devem entregar seu projeto de TCR em torno de dez meses após seu ingresso no programa. Quando for necessário que seja examinado pelo CEP/GHC, é encaminhado a essa instância. Caso contrário, é registrado e fica arquivado, aguardando relatório parcial e final.

O crescimento do programa de residência multiprofissional do GHC nesses dez anos de implementação se deu graças ao aumento de ênfases, à diversificação na profissão dos ingressantes e ao incremento de vagas para residentes de 1º ano. Em 2004, havia três ênfases, envolvendo seis profissões e oferecendo 30 vagas para R1; dez anos depois, são sete ênfases, que acolhem onze profissões, com um total de 103 vagas para ingressantes. Até janeiro de 2014, um total de 449 residentes tinha ingressado no programa e 356 o concluíram. É importante destacar que os ingressantes convivem com os residentes da turma imediatamente anterior, compondo atualmente um grupo de quase 200 residentes, em diferentes etapas do processo de formação e, especificamente, do desenvolvimento de sua investigação científica. Esse fato promoveu um incremento proporcional na produção de pesquisa e na diversidade dos formatos escolhidos por residentes e seus respectivos orientadores.

O Setor de Pesquisa da Escola GHC começou a informatizar os projetos submetidos em 2009; com isso, a recuperação de projetos de pesquisa das turmas 2004, 2005, 2006 e 2007 da RIS/GHC deve ser feita mediante um processo manual. A partir da turma 2008, é possível acessá-los com mais agilidade e identificar sua situação. O Quadro 2 apresenta a situação de projetos oriundos de todas as turmas encerradas da RIS/GHC (2004 a 2012) em julho de 2014, considerando os residentes de 1º ano admitidos no programa. A condição de “Encerrado” é atribuída ao projeto de pesquisa que foi concluído e cujo relatório final foi entregue.

Quadro 2 - Número de TCRs oriundos da RIS/GHC, cujos projetos foram registrados no Setor de Pesquisa da Escola GHC, informados por ênfase e por situação ao encerramento de cada turma, 2004-2012.

Turma	Ênfase	Nº de vagas para R1 por ênfase	Nº de TCRs por ênfase e situação atual		Total de vagas para R1	Total de TCRs concluídos por turma
2004	SFC	17	15	Todos encerrados	31	20
	SME	6	4			
	TEI	8	1			
2005	SFC	17	9	Todos encerrados	30	12
	SME	5	2			
	TEI	8	1			
2006	SFC	20	11	Todos encerrados	33	17
	SME	5	2			
	TEI	8	3			
2007	SFC	29	23	Todos encerrados	42	35
	SME	5	4			
	TEI	8	8			
2008	SFC	33	24	Todos encerrados	52	36
	SME	5	2			
	TEI	14	10			
2009	OHE	6	5	Todos encerrados	52	49
	SFC	28	26			
	SME	5	5			
	TEI	13	13			
2010	APC *	16	12	Todos encerrados	65	54
	OHE	6	5			
	SFC	33	30			
	SME	8	7			
2011	APC	16	16	Todos encerrados	64	54
	OHE	6	4			
	SFC	34	28			
	SME	8	6			
2012	APC	15	12	Todos encerrados	60	51
	OHE	5	4			
	SFC	32	27			
	SME	8	8			

Fonte: Setor de Pesquisa da Escola GHC, 2014.

Legenda: OHE - Onco-hematologia; SFC - Saúde da Família e Comunidade; SME - Saúde Mental; TEI - Terapia Intensiva; APC - Atenção ao Paciente Crítico.

* Ampliação do âmbito de Terapia Intensiva para Atenção ao Paciente Crítico.

A defasagem entre o número de ingressantes na RIS/GHC e de TCRs concluídos deve-se à saída de residentes antes de sua conclusão como resultado de afastamento temporário ou permanente por diferentes motivos

(por exemplo, ingresso em carreira profissional, aprovação em cursos de pós-graduação em *lato sensu* e questões pessoais).

Os projetos de pesquisa elaborados pela turma 2013, que está em andamento, são apresentados no Quadro 3:

Quadro 3 - Número de projetos de pesquisa oriundos da turma 2013 da RIS/GHC, que foram registrados no Setor de Pesquisa da Escola GHC, informados por ênfase e por situação em julho de 2014.

Turma	Ênfase	Nº de vagas para R1 por ênfase	Situação atual e nº de projetos de pesquisa por ênfase		Total de vagas para R1	Total de projetos registrados conforme a situação atual
2013	APC	15	Em análise	2	101	Em análise = 4 Aprovados = 55 Arquivados = 6 Pendentes = 10 Recusados = 5 Não entregues = 21 Total = 101
			Aprovados	8		
			Arquivado	1		
			Pendentes	2		
			Recusado	1		
	AMIO	6	Não entregue	1		
			Aprovados	4		
	CTBMF	2	Pendentes	2		
			Arquivado	1		
	GTS	3	Não entregue	1		
			Aprovados	2		
	OHE	10	Arquivado	1		
			Aprovados	6		
			Pendente	1		
			Recusado	1		
	SFC	54	Não entregues	2		
			Em análise	1		
			Aprovados	31		
			Arquivados	3		
			Pendentes	4		
	SME	11	Não entregues	13		
			Recusados	2		
			Em análise	1		
			Aprovados	4		
			Pendente	1		
			Recusado	1		
			Não entregues	4		

Fonte: Setor de Pesquisa da Escola GHC, 2014.

Legenda: APC - Atenção ao Paciente Crítico; AMIO - Atenção Materno-Infantil e Obstetrícia; CTBMF - Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial; GTS - Gestão em Saúde; OHE - Onco-hematologia; SFC - Saúde da Família e Comunidade; SME - Saúde Mental.

A situação atual dos projetos pode ser: “Em análise” - está sendo examinado pelo CEP/GHC; “Aprovado” - foi concluído, mas o relatório final ainda não foi encaminhado; “Arquivado” - não é examinado pelo CEP/GHC, porque não envolve pesquisa em seres humanos; “Pendente” - está em tramitação, para resolver lacunas apontadas no parecer consubstanciado do CEP; “Recusado” - foi submetido com documentação incompleta, não estando apto a ser analisado. Não há projetos encerrados, pois o prazo de conclusão é ao final do curso, previsto para março de 2015.

Em levantamento recente, foi identificado que, entre os projetos registrados e concluídos referentes às turmas 2009 a 2013, a abordagem qualitativa foi utilizada em 53,37% dos trabalhos, 31,73% teve abordagem quantitativa e 4,8% foi realizado mediante abordagem quali-quantitativa. Os 10,1% restantes não foram entregues.

APOIO AOS PESQUISADORES VINCULADOS AO GHC

Com a constituição do programa de residência multiprofissional, vários colegas contratados para atuar nas profissões vinculadas ao programa tiveram que superar algum grau de insegurança na orientação de investigações científicas para complementar a formação dos residentes. Essa insuficiência de preparo está fortemente ligada a sua formação em cursos com organização unidisciplinar e, majoritariamente, voltados para a clínica, não para o desenvolvimento do âmbito docente e investigativo (FAJARDO, 2011).

Frente a essa realidade, o Setor de Pesquisa da Escola GHC investe no apoio aos pesquisadores, sejam eles residentes ou orientadores. É oferecido treinamento sobre o uso da Plataforma Brasil, tradução de resumos para a língua inglesa, para fins de publicação de artigos, produção de pôsteres para apresentação de trabalhos registrados no setor em eventos científicos, apoio à elaboração de currículos na Plataforma Lattes e consultoria em metodologia de pesquisa quantitativa e qualitativa. O Quadro 4 apresenta, especificamente, a quantidade de horas de consultoria em bioestatística e o número de pessoas atendidas entre 2007 e 2013.

Quadro 4 - Horas de consultoria em bioestatística e número de pessoas atendidas, 2007-2013.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Número de horas de consultoria	190	281	213	303	391	362	430
Número de atendidos	156	170	162	194	221	185	225

Fonte: Setor de Pesquisa da Escola GHC, 2014.

As normas para solicitação de apoio estão disponíveis <<http://escola.ghc.com.br/index.php/pesquisa/38-pesquisa/325-apoiopesquisa>>.

DIVULGAÇÃO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DOS PESQUISADORES DA INSTITUIÇÃO

O GHC mantém vários mecanismos e oportunidades de divulgação do que é feito em termos de pesquisa na instituição, incluindo a produção dos residentes.

Especificamente, em relação à produção científica do programa multiprofissional, entre 2005 e 2008 foram realizadas quatro edições da Jornada de Produção Científica da RIS/GHC, cuja finalidade era avaliar e divulgar os trabalhos finais dos residentes junto aos profissionais da instituição, de outros programas e demais interessados. A partir de 2009, o evento assumiu a configuração de banca de avaliação dos trabalhos de conclusão.

A Revista Momentos e Perspectivas em Saúde é uma publicação que aceita tanto trabalhos desenvolvidos por funcionários como produzidos no âmbito institucional. Vem buscando atender aos critérios para indexação junto ao Sistema WebQualis da CAPES. Os números digitalizados estão disponíveis no endereço <<http://escola.ghc.com.br/index.php/publicacoes/87/143>>.

O Anuário de Produção Científica é lançado desde 2007, divulgando trabalhos referentes ao(s) ano(s) anterior(es). A publicação inclui tudo o que for informado pelos trabalhadores do GHC, podendo se referir a resumos de trabalhos aceitos para apresentação oral e em formato de pôster em eventos científicos, trabalhos publicados em periódicos ou livros e traduções pertinentes ao campo da saúde.

Os Anais da Jornada Científica do GHC, evento anual, que ocorre desde 2012, divulgam trabalhos apresentados nessa atividade. A primeira edição teve como foco o tema “Redes de atenção: o GHC integrado para garantir acesso no SUS”; na segunda edição foi enfatizada a “Produção do conhecimento no cotidiano dos serviços de saúde”; em 2014 foi enfocada a **“Avaliação de tecnologias em saúde: integralidade no processo de trabalho”**. Participam trabalhadores na condição de autores, coautores, estudantes e ex-estudantes da Escola GHC, orientadores de pesquisa, preceptores e residentes e ex-residentes dos diferentes programas de residência médica e multiprofissional. Portanto, incluem a apresentação e discussão de projetos em andamento produzidos por residentes de 1º ano.

O Quadro 5 sistematiza o quantitativo de trabalhos produzidos, apresentados e publicados, oriundos das mais diversas fontes de investigação científica e de reflexão sobre a prática em saúde.

Quadro 5 - Quantidade de trabalhos publicados por edição do Anuário de Produção Científica e apresentados nos Anais da Jornada Científica do GHC.

Anuário de Produção Científica do GHC	Edição	Nº	Apresentações, palestras, seminários e workshops	Artigos, capítulos de livros e demais publicações	Graduação, especialização, mestrado e doutorado	Anais da Jornada Científica do GHC	Edição	Nº
	2005/2006*	170	87	83	---		---	---
	2007	183	115	50	18		---	---
	2008/2009*	287	199	43	45		---	---
	2010/2011*	191	82	19	90		---	---
	2012	91	33	25	33		2012	143
	2013	Lançamento no 2º semestre de 2014.					2013	107
	2014	Lançamento previsto para 2015.					2014	92

Fonte: Setor de Pesquisa, 2014.

* Edição referente ao biênio informado.

A maior quantidade de trabalhos publicados e apresentados nas primeiras edições do Anuário e da Jornada Científica, respectivamente, deve-se a uma demanda reprimida, equivalente à produção de mais de um ano. Com o estabelecimento de uma regularidade na publicação e na realização do evento, a tendência é de que o número de produções informadas e apresentadas se estabilize.

Todas as edições do Anuário e dos Anais da Jornada Científica do GHC estão disponíveis em <<http://escola.ghc.com.br/index.php/publicacoes/47/115>>.

Os trabalhos de conclusão, oriundos tanto dos diversos cursos oferecidos pela instituição, como a partir de formação por ela apoiada, estão disponibilizados no Centro de Documentação do GHC.

NECESSIDADES E PERSPECTIVAS PARA FORTALECIMENTO DA PESQUISA NA INSTITUIÇÃO

Observa-se uma demanda pela informatização de todos os registros, para facilitar a recuperação de investigações concluídas ou em andamento, proporcionar maior agilidade na comunicação com os pesquisadores e orientá-los na busca de abordagens, focos e técnicas inovadoras, evitando, assim, a repetição do que já foi pesquisado por desconhecimento da produção anterior.

O acompanhamento do destino dos projetos de pesquisa submetidos e dos que forem concluídos em termos de apresentação em eventos, publicação em periódicos e divulgação em sites, por exemplo, também contribuiria para fortalecer a instituição como polo produtor e reflexivo sobre o trabalho em saúde.

Finalmente, seria importante examinar as diferentes abordagens utilizadas na pesquisa em saúde e identificar lacunas que poderiam ser preenchidas por ações educativas junto aos pesquisadores em diferentes situações. Com isso, dar-se-ia continuidade à qualificação das Linhas de Pesquisa Institucionais do GHC e, conseqüentemente, o programa de Residência Multiprofissional seria fortalecido no seu componente de pesquisa, tão relevante para a consolidação do SUS.

REFERÊNCIAS

ARÚS NETO AA. A pesquisa clínica em uma instituição 100% SUS. Porto Alegre, *Revista do GHC - Momento e Perspectivas em Saúde*, v.23, n.2, p.51, 2010.

ESCOLA GHC. *Setor de pesquisa*. Disponível em: <<http://escola.ghc.com.br/index.php/pesquisa>> Acesso em: 02 jul. 2014.

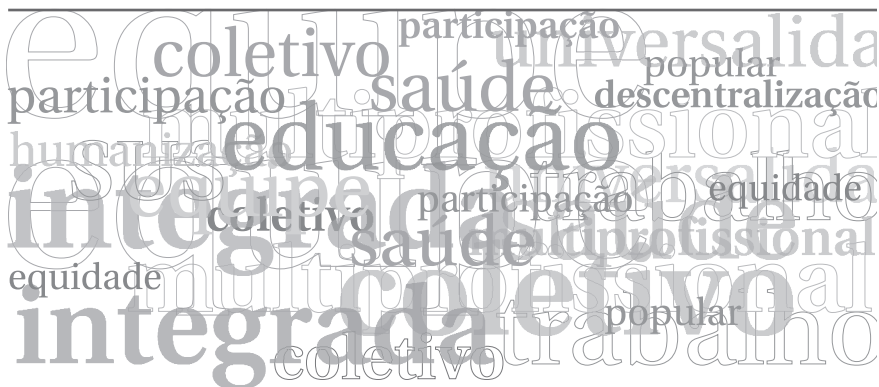
FAJARDO AP. *Os tempos da docência nas Residências em Área Profissional da Saúde: ensinar, atender e (re)construir as instituições-escola na saúde*. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000785431&loc=2011&l=3236d3fe1ae5dc09>> Acesso em: 30 jul. 2014.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Projeto político-pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC)*. Disponível em: <<http://escola.ghc.com.br/images/stories/RIS/risprojeto.pdf>> Acesso em: 03 jul. 2014.

JÁCOME M de QD. *Análise dos comitês de ética em pesquisa no Brasil: percepção de seus coordenadores e membros*. Tese (Doutorado em Bioética). Programa de Pós-Graduação em Bioética, Faculdade de Ciências da Saúde. Bioética: Universidade de Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/13834/1/2013_Mar%C3%A9DliadeQueirozDiasJ%C3%A9come.pdf> Acesso em: 05 ago. 2014.

NOGUEIRA VMR; SILVA VR da S. Ética em pesquisa, Plataforma Brasil e a produção de conhecimento em ciências humanas e sociais. *SER Social*, Brasília, v.14, n.30, p.190-209, 2012.

TSOULFAS G. The impact of the European financial crisis on clinical research within the European union or “when life gives you lemons, make lemonade”. *Hippokratia*, v.16, n.1, p.6-10, 2012.



O CONTROLE SOCIAL COMO EXPERIÊNCIA DE ENSINO- APRENDIZAGEM NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Lúcia Rublescki Silveira

Tatiane Moreira de Vargas

INTRODUÇÃO

Na construção histórica das Políticas Sociais no Brasil, a Política de Saúde foi pioneira na efetivação do controle social, tendo o movimento da Reforma Sanitária como principal protagonista das avançadas propostas para o setor da saúde na época. O Sistema Único de Saúde – SUS foi resultado das lutas travadas na área da saúde, neste período, e culminou na primeira Política Social brasileira que, na sua legitimação, garantiu o controle democrático da sociedade.

O controle social - um dos princípios organizacionais do SUS - necessita ser entendido como uma possibilidade da Política de Saúde ser construída por todos os atores nela envolvidos, desconstituindo a lógica da prestação de serviços através de uma concessão e ampliando sua construção como direito social. No entanto, é necessário que todos os atores envolvidos estejam capacitados, tanto para o reconhecimento do mesmo, quanto na busca de estratégias que ampliem sua efetivação como espaço democrático.

Busca-se, então, destacar as experiências de ensino-aprendizagem, vivenciadas nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde como estratégias de formação para o SUS. Trata-se de uma formação para um SUS que atenda às reais necessidades de saúde da população e para o reconhecimento dos espaços de controle social, como foram concebidos pelo movimento da Reforma Sanitária. Essa modalidade de ensino-aprendizagem possibilita uma formação, a partir de processos, que vinculam a experiência vivida à análise crítica e à reflexão teórica sobre essa vivência, buscando estratégias para superação e transformação da realidade.

Sendo o controle social um importante espaço de construção do SUS, preconizado na Política de Saúde, é importante que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde garantam um processo de formação também nesta área. Ao reconhecer o controle social como local relevante de formação, é essencial que se possibilite o amplo desenvolvimento de ações que levem os sujeitos a um papel efetivo junto a estes espaços democráticos.

Para a efetivação desse papel, é necessário o reconhecimento do controle social como processo histórico e como espaço conquistado de participação social. A problematização das vivências de ensino-aprendizagem, nesse espaço, precisa perpassar o mero reconhecimento legal para um aprofundamento político, em que os trabalhadores possam perceber as forças atuantes na construção da sociedade, sabendo identificar o controle social como espaço de construção de saúde.

Considerando estes aspectos, esse capítulo apresenta uma análise do controle social na Política de Saúde brasileira, buscando evidenciar que o reconhecimento ampliado de seu processo histórico e a sua função na sociedade são fundamentais para uma atuação coerente, que auxilie no processo de democratização e ampliação de direitos. Na Política de Saúde, o controle social é um dos pilares da construção histórica do SUS e cumpre, hoje, um importante papel, mediante a parceria de todos os atores envolvidos, na definição de ações que possam ter um maior impacto na saúde das pessoas. Contudo, as disputas políticas existem e precisam ser reconhecidas. Ao mesmo tempo, é necessário lembrar as conquistas legais, que oferecem fôlego para a Reforma Sanitária. Paim (2008), ao falar da Reforma Sanitária Brasileira, afirma que não se pode falar de conquista total e final, uma vez que ainda se tem muito a fazer, principalmente

entendendo sua característica de processo fazendo parte da história em curso. O controle social, por seu potencial de resistência, pode ser forte auxiliar neste processo.

A presente discussão propõe que se retome o papel estratégico dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde para formação dos trabalhadores na direção do SUS, tendo em vista seu potencial para transformar práticas hegemônicas nos serviços de saúde. A proposta se dá a partir da compreensão da construção histórica da Política de Saúde e do papel do controle social nesse processo, bem como da defesa de uma atuação qualificada nesses espaços. Essa proposta parte de um diálogo entre os estudos desenvolvidos anteriormente pelas autoras (VARGAS, 2011; SILVEIRA, 2013), considerando o controle social como uma das possibilidades de encontro das ideias trabalhadas. O controle social e os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde devem dialogar para uma ampliação das potencialidades desses espaços de participação democrática e de formação. A experiência de ensino-aprendizagem se fortalece com a participação no controle social e, ao mesmo tempo, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, a partir da proposta de reflexão crítica e da problematização do cotidiano do trabalho em saúde, têm potencial de transformação na prática dos trabalhadores. Trata-se de uma dupla dimensão, que pode favorecer o SUS defendido no projeto da Reforma Sanitária: a influência da experiência no controle social no cotidiano de práticas de residentes e preceptores, refletida nos serviços onde estes estão incluídos. E, além disso, o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, a partir da garantia de sua proposta pedagógica, propicia uma formação de sujeitos críticos que, como trabalhadores do SUS, qualificam os espaços do controle social em que atuam.

1. O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Controle social

Desde a Constituição Federal de 1988, o termo controle social vem representando, no Brasil, a participação popular na elaboração, implementação e fiscalização das políticas públicas. E, para discutir controle social no contexto brasileiro, é essencial conhecer um pouco da história da construção dessa participação. Foi a luta e a organização da

classe trabalhadora brasileira que engendrou o surgimento de espaços com potencial para atuarem no sentido da democratização da esfera pública.

No final da década de 1970, o Brasil foi palco do ressurgimento dos movimentos sociais organizados, que cresceram como uma transgressão à interdição da participação popular na época. Na década seguinte, a sociedade brasileira já contava com um movimento social, organizado em diferentes setores. Gerschman (2004), ao se referir ao período, aponta:

O final da década de 70 foi um momento *sui generis* na política brasileira no que se relaciona ao papel da sociedade civil, com o surgimento de diversas entidades em diversos setores da vida social. Um movimento febril de agitação e oposição política atravessou toda a sociedade, promovendo um amplo debate e mobilização social em prol do fim do regime autoritário e da democratização do País (p.67).

Estes movimentos, que nasceram de mobilizações populares sem vinculação institucional e reivindicavam a presença do Estado na satisfação de suas demandas, estavam intimamente ligados à agitação política, presente na sociedade nesta época, que culminou com a campanha por eleições diretas para a presidência da República (GERSCHMAN, 2004). Para Correia (2006) estes movimentos tinham característica de serem antiestatais, com uma postura “de costas para o Estado”, por considerarem este um instrumento da classe dominante e suas instituições instrumentos de repressão, de cooptação e de controle dos movimentos sociais. Esta mesma autora cita que esta relação dos movimentos sociais com o Estado foi mudando, na década de 1980:

De um lado o Estado passa a reconhecer os movimentos sociais como interlocutores coletivos, respondendo a algumas de suas demandas, e, de outro lado, os movimentos sociais presentes na sociedade civil admitem negociar com o Estado, rompendo a posição “de costas para o Estado” (CORREIA, 2006, p.123).

As bandeiras de luta destes movimentos foram enraizadas em problemas cotidianos, como saúde e educação, por serem questões sentidas por toda a classe trabalhadora, que vivia em abandono de direitos sociais¹. A luta conjunta e a possibilidade de intervir como grupo organizado levou a discussão a tomar o rumo de participação na construção da Carta Magna do país. Simionatto, ao citar Gramsci, afirmou em seus estudos que “a cultura, entendida criticamente, pode ser o amálgama, o elo de ligação entre os que se encontram nas mesmas condições” (2011, p.36). A mesma autora, ainda referindo-se a Gramsci, aponta que, para ele, a batalha cultural é fator decisivo no processo de luta pela hegemonia das classes subalternizadas e que, portanto, “não é suficiente lutar apenas pela extinção da apropriação privada dos meios de produção, mas que se deve lutar também pela extinção da apropriação elitista da cultura e do saber” (SIMIONATTO, 2011, p.55).

Estes movimentos que tiveram, na década de 1980, importante papel na mobilização da sociedade civil para a participação do processo de elaboração e promulgação da Constituição Federal de 1988 pregavam, em seu ideário, a correção de injustiças sociais históricas. Para isto, foram elaboradas propostas que tinham em comum a ampliação de direitos e a democratização da gestão.

Cabe lembrar que, apesar de todos os avanços ocorridos, neste período, em relação ao campo da ação política organizada, a classe trabalhadora foi derrotada no campo econômico. A participação nas decisões do Estado não significa poder direto em terminar com a desigualdade, uma vez que o poder econômico continua totalmente centralizado nas mãos da classe dominante. É mais uma ruptura nas estruturas de decisão da esfera pública, que possibilita escancarar a questão social como responsabilidade do Estado e buscar, com isso, construir propostas que fortaleçam o Estado como representante da maioria da população.

É importante ressaltar o papel de destaque que tem o movimento social no que diz respeito à representatividade e legitimidade da sociedade

¹ Couto (2008) classifica os direitos sociais como “direitos de segunda geração”, sendo os direitos civis e políticos considerados de “primeira geração”. A autora afirma que “os direitos sociais são exercidos pelos homens por meio da intervenção do Estado, que é quem deve provê-los”. E afirma ainda que estes direitos “ancoram-se na idéia de igualdade, que se constitui numa meta a ser alcançada, buscando enfrentar as desigualdades sociais” (p.35).

civil no controle social. Este é um importante desafio, pois o afastamento dos representantes de suas bases de representação produz um desconhecimento destes em relação às necessidades da população. Este aspecto enfraquece a participação, pois não permite que as reais necessidades da classe trabalhadora cheguem às pautas de discussão, assim como prejudicam os processos de organização de resistências, uma vez que muitos representantes não têm reconhecimento como lideranças no chamamento a lutas que se fazem necessárias.

O controle social tem, então, dois importantes momentos: tensionar políticas públicas, que diminuam o abismo da desigualdade e potencializar a classe trabalhadora, para que utilize seus espaços de representação de forma a somar no fortalecimento de sua organização na busca da sua transformação em “classe para si²”, na construção de um projeto classista comum que represente a não aceitação da subordinação.

Sair da passividade, para Gramsci, é alcançar um nível superior, é deixar de aceitar a subordinação que a ordem capitalista impõe a amplos estratos da população, é deixar de ser “massa de manobra” dos interesses das classes dominantes (SIMIONATTO, 2011, p.52).

O setor saúde teve importante intervenção em todo este processo de redemocratização por meio, principalmente, dos movimentos sociais em saúde,³ que tiveram organização ampliada em território nacional, em alguns momentos da luta e regionalizada, em outros. Estes movimentos articulavam diferentes setores do movimento popular ligados à igreja católica progressista, aos partidos políticos de esquerda, aos sindicatos, aos trabalhadores de saúde, aos estudantes e às associações de bairro, localizadas, principalmente, em comunidades de baixo poder aquisitivo. O meio acadêmico desempenhou,

² Simionatto (2011), utilizando a teoria de Marx, refere que, no momento em que o proletariado consegue elaborar um projeto para toda sociedade por meio de ação coletiva, deixa de ser “classe em si” e torna-se “classe para si”. Para Gramsci, o objetivo deste momento é o surgimento de um novo “bloco histórico” que garanta a conquista da hegemonia na sociedade.

³ Silvia Gerschman (2004) faz referência ao Movimento Popular em Saúde e ao Movimento Médico como principais referências nos Movimentos Sociais em Saúde. Em seu livro “A Democracia Inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária Brasileira” (2004) analisa com profundidade o papel de cada um destes movimentos na construção da proposta de reforma sanitária.

também, importante papel ao contestar e discutir propostas alternativas ao modelo médico hegemônico, que representava baixo impacto nos níveis de saúde da população e influenciou os movimentos sociais em saúde (GERSCHMAN, 2004).

Como reflexo deste processo, em 1986 aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi a primeira conferência de saúde com ampla participação dos setores organizados da sociedade civil e que, em seu relatório final, apontou arrojadas propostas, como a universalização do acesso à saúde, a implantação de mudanças do modelo de atenção à saúde e o estímulo à participação da população nas decisões. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi resultado da discussão que se iniciou com a proposta de reforma sanitária e acabou transformando-se na primeira política social brasileira, que, na sua legitimação, garantiu o controle democrático da sociedade.

A Lei Orgânica da Saúde – Lei Nº 8.080, de 19/09/1990, que regulamentou o SUS, logo após sua aprovação, foi vetada pelo Presidente da República⁴ em alguns tópicos fundamentais, entre eles, o referente à participação social prevista em Lei. Decorrente disso, ocorreu ampla manifestação dos movimentos sociais organizados, exigindo do Congresso a apresentação de um novo Projeto de Lei (Lei Nº 8.142), que acabou aprovado em 28/12/1990. A Lei nº 8142 dispôs sobre a existência dos mecanismos de controle social e a transferência de recursos do fundo nacional de saúde para os estados e municípios (GERSCHMAN, 2004; PAIM, 2008).

Na saúde, por intermédio dos mecanismos de participação no SUS, o processo de democratização das políticas sociais foi pioneiro. O controle social, como proposto pela Constituição Brasileira e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde, prevê duas instâncias de participação: nos Conselhos e nas Conferências⁵. As Conferências são eventos em que a população, por meio de seus representantes, é chamada para participar das discussões da política de saúde e deliberar sobre suas diretrizes. Os Conselhos são gestões colegiadas, em que os diferentes segmentos da sociedade estão

⁴ O Presidente da República, na época, era Fernando Collor de Mello.

⁵ “Destaca-se, entretanto, que esses não são os únicos espaços de ação para o exercício do controle social” (BRAVO, 2009, p.397). Existem outros mecanismos que também, se acionados, podem e devem ser entendidos enquanto instâncias de exercício do controle social. São exemplos: o Ministério Público, os órgãos de defesa do consumidor e os Conselhos de profissionais (BRAVO, 2009).

paritariamente contemplados e têm como função garantir o encaminhamento das deliberações das conferências, bem como discutir, elaborar e fiscalizar a política. A participação nas Conferências e nos Conselhos é de 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de gestores e prestadores de serviços públicos e privados, porém cada segmento deve ter uma organização própria e escolher seus representantes. Ambos são formas de participação representativa, previstas na Lei Nº 8.142, de 28/12/90.

Amparado em um conceito ampliado de saúde⁶, o SUS foi inscrito na legislação pertinente para ser o sistema de saúde de todos os cidadãos brasileiros. Os princípios que dão base ao SUS são universalidade, equidade, integralidade nos serviços e ações de saúde, por um lado; e, por outro, seus princípios organizacionais, que são a descentralização, a regionalização e a hierarquização da rede e a participação social.

A participação social como princípio do SUS é exercida pelos mecanismos de controle social. Atualmente, o SUS conta com Conselhos de Saúde em todos os níveis. O maior número de conselhos encontra-se nos municípios, uma vez que, em quase todos os municípios da federação, existem conselhos montados.

A participação social que existiu até a Constituição de 1988 passou a atuar na implantação dos Conselhos de Saúde e garantiu que a IX Conferência Nacional de Saúde fosse precedida de Conferências Estaduais e Municipais. Porém, a partir daí, acirraram-se, cada vez mais, as disputas internas dos movimentos sociais da saúde por divergências na implantação das reformas do sistema e lutas por hegemonia (GERSCHMAN, 2004), ocasionando inevitável encolhimento deste movimento, principalmente de seu caráter nacional.

Na política de saúde, o controle social é concebido como a presença da participação social em suas diferentes etapas de planejamento, execução e avaliação. No planejamento, ainda referindo-se a uma etapa de formulação da política, deve estar presente, desde o diagnóstico e estudo das necessidades e

⁶ A 8ª Conferência Nacional de Saúde conceituou saúde como “direito de todos e dever do Estado” e ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social. (Relatório Final).

prioridades; na formulação dos planos, projetos e programas; até a definição da alocação de recursos, por exemplo. Na etapa da execução, é quando o controle social tem um papel primordial na fiscalização. E, finalmente, a avaliação deve garantir o conhecimento, por parte dos espaços de controle social dos resultados, obtidos ou não, para que possa ocorrer a comparação com aquilo que foi planejado e, com isso, subsidiar um novo planejamento e, até mesmo, exigir explicações sobre metas não alcançadas.

Uma questão que tem grande importância na análise do controle social na política de saúde é a histórica disputa de projetos de saúde para o Brasil que ocorreu em todo este processo histórico e continua ainda forte nos dias de hoje. Esta disputa acontece entre dois projetos para a saúde: o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista. O projeto da reforma sanitária tem como premissa básica a compreensão de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e, portanto, defende a democratização do acesso à universalidade das ações e à descentralização com controle social (BRAVO; MATOS, 2006). O projeto privatista, por sua vez:

Pautado na política de ajuste, tem como tendência a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado, cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. Como principais características, destaca-se: o caráter focalizado para atender as populações vulneráveis, a desconcentração dos serviços e o questionamento da universalidade do acesso (BRAVO; MATOS, 2006, p.205).

Na atualidade, há exemplos desta disputa entre os dois projetos para a saúde, como as Fundações Estatais de Direito Privado, que, em diferentes Estados e Municípios, acontecem com formato e intensidade diferentes, mas que têm, em sua gênese, a retirada do Estado da responsabilização por prover e gerenciar as necessidades de saúde da população e, ainda, o debate, bem atual, sobre a “diferença de classe” em internação do SUS. Nesta relação entre público e privado, se encontra o desafio de um SUS que, realmente, seja

único, que cumpra a missão de garantir a saúde como um direito universal, igualitário e equânime para todos.

O mais grave nesta dinâmica de privatização ou terceirização dos serviços públicos é que ocorrem em uma perspectiva de separação entre serviço e direito. O que preside “não é a lógica pública, obscurecendo-se a responsabilidade do Estado perante seus cidadãos, comprimindo ainda mais as possibilidades de inscrever as ações públicas no campo do direito” (RAICHELI, 2009, p.384).

Esta disputa, entre diferentes projetos para a saúde, é presença constante inclusive nos espaços de controle social. Com isso, Correia (2006) chama a atenção para o aspecto contraditório destes espaços:

Vale destacar o aspecto contraditório desses mecanismos de participação institucionalizados na área da Saúde, pois, apesar de terem sido conquistados sob pressão, podem se constituir em mecanismos de legitimação do poder dominante e cooptação dos movimentos sociais. Mas, também podem ser espaços de participação e controle social dos segmentos populares na perspectiva de ampliação da democracia e de construção de uma nova hegemonia (p.125).

Não é raro, hoje, encontrarmos espaços de controle social cooptados pelo poder dominante, principalmente em conselhos municipais, em que o uso das velhas práticas clientelistas e repressoras faz-se presente em todo país. O processo de descentralização da política de saúde, que coloca o município como centro das ações, exige que cada município tenha seu Conselho de Saúde como exigência legal ao repasse de recursos da esfera federal. Com isso, muitos Conselhos Municipais de Saúde têm uma existência apenas formal para cumprir este requisito legal. Raichelis (2009) lembra que, no âmbito municipal, nem sempre a velocidade de criação dos conselhos é sinal de democratização.

Uma estratégia de esvaziamento do poder dos conselhos é quando estes são respeitados pelos gestores apenas como caráter consultivo e não deliberativo, caracterizando uma relação entre uma parte que se mantém sujeito da ação e outra, a quem é dada a oportunidade apenas de se

manifestar. Apesar da definição na Constituição Federal de se instituir um caráter deliberativo para os conselhos, sabe-se que esta não é a realidade em muitos locais, principalmente naqueles municípios em que a correlação de força é desigual entre as representações classistas. A não observância das deliberações dos conselhos e conferências é, hoje, um fator de recuo nas experiências de controle social (BRAVO; MENEZES, 2010).

Entretanto, pode-se afirmar que os conselhos de saúde são encontrados, em muitos lugares como espaços de participação na perspectiva de ampliação da democracia, quando existe a articulação do poder com todos os envolvidos (diferentes segmentos), transformando os atores passivos em ativos e os atores individuais em coletivos. Raichelis (2006) concorda com a contradição no funcionamento dos conselhos, porém lembra o impacto destes no papel do Estado:

Pela sua composição paritária entre representantes da sociedade civil e do governo, pela natureza deliberativa de suas funções e como mecanismo de controle social sobre as ações estatais, pode-se considerar que os Conselhos aparecem como um constructo institucional que se opõe à histórica tendência clientelista, patrimonialista e autoritária do Estado brasileiro (p.77).

Todavia, os mecanismos de controle social não são os únicos espaços de ação para o exercício do controle democrático pelas classes trabalhadoras. É necessária “a articulação das forças políticas que representam os interesses dessas classes em torno de um projeto para a sociedade que tenha como horizonte o rompimento com a sociabilidade do capital” (BRAVO; MENEZES, 2012, p.290). O surgimento de novos movimentos “como os Fóruns de Saúde (estaduais, regionais e municipais) e a Frente Nacional contra a Privatização da Saúde, que congrega, além dos fóruns, movimentos sociais, sindicatos e partidos políticos” (BRAVO; MENEZES, 2012, p.290), demonstram a retomada de um processo de organização da classe trabalhadora frente à necessidade de dar uma resposta unificada ao avanço das propostas neoliberais. Talvez isto signifique a articulação para a construção de um projeto comum de sociedade pela classe trabalhadora.

O debate da saúde, neste contexto, tem retomado antigas bandeiras de lutas, assim como resgatado o que estava na gênese do SUS, que é o processo de participação. Isso tem sido feito por intermédio de um movimento social da saúde que represente as diferentes frentes de organização da classe trabalhadora. A Frente Nacional contra a Privatização da Saúde defende o caráter público e universal da saúde e reafirma que a saúde não deve ser tratada como mercadoria, e sim como direito de todos os cidadãos e dever do Estado brasileiro. O debate tem acontecido em torno, principalmente, da flexibilização das questões originais da Reforma Sanitária.

Outra importante experiência, com potencial para retomada de bandeiras de lutas, que buscam consolidar o SUS idealizado na Reforma Sanitária e para provocar tensionamentos para mudanças nesse sentido é a vivência de ensino-aprendizagem nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Daí a importância de garantir a atuação, nessa perspectiva de formação, nos espaços de controle social e participação popular do SUS.

2. A Residência Multiprofissional em Saúde como Espaço de Vivências de Ensino-Aprendizagem

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é uma modalidade estratégica de formação para os trabalhadores, tendo em vista seu potencial para transformar práticas hegemônicas nos serviços de saúde. Essa formação prevê a inserção efetiva no cotidiano do exercício profissional na saúde das diferentes categorias profissionais envolvidas, somada à constituição de espaços de discussões sobre o trabalho desenvolvido. Nela, a realidade é problematizada, a fim de construir aprendizagem significativa e desencadear mudanças nas ações e no perfil dos profissionais da área da saúde. Essas mudanças devem atender às necessidades de saúde da população, bem como aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

No dia a dia, os trabalhadores são envolvidos pelas demandas dos diferentes projetos de saúde, explicitados anteriormente, atuando em um espaço contraditório, de relativa autonomia. Dessa forma, no cotidiano das práticas de saúde, os trabalhadores são um dos principais protagonistas da consolidação desses projetos. A formação desses profissionais é, neste

sentido, estratégica para atender às diferentes expectativas geradas a partir das intenções de mudanças ou de manutenção do *status quo* na organização do sistema de saúde.

A educação dos profissionais, integrando ensino e trabalho em saúde, como uma ação estratégica para a reforma no setor saúde, foi uma das preocupações assumidas no projeto de Reforma Sanitária. Assim, o *ordenamento da formação de recursos humanos na área da saúde* foi previsto, explicitamente, no inciso III, do artigo 200, da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Já, a Política Nacional de Educação para o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004) fundamenta-se na proposta de Educação Permanente.

A formação dos profissionais, na perspectiva da educação na saúde, supõe um direcionamento dado por idéias pedagógicas. Nesse sentido, as idéias pedagógicas relacionam-se às posturas que irão permear a prática pedagógica, atingindo as finalidades da educação. Partindo da orientação de que os Programas de Residência Multiprofissional devem fundamentar-se na perspectiva da Educação Permanente, entende-se que essa proposição pode encontrar sua sustentação na educação problematizadora de Paulo Freire, que parte da

“[...] criatividade e estimula uma ação e uma reflexão verdadeiras sobre a realidade, respondendo assim à vocação dos homens que não são seres autênticos senão quando se comprometem na procura e na transformação criadoras.” (FREIRE, 1980, p.81)

Para o autor, formar é mais do que transferir conhecimentos, mas criar as possibilidades para a produção do conhecimento. A formação é permanente pois, para Freire (1996, p.25) “quem forma, se forma e re-forma ao formar e quem é formado forma-se e se forma ao ser formado”.

Assim, o autor defende, ainda, que os sujeitos são inacabados e condicionados por uma série de determinantes, mas quando há consciência desse inacabamento, é possível a inserção em um permanente processo social de busca, em uma educação como processo permanente. O conhecimento, então, é construído não para adaptar, mas para mudar, *transformar*. Nessa compreensão, os sujeitos encontram fundamentos para rebeldia. A rebeldia,

e não a resignação, faz com que se afirmem diante das injustiças que vivenciam (FREIRE, 1996).

Não se pretende, nesta concepção, depositar todo o potencial de mudança de uma realidade social na educação, mas, sim, destacar o seu papel na tarefa político-pedagógica, a partir do saber fundamental de que mudar é difícil, mas é possível (FREIRE, 1996).

Assim, identifica-se o potencial das experiências vivenciadas no controle social, por meio dos Programas de Residência Multiprofissional, para transformar práticas na direção de um SUS que atenda às reais necessidades de saúde da população. Esse potencial está na compreensão de que a Educação Permanente, que deve pautar a relação pedagógica nesses espaços, precisa buscar sua fundamentação na problematização da realidade, com o objetivo de transformar práticas. Nesta perspectiva, a educação é um instrumento de luta para a transformação social.

A partir dessas considerações, é essencial garantir a vivência nos espaços de controle social, por intermédio dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, buscando a análise coletiva dos problemas reais vividos nesses espaços e a construção de estratégias de enfrentamento desses problemas, a partir do diálogo. Trata-se de operacionalizar uma concepção educacional na área da saúde, que reconhece a vivência como importante na possibilidade de aprender. Assim, a Educação Permanente ocorre no cotidiano do trabalho, a partir dos problemas enfrentados na realidade. São idéias trabalhadas por Freire e por outras correntes construtivistas no campo da educação (FEUERWERKER, 2005).

A Educação Permanente, como uma política de Estado, também carrega suas contradições, fazendo emergir a necessidade do cuidado na operacionalização de seu conteúdo, em função dos diferentes interesses a que, entendida convenientemente, de forma incompleta e distorcida, ela pode atender. Assim, Campos (2006) traz algumas críticas que podem contribuir para uma análise atenta dessa concepção educacional vista como política pública. Entre elas, destaca que, ao envolver os trabalhadores de saúde no processo educacional é preciso considerar também as condições concretas para que os mesmos possam assumir definitivamente este compromisso, sem desresponsabilizar as demais instituições formadoras. Assim, os serviços, muitas vezes, não possuem uma estrutura adequada para uma discussão em

grupo, por exemplo, ou uma dinâmica de tempo para leituras que possam subsidiar a análise da realidade local ou que garanta a efetiva participação nos espaços de controle social.

Além disso, a discussão sobre educação/formação por meio do cotidiano do trabalho não deve estar descolada da análise da categoria trabalho e da situação dos trabalhadores inseridos no contexto de políticas sociais marcadas pelo enxugamento do Estado e flexibilização das relações trabalhistas, que resulta em perdas econômicas e organizações políticas voltadas para o corporativismo e o individualismo.

Este cenário exige dos profissionais [...] combinar resistências nos espaços de prática com a tarefa de contribuir na organização política daqueles segmentos, rompendo com particularismos, corporativismos e com a ideologia da “ajuda” e da solidariedade abstrata – que obscurece a solidariedade de classe (VASCONCELOS, 2007, p.153).

Contudo, é nos espaços de prática, no cotidiano do trabalho em saúde, que a Educação Permanente enfoca os processos educativos, a partir de sua autoanálise e autogestão. O trabalho, também condicionado pelo modo de produção capitalista, exige a criação de condições favoráveis para superação da cotidianidade, suprimindo a alienação.

O trabalho, para Marx e Engels (1989), é o *fundamento ontológico-social do ser social*. O trabalho institui a diferença do ser social em relação aos outros seres da natureza. Fundamentada nessa perspectiva, Barroco (2001) acrescenta que, no processo histórico de autoconstrução do ser social que se dá pelo trabalho, é possível conquistar capacidades humano-genéricas como a sociabilidade, a consciência, a universalidade e a liberdade. Mas, na sociedade capitalista, com a propriedade privada dos meios de produção, o trabalhador não se reconhece no trabalho. No cotidiano do trabalho, muitas vezes predominam as relações de forma espontânea e acrítica, com vínculo imediato entre pensamento e ação. Assim, o trabalho se realiza de modo a negar suas potencialidades emancipatórias, de forma alienada. Há mediações que permitem que os sujeitos entrem em contato com suas capacidades essenciais (criação, transformação, escolhas, valorização

de forma consciente), mas, muitas vezes, ocultas pela rapidez como são apreendidas e manifestadas de forma alienada, sem o desvelamento de seu significado e seus vínculos sociais. Assim, no trabalho, a alienação não é absoluta. “E, na contraditoriedade da história, a alienação coexiste com a práxis emancipatória, evidenciando o movimento de afirmação e negação das potencialidades e possibilidades humanas” (BARROCO, 2001, p.36).

Assim, o trabalho em saúde se sujeita à relativa autonomia do trabalhador com suas idéias, valores e concepções, possibilitando a construção de estratégias para o novo, para *transformar*. A Educação Permanente, fundamentada em uma concepção crítica de teoria educacional, nesse contexto, pode constituir-se como uma dessas estratégias de *transformação*. Daí seu potencial para proporcionar vivências de controle social, que busquem fortalecer o resgate dos princípios e valores da Reforma Sanitária, em uma perspectiva contra-hegemônica.

Nessa direção, a modalidade de Residência Multiprofissional em Saúde, como proposta de formação a partir da concepção de Educação Permanente, articula experiência do trabalho no cotidiano da área da saúde e discussões relacionadas a essa experiência em seminários, aulas ou outros espaços de debates, subsidiados por referenciais teóricos, em alguns momentos, em conjunto com os diferentes profissionais da área da saúde e, em outros, entre os trabalhadores da mesma categoria profissional.

Contudo, na sua operacionalização, a Residência Multiprofissional em Saúde não está isenta dos tensionamentos do cotidiano da Política de Saúde. Dessa forma, não necessariamente estará fundamentada na Educação Permanente, garantindo espaço assegurado de reflexão crítica da realidade para inovação das práticas de saúde na direção do Sistema Único de Saúde idealizado pela Reforma Sanitária, tendo em vista a presença ainda muito forte de modelos hospitalocêntrico, médicos-hegemônico e biologizante nas práticas de saúde. Assim, os diferentes sujeitos envolvidos no processo de construção e desenvolvimento das Residências Multiprofissionais em Saúde precisam retomar, como uma constante, a orientação da formação pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde.

Ceccim e Feuerwerker (2004), ao proporem a imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde, tratam da relevância da articulação ensino - serviço - gestão - controle social, além dos movimentos sociais envolvidos.

Os conjuntos de atores envolvidos se constituem como interlocutores permanentes nos diálogos necessários à construção das propostas de Educação Permanente. Os autores destacam a importância do controle social e dos movimentos sociais no pleito por modificações nas políticas, pois é nas práticas democráticas que o sistema de saúde brasileiro tem potencialidade mobilizada em realidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Assim, é essencial que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde busquem o fortalecimento desses espaços e da articulação entre esses atores para o tensionamento a favor de uma *transformação* para o Sistema de Único de Saúde.

Neste sentido, considerando que as instituições são espaços de disputa entre diferentes idéias, em um campo relacional, que pode apresentar uma flexibilidade para criação e inovação, a partir da experimentação de práticas sociais, busca-se destacar a importância da compreensão do significado dos espaços de controle social. Trata-se de compreender o papel estratégico dos trabalhadores e usuários nesses espaços, contribuindo para uma inserção qualificada e reduzindo os riscos de uma prática subordinada aos interesses de projetos de saúde vinculados ao projeto societário hegemônico. Segundo Vasconcelos (2007),

[...] quando envolvidos por condições teóricas que dificultam a crítica da administração da coisa pública na sociedade capitalista, os profissionais de saúde têm grande chance de aderir às reformas neoliberais, contribuindo para fortalecer propostas de desmonte ou enfraquecimento do Estado, de privatização e de centralidade do mercado como critério de organização da sociedade (VASCONCELOS, 2007, p.178).

Diante desta realidade, é essencial que os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde busquem subsídios para pensar os espaços de controle social a partir de uma reflexão crítica sobre o trabalho em saúde que favoreça o alcance da consciência humano-genérica para superar a cotidianidade, o que poderá potencializar o enfrentamento do enfraquecimento da luta pelo Sistema Único de Saúde, preconizado pela Reforma Sanitária.

O Sistema Único de Saúde, em tempos neoliberais [...] é um modelo contra-hegemônico e os profissionais de saúde estão, mesmo num contexto político e econômico desfavorável a ele, ocupando espaços que têm um amplo potencial para reverter as tendências de enfraquecimento e desqualificação desse projeto. No marco da teoria social de Marx, estes paradoxos contêm, em si, possibilidades de enfrentamento e transformação. (VASCONCELOS, 2007, p.178).

Considerando a complexidade dos desafios a serem enfrentados para atuar em uma perspectiva definida pelos princípios do Sistema Único de Saúde, a formação dos profissionais de saúde, para uma inserção qualificada no controle social, precisa ser valorizada e ter maior ênfase.

O que politiza e favorece a organização é a apropriação de uma perspectiva teórico-metodológica que, colocando referências concretas para ação profissional, possibilite a reconstrução permanente do movimento da realidade objeto da ação profissional, enquanto expressão da totalidade social, gerando condições para um exercício profissional consciente, crítico, criativo, que só pode se realizar na relação de unidade entre teoria e prática (VASCONCELOS, 2007, p.176).

Os sujeitos que optam por uma formação para o trabalho na saúde e se inserem nesse contexto por meio dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, precisam, ao longo de suas vivências de ensino-aprendizagem, reconhecer o processo histórico de luta pelo SUS. Esse reconhecimento deve dar ênfase também ao que diz respeito à participação popular e ao controle social, conquistas fundamentais do processo democrático nas políticas sociais brasileiras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao retomar as ideias trazidas a partir do diálogo proposto na síntese apresentada nesse capítulo, é inegável a direção dada pela autoria de quem acredita na luta cotidiana travada para a construção de uma trajetória

de entraves e avanços na Política de Saúde brasileira, na perspectiva das reivindicações da Reforma Sanitária. Nessa trajetória, identificam-se conquistas que foram garantidas legalmente, como o direito universal à saúde e o dever do Estado, o atendimento integral e o controle social. Porém, enfrentam os entraves de uma conjuntura desfavorável imposta pelo direcionamento político-econômico neoliberal.

Trata-se de um posicionamento necessário e que busca fundamentação na compreensão histórica e teórica da construção da Política de Saúde, mas, também, nas experiências que dão sentido às palavras descritas. São experiências de (*trans*)formação de práticas e concepções vividas e/ou testemunhadas como trabalhadores do SUS, como residentes e/ou como preceptores, em uma perspectiva de Educação Permanente, por intermédio do Controle Social e do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

Contudo, é possível que, nos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde, o trabalho desenvolvido junto aos espaços de controle social, diante das contradições vivenciadas no contexto da Política de Saúde, ainda não tenha sido valorizado suficientemente. Verifica-se que esses Programas devem propor a inserção dos residentes no Controle Social, com preocupação em relação à qualidade dessa inserção por meio da educação permanente. Dessa forma, é fundamental garantir uma carga-horária mínima de atuação nesses espaços, mas, também, um processo de reflexão fundamentado, que possibilite uma análise histórica e política das relações constituídas e das lutas travadas para que se constitua um protagonismo nessa participação. Trata-se da compreensão de que os trabalhadores, assim como os usuários e gestores - sujeitos políticos - são protagonistas nessa construção histórica de entraves e avanços no SUS. Trabalhadores, que, nessa proposta, atuam como Residentes ou Preceptores, em uma relação recíproca de ensino-aprendizagem. Para isso, é fundamental que também esteja previsto nos Programas uma discussão teórica que instrumentalize os sujeitos para essa leitura crítica de realidade, a partir da problematização das experiências vividas. Daí a importância e o desejo que nos mobiliza de que o diálogo que traçamos, proposto nesse capítulo, se multiplique e se efetive no cotidiano de formação e (*trans*)formação dos trabalhadores do SUS.

REFERÊNCIAS

BARROCO MLS. *Ética e Serviço Social: Fundamentos Ontológicos*. São Paulo: Cortez, 2001.

BRASIL. *Lei 8.080/90, de 19/09/1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em 27 jul. 2013.

BRASIL. *Lei 8.142/90, de 28/12/1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em 27 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 198/GM/MS, de 13/02/2004*. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRAVO MIS; MATOS MC. Projeto ético-político do serviço social e sua relação com a reforma sanitária: elementos para o debate. In: MOTA AE et. al. (Org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

BRAVO MIS; MENEZES JSB. A política de saúde no governo Lula: algumas reflexões. In: Bravo MIS; D'AGRI V; MARTINS JB (Orgs.). *Movimentos Sociais, Saúde e Trabalho*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2010.

BRAVO MIS; MENEZES JSB. Participação social e controle social na saúde: a criação dos Conselhos de Gestão Participativa no Rio de Janeiro. In: BRAVO MIS; MENEZES JSB. *Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos*. São Paulo: Cortez, 2012.

CAMPOS GWS. Políticas de Formação de Pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Cadernos RH Saúde*, v. 3, n.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CECCIM RB; FEUERWERKER LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. In: *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acessado em 27/11/2010.

CORREIA MVC. Controle social na saúde. In: MOTA AE et al. (Orgs.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

COUTO BR. *O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?* São Paulo: Cortez, 2008.

FEUERWERKER LCM Educação Permanente em Saúde: uma mudança de paradigmas. In: *Olho Mágico*, Londrina, v.12, n.3, jul./set. 2005.

FREIRE P. *Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire*. 3. ed. São Paulo: Editora Moraes, 1980.

FREIRE P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 7. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GERSCHMAN S. *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2004.

MARX K; ENGELS F. *O capital*. 13. ed. Livro 1, v. I e v. II. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989.

PAIM JS. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

RAICHELIS R. Democratizar a gestão das políticas sociais – um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA AE et al. (Orgs.). *Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

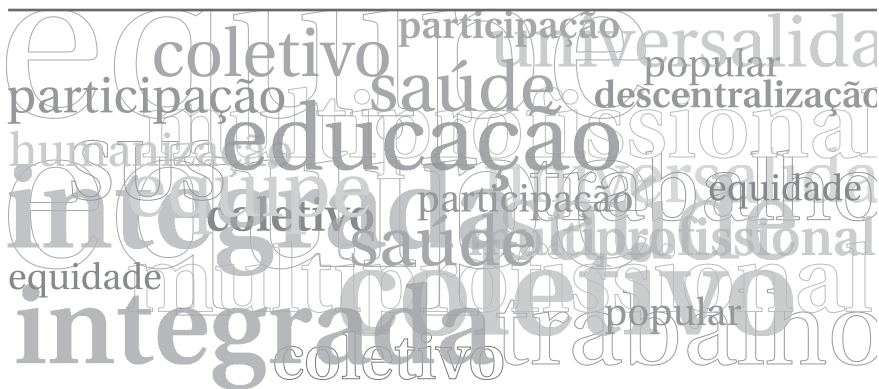
RAICHELIS R. O trabalho do assistente social na esfera estatal. In: CFESS/ABEPSS (Org.). *Direitos sociais e competência profissional*. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

SILVEIRA LR. *O serviço social e o controle social na saúde: uma análise sob a perspectiva dos assistentes sociais*. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: PUCRS, 2013.

SIMIONATTO I. *Gramsci: sua teoria, incidência no Brasil, influência no serviço social*. São Paulo: Cortez, 2011.

VARGAS TM. *O Serviço Social no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: uma estratégia de consolidação do projeto ético-político profissional?* Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: PUCRS, 2011.

VASCONCELOS AM. Sistema Único de Saúde, Profissões de Saúde e Formação. In: *Temporalis*. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: Impasses e Desafios. Ano VII, nº 13, 2007.



A EXPERIÊNCIA DA INSERÇÃO DA FARMÁCIA NA RIS/GHC

Luciane Kopittke

Maria Elisa Gassen Toffoli

Como experiência pioneira no estado do Rio Grande do Sul, o profissional Farmacêutico foi inserido, em 2006, no programa da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), na ênfase Saúde da Família e Comunidade, iniciando a primeira turma com 3 residentes, alocados em três das doze Unidades de Saúde que compõem o Serviço de Saúde Comunitária do GHC (SSC/GHC).

Mundialmente, a atuação do farmacêutico, no início do século XX, dava-se em pequenas farmácias, nas quais eram preparadas formulações magistrais. A farmácia era, então, um estabelecimento relevante, não apenas para a saúde, mas, também, do ponto de vista social, constituindo-se em ponto de encontro. O farmacêutico, também chamado boticário, era, geralmente, o proprietário da farmácia e acumulava funções de administrador, técnico, ouvinte e conselheiro, orientando sobre o uso dos medicamentos que ele mesmo, na maior parte das vezes, preparava. Com a industrialização, este cenário foi profundamente transformado. A disponibilidade de medicamentos *prêt-à-porter*, com a qualidade assegurada pela indústria, com suposta maior segurança quanto à composição e dose e com seu uso devidamente estimulado pela crescente propaganda, acabou por, praticamente, extinguir

a prática da farmácia magistral. Os farmacêuticos migraram maciçamente para a área de análises clínicas, também em franca expansão em meados dos anos 1950 (PÖTZSCH, 1996). Todo o conhecimento farmacêutico passou a centrar-se apenas no medicamento como um produto e o ser humano tornou-se um depositário do amontoado de reações químico-farmacológicas necessárias para que o fármaco fizesse seu efeito (CIPOLLE, 1998).

No Brasil, este cenário perdurou até os anos 1980, quando, diante do altíssimo custo dos medicamentos, as farmácias magistrais, também chamadas de farmácias de manipulação, surgiram como uma alternativa mais econômica para a aquisição de medicamentos. Também neste período, ocorreu um movimento crescente de inserção do farmacêutico nas farmácias hospitalares. Durante muitos anos, a grande maioria dos hospitais não contava com um farmacêutico dedicado à dispensação de medicamentos. O que normalmente se dispunha era de um responsável técnico que, usualmente, era um dos farmacêuticos analistas clínicos do laboratório. A morte do ex-presidente da República Tancredo Neves, em 1985, que levou à mídia o triste quadro das infecções hospitalares, projetou o farmacêutico como figura chave no controle dos antimicrobianos de uso hospitalar, consolidando sua presença na farmácia hospitalar. Foi o primeiro passo para que este profissional buscasse algum nível de integração com a equipe de saúde, através da prática da farmácia clínica (BRASIL, 1994).

Finalmente, em 1990, Hepler e Strand criam o conceito de Atenção Farmacêutica, definida como “a provisão responsável da terapia medicamentosa com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida de um paciente”. É a partir da publicação do artigo *Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care* que esta metodologia de trabalho passa a ser vista como uma possibilidade concreta de inserção do farmacêutico em uma equipe multidisciplinar ou interdisciplinar (HEPLER; STRAND, 1990, p.539).

No Brasil, a Atenção Farmacêutica é definida como:

“modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação

da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (IVAMA et al., 2002 p.16-17).

Com a prática da Atenção Farmacêutica, o farmacêutico deixa de ter uma função meramente distributiva de medicamentos, encarados como simples mercadorias, e assume um papel social e uma função sanitária, ao dispensar não apenas produtos, mas, também, conhecimentos. A Atenção Farmacêutica tira o foco da distribuição do medicamento e o coloca na sua utilização. O farmacêutico deve, com isto, envolver-se com o tratamento do usuário, acompanhando e avaliando os resultados obtidos, detectando efeitos adversos e interações medicamentosas e verificando se os objetivos terapêuticos estão sendo atingidos. Para que este acompanhamento seja viabilizado, é fundamental que relações interdisciplinares sejam estabelecidas, especialmente ao considerar-se a atuação na equipe de atenção primária ou nas equipes intra-hospitalares, nas quais se torna vital obter um rendimento ótimo de recursos limitados. A Atenção Farmacêutica tem por princípio não substituir ou suprimir outros profissionais de saúde, mas sim oferecer complementação, ao estar entre eles e junto ao paciente. Não apregoa a ingerência em outras profissões, mas reafirma a necessidade de uma equipe multidisciplinar, com ênfase na saúde e não na doença (CORDEIRO; REYNAUD, 2008).

Mesmo com esta importantíssima mudança de paradigma, observa-se, ainda, uma grande procura pelos cursos de graduação em Farmácia com o objetivo específico de atuação em análises clínicas, farmácia magistral, indústria de medicamentos ou de alimentos. O amplo espectro de atuação do farmacêutico propicia um grande leque de opções no mercado, entre as quais algumas jamais passarão sequer próximas de uma equipe interdisciplinar. Trata-se de uma característica inerente a esta profissão: o tecnicismo e a prática de laboratório. Não causa estranheza a pouca familiaridade dos farmacêuticos com as equipes de saúde ou ainda com os pacientes aos

quais atendem. Sua formação, em praticamente todas as universidades e, contraditoriamente, de forma mais acentuada nas universidades públicas, é solidamente assentada sobre a técnica e a ciência pela ciência.

Uma proposta que se insurge contra esta metodologia de ensino são as novas Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Farmácia, de 2002. Nestas diretrizes, está explícita a necessidade de uma formação capaz de integrar o farmacêutico na equipe interdisciplinar de saúde e de que esta formação propicie o desenvolvimento de habilidades e competências para atuação junto ao usuário do sistema de saúde (BRASIL, 2002).

As Diretrizes Curriculares para o Curso de Graduação em Farmácia foram implantadas de diferentes modos, gerando grandes desigualdades na formação, especificamente nos aspectos relacionados à interdisciplinaridade. Dentre os residentes farmacêuticos que realizaram sua formação em serviço na RIS/GHC, é provável que poucos tenham cursado o novo currículo farmacêutico, batizado de “generalista”, pelo aspecto pouco especializado da formação proporcionada, voltada às necessidades mais prementes da população, em especial daquela assistida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2002).

A Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição proporciona um espaço privilegiado de interdisciplinaridade, através da formação em serviço em equipes multiprofissionais de saúde. Os espaços de reflexão teórica, integrados ou de campo, possibilitam trocas de experiências e vivências, definições conjuntas de planos terapêuticos e intervenções, abordagens com olhares variados e uma interpenetração de saberes distintos, compondo um novo saber, mais homogêneo, mais colaborativo e pautado na integralidade da atenção.

Este cenário interdisciplinar pode ser altamente benéfico e produtivo para a formação do residente farmacêutico, cuja graduação usualmente é pouco perpassada por este conceito e esta prática. Neste contexto, a RIS/GHC pode complementar a formação farmacêutica, proporcionando o desenvolvimento de competências e habilidades fundamentais para a atuação deste profissional no SUS.

A utilização de medicamentos é um processo complexo, com múltiplos determinantes e envolve diferentes atores. As diretrizes farmacoterapêuticas adequadas para a condição clínica do indivíduo são elementos essenciais

para a determinação do emprego dos medicamentos. Entretanto, a prescrição e o uso de medicamentos são também influenciados por fatores de natureza cultural, social, econômica e política. Maus hábitos prescritivos levam a tratamentos ineficazes e pouco seguros, a exacerbações e ao prolongamento de doenças, causam incômodo e dano aos pacientes e têm custo elevado. Também tornam o prescritor suscetível a influências tais como pressão do paciente, mau exemplo de colegas e atuação de propagandistas agressivos, influências estas que podem resultar em prescrições irracionais. Tratamentos racionais implicam em enfoques lógicos e de bom senso no momento de selecionar os medicamentos a serem prescritos e adequar sua utilização ao usuário em questão (DE VRIES et al., 2004).

Além dos problemas nas prescrições (sobreprescrição, prescrição incorreta, prescrição múltipla, subprescrição etc.) há vários outros obstáculos para a promoção do uso racional de medicamentos no Brasil, tais como o número excessivo de produtos farmacêuticos, a prática da automedicação, a falta de informações aos usuários, informações e propaganda das indústrias farmacêuticas, entre outros. Todas essas práticas de uso inadequado de medicamentos podem trazer consequências graves para a saúde da população, como, por exemplo, eventos adversos que podem vir a ser letais, ter eficácia limitada, resistência a antibióticos, fármaco-dependência, riscos de infecção, entre outros (BRASIL, 2007).

A assistência farmacêutica centrada no usuário busca melhorar a qualidade do processo de utilização de medicamentos, visando alcançar resultados concretos e de forma coerente com as necessidades do usuário e as condições do Sistema de Saúde. A Portaria nº 2084/GM de 2005 estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos, corroborando a ideia de que o tratamento medicamentoso deve ser submetido a uma visão estratégica e pautado na racionalidade de sua utilização, evidenciando a necessidade da atuação do farmacêutico no SUS como peça chave para o uso racional de medicamentos (BRASIL, 2005b).

Por outro lado, a Portaria nº 3916/GM de 1998 do Ministério da Saúde define a Assistência Farmacêutica como o conjunto de atividades relacionadas com o medicamento, envolvendo desde o abastecimento de medicamentos

em todas as suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informações sobre medicamentos e a educação dos profissionais de saúde, do usuário e da comunidade, com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos. Estas ações são inerentes ao farmacêutico que, conjuntamente com a equipe de saúde, deve implementá-las (BRASIL, 1998; BRASIL, 2006).

A inserção deste profissional na RIS/GHC, ênfase em Saúde da Família e Comunidade se deu em função de a Atenção Primária ser a porta de entrada do usuário e sua condução no SUS, gerando a maioria das prescrições e distribuição de medicamentos e apresentando maior potencial de problemas com os mesmos. A proximidade deste usuário com a equipe interdisciplinar e a presença do farmacêutico a orientá-lo sobre a farmacoterapia, possibilitam o seguimento contínuo do indivíduo dentro de seu ambiente, não com o foco na doença, mas sim no ser humano. Além disso, simultaneamente à inserção da Farmácia nesta ênfase, em dezembro de 2005, uma farmacêutica passou a integrar a equipe do Serviço de Saúde Comunitária (SSC), com o objetivo de contribuir na gestão da Assistência Farmacêutica e prestar apoio matricial às doze Unidades de Saúde que compõem o SSC. A partir de então, várias ações passaram a ser desenvolvidas para a organização da Assistência Farmacêutica neste Serviço, buscando romper a rotina gerencial consumida na lógica imediatista, de atendimento à demanda espontânea. Foram instituídas atividades com planejamento e metas definidas, acompanhamento e avaliação sistemática das ações desenvolvidas e com responsabilidades sobre os resultados atingidos (KOPITTKE et al., 2005; KOPITTKE et al., 2007).

Nas equipes mínimas da Estratégia de Saúde da Família não está contemplado o profissional farmacêutico, porém, desde janeiro de 2008, com a Portaria nº 154, que institui os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), este é um dos profissionais que podem compor esta equipe. Além disto, todos os Municípios devem seguir a Política Nacional de Assistência Farmacêutica e, para tanto, é necessário capacitar o farmacêutico no gerenciamento da Assistência Farmacêutica centrada no usuário, além qualificá-lo para desenvolver as atribuições que lhe são conferidas ao integrar as equipes que compõem os NASFs (BRASIL, 2008).

Por outro lado, na farmacoterapia em Hematologia e Oncologia utilizam-se medicamentos quimioterápicos antineoplásicos, cujo preparo deve ser realizado por um farmacêutico. Devido a sua elevada toxicidade, sua utilização deve ter um acompanhamento farmacoterapêutico, para minimizar os graves efeitos adversos que podem ocorrer. Em sua maioria, são medicamentos de alto custo, sendo, portanto, necessário otimizar recursos financeiros de forma a garantir o acesso dos pacientes ao seu tratamento. O usuário deve receber o medicamento certo, na dose certa e na hora certa, preparado de forma adequada, a um custo compatível com a gestão do Sistema de Saúde. Além disto, faz-se necessário trabalhar com a equipe e com os pacientes de forma a garantir a adesão ao tratamento. A participação do farmacêutico como componente da equipe multiprofissional de Hematologia e Oncologia é obrigatória e legalmente exigida, bem como sua atuação na estruturação física e logística para a preparação dos medicamentos quimioterápicos (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005a).

Da mesma maneira, a inserção do profissional farmacêutico na ênfase Atenção ao Paciente Crítico da RIS/GHC vem contribuir com a equipe na otimização e uso adequado de recursos farmacoterapêuticos que, como no caso daqueles em internação na unidade de tratamento intensivo, requerem o uso de vários medicamentos e, muitas vezes, de alto custo.

Embora as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia enfatizem a necessidade de serem formados farmacêuticos com habilidades e competências para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo, atuar de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, comunicar-se adequadamente com usuários e outros atores da equipe interdisciplinar de saúde, farmacêuticos necessitam de uma qualificação que complemente sua formação acadêmica, na qual estes aspectos ainda não são abordados em profundidade. Além disso, os jovens profissionais carecem da vivência da formação em serviço e da interdisciplinaridade, fundamental ao compor uma equipe de saúde (BRASIL, 2002).

O objetivo primordial da inserção do farmacêutico na RIS/GHC é qualificá-lo para o SUS, sendo capazes de atuar em equipe, de forma interdisciplinar e resolutiva, baseados nos princípios da equidade, universalidade e integralidade, através de ações individuais e coletivas,

desenvolvendo capacidade de analisar e propor ações de incentivo ao uso racional de medicamentos junto aos profissionais de saúde, usuários e comunidade em geral, com base na Política Nacional de Medicamentos e na Política Nacional de Assistência Farmacêutica. A formação em serviço e a atuação em equipe têm possibilitado aos farmacêuticos uma visão nova e ampliada do SUS, da integralidade, da interdisciplinaridade e das suas próprias práticas como profissional de saúde, em especial no estímulo e promoção do uso racional de medicamentos.

Outros objetivos gerais da inclusão do farmacêutico na residência são:

- Possibilitar a aprendizagem, a partir da vivência, no contexto da formação em serviço.
- Desenvolver ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.
- Utilizar os conhecimentos técnicos inerentes da profissão para estimular e promover o uso racional de medicamentos.
- Utilizar aspectos epidemiológicos e socioeconômicos nas tomadas de decisão.
- Acompanhar, através da atenção farmacêutica, os pacientes assistidos pelo GHC.
- Conhecer as políticas de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos.
- Desenvolver atividades sustentadas no atendimento integral ao paciente.
- Relacionar-se de forma humanizada com a equipe, os pacientes e os cuidadores, com vistas a uma atenção integral.
- Prestar assistência ao paciente, a partir de uma abordagem interdisciplinar.
- Buscar a integralidade na formação de recursos humanos para o SUS, através de treinamento em serviço, para o desempenho de atividades baseadas no modelo assistencial proposto pela Estratégia de Saúde da Família (especificamente na ênfase Saúde da Família e Comunidade).
- Compreender os fundamentos da farmacoterapia antineoplásica, conhecendo as classes terapêuticas disponíveis e as técnicas de

preparo dos medicamentos quimioterápicos e radiofarmacos (especificamente na ênfase Hematologia e Oncologia).

- Buscar a formação no manejo de pacientes críticos.

Atualmente, a Farmácia possui uma vaga para residente de primeiro ano (R1) e uma para residente de segundo ano (R2) na ênfase Hematologia e Oncologia, cinco vagas para R1 e cinco para R2 na ênfase Saúde da Família e Comunidade, além de uma vaga de R1 e outra de R2 na residência descentralizada, a qual ocorre no Município de Marau/RS e uma vaga de R1 e outra de R2 para a ênfase Atenção ao Paciente Crítico. A ampliação das vagas na Saúde da Família e Comunidade ao longo dos anos ocorreu a partir da manifestação das equipes das Unidades de Saúde Comunitária, solicitando a presença de mais profissionais.

Todos os residentes, independente da ênfase, atuam na assistência ao paciente e no gerenciamento do ciclo da Assistência Farmacêutica centrado no usuário. As atividades desenvolvidas são teóricas e práticas, voltadas para a formação em serviço, para que possam conhecer e aprofundar-se no território/ serviço onde atuam e nos seus problemas de saúde. Participam de atividades de educação sanitária, da detecção dos fatores determinantes do insucesso dos tratamentos farmacoterapêuticos e dos mecanismos e dificuldades de acesso aos medicamentos, de ações de farmacovigilância e da promoção do uso racional de medicamentos com usuários, comunidade e demais profissionais de saúde, através de educação permanente. As aulas de campo e núcleo são realizadas nas suas áreas de ênfase, porém, algumas das aulas de núcleo, em que são abordados assuntos referentes à prática específica do profissional farmacêutico, são conjuntas para as ênfases, para que o profissional tenha uma visão integral do usuário nos diferentes níveis de atenção.

Além das aulas e práticas em serviço, os residentes realizam um trabalho de conclusão de residência, no qual devem abordar assuntos relacionados à necessidade dos serviços onde estão inseridos, com o objetivo de propor melhorias no território/serviço ou benefícios aos usuários do mesmo.

A participação dos residentes farmacêuticos nas equipes tem proporcionado maior qualidade nos aspectos relacionados aos medicamentos, tanto no seu gerenciamento e logística, quanto no acompanhamento da sua utilização junto aos usuários. As equipes sentem-se amparadas pelo profissional que detém o conhecimento sobre a farmacoterapia e são

desincumbidas de uma série de atividades relacionadas aos medicamentos, que não deveriam ser de sua responsabilidade. Observa-se um crescente reconhecimento da importância do profissional na equipe e sua participação é cada vez mais requisitada.

As ações promovidas pelos residentes farmacêuticos aumentam a adesão ao tratamento, esclarecem aos usuários quanto à farmacoterapia, proporcionam melhores hábitos de vida, repercutindo diretamente nos resultados terapêuticos.

Embora cada profissional da equipe de saúde tenha seu núcleo de competência, seus conhecimentos específicos, importantíssimos para o cuidado à saúde, para a efetiva integralidade da atenção o trabalho interdisciplinar mostra-se fundamental. Segundo Camargo Jr (2003), indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras, são limitados para dar conta de fato do espectro de demandas apresentadas. Portanto, para que o atendimento possa ser de fato integral, além da competência técnica específica de cada disciplina, é imprescindível que os profissionais sejam capazes de trabalhar em grupo, aliando os conhecimentos em práticas interdisciplinares.

A interdisciplinaridade na área da Saúde Pública, além de desejável, mostra-se uma exigência, já que “a saúde e a doença, no seu âmbito social, envolvem concomitantemente: as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, traduzindo, por meio da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos”. Espera-se que o trabalho ocorra numa relação de complementaridade e interdependência e, ao mesmo tempo, de autonomia relativa com um saber próprio (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p.35).

Para a promoção do uso racional de medicamentos, é necessária a responsabilidade compartilhada pelos diversos profissionais de saúde, especialmente na seleção de medicamentos, escolha dos tratamentos (medicamentosos ou não) para os casos específicos de cada usuário e nas intervenções junto a este. Desta forma, o farmacêutico deve compor a equipe de saúde como especialista em medicamentos, capaz de contribuir para uma farmacoterapia racional. Deve exercer as atividades específicas da profissão, como a dispensação e orientação para o uso de medicamentos, acompanhamento farmacoterapêutico, atividades administrativas relacionadas

aos medicamentos, entre outras. Mas, também, deve desenvolver atividades de acolhimento, participação em grupos e outras atividades da unidade sanitária, deve prestar orientações gerais sobre questões relacionadas à saúde e todas as demais atividades para as quais houver demanda na unidade e na comunidade assistida (VEBER, 2008).

A formação tradicional do farmacêutico é extremamente tecnicista, exclusivamente centrada no medicamento. Isto faz com que, por vezes, este profissional desconsidere que as horas empregadas na nova formulação de um medicamento têm como objetivo final o ser humano, o usuário do medicamento, e não a forma farmacêutica por si só, e que a garantia da qualidade de um produto resulta na garantia da integridade de quem for utilizá-lo. Esta formação tradicional ainda mantém o foco unicamente no material, no objetivo, no processo e no medicamento. Deixa de lado o usuário, suas angústias, suas percepções, suas vivências. Os farmacêuticos, de um modo geral, consideram-se inaptos para desenvolver funções que envolvem equipes multidisciplinares e atividades diretamente relacionadas com os usuários. E, de fato, inúmeras vezes o são, já que não foram formados com esta concepção humanista. A RIS/GHC, ao reunir pessoas com diferentes modelos de formação, coloca em convívio o farmacêutico e outros profissionais, inclusive aqueles com formação humanista e habituados à escuta, à troca de experiências, com os quais compartilham habilidades de comunicação e de compreensão do ser humano como um todo, exercitando, de fato, a integralidade da atenção (VEBER, 2008).

Através da formação em serviço, em equipe multiprofissional e interdisciplinar, ocorre o aprimoramento dos conhecimentos, com a constante atualização e apropriação de conteúdos científicos e tecnológicos, mas, também, e principalmente, o desenvolvimento de habilidades e atitudes que levem em consideração o estabelecimento do vínculo, através da ética e do respeito, com atenção aos valores, conflitos, limites, necessidades e verdades dos usuários. Ao valer-se da atuação em equipe para sua formação, o farmacêutico acrescenta aos seus conhecimentos técnicos sobre o medicamento toda uma bagagem de experiências multiprofissionais que irão contribuir de forma decisiva para que suas práticas sejam, de fato, voltadas à integralidade da atenção (VEBER, 2008).

A formação para o SUS, na modalidade de treinamento em serviço contribui de forma decisiva para a consolidação das equipes multiprofissionais, repercutindo na integralidade da atenção. A RIS/GHC tem sido uma referência nesta formação, ao primar pela atuação interdisciplinar e integrada, o que resulta em uma visão ampliada do SUS e de seus usuários, contribui para a humanização dos serviços e supre a necessidade do sistema de saúde de profissionais capazes de romper com antigos paradigmas e atuar nesta nova realidade. O usuário, não mais percebido como simples portador de uma doença, fragmentado, passa a ser visto como uma pessoa, de forma integral e humanizada.

Neste espaço privilegiado de práticas interdisciplinares, concretiza-se de maneira ideal a formação dos farmacêuticos para o SUS com esta nova visão, que complementa com aspectos humanistas a sua formação estritamente tecnicista. Esta abordagem diferenciada, voltada para a integralidade da atenção, pode resultar em maior sucesso na farmacoterapia de uma parcela significativa da população, evitando problemas relacionados com medicamentos. Além disso, com a imersão do farmacêutico na equipe de saúde, este pode contribuir de forma efetiva nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA MC; MISHIMA SM. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface – Comunic, Saúde, Educ.* 2001; ago; 9: 150-3. Disponível em: <http://www.interface.org.br/arquivos/aprovados/artigo4.pdf>

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência Farmacêutica no SUS* / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Educação. *Resolução CNE/CESU nº. 2/02 de 19 de fevereiro de 2002.* Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de graduação em Farmácia. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 04 de março de 2002. Seção 1 p.9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *RDC nº 220, de 21 de setembro de 2004.* Aprova o Regulamento Técnico de funcionamento dos Serviços de Terapia Antineoplásica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 23 set. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Controle de Infecção Hospitalar. *Guia básico para a farmácia hospitalar*. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Oncológica*. Portaria nº 2439/GM de 19 de dezembro de 2005. 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 3916 - Aprova a Política Nacional de Medicamentos*. Brasília, DF: 30 de outubro de 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização* / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.100p.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 2.084/05*. Estabelece normas, responsabilidades e recursos a serem aplicados no financiamento da Assistência Farmacêutica na Atenção Básica e define o Elenco Mínimo Obrigatório de Medicamentos. Brasília, DF: 28 de outubro de 2005b.

BRASIL. *Portaria GM/MS nº 154/08*. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 24 de janeiro de 2008.

CAMARGO KR, Jr. Um ensaio sobre a (In)definição da Integralidade. In: PINHEIRO R; MATTOS RA (Orgs.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2003.

CIPOLLE RJ; STRAND LM; MORLEY PC. *Pharmaceutical care practice*. NewYork: McGraw-Hill; 1998.

CORDEIRO BC; REYNAUD F. Atenção Farmacêutica: evolução ou revolução? In: CORDEIRO BC; LEITE SN (Orgs.). *O Farmacêutico na atenção à saúde*. 2. ed. Itajaí: Univali; 2008.

DEVRIES TPGM; HENNING RH; HOZERGEIL HV; FRESLE DA. *Guia para a Boa Prescrição Médica*. Organização Mundial da Saúde. Porto Alegre: Artmed, 1998. Fundamentos da terapêutica racional. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

HEPLER CD; STRAND LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm*. 1990; 47: 533-43.

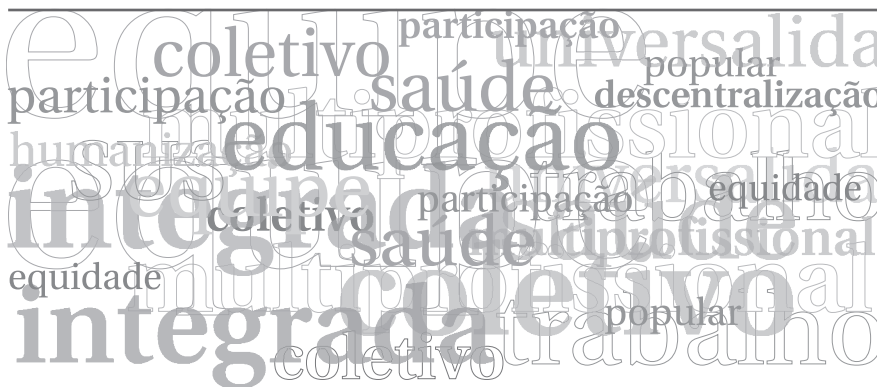
IVAMA AM *et al*. *Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos*. Relatório 2001. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2002.

KOPITTKE L *et al*. *Pré-Projeto Para Assistência Farmacêutica no Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição*. Porto Alegre: Grupo Hospitalar Conceição, 2007.

KOPITTKE L; FELTRIM A; GABE LH; PUGA LS. *Projeto de Inserção do Profissional Farmacêutico na Residência Multiprofissional do Grupo Hospitalar Conceição*. Porto Alegre: Serviço de Farmácia do Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2005.

PÖTZSCH R *et al.* *A Farmácia: uma janela para a história*. Brasília: Roche; 1996.

VEBER AP. A Atuação do Farmacêutico na Saúde da Família. In: CORDEIRO BC; LEITE SN (Orgs.). *O Farmacêutico na atenção à saúde*. 2. ed. Itajaí: Univali; 2008.



ESTUDO DO PERFIL DOS FLUXOS DAS CONSULTORIAS PSIQUIÁTRICAS NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO: UMA EXPERIÊNCIA DE ENSINO- APRENDIZAGEM

Alexandre Annes Henriques

Maria Marta Orofino

Rita Mello de Mello

Vera Pasini

Fernanda Concatto

Anderson Ferreira

Antônio Bolis

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) forma a maior rede pública de hospitais do sul do Brasil, sendo os atendimentos exclusivos do Sistema Único de Saúde (SUS). É composto pelo Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Hospital Cristo Redentor (HCR), Hospital Fêmina (HF), Hospital Criança Conceição (HCC), Unidade de Pronto-Atendimento Moacyr Scliar, doze postos de saúde do Serviço de Saúde Comunitária, um Consultório na Rua e Centros de Atenção Psicossocial para infância e adolescência, adultos e álcool e outras drogas. Vinculado ao Ministério da Saúde, o GHC tem como Modelo de Atenção as Linhas de Cuidado, baseadas no atendimento integral e humanizado, apostando em uma postura que implica no trabalho

em equipe, na continuidade do cuidado, no acolhimento, no vínculo, na responsabilização e na resolutividade.

A Linha de Cuidado em Saúde Mental originou a Equipe dos Gestores do Cuidado em Saúde Mental (GC/SM), formada por quatro profissionais de nível superior, com experiência nas ações de ensino, pesquisa e apoio matricial. Configura-se como um dispositivo pioneiro na Saúde Mental, agindo na gestão da clínica e no gerenciamento do cuidado, desenvolvendo apoio especializado em saúde mental e educação permanente para as diferentes equipes do GHC, dentro da atenção e desenvolvimento tecnológico em cenários do SUS. Neste contexto, a Equipe dos GC/SM teve, como uma de suas metas, acolher, no cotidiano do trabalho, estagiários que tivessem interesse em acompanhar esse novo modelo de trabalho nos processos do cuidado em saúde, contribuindo para o processo de ensino-aprendizagem de todos – trabalhadores, residentes e estudantes.

Apresentamos o resultado de um estudo da equipe dos GC/SM, desenvolvido no ano de 2012, que só tornou-se possível justamente pela participação destes novos – e temporários – integrantes da equipe: dois residentes do programa da Residência Integrada em Saúde (RIS/GHC), da ênfase em Saúde Mental, e uma estagiária de psicologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), da ênfase Promoção e Prevenção em Saúde. O presente trabalho distingue-se pelo olhar peculiar proporcionado pela união de diferentes perspectivas, dado o momento de cada integrante. Os profissionais em formação não apenas aprenderam, como ensinaram, em uma troca mútua, em que o olhar institucionalizado e o conformismo eram combatidos com questionamentos e busca por respostas. O estudo de 2012 é resultado de uma destas buscas.

DOS QUESTIONAMENTOS À BUSCA DE RESPOSTAS: O ESTUDO DO PERFIL DOS FLUXOS DAS CONSULTORIAS PSIQUIÁTRICAS NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

Com oferta de 822 leitos, o HNSC oferece todas as especialidades de um hospital geral em seu ambulatório, na emergência e na internação. Mantém a emergência médica e odontológica com as portas abertas 24 horas

e realiza 23% do total de atendimentos ambulatoriais de alta complexidade do estado.

A instituição utiliza a consultoria como um dispositivo para qualificação do atendimento ao paciente. Esse processo se configura através do pedido de um profissional ou serviço para um especialista de outra área, para uma atuação pontual. As consultorias psiquiátricas do HNSC são acionadas pelos demais setores de internação desse hospital, através de prontuário eletrônico e são atendidas em até 48 horas pelo médico psiquiatra da escala. A equipe GC/SM investiu no estudo sobre as demandas de consultoria psiquiátrica do hospital para ter um melhor panorama desta dinâmica, visando ampliar os conhecimentos da rede interna e dos fluxos de atenção às pessoas que necessitam de cuidado especializado em Saúde Mental.

A metodologia do estudo aqui relatado pode ser dividida em três momentos:

- Antes de ir a campo – Estabelecimento das especificações dos critérios de busca e padronização do modo de levantamento da informação necessária;
- No momento da coleta – Coleta dos prontuários das populações pertencentes às regiões das unidades das Gerências Distritais Norte e Eixo-Baltazar que internaram no HNSC;
- Posteriormente à ida a campo - Validação das informações pelo crivo de todos os membros da Equipe GC/SM e análise dos dados, expressos em tabelas e gráficos.

A coorte da análise foi composta por prontuários das populações pertencentes às unidades das Gerências Distritais Norte e Eixo-Baltazar que internaram no HNSC no período de novembro a dezembro de 2011. A delimitação da área de abrangência se deu pela escolha das unidades de saúde comunitária, inseridas no território atendido pelo GHC. As informações levantadas eram sobre o trânsito das consultorias de psiquiatria e os fluxos de encaminhamento pós-alta, advindos da intervenção do médico especialista.

O objetivo principal do estudo foi contribuir para o entendimento dos fluxos de atendimento, intervenções e encaminhamentos em saúde mental, com base nas informações advindas do conhecimento das dinâmicas na instituição. Com isso, foi possível propor ferramentas e processos de trabalho

mais alinhados com as diretrizes e normas da linha de cuidado em saúde mental da instituição. Teve-se como norteador da pesquisa o Projeto de Saúde do Território do Ministério da Saúde (Figura 1), o qual visa a qualificação e ampliação do cuidado nos serviços por meio da territorialização, reforçando a importância da rede familiar, social e cultural (BRASIL, 2009).

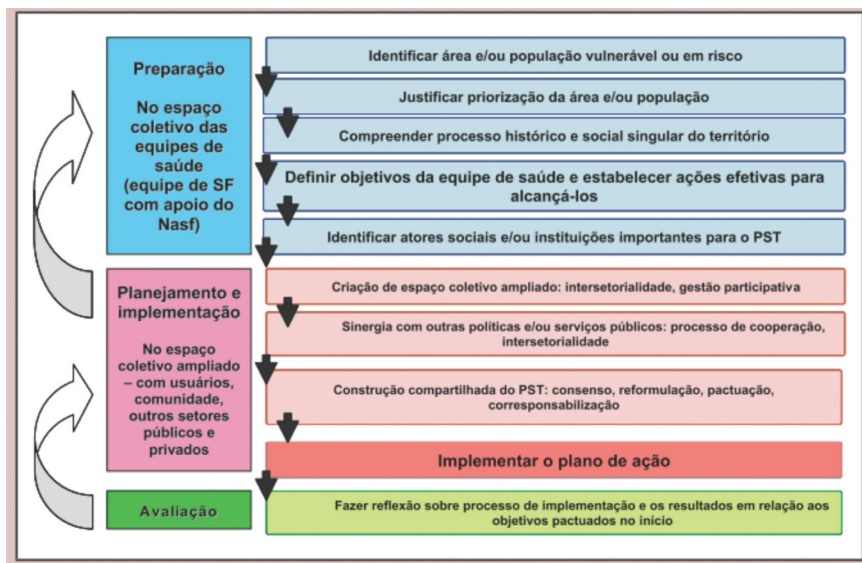


Figura 1 - Esquema do Projeto de Saúde do Território.

Em outras palavras, trabalhamos com um conceito de território para além de uma área e população determinada, sendo um campo de atuação, de expressão do poder, seja ele público, privado, governamental ou não (BATISTELLA, 2004; MONKEN; BARCELLOS, 2007). É um espaço concreto da vida social, no qual estão presentes políticas e estratégias públicas e privadas (GADELHA *et al*, 2011). Consideramos que as ações voltadas ao cuidado devem reconhecer e apreciar as diferenças territoriais, funcionando como orientadoras de propostas e de investimentos, que promovam a ampliação da rede de cuidado e de equipes/instituições que valorizem a subjetividade.

Uma dessas ações foi a coleta de dados no Prontuário Eletrônico do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), amostral de novembro a

dezembro de 2011, totalizando 200 prontuários. Deste total, verificou-se que apenas 84 eram referentes à região selecionada. Após esta análise, passou-se para a tabulação das informações, que foram caracterizadas por: idade; sexo; bairro; cidade de origem; US de referência; setor que solicitou consultoria; especialidade profissional que solicitou a consultoria; motivo da solicitação; orientação registrada pelo consultor da Psiquiatria; existência ou não de acompanhamento em Saúde Mental extra-hospitalar; e qual foi a conduta pós-alta registrada.

APRENDIZAGEM PRÁTICA - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nas comunidades atendidas pela Saúde da Família, verifica-se que entre 22,7% e 38% da população sofrem de algum transtorno mental (BRASIL, 2009). Todavia, não há estudos que especifiquem quais transtornos mentais têm maior prevalência no Brasil (BRASIL, 2009), o que demonstra uma lacuna de conhecimento com consequências sérias. Isso porque, uma vez que não se conhece estes dados, as ações voltadas à saúde mental perdem potencial de abrangência, por exemplo, na escolha de medicamentos de distribuição na farmácia básica do governo.

Os dados utilizados atualmente são estimativas, baseadas em estudos internacionais (BRASIL, 2003; 2009). Adota-se que 3% da população mundial têm transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos, e que entre 9% e 12% precisam de atendimento eventual por apresentarem transtornos mentais leves. Em torno de 20 milhões de brasileiros demandam algum cuidado em saúde mental, o que ressalta a necessidade de se trabalhar e questionar tal assunto e serviços.

No estudo aqui relatado, do total de 84 consultorias psiquiátricas realizadas, 40 casos sinalizavam existência de algum transtorno mental, sendo que nove desses casos registravam comorbidades.

Ziegelmann (2008) escreve que a vida que adoece gera repressão do que deveria circular livremente pelo corpo, com intensidades, impulsos, afetos, sentimentos e pensamentos próprios. Isso, segundo o autor, é o que afeta o corpo, machuca-o e o adoece, de diferentes formas. Sendo assim, podemos entender que todos os casos encontrados nas consultorias são manifestos de uma vida adoecida, que merece atenção e cuidado.

Olhando para os casos de adoecimento dos 84 prontuários, encontramos que, foram relatados nas consultorias 37 casos de uso/abuso de drogas lícitas e ilícitas, sendo que 16 desses estavam associados com comportamento suicida. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2003; 2009) estima que pelo menos 6% da população sofre transtornos decorrentes do abuso destas substâncias, sendo que esta percentagem aumenta para até 11% na população entre 12 e 65 anos, segundo pesquisas da Unifesp (CEBRID, 2005). Para atender esta população, o sistema assistencial está em um processo de mudança da atenção hospitalar para a atenção básica (BRASIL, 2003). Um exemplo disso foi o aumento de Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS ad).

Corroborando com estas informações, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2003; 2009) relata ações relacionadas aos problemas associados ao uso de álcool e/ou outras drogas. Essas propostas combatem questões de prejuízo à saúde e ao bem-estar do usuário, juntamente com a família, e trabalham com meios mais adequados para promoção de saúde, indo além de ações focadas apenas na dependência em si. Como resultado prático da construção desse perfil, foram propostas intervenções para qualificação do trabalho das consultorias e melhoria na continuidade do cuidado no pós-alta hospitalar no GHC.

Os dados levantados pelo estudo demonstram que 40 prontuários de pacientes careciam de alguma informação, sendo que, em 22 registros, nada constava sobre a conduta pós-alta. Isso pode significar inúmeras situações, dentre elas que o paciente não foi orientado, ou que o médico assistente não assinalou no prontuário a conduta indicada. Independente do motivo, demonstra uma defasagem na comunicação dos profissionais de saúde, o que corrobora com a literatura especializada (CHIAVERINI, 2011; MONKEN; BARCELLOS, 2007), a qual aponta carência de informações e metodologias de análise que permitam comparar necessidades e oferta de serviços de saúde em nível local.

Ou seja, apesar da comunicação estar presente em 85% a 90% da carga horária dos profissionais da saúde, essa lacuna não se trata de um caso particular da instituição e afeta o sistema de saúde como um todo. As dificuldades de comunicação impactam diretamente na adesão ao tratamento, na relação médico-paciente e na qualidade do acolhimento (CHIAVERINI, 2011).

CONCLUSÕES

As ações em Saúde Mental do GHC são regidas pela Rede de Cuidado, de atuação transversal, em conjunto com os princípios do SUS (BRASIL, 2003) e da Reforma Psiquiátrica, sendo incentivada a criação de leitos de saúde mental em hospitais gerais, para o atendimento de crises agudas, e o atendimento em ambulatório ou em atenção básica, para o sofrimento psíquico menos grave.

Este trabalho permitiu expandir o conhecimento sobre determinada população atendida pelo HNSC, reconhecendo as principais demandas do território adscrito referente à Gerência Distrital Norte e Eixo-Baltazar, da cidade de Porto Alegre - com seus respectivos problemas em termos de atenção em saúde mental. Isso permite a proposição de ações com maior potencial de impacto e, conseqüentemente, maior probabilidade de resolução (BRASIL, 2009). Além disso, trabalha com as dimensões que interagem para aumentar a possibilidade de adesão do paciente ao tratamento, de acordo com a OMS (2004) (Figura 2).

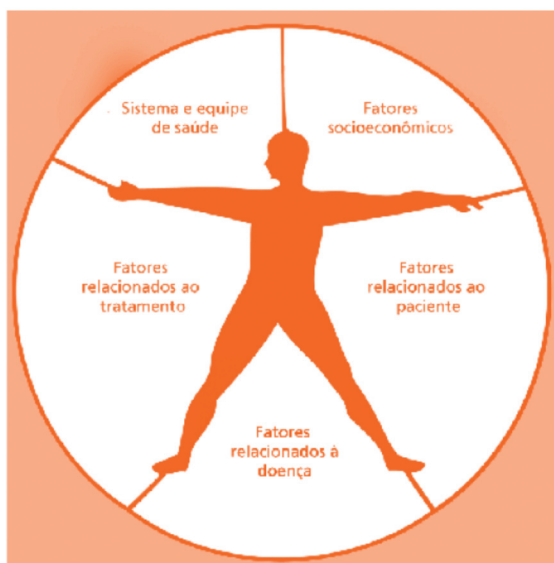


Figura 2 - Fatores que influenciam na adesão ao tratamento (OMS, 2004).

Não obstante, o comprometimento de realizar parcerias no território entre serviços de saúde e recursos da comunidade, vinculando políticas públicas, é essencial para os cuidados em saúde mental e para os processos de reabilitação psicossocial (DELFINI *et al*, 2009). Assim, uma das possibilidades desta ação é fortalecer a responsabilização do cuidado em saúde mental no âmbito institucional do GHC, reduzindo a lógica do encaminhamento, estimulando a interdisciplinaridade e a clínica ampliada, com o resgate da valorização do indivíduo como um todo e não apenas os aspectos biológicos e sintomáticos (BRASIL, 2003).

Vale lembrar que o levantamento de dados na atenção hospitalar faz parte da rede de cuidado, que inclui a atenção básica, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de atenção psicossocial, os centros de convivência, os clubes de lazer, entre outros (BRASIL, 2003). Todos devem se responsabilizar pelo cuidado, considerando-o em um contexto, e fora da lógica de fragmentação por recortes disciplinares (BRASIL, 2009).

Com esta dinâmica, o paciente tende a se sentir melhor acolhido, fortalecendo o vínculo com a equipe e aceitando, com mais facilidade, as orientações feitas pelos profissionais de saúde (CHIAVERINI, 2011). Dentro deste ideal, nosso trabalho se propõe a auxiliar, indicando ferramentas a serem utilizadas, agregando ao prontuário eletrônico informações como:

- **Check-In (no momento da internação):** Identificação da UBS conforme CEP, no mínimo para a gerência distrital Norte-Eixo Baltazar;
- **Fluxos da Consultoria:** Abertura de um campo “Consultoria” com informações relevantes para constar em nota de alta (preenchimento deste campo associado a “evoluir consultoria”);
- **Check-Out (no momento da alta dos pacientes internados):** Nota de alta - Listagem de todas as consultorias e o registro do campo “informações relevantes” das consultorias para gerenciamento do médico assistente. Incluir, nesta nota de alta, um “Check-Out” da consultoria, em que o profissional responde com S ou N às perguntas “*Paciente já teve os encaminhamentos formais e necessários pós-alta?*” e “*Familiar elou cuidador está adequadamente orientado sobre o pós-alta?*”

Assim, esse trabalho envolve a gestão da clínica em saúde mental e propõe o conhecimento, o uso e a fomentação de ferramentas tecnológicas como Projeto Terapêutico Singular, Projeto de Saúde no Território, Apoio Matricial, Clínica Ampliada e Pactuação do Apoio propostas pelo Ministério da Saúde para fortalecer o cuidado:

“Pode-se 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 toda a rede de saúde e, sobretudo, com a Atenção Primária à Saúde.” (Caderno de Atenção Básica NASF, Ministério da Saúde, 2009)

Concluindo esta primeira etapa da pesquisa, é de extrema importância retomar nossa observação ao longo da apresentação deste texto: A equipe GC/SM é uma equipe nova, dentro do histórico institucional dos processos de cuidado em saúde mental. Para todos que recebem, em suas equipes, residentes e estagiários, sabe-se o quão desafiador é acompanhar e deixar-se ser acompanhado em todos os processos do cotidiano do trabalho. Administrar, entre todas as tarefas, demandas e responsabilidades, um espaço de atenção e troca de saberes, dúvidas, conflitos e dificuldades não é uma tarefa simples. Mais do que um resultado de pesquisa, o que viemos aqui compartilhar é a experiência de um trabalho, que se tornou possível justamente pelas diferenças de tempos, olhares e conhecimentos de cada integrante deste grupo. Estudar, discutir, escrever, pensar e apresentar para equipes e gestores novas ações e/ou remodelagens de ações existentes estimulou o desenvolvimento da consciência crítica e o amadurecimento da competência ética de todos, oportunizando um momento de ensino-aprendizagem relacional.

REFERÊNCIAS

- BATISTELLA C. Material do Programa de Formação de Agentes Locais de Vigilância em Saúde, Unidade I, Módulo 3. *O Território e a Vigilância em Saúde*. Fiocruz, 2004. p. 24-39.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: Diretrizes do NASF/ Núcleo de Apoio a Saúde da Família*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental e atenção básica, o vínculo e o diálogo necessários*. Inclusão das ações de saúde mental na atenção básica. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica, nº 01/03, 2003.

CEBRID. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. São Paulo: Unifesp; 2005.

CHIAVERINI DH (Org.). *Guia prático de matriciamento em saúde mental*. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Brasília/DF, 2001.

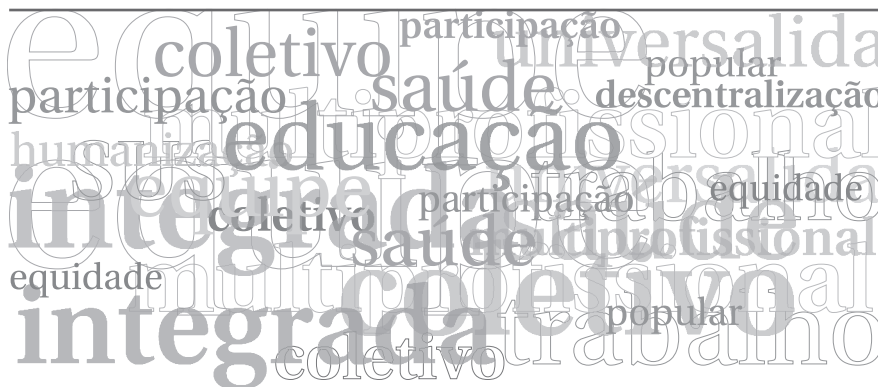
DELFINI PS de S; SATO MT; ANTONELI P de P; et al. *Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1), 1483-1492, 2009.

GADELHA CAG; MACHADO CV; LIMA LD de; et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.6, p.3006-3016, 2011.

MONKEN M; BARCELLOS CO. Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA AF; CORBO AMD'A (Orgs.). *O território e o processo saúde-doença*. Cap. 06. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

OMS. *Intervenção breve para o abuso de substâncias*: guia para uso na atenção primária à saúde. Genebra. Versão brasileira, 2004.

ZIEGELMANN L; ROCHA CMF. (Orgs.). *Corpovida: Tecendo uma clínica contemporânea*. Ed. Nossa Senhora da Conceição S.A. Porto Alegre/RS, 2008.



O PAPEL DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO NA REORIENTAÇÃO DOS CENÁRIOS DE PRÁTICA EM SAÚDE BUCAL

Daniel Demétrio Faustino-Silva

Rejane Bezerra de Lima

Ananyr Porto Fajardo

As Residências Multiprofissionais em Saúde, por constituírem uma modalidade de ensino em serviço, vêm se configurando como uma importante estratégia no processo indutor de mudanças para o aperfeiçoamento das práticas e políticas do SUS. Nesse sentido, a ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC) tem papel de coautoria e indução nas transformações dos processos de trabalho do Serviço de Saúde Comunitária do GHC (SSC/GHC), diversificando o cenário de prática assistencial para todos os núcleos profissionais, inclusive da Saúde Bucal.

A RIS/GHC está estruturada a partir da integração ensino-serviço-pesquisa e tem o objetivo de especializar profissionais de diversas áreas da saúde para a atuação e o trabalho em equipe, segundo os princípios do SUS (BRASIL, 2009). Sua proposta visa, além da formação de um profissional qualificado às exigências do SUS, a formação de um cidadão crítico que busque, em seus espaços de atuação profissional, social e política, a possibilidade de construir, coletivamente, soluções aos problemas que

acometem tanto os usuários como o próprio sistema e os trabalhadores da saúde (FUNK; FAUSTINO-SILVA; MALACARNE *et al*, 2010).

A formação em serviço, desenvolvida sob a ótica da interdisciplinaridade e da humanização do cuidado, visa a propiciar uma melhor atenção à saúde dos usuários, além de melhorar a qualidade de vida de todos – dos usuários dos serviços, ao serem considerados em sua integralidade; dos profissionais em formação, ao aumentarem sua capacidade de diálogo e alcançarem uma compreensão ampliada da realidade, e dos preceptores e orientadores, pela possibilidade educativo-participativa do trabalho em saúde (BRASIL, 2010). O próprio programa, orientado pelo Projeto Político Pedagógico (PPP) da RIS/GHC, define quatro eixos principais na formação: integralidade; trabalho em equipe, humanização e educação permanente (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, s.d.).

A integralidade pressupõe um conceito amplo de saúde, no qual necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas dos usuários são (re)conhecidas e orientam políticas e programas visando a redução do risco de doenças e outros agravos, além de promover o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. O trabalho em equipe busca provocar, na interdisciplinaridade, a aproximação dos residentes à multidimensionalidade dos sujeitos e ao contexto em que estão inseridos, bem como às formas de expressão de suas demandas, qualificando e ampliando suas ferramentas no campo de atuação. A humanização pretende incorporar a dimensão subjetiva do processo, no qual o profissional e o usuário se encontram, se relacionam e experimentam a tomada de decisões conjuntas. Depende, ainda, de mudanças das pessoas e do modo de trabalho, significando uma reforma na atenção, no sentido de facilitar a construção de vínculos entre equipes e usuários. O eixo educação permanente prevê a formação de um profissional crítico reflexivo e propositivo, capaz de “aprender a aprender”, estruturado a partir da problematização do seu processo de trabalho, cujo objetivo é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações, da gestão dos trabalhadores em saúde e do controle social (FUNK; FAUSTINO-SILVA; MALACARNE *et al*, 2010).

Alavancadas pelo arcabouço teórico-prático do PPP da RIS/GHC, inúmeras inquietações e problematizações vão surgindo por parte dos residentes da odontologia nos seus campos de prática, especialmente porque atuam em diálogo com outros núcleos profissionais, a saber: Enfermagem, Farmácia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. As situações-problema emergem do cotidiano, da discussão com a preceptoria que, com diversas formações, experiências e práticas no SUS, inevitavelmente, culminam com discussões conceituais nos espaços de formação teórica. Em 2004, havia cinco vagas para odontólogos; atualmente são onze vagas nessa ênfase (sendo duas na modalidade descentralizada) e duas em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial, que foi incluída em 2013 no programa.

A construção conjunta de novas práticas de acesso, cuidado integral e interdisciplinaridade através das ações programáticas, longitudinalidade e coordenação do cuidado em saúde bucal, ou seja, a efetivação dos atributos da APS na prática do SUS, é plenamente facilitada pela organização do programa e pela troca entre residentes, preceptores e equipes em uma década de existência dessa modalidade formativa.

Alguns avanços alcançados na qualificação da infraestrutura, ampliação do quadro funcional e mudanças no processo de trabalho proporcionaram a implementação de medidas para ampliar o acesso da população e serão abordados a seguir.

QUALIFICAÇÃO DA INFRAESTRUTURA E AMPLIAÇÃO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

O primeiro e mais evidente avanço na saúde bucal do SSC/GHC se deu na ampliação da infraestrutura e na contratação de Cirurgiões-Dentistas (CDs) e Técnicos em Saúde Bucal (TSBs) para compor as equipes. Na medida em que a inserção de residentes do programa deve-se dar em serviços onde haja a presença de profissionais contratados para exercerem a preceptoria de núcleo e campo, residentes de outros núcleos profissionais para facilitar o diálogo e a prática complementar entre eles e infraestrutura necessária, as cinco vagas para odontólogos da primeira turma da RIS/GHC foram alocadas em quatro Unidades de Saúde (US).

Com o fortalecimento do programa, os serviços foram recebendo mais contratados e a instituição obteve recursos para ampliar e diversificar o quadro funcional. Atualmente, as equipes de saúde bucal são compostas por 24 CDs e 19 TSBs. Com isso, em 2014, foi possível acolher nove odontólogos residentes de primeiro ano (R1) e oito de segundo ano (R2) na modalidade desenvolvida no SSC/GHC e dois R1 no município de Gravataí, na modalidade descentralizada.

A qualificação da infraestrutura para atendimento clínico acompanhou essa expansão de pessoal. Em 2006, havia 19 equipamentos odontológicos muito desgastados, passando para 24 novos em 2014, sendo que todas as US contam com aparelhos de profilaxia, amalgamador, fotopolimerizador, no mínimo duas canetas de alta rotação por profissional e autoclave e seladora. O Quadro 1 resume essa estrutura física e de pessoal para atenção à saúde bucal.

Quadro 1 - Quantidade de equipamentos odontológicos, cirurgiões-dentistas (CD), técnicos em saúde bucal (TSB), residentes de primeiro (R1) e segundo ano (R2) e estagiários atuantes no SSC/GHC, 2014.

Unidade de Saúde	Quantidade de equipamentos	CDs	TSBs	Residentes		Estagiários
				R1	R2	
Barão de Bagé	2	2	1	1	0	2
Coinma	2	2	2	1	1	0
Conceição	1	2	1	0	0	1
Costa e Silva	1	1	1	0	0	0
Divina Providência*	Redistribuídos	3*	2*	0	0	0
Floresta	3	2	2	1	1	1
Jardim Itu	2	2	2	1	1	0
Jardim Leopoldina	2	2	2	1	0	0
N. S. Aparecida	3	2	1	1	2	1
Parque dos Maías	3	2	2	1	2	1
Santíssima Trindade	2	2	1	1	0	0
Sesc	3	2	2	1	1	1
TOTAL	24	24	19	17		7

* Os equipamentos e a equipe de saúde bucal da US Divina Providência foram temporariamente realocados em outras US para continuar atendendo à população adscrita.

PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DE SAÚDE BUCAL

Em 2009, o núcleo da Odontologia iniciou um processo de discussão de suas práticas, com o objetivo de ampliar o seu olhar para além da boca, embora sempre buscando a especificidade do “território bucal”. Foram realizados encontros teóricos sobre Acesso, Indicadores, Vigilância em Saúde e Ações Programáticas, clínica ampliada, coordenação do cuidado e longitudinalidade, permeando as discussões de como a atenção à saúde bucal se integra a essa lógica em equipe. A inobservância de uma ferramenta sistemática de avaliação de acesso e qualidade de atenção à saúde bucal do SSC, frente aos inúmeros indicadores de acesso e qualidade que o serviço acumulou na área médica, norteou essa iniciativa do pensar a nossa prática propondo modificações nos processos de trabalho das equipes.

Após diversos encontros, foram produzidas três frentes de trabalho através de ações programáticas para a saúde bucal, sendo integradas aos Programas da Criança, da Gestante e dos Pacientes Hipertensos e Diabéticos (Hiperdia). As reflexões se estenderam para outros nós críticos da prática em saúde bucal na APS como acesso, coordenação do cuidado e integralidade, ações coletivas e atenção fora do consultório odontológico, que serão apresentadas a seguir, concluindo com seu efeito nos programas acima referidos.

ACESSO EM SAÚDE BUCAL

Segundo Andersen (1995) e Starfield (2002), o acesso aos serviços de saúde traz consigo outros conceitos e contempla não só a entrada nos serviços (acessibilidade), mas, também, o recebimento de cuidados subsequentes (utilização). O conhecimento acerca destes componentes, da porta de entrada ao sistema de saúde, por meio das formas de agendamento, faz-se necessário para direcionar o trabalho às necessidades de saúde da população. O acesso aos serviços permeia as relações entre as necessidades de saúde, a demanda por e a utilização de serviços de saúde. Estes três elementos, quando organizados sequencialmente, indicam que as “necessidades” das pessoas, em termos de saúde, transformam-se em “demanda”, a qual, por

sua vez, gera a “utilização” dos serviços, desde que garantido o acesso a eles (PEREIRA, 2002).

Existem poucas informações acerca do uso de serviços odontológicos por parte da população brasileira. Conforme dados da Pesquisa Nacional por Amostragem de Domicílios (PNAD), quase um quinto (18,7%) da população brasileira nunca consultou um dentista (IBGE, 2000). As maiores proporções de pessoas desassistidas estão entre as crianças menores de quatro anos (85,6%), os homens (20,5%) e a população residente em áreas rurais (32,0%), denotando uma necessidade de priorização e facilitação do acesso em especial para esses grupos.

Especificamente em uma das Unidades de Saúde do SSC/GHC, o conjunto de residentes e contratados da Unidade SESC vêm, sistematicamente, avaliando, estudando e discutindo o acesso em saúde bucal com sua equipe, a fim de facilitar e otimizar o tratamento dos pacientes e reduzir, cada vez mais, o absenteísmo, especialmente em primeiras consultas. Essa ação está embasada nos achados descritos na literatura e nas observações e inquietações do cotidiano.

Até 2010, havia na unidade SESC um sistema de marcação mensal com o auxiliar administrativo ou agente comunitário de saúde, que gerava a desconfortável fila e ansiedade para os usuários, trabalhadores e conselho local de saúde. Naquele período, eram atendidas, diariamente, muitas consultas de urgência e, ao mesmo tempo em que usuários relatavam que nunca conseguiam agendar seu tratamento, muitos pacientes faltavam à primeira consulta agendada. Tentando modificar esse cenário paradoxal, em 2011, a partir de uma reformulação desse sistema, o agendamento passou a acontecer por meio de uma Consulta Coletiva, realizada quinzenalmente, com a participação da equipe de saúde bucal. Neste espaço, são feitas as combinações sobre o programa de acompanhamento da unidade e oferecidas orientações em saúde da boca, seguidas de exame clínico individual, com agendamento de acordo com classificação de necessidades e disponibilidade de usuário e profissional. O monitoramento das consultas nessa unidade de saúde mostrou que a implantação do acesso através da consulta coletiva resultou em redução de 28 para 14% no absenteísmo nas primeiras consultas, além de redução de 18 para 13% na demanda de consultas de urgência. Esses dados levam a crer que o sistema de acesso e o estabelecimento de um vínculo

inicial são fundamentais em saúde bucal na atenção primária. Além disso, avaliações e monitoramentos permanentes do acesso são necessários para que a equipe de saúde se adapte cada vez mais às necessidades dos usuários, conseguindo ampliar a abrangência da assistência.

A VISITA DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA PARA O CUIDADO

A visita domiciliar é uma estratégia importante no aprendizado, baseado na realidade de futuros profissionais generalistas críticos e reflexivos, capazes de cuidar de indivíduos e não somente da assistência a doentes, aptos a trabalhar em equipes multiprofissionais, em espaços de trabalhos variados, não restritos apenas ao consultório odontológico (BRASIL, 2001).

Diversas unidades do SSC utilizavam a Visita Domiciliar como ferramenta para busca ativa das crianças, gestantes e diabéticos faltosos nas consultas odontológicas. Para além de uma forma de vigilância, as equipes começaram a incluir na rotina do processo de trabalho o exame bucal inicial, com orientações educativas no próprio domicílio, ressaltando a importância dos cuidados com a boca.

Vários estudos apontam o importante papel dessa modalidade de atenção no estabelecimento de vínculos com a população, bem como seu caráter estratégico para integralidade e humanização das ações, pois permite uma maior proximidade e, conseqüentemente, maior responsabilização dos profissionais para com as necessidades de saúde da população, de sua vida social e familiar (CUNHA; SÁ, 2013). Configura-se em um importante instrumento para o planejamento das ações de saúde e a reorientação das práticas. No entanto, apresenta desafios para sua consolidação, especialmente por exigir grande disponibilidade interna do profissional para lidar com uma demanda não diagnosticada, entrar em contato direto com o imprevisível, adentrar na casa das pessoas. Trata-se de uma tarefa difícil, não apenas pelo desgaste físico, mas, sobretudo, por ser altamente exigente de trabalho psíquico, em função das angústias, fantasias e sentimentos, por vezes contraditórios, que podem mobilizar nos profissionais (SÁ, 2009).

Cabe, ainda, acrescentar que o trânsito da equipe de saúde até a casa das pessoas representa um dispositivo importante para as práticas

multiprofissionais, conhecimento das condições de vida e habitação das famílias, das relações que estabelecem no ambiente doméstico, das condições do adoecimento daquela família e, conseqüentemente, podem facilitar o planejamento e o direcionamento das ações visando a promoção da saúde e o fortalecimento do autocuidado (CUNHA; SÁ, 2013).

DA PRÁTICA EM CONSULTÓRIO AOS ESPAÇOS COLETIVOS DE CUIDADO

Consultas sequenciais, interconsultas, consultas coletivas e grupos de saúde foram práticas incorporadas aos saberes tecnocentrados dos trabalhadores da saúde bucal. Já não era suficiente haver agenda aberta, priorização de consultas, cartazes informativos, mutirão nas campanhas de vacina para organização do cuidado. Era necessário mudar a cultura de usuários e de trabalhadores: produzir um cuidado integral, integrar-se na produção desse cuidado.

Uma organização do cuidado, de forma contínua e integrada, exige das equipes o desenvolvimento de tecnologias que ultrapassem os aspectos biológicos e prescritivos da doença, impulsionando mudanças na produção do cuidado em saúde que sejam centradas nas pessoas e famílias e que promovam autonomia (FERREIRA; BIANCHINI; FLORES, 2011). O autocuidado apoiado objetiva o empoderamento das pessoas com a educação em saúde e intervenções de apoio para aumentar a confiança e as habilidades dessas pessoas e suas famílias. As práticas coletivas mais comuns utilizadas pela saúde bucal do SSC são a consulta coletiva e a sequencial.

A consulta coletiva é uma tecnologia leve que promove vínculo, acolhimento, escuta sensível, valoriza as subjetividades e singularidades dos indivíduos, favorecendo maior participação e adesão dos usuários (FERREIRA; BIANCHINI; FLORES, 2011). O espaço coletivo é uma rica oportunidade para se experimentar a produção do conhecimento em esfera ampliada. Assim, é possível intervir com mais efetividade, tanto nas questões individuais, quanto no âmbito comunitário, considerando a saúde como processo histórico e social (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2008).

Segundo Mendes (2012), a atenção compartilhada a um grupo tem sido adotada como uma maneira de superar os problemas dos sistemas

de atenção à saúde,' estruturados no atendimento uniprofissional face a face, com forte centralidade na consulta médica de curta duração e para dar sequência a práticas multiprofissionais efetivas. Diferentemente de um grupo de educação em saúde, é focada em pessoas com condições de saúde semelhantes, contando com a participação de vários profissionais de saúde ao mesmo tempo (atenção compartilhada). Nesse modelo, a equipe de saúde facilita um processo interativo de atenção à saúde.

A atenção contínua ou consulta sequencial foi desenvolvida para o manejo de pessoas portadoras de condições crônicas na APS. Foi proposta para atender pessoas de forma sequenciada, passando por diferentes profissionais de saúde, em um mesmo turno de trabalho. Em geral, o último horário é dedicado a um trabalho de grupo, com objetivo de educação em saúde (MENDES, 2012). A consulta sequencial tem como pressuposto o reconhecimento de que cada atendimento profissional é singular e tem como objetivos melhorar os resultados de saúde, aumentar a satisfação das pessoas usuárias, monitorar a condição crônica, incrementar a satisfação da equipe de saúde e reduzir a utilização de serviços desnecessários (MENDES, 2012).

AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ATENÇÃO EM SAÚDE BUCAL NO SSC/GHC

Os programas da asma, da criança, da gestante e Hiperdia passaram a incluir ações de cuidado em saúde bucal, as quais também constam dos protocolos e rotinas assistenciais do serviço.

Em 2014, dentre os 15 indicadores gerenciais do SSC pactuados pelas equipes e colegiado de gestão, três se referem ao cuidado em saúde bucal:

- Proporção de **gestantes com atendimento odontológico**.
- Proporção de **crianças que realizaram consulta odontológica** ao completar 1 ano, entre as crianças nascidas em 2013.
- Proporção de **diabéticos atendidos pelo dentista** em relação aos inscritos.

Especificamente em relação a cada uma das ações programáticas desenvolvidas, é possível identificar que:

- **Crianças com asma**, sob responsabilidade de uma unidade de saúde acessaram, em sua totalidade, a equipe de saúde bucal, em

2012, graças à instituição da consulta sequencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

- **Gestantes que realizaram consulta odontológica superaram amplamente** a meta nas doze US do SSC (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2013).
- **Bebês** com até 1 ano de idade, vinculados ao serviço, também se beneficiaram com as ações preconizadas, embora essa ação ainda deva ser intensificada (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2013).
- **Pessoas diabéticas inscritas no programa Hiperdia tiveram seu índice de** atendimento odontológico aumentado, confirmando a tendência apresentada em 2012 (Indicadores de Saúde: Relatório Anual 2012, p. 82, Tabela 25), superando as metas estabelecidas pelo SSC/GHC (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluindo nossas reflexões referentes aos primeiros dez anos de implementação da RIS/GHC, constatamos que houve um grande esforço de parte da instituição GHC para qualificar tanto a infraestrutura física como ampliar o número de profissionais de saúde bucal contratados. Isso resultou em mais vagas para residentes, o que contribui para aumentar a quantidade e a qualidade dos procedimentos individuais e coletivos realizados. Assim, o programa atende às diretrizes propostas pela Política Nacional de Saúde Bucal, que é reforçada pela existência de um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) nas dependências do Hospital Conceição, facilitando o tratamento especializado que não é oferecido pela atenção primária e, assim, contribuindo para a integralidade da atenção.

A coordenação do cuidado em saúde bucal ainda é uma grande questão a avançar no SUS, pois mesmo sendo a APS o ordenador, muitas são as falhas no processo e na comunicação entre os níveis de atenção. Os estágios dos residentes nos CEO alavancaram a problematização e discussão dos nós críticos do processo e favoreceram a comunicação entre esses dois pontos da rede de atenção à saúde bucal.

Os Trabalhos de Conclusão de Residência são construídos em conjunto com as equipes de saúde bucal, a partir de perguntas e problemas oriundos da prática em diversas áreas, produzindo conhecimentos relevantes para qualificação do SUS. Com base nas informações aqui apresentadas brevemente, é possível refletir sobre o efeito que um programa de formação em serviço em equipe de saúde proporciona aos trabalhadores atuantes e aos futuros profissionais contratados para alcance da integralidade da atenção a todos que dela necessitam.

REFERÊNCIAS

ANDERSEN RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, v.36, n.1 p.1-10, 1995.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Parecer CNE/CES 1300/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia*. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 7 dez. 2001; Seção 1: 25, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução nº 2, de 04 de maio de 2010*. Dispõe sobre a organização, funcionamento e atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) das instituições que oferecem programas de residência multiprofissional ou em área profissional da saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 mai. 2010.

BRASIL. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Ensino e Pesquisa. *Cartilha da RIS/ GHC*. 2009. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/docsris/riscartilha2009.pdf>> Acesso em: 03 jun. 2014.

CUNHA MS da; SÁ M de C. *A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território*. *Interface – Comunicação. Saúde, Educação*, v.17, n.44, p.61-73, 2013.

FERREIRA SRS; BIANCHINI IM; FLORES R (2011). *A organização do cuidado às Pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 em Serviços de Atenção Primária à Saúde*. (Brasil. Ministério da Saúde) (p.176). Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/geppublicacoes.htm>> Acesso em: 01 set. 2014.

FUNK CS; FAUSTINO-SILVA DD; MALACARNE E; RODRIGUES RP; FERNANDEZ RR. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição: uma proposta de formação de cirurgiões-dentistas em Saúde da Família e Comunidade. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*, v.51, n.3, p.37-42, 2010.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. *Projeto político-pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC)*. Disponível em: <<http://escola.ghc.com.br/images/stories/RIS/risprojeto.pdf>> Acesso em: 03 jul. 2014.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. SERVIÇO DE SAÚDE COMUNITÁRIA. Sistema de Informações em Saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SIS-SSC). *Boletim Informativo Mensal*. Indicadores de Saúde. Dezembro de 2013.

IBGE. PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio. *Acesso e utilização de serviços de saúde: 1998*. Brasil / IBGE, Departamento de Emprego e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE, 2000.

MENDES EV. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2012. 512p.:il.

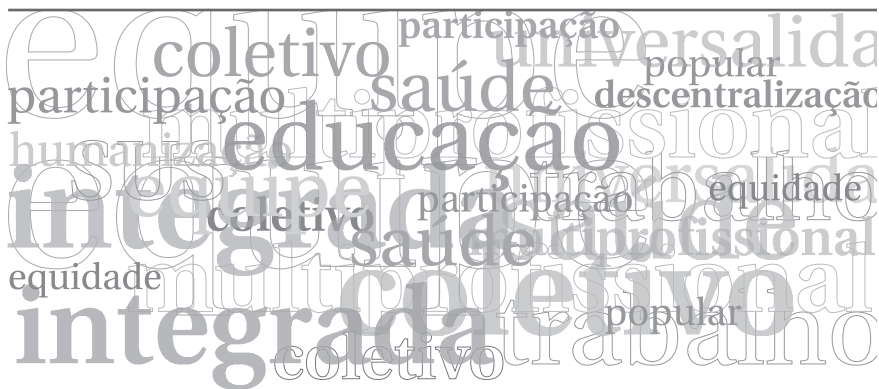
MINISTÉRIO DA SAÚDE. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. GERÊNCIA DE SAÚDE COMUNITÁRIA. *Indicadores de Saúde*. Relatório Anual 2012. Rui Flores; Silvia Maristela Pasa Takeda (Orgs.). 2013.

PENNA LHG; CARINHANHA JI; RODRIGUES RF. *Consulta coletiva de pré-natal: uma nova proposta para uma assistência integral*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.16, n.1, p.158-160, 2008.

PEREIRA MG. Serviços de saúde. In: PEREIRA G. *Epidemiologia teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 2002. 513-537.

SÁ MC A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. *Interface – Comunicação. Saúde, Educação*, n.13, v.1. p.651-64, 2009.

STARFIELD B. Acessibilidade e primeiro contato: a “porta”. In: STARFIELD B. *Atenção primária – equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde 2002. p. 207-45.



OS ALCANCES DE UM ENCONTRO DE UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM OS COLETIVOS E SUJEITOS PARA A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Roberto H. Amorim de Medeiros

Este texto, que recém começa a tecer-se, tem por objetivo propor uma reflexão em torno de questões de cunhos conceitual, ideológico e prático acerca da escuta no contexto do trabalho da equipe de cuidados primários em saúde. Em especial, espera-se problematizar, com o auxílio do leitor, a possibilidade da escuta como objeto de formação do profissional em saúde.

Por meio de um ensaio, no qual o trabalho de uma equipe multiprofissional com moradores do território serve como cena de intervenção e formação, procuro tecer convocações ao pensamento crítico sobre os discursos a respeito da escuta na área da saúde, tema tão em voga nas publicações referentes ao cuidado integral. O escrito chama atenção, ainda, para uma possível contribuição da escuta do psicanalista para as intervenções com coletivos, nas quais as singularidades do modo de levar a vida e o sujeito do sofrimento não são excluídas do processo de trabalho em saúde.

Minha experiência no campo da atenção e da formação para o trabalho em Atenção Primária em Saúde (APS) é a de um psicanalista que trabalhou numa equipe multiprofissional de ponta. Como você leu *ponta*? Pode-se escutar sua leitura não apenas no sentido *glamouroso* de *vanguarda*, mas nos mais variados sentidos que a potência de um significante como

ponta pode nos brindar. Trabalhei numa equipe de ponta também porque, no seu saber-fazer diário, produzia conhecimentos que serviam de modelo para outras equipes semelhantes. Mas, devo admitir, o ouvido empobrecido com que costumamos lidar com as palavras no nosso cotidiano vai praticamente determinar que apenas se entenda que eu trabalhara numa equipe de ponta no sentido menos nobre da mesmíssima palavra. Trabalhei, portanto, numa equipe de atenção primária de um Posto de Saúde, que atende pessoas humildes, pobres, possivelmente até incapazes sociais, com sérias necessidades de cuidado.

Um psicanalista? Numa equipe de ponta, quero dizer, *esse tipo* de ponta? Como pode ser? O que pode ele fazer? Colocar essas pessoas no divã? Mas não têm nem bem o que comer, as pobres, de que lhes serve um psicanalista! É o que possivelmente dirão, incrédulos.

Um psicanalista também é um significante. Não se apreende toda a potência do que ele é e do que pode pela atribuição do sentido comum à palavra. Sou um psicanalista que escuta e tenta encontrar o sujeito nos corpos ditos – com alguma condescendência e na melhor das hipóteses – biopsicossociais. Pobre, talvez, seja o argumento que, atribuindo os lexemas *bio*, *psico* e *social* ao sujeito, pensa conseguir dar conta do *ente* a que se refere. Nem sequer anula, dessa forma, a disciplinarização dos corpos como talvez julgasse.

Tentando não privilegiar qualquer dos registros – biológico, psicológico e sociológico – em detrimento dos outros, pois, parece, valem o mesmo, decidi trabalhar com o sujeito: aquele que resiste a ser enquadrado e, assim, se mostra transitoriamente belo, subversivo e insurgente aos discursos. Com isso, minha pesquisa de ponta, que foi e está sendo minha formação, ensinou-me que o fato de sermos seres falantes muda toda a lógica que poderia ser aprendida na ciência exata. Se somos seres que falam, precisamos trabalhar no nível do *significante*. Quem trabalha com *gente* e não leu ainda Saussure, não devia perder mais tempo: o Curso de Linguística Geral é mais fino do que qualquer compêndio ou tratado bio-psico-social, mas dura uma vida inteira. Assim como a *equivocidade*, a multiplicidade inesgotável de sentidos de um significante.

Enfim, se estou dentre aqueles que escutam o sujeito e trabalham numa equipe de ponta, não posso fazer nenhuma intervenção, interpretação,

intercessão, interação, levando em conta apenas o que os livros e, principalmente, meu bom senso me dizem, mas preciso *a fortiori* entrar em contato com os supostos sujeitos de minha intervenção também por meio da escuta. Do significante.

Pois bem, foi uma atitude semelhante que levou a equipe multiprofissional da Área de Vigilância em que trabalhava – espécie de subequipe responsável por um olhar mais aproximado e vigilante à determinada parte do território atendido pela Unidade Saúde – a escolher um dia, fora do horário de trabalho usual, para visitar os moradores de um Pombal. Um Pombal também não é entendido pelo sentido que a palavra sugere na sua acepção mais comum. Designa, nesse caso, a moradia de cerca de vinte famílias: dezenas de peças muito pequenas, próximas umas das outras, dispostas em linha, ao longo de um corredor com piso de cimento irregular e inclinado. Nesse corredor, localizam-se os utensílios comuns a todos os moradores do local, tanques de lavar roupa, torneira, assim como quatro banheiros de uso coletivo.

Nossa equipe recebera notícias alarmantes em termos de saúde e de qualidade de vida naquele lugar. Existiam moradores de todas as idades, vivendo no limite do aceitável. Havia muitas crianças, duas delas nascidas há pouquíssimo tempo, à época da visita. Adultos de todas as idades e uma velhinha nonagenária, que morava ali há mais de quatro anos e, há cinquenta, sozinha.

Trabalha-se no Posto, de segunda à sexta-feira, das 8h da manhã até às 18h. Não se tinha obrigação de fazer o trabalho fora desses horários. Mas fomos. Também não deveríamos retirar duas horas semanais do período de atendimentos ambulatoriais para utilizar nas reuniões desta subequipe. Para os olhos do Gestor, estaríamos trabalhando de graça no primeiro caso e, no segundo, não fazendo absolutamente nada.

Trabalhei numa equipe de ponta, porque não é o discurso da Gestão (MEDEIROS, 2010) que organiza e faz trabalhar nela, mas o discurso do cuidado em saúde. O tempo e o relógio-ponto são realidades, existem, mas não subjugam o trabalhador na totalidade de sua prática e de seu ato em saúde. Assim, “gastamos” duas horas, numa daquelas semanas de trabalho, planejando como fazer para nos aproximar e programar um trabalho com

aquelas pessoas. E fomos lá, todos nós, profissionais e residentes¹ em formação, realizar nosso plano numa bela e agradável tarde. De um sábado.

Após algumas discussões entre a equipe, todos concordaram que deveríamos, mesmo já conhecendo de antemão alguns problemas sérios de higiene e saúde do local, traçar uma abordagem que valorizasse a experiência de quem mora ali, a sua forma de ocupar o espaço, a sua cultura, suas crenças e seus saberes. Precisávamos conhecer o local e sermos apresentados e reconhecidos. Precisaríamos, antes de recitar o saber dos livros, escutar os significantes que atravessavam e marcavam, com peculiaridade, aqueles moradores do Pombal. Mas como, sem um divã, ter acesso a esses significantes? Escutando, apenas. Com os ouvidos; e com os olhos. Com os olhos, temos acesso a uma consistência imaginária. Com os ouvidos, esburacamos o Real com a consistência simbólica que sustenta todos os seres falantes.

À exceção de Spike, o cachorro da administradora do Pombal, todos falavam. Nem todos, entretanto, enxergavam. Dois dos participantes de nosso encontro daquela tarde eram cegos. Perto deles, mais de uma dezena de crianças foram convidadas a brincar numa oficina lúdica sobre saúde bucal, no fundo do pátio comum, enquanto um pequeno grupo da nossa equipe de ponta saiu em companhia de um morador para uma visita ao local. Todos os adultos ficaram reunidos no início do *corredor principal* – como fora nomeado por outro morador – para construir um *mapa falante* (SANTOS; PEKELMAN, 2008) daquele espaço. Um mapa falante é um mapa que fala. Se fala, sustenta-se por significantes e, dessa forma, também se encontra no registro dos falantes, assim como os moradores. É um mapa, portanto, que não apresenta apenas o imaginário das fronteiras planificadas no papel. Apresenta a *vida* que existe naquele território. *Parla!* foi tudo o que ocorreu a Michelangelo dizer frente à vivacidade de sua obra de pedra. Portanto, um mapa que fala é mais vivo do que um mapa que mostra.

Durante cerca de meia hora, esse mapa *falou*-nos sobre os espaços e como cada um dos ali presentes o ocupa. Quais são os lugares comuns, os acidentes, as facilidades, a vizinhança, os gatos nos telhados que fazem

¹ Na época a equipe contava com residentes de Medicina de Família, Enfermeiros, Assistentes Sociais, Psicólogos, Farmacêuticos, bem como graduandos de outros cursos, como Nutrição, em formação naquela Unidade.

barulho à noite, a churrasqueira dos encontros, as escadas, que dificultam o caminhar dos cegos.

Logo depois, a comitiva, que fora levada a uma visita pelo local, retornou. A minha colega enfermeira, relatora da visita, enriqueceu ainda mais o mapa que agora nos falava do cano furado, da plantação de hortaliças de um morador, do esgoto pluvial no fundo do terreno inclinado, dos alojamentos desabitados.

Com essas informações inscritas no papel que se estendia no chão no meio de toda aquela gente – equipe, residentes e moradores –, fez-se a pergunta: O que podemos fazer em cooperação para melhorar a vida, a saúde, dos que vivem por aqui?

Um dos cegos pediu uma passarela. Alguns riram: “Isso é lá problema para o prefeito, não pra gente e pro Posto de Saúde!” Esse mesmo cego afirmava que não sabia onde era o Posto. Uma mãe jovem disse que, se o corredor principal ganhasse uma camada de cimento nova, ia ficar mais bonito e melhor para todos. Sobre as crianças, a asma era a preocupação, poderíamos facilitar as consultas para elas, sugeriu-se. Não havia mosquito da dengue, nem ratos, nem baratas, segundo eles. Respeitou-se a opinião.

Mas havia o outro cego. Massoterapeuta. Relatava em *braille* tudo o que se dizia. Ensinou ao outro colega de cegueira qual o ônibus deveria tomar e parar em frente ao Posto de Saúde. Contou-nos que a limpeza dos banheiros coletivos deveria ser melhorada e eles deviam ser mais bem conservados por respeito aos demais e para economizar gastos com consertos. A água quente, valorizada na época em que inicia o inverno, dependia da conservação do chuveiro elétrico, frequentemente esquecido ligado pelos moradores após seus banhos. Seguiu falando. Sugeriu uma reunião com o resto do pessoal, visto que, naquele dia, nem todos estavam ali para refazer essas combinações. Essa reunião, segundo ele, também poderia servir para viabilizar o mutirão que reformaria o piso do corredor comum, assim que se conseguissem os materiais. Para as crianças com asma, sugeriu que o Posto pudesse prover um nebulizador a ser deixado na casa da criança pelo tempo que fosse necessário, evitando uma ida ao Posto. Uma proposta, de acordo com os princípios de *ponta* da moderna atenção domiciliar, não?

O primeiro cego, que não sabia ler em *braille* e não sabia como acessar o Posto, também não parecia saber nada daquilo que o outro cego propunha.

Os que enxergavam bem, também não. Não enxergavam as possibilidades de melhoria sugeridas, nem sequer enxergavam a sujeira e a má conservação dos banheiros. Não enxergavam as baratas, os ratos. Não *enxergavam* o frio que se aproximava, nem um futuro próximo um pouco melhor, dentro do possível.

Em nossas discussões de subequipe, quando decidíamos sobre essa intervenção no Pombal, tentamos levantar os problemas principais de saúde mediante a informação dos prontuários e do conhecimento prévio que alguns componentes já tinham sobre a situação. Lembro-me bem da preocupação especial com *os dois ceguinhos*. Somente indo até lá constatamos que os problemas eram em maior número do que havíamos estimado.

Cabe a pergunta: os necessários registros descritivos, que alimentam prontuários e sistemas de informações, cuja essência é composta de palavras, supostamente fechadas em seus sentidos (asmático, portador de deficiência visual e transtorno esquizo-afetivo, faltante à coleta de CP, baixa renda, analfabeto, casa de alvenaria, hipertenso, TA 120/80, IVAS, NIC III) - e que devem assim ser pelo argumento cientificista ou pelo objetivo de descreverem, minuciosamente e sem equívocos, uma situação de saúde de um coletivo ou de um indivíduo - realmente são suficientes para apreender o que se passa em cada caso e permitir intervenções adequadas?

Na experiência relatada há pouco, em quem encontramos melhores condições em termos de subjetividade, saúde, cidadania, humanidade, ou seja, de vida? No cego ou nos que enxergavam por onde costumam andar? E para aqueles que, apressadamente, venham a concluir que os cegos, por assim serem, têm acesso a uma *visão outra* que os enxergantes não têm, lembrem que havia um segundo cego, que, assim como os demais, pouco *enxergava* também.

Um psicanalista não é necessariamente um cego. Enxerga e precisa enxergar o corpo. Aprendeu que o corpo não se estrutura, ganha tons, orifícios, funcionalidade, movimento, apenas pela maturação biológica, mas pela palavra e pelo desejo do Outro que a palavra carrega consigo. Freud, exemplarmente resolveu, na contramão dos colegas de seu tempo, que estavam ocupados em *olhar* para a histerica, *escutar* a histeria. Aqueles só puderam descrever sobre o *teatro*, o *fazimento*, o espetáculo que os seduzia e, um pouco assustados com seus próprios desejos, deixaram-nas falando

sozinhas. Freud, sabemos, não recuou. Foi muito mais longe e permitiu-nos ir também. Se quisermos.

Uma necessidade de escolha está sempre lançada. A cena estruturante deste ensaio parece ser o efeito de uma escolha geradora de possibilidades; todas proporcionadas pela relação entre teoria e prática em uma equipe de saúde e pelo seu desejo em relação ao próprio trabalho. Quais os efeitos para a formação que podem advir: das múltiplas relações na cena entre profissionais mais experientes e residentes, do ato cooperativo de planejar e executar a intervenção, do simples observar ou da subsequente reprodução dessa mesma cena, como por exemplo, nas reflexões, nos testemunhos ou mesmo nos ensaios de cada um, quando surpreendidos no tempo de atuação profissional no futuro? De outro lado, até que ponto os elementos cotidianos, componentes corriqueiros ou não do processo de trabalho em saúde, são percebidos pelos integrantes da equipe como oportunidades de aprendizagem?

Seja como for, posso afirmar, sem dúvida, o quanto aquela atividade marcou nossa equipe de contratados e residentes. Falou-se, lembrou-se, revisitou-se com novos residentes a quem se mostraram fotos e contaram novas versões das histórias, durante muito tempo depois. Foi digno de nota o prazer deduzido pela equipe com aquele modo de proceder que escolhemos. Modo que costuma ser a exceção e não a norma do processo de trabalho nos mais variados serviços de saúde. Por que, mesmo, costuma haver tanto sofrimento e queixas dos trabalhadores com sua rotina laboral?

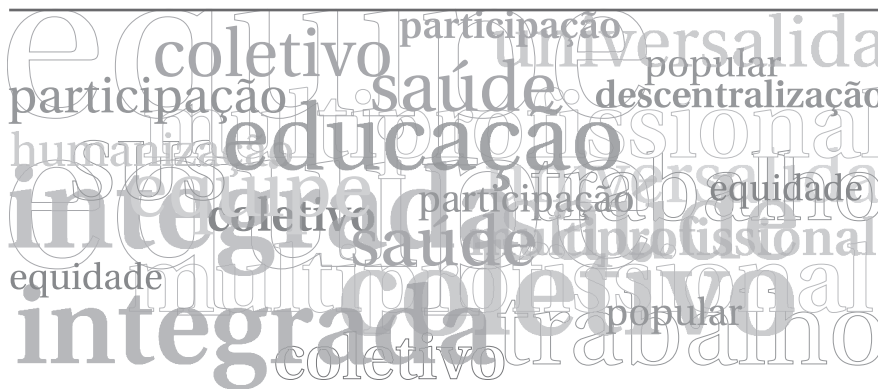
Nesse momento, apenas ousarei propor que a dedução da parcela significativa de prazer, que de modo consciente ou não – visto que não importa, nesse caso – construiu-se como experiência para a equipe, tenha sido fruto da própria aprendizagem e da sua possibilidade de transmissão aos residentes. Essencialmente, na medida em que foi suportável aos integrantes da equipe deixar em suspenso o saber técnico e os protocolos para, naquele encontro, aprender uma novidade sobre a população e uma forma de acolher a sua forma de abordar a vida.

Como seria um programa de aprendizagem, se o encontro entre a equipe e seus interlocutores no processo do cuidado integral fosse estruturado a partir da frustração das expectativas pré-determinadas?

REFERÊNCIAS

MEDEIROS RHA. A construção de um dispositivo que permita estudar os discursos que organizam o campo da saúde: um ensaio sobre os efeitos discursivos e a formação do profissional em saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.497-514, 2010.

SANTOS AA; PEKELMAN R. A escola, o território e o lugar - A promoção de espaços de saúde. *Revista OKARA: Geografia em debate*, v.2, n.1, p.1-127, 2008.



RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO: ÊNFASE ATENÇÃO MATERNO- INFANTIL E OBSTETRÍCIA

Dinara Dornfeld

Paula Mousquer

Lisiane Villeroy

Renata Faccioni

Cláudia Teixeira Carballo

Simone Konzen Ritter

Karoline Maturana Ritter

Viviane da Silva Maciel

Joy Bergmann Soares

Gianna Cavalli Renner

Historicamente, no Brasil, muitos esforços têm sido realizados pelo governo, sociedade civil e terceiro setor para que ocorram mudanças na assistência ao parto e nascimento, tendo como principal objetivo a adoção de práticas baseadas em evidências científicas. Neste sentido, uma série de documentos, portarias e manuais vem sendo produzida pelo Ministério da Saúde (MS), a fim de reorganizar as práticas assistenciais no período gravídico-puerperal. Com isso, objetiva-se, sobretudo, a redução da mortalidade materna

e infantil, meta estabelecida no Pacto pela Saúde e nos Objetivos do Milênio (BRASIL, 2006; RATTNER, 2009; BRUGGEMANN *et al.*, 2013).

Nesta mesma perspectiva, em 2011, foi instituída a Rede Cegonha, a qual consiste em uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada em relação à gravidez, ao parto e ao puerpério. Além disso, a Rede Cegonha busca garantir o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança (BRASIL, 2011).

O Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), até 2004, seguia o modelo clássico das maternidades brasileiras de grande porte: funcionava com a divisão técnica do trabalho, na qual cada núcleo especializado da equipe de saúde fazia o seu trabalho isoladamente. Dessa forma, fragmentava-se o cuidado à mulher e ao recém-nascido durante todo o processo de parturição e nascimento. A partir de maio de 2004, a estrutura organizacional do trabalho foi redefinida, transformando a assistência a todos os períodos do ciclo gravídico-puerperal na lógica de linha de cuidado, denominada Linha de Cuidado Mãe-Bebê (LCMB). Esta forma de organização tem como principal objetivo assegurar a continuidade e a resolutividade da assistência. Dessa maneira, a LCMB também se articula com a atenção básica à saúde mediante um sistema de referência e contrarreferência. Através desta articulação, usuárias de 45 Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre são referenciadas ao HNSC (das quais doze pertencem ao Serviço de Saúde Comunitária do HNSC) e, assim, têm assegurada a visita à maternidade em momento anterior ao nascimento do bebê, o atendimento ao parto e o agendamento, via hospital, da consulta de revisão puerperal e puericultura (DORNFELD, 2011).

Juntamente e em consonância com os esforços do MS, o HNSC tem procurado implementar práticas preconizadas pela Rede Cegonha, dentre elas as ações consideradas de humanização no trabalho de parto e parto, como a utilização de métodos não farmacológicos de alívio à dor, estímulo à presença do acompanhante, e realização do contato pele a pele imediatamente após o nascimento. Para Souza, Gaiva e Modes (2011), o termo humanizar remete a uma assistência que valorize a qualidade do cuidado, tanto no aspecto técnico, como no respeito aos direitos do paciente e de seus aspectos subjetivos e culturais, preservando sua privacidade e autonomia. Nesse sentido, humanizar é aprender a compartilhar o cuidado e os saberes, reconhecer

direitos, implicando na relação dos sujeitos, o que carece de reflexão contínua e sistematizada das práticas e condutas (BRASIL, 2011).

A partir deste novo modelo de atenção ao parto, ao nascimento e à saúde da criança, destaca-se que a Rede Cegonha incentiva a qualificação dos profissionais que atuam nesta área da saúde. Dessa forma, no ano de 2013, foi incluída no programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição a ênfase Atenção Materno Infantil e Obstetrícia (AMIO).

Este programa é pioneiro na criação dessa ênfase no estado do Rio Grande do Sul. Com caráter multidisciplinar, a AMIO abrange as seguintes profissões: Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Serviço Social. A atuação destes profissionais ocorre nos diferentes campos de atenção à saúde da mulher, do recém-nascido e da primeira infância, em nível primário, secundário e terciário.

O objetivo da residência nesta ênfase é a qualificação dos profissionais para atuarem no cuidado à saúde da mulher (nos processos de saúde reprodutiva, pré-natal, parto e nascimento e puerpério) e da criança (até 24 meses de idade), visando à atenção integral à saúde materno-infantil, atuando no cuidado de forma articulada, em rede de atenção à saúde e desenvolvendo novas competências ao modelo de atenção proposto.

A carga horária dos residentes é de sessenta horas semanais, o que inclui a realização de atividades teórico-práticas. Dentre as atividades teóricas, que correspondem a 20% da carga horária, tem-se seminários integrados (encontros para estudo e discussão de temas relacionados à proposta da RIS/GHC, com a participação das diferentes ênfases e profissões), seminários de campo (espaço destinado à apresentação e debate de tópicos próprios da ênfase AMIO) e seminários de núcleo (abordagem de temáticas específicas de cada profissão).

As atividades integrantes do processo de trabalho nas unidades e serviços de saúde, equivalentes a 80% da carga horária, enfatizam a atenção à saúde materna e atenção à saúde infantil □ até os 24 meses de idade da criança, priorizando a interface da rede intra com a extra-hospitalar. Neste sentido, no primeiro ano da residência, parte da carga horária dos residentes é destinada a atividades na rede de atenção básica à saúde, as quais se desenvolvem nas unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do HNSC. Neste campo de prática, os residentes realizam atividades de assistência individual e/

ou em grupos, específicas de núcleo e/ou multidisciplinares, voltadas para a saúde materno-infantil; ações de acompanhamento multiprofissional domiciliar às necessidades de usuários localizados no território da unidade de saúde; atividades de acolhimento; participação em ações de vigilância em saúde e acompanhamento e participação em espaços constituídos de participação social.

No campo de prática em nível hospitalar, os residentes atuam, ao longo dos 24 meses de curso, na LCMB do HNSC (ambulatório de pré-natal, unidade de patologias obstétricas, centro obstétrico e alojamento conjunto), no Hospital da Criança Conceição (unidades de internação, emergência pediátrica e de terapia intensiva neonatal e pediátrica) e Banco de Leite do Hospital Fêmina. Algumas atividades são comuns a todos os residentes, independente do núcleo profissional, a saber: intervenções individuais e coletivas com gestantes, parturientes e puérperas, de modo a escutá-las e auxiliá-las em suas necessidades de cuidado; intervenções voltadas à saúde integral do recém-nascido e da criança com até 24 meses de idade; intervenções que visam a promoção e a facilitação da amamentação, bem como o vínculo mãe-bebê; participação em espaços de discussão de casos.

No segundo ano de residência, ocorre o estágio de gestão, no qual os residentes acompanham e participam de espaços constituídos de gestão da rede de atenção materno-infantil, visando conhecer ferramentas teórico-metodológicas e operacionais, facilitadoras do exercício da gerência de serviços de saúde e da gestão do sistema de saúde.

A constituição da ênfase AMIO, com a definição dos campos de atuação, das atividades a serem desenvolvidas pelos residentes e da carga horária destinada a cada campo, foi realizada por um grupo pequeno de profissionais envolvidos especialmente na gestão da assistência materno-infantil no HNSC/HCC. A partir do desenvolvimento da residência e das discussões envolvendo preceptoras e residentes, está sendo possível rever esses aspectos no sentido de adequá-los e qualificá-los para que atendam às necessidades da formação. Atualmente, o plano de ensino da AMIO está em processo de revisão, contando com a participação democrática de preceptoras e residentes.

Neste contexto de incipiência da ênfase, a experiência proporcionada pela Residência está sendo bastante produtiva, não somente para os(as)

residentes, mas também para as preceptoras e orientadores de campo de estágio. Boa parte desses profissionais teve sua formação fundamentada no paradigma biomédico e desempenham seu trabalho de forma individual e fragmentada. Nesse sentido, a implantação da ênfase AMIO, juntamente com as políticas do MS à atenção materno-infantil, tenciona práticas de cuidado já instituídas, promovendo a criação de novos olhares, posturas e reflexões. Ainda que existam movimentos de resistência ao novo, o que inclui a presença e os questionamentos advindos da atuação dos residentes, o GHC tende a se beneficiar significativamente com a inclusão desta e de novas ênfases, na medida em que se estruturam e fortalecem processos de trabalho mais democráticos e interdisciplinares.

REFERÊNCIAS

BRASIL. *Portaria Nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.

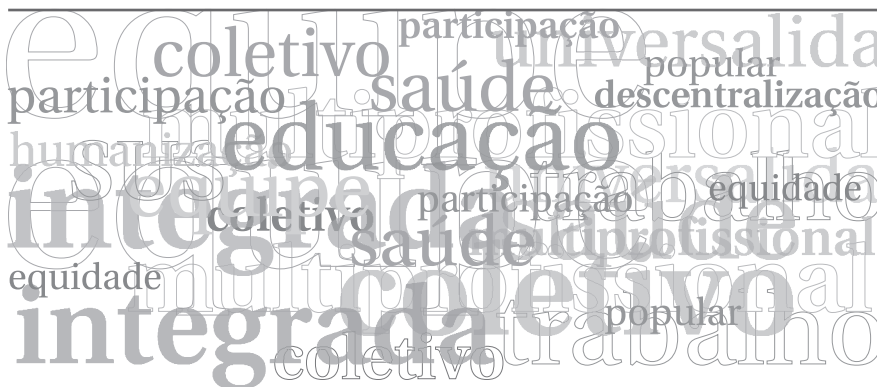
BRASIL. *Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011*. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRÜGGEMANN OM; OLIVEIRA ME de; MARTINS HL; et al. A inserção do acompanhante de parto nos serviços públicos de saúde de Santa Catarina, Brasil. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro, v.17,n.3, Ago.2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300432&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Jun. 2014.

DORNFELDD. *A equipe de saúde e a segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento*. 2011. 67 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28967/000774171.pdf?sequence=1>>. Acesso em 26 Jun. 2014.

RATTNER D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.13, supl.1, p.595-602, 2009.

SOUZATG de; GAIVAMAM; MODESPSS dos A. A humanização do nascimento: percepção dos profissionais de saúde que atuam na atenção ao parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem* (Online), Porto Alegre, v. 32, n. 3, Set. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 Jun. 2014.



A FORMAÇÃO DE TRABALHADORES EM SAÚDE NA RIS/GHC: “NADA DO QUE FOI SERÁ, DE NOVO, DO JEITO QUE JÁ FOI UM DIA”

Vera Lúcia Pasini

Este texto foi escrito a convite do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição, para compor a publicação que marcará os 10 anos de vida deste processo de formação de trabalhadores para o SUS. Escrevê-lo me convoca a rememorar muitos acontecimentos que marcaram a trajetória de construção desta que era, em 2004, uma proposta/aposta, e que hoje é reconhecida como um dos importantes Programas de Residência Multiprofissional do RS, tendo formado, ao longo deste período, 356 profissionais, que estão inseridos em diversos espaços de trabalho em todo o país.

Esta escrita pretende, então, ser um *ensaio-acontecimento*. Ensaio, por ser uma escrita que se coloca como experimentação do pensamento, vivida e sofrida pela autora que, enquanto escreve, ensaia modos de colocar-se no mundo, problematiza sua participação neste processo de ensino-aprendizagem, não como quem tem respostas prontas a dar, mas podendo colocar em cena as muitas perguntas que a habitam. Acompanhando Foucault (1984), em sua perspectiva de “ensaio” como “experiência modificadora de si no jogo da verdade, e não como apropriação simplificadora de outrem para fins de comunicação” (p.13), este ensaio se exerce como um acontecimento

que faz sentido, à medida que se faz escrita. Passearemos pela experiência vivida na inserção no grupo de profissionais do GHC que construiu a proposta de residência junto a Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC, a partir de 2003, e na coordenação do programa, no período de 2005 a 2010.

Este texto não pretende colocar-se como um *caso particular*, mas como um acontecimento, já que o sentido das frases e o mundo que as faz funcionar são indissociáveis, partem do entendimento de que pensar é igualmente a realização de uma experiência (ZOURABICHVILI, 2004). Portanto, esta escrita não se resume a “contar uma experiência” em primeira pessoa do singular, mas ensaia uma experiência de pensar sobre o vivido, problematizando-o com a ajuda dos intercessores teóricos, ao mesmo tempo em que procede a análise de implicação (LOURAU, 2004) da autora no processo.

Caso-experiência ou ensaio-acontecimento? Podemos dizer que é sobreposição de um e de outro. É o cruzamento de um e de outro, e, por vezes, já não se sabe mais onde começa um e onde termina o outro. Isso quer dizer que, ao relatar-se a experiência de *uma* vida, não se busca nem o eu, nem os fatos que a encarnam, mas a multiplicidade que a habita, tomando dela as intensidades e os afetos que forçam o pensamento. A experiência é, portanto, colocada como um problema, e não como fonte de resposta. Relatá-la não pretende buscar uma fidedignidade histórica, porque a encarnação ou atualização do acontecimento se faz na escrita. Foucault (1984) ajuda a clarear o que se pretende, ao questionar:

De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir (p.13).

Neste sentido, olhar para a experiência vivida ao longo desses 10 anos da RIS/GHC pode nos proporcionar novas possibilidades de continuar a refletir sobre este processo de formação, para que ele não perca a potência de criação que o novo produz.

O texto aqui apresentado terá, portanto, sua escrita em diferentes pronomes, ora se expressando com *eu*, ora com *nós*, ora com *eles*, mas o fim que o orienta é o da impessoalidade, já que não compreendemos a possibilidade de uma escrita que não seja sempre plural e expressão de muitas vozes que, em um determinado momento (como este da escrita), escolhem uma forma para se fazer ouvir.

Para a realização da análise de implicação, produziu-se uma personagem: a “*residente-em-mim*”, que atravessará o texto, através do qual se fará a narrativa do exercício de pensamento necessário à produção de sentido sobre a experiência, que vai sendo produzida à medida que o pensamento se exercita. Entendo que esse modo de configuração não se restringe a mero recurso estético (apesar de considerarmos legítima a expressão da vida em sua potência estética). Ele se apresenta como possibilidade de dar visibilidade aos afetos pelos quais fui tomada no traçado dos diferentes territórios habitados e que anunciam o percurso cartográfico que pretendo produzir aqui.

PRIMEIRO ACONTECIMENTO: “DEU PRÁ TI BAIXO ASTRAL, VOU PRA PORTO ALEGRE, TCHAU!”¹

No final dos anos 1980, a *residente-em-mim* era aluna do curso de Psicologia de uma universidade do interior do estado do Rio Grande do Sul e preparava-se para concluir a graduação e ingressar no mundo do trabalho. Aqueles eram bons (e maus) tempos: havia muita efervescência com a luta pela abertura política, discussões no meio acadêmico e na comunidade em geral sobre a nova constituição que estava sendo gestada, debates sobre as “*Diretas Já*” e muitas expectativas com o futuro em um país em franca abertura política com o fim da Ditadura Militar. Mas, as eleições diretas foram adiadas e, apesar da “abertura”, ainda se visibilizava que o poder pouco se deslocava da mão dos militares naquele momento.

Duas propostas de emprego aguardavam a conclusão do curso universitário (o “*mercado*”, naquele momento, ainda apresentava possibilidades de escolha quanto à inserção profissional...). Mas, (dizem que isso é característico da idade cronológica) a *residente-em-mim* queria viver

¹ Referência ao título da música Deu pra ti, de Kleiton e Kledir, que fazia muito sucesso nos anos 1980.

outras experiências antes de ingressar no “mundo do trabalho”. Pensava em continuar estudando, conhecer outros lugares e modos de vida, novas pessoas e ideias. Assim, logo se interessou pela proposta de uma professora, que vinha semanalmente da capital dar aulas em sua cidade e que formulou: “por que você não faz a seleção para a Residência Multiprofissional em Saúde Mental que acontece lá no Hospital São Pedro?”. Por um lado, muito “desejo, necessidade, vontade”²; por outro, muita insegurança. Morar em Porto Alegre significava deixar a casa dos pais (de onde nunca havia se afastado por mais de poucos dias até então), enfrentar a realidade de uma cidade maior (a capital do estado) e de um ambiente muito pouco acolhedor, como o Hospital Psiquiátrico. A vantagem era que poderia continuar a estudar, tendo uma “bolsa” para custear as despesas durante o processo de especialização.

Resolveu, então, participar do processo seletivo: prova teórica, entrevista, “estágio de familiarização” – período em que os candidatos passavam quinze dias convivendo em uma Unidade do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) para ver se “aguentavam o tranco”. Encontrou outras colegas por lá. Estranhou que, apesar de parecerem “mais descoladas”, não ficaram até o final do estágio de familiarização... Ao final, foi aprovada e, em março, inicia o *Estágio Especializado em Saúde Mental* – assim era nomeada a Residência Multiprofissional naquele momento.

Em uma tarde quente de domingo, chegou à capital para procurar um apartamento que tinha um quarto para alugar. Na segunda-feira, deveria estar no HPSP, às 8 horas da manhã, para início das atividades. Levou um tempo para que se desse conta de que havia um ônibus na porta de seu prédio até o HPSP (pegava dois: um até o centro e outro para o hospital). Perdeu-se algumas vezes na cidade, sentia-se sozinha outras vezes, mudou de endereço e de pessoas com quem dividia as despesas da casa e fez bons encontros na Residência: com uma antiga conhecida dos tempos de universidade e com novas parcerias, que foram se construindo durante os dois anos em que aconteceu a formação.

Algumas dessas amizades se manteriam até hoje, outras se perderiam no tempo. Namorou, brigou, participou ativamente do movimento da luta antimanicomial, do movimento dos residentes (médicos e “não-médicos”

² Frase da música “Comida” dos Titãs.

naqueles tempos até se organizavam para lutar, juntos, por melhorias na qualidade do ensino e aumento do valor da bolsa de residência), da divulgação e implantação do SUS (recém-nascido) no país, enfim, viveu aquele período com muita intensidade e foi se fazendo *sujeito* e profissional de saúde nesse acontecer.

Esta história se assemelha a de muitos residentes, que hoje buscam ingressar em Programas de Residência Multiprofissional, que vêm de muitos lugares, com diferentes experiências e expectativas, que são conjugadas e engendradas ao longo do percurso do processo de formação, produzindo modos de ser e fazer em saúde, que estão para além de uma simples apropriação de novos conhecimentos e atitudes, pois se inscreve no campo da produção de si.

Passados 15 anos da experiência como residente, já trabalhando há 10 anos em um serviço de Atenção Primária à Saúde e como professora universitária, a *residente-em-mim* foi convidada a compor um grupo de pessoas que planejavam uma Residência Multiprofissional, no estabelecimento de saúde onde trabalhava. Inicialmente, a sensação foi de alegria por poder participar de um momento que considerava importante para o serviço de saúde onde se inseria (marcado, nos processos de gestão, pela recente eleição de um representante dos trabalhadores à Presidência da República) e, também, por acreditar que valia a pena investir em um processo de formação em serviço para novos trabalhadores de saúde. Tinha expectativas de que o processo pudesse produzir *diferença* nos modos como se daria a inserção dos novos profissionais de saúde nos serviços, egressos de uma experiência que privilegiava a convivência e o trabalho em equipe, inserida no cotidiano dos estabelecimentos de saúde em intensa relação com os usuários dos serviços.

Esse pensamento estava marcado por sua trajetória como residente. Entendia que ter participado, logo após a graduação, de um processo de especialização que se produzia na inserção em uma Residência Multiprofissional, fez muita *diferença* nos modos como passou a operar como trabalhadora de saúde e professora da graduação em Psicologia. Assim, a *residente-em-mim* ganha forma novamente e se põe a trabalhar com os colegas que agenciaram em torno da proposta para a produção do projeto da Residência Integrada em Saúde do GHC (RIS/GHC).

SEGUNDO ACONTECIMENTO: “ANDO DEVAGAR PORQUE JÁ TIVE PRESSA...”³

Em junho de 2004, o Grupo Hospitalar Conceição, organização de grande inserção no campo da saúde no Rio Grande do Sul, põe em ação, com apoio do Ministério da Saúde (MS), o que, naquele momento, se constituía como um “Programa de Aperfeiçoamento Especializado”, organizado no modo formação em serviço, chamado Residência Integrada em Saúde do GHC. Tratava-se de uma Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), que agregaria profissionais de diferentes núcleos de formação em três campos de saberes e práticas (Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva) e que seria desenvolvida junto a diferentes estabelecimentos de saúde ligados à organização e fora dela. O objetivo, explicitado para o processo de formação, foi:

Especializar profissionais de diversas profissões da saúde, através da formação em serviço, para atuar em equipe de forma interdisciplinar e resolutiva, além de fornecer subsídios para a realização de pesquisas no âmbito do SUS, desenvolvendo capacidades de analisar e propor ações visando alcançar a integralidade, a universalidade e a equidade na atenção à saúde com participação social (BRASIL, 2003, p.4).

Os alunos finalistas dos cursos de graduação nas diversas profissões da saúde, bem como os recém formados, teriam aí uma possibilidade de continuar sua formação profissional, tal qual a *residente-em-mim* o fez no final dos anos 1980. Em Porto Alegre, já acontecia outro programa de formação nesse formato, ligado à Secretaria Estadual de Saúde, vinculado a Escola de Saúde Pública do Estado.

A RIS/GHC se apresentava como mais uma oportunidade de experimentação no mundo do trabalho, sobre o qual muitos dos alunos não tinham (e ainda não têm) a menor ideia de como acessar e que lhes daria a oportunidade de “conhecer o SUS”, o sistema de saúde vigente no Brasil que, para muitos deles, durante a graduação, não passou de uma sigla, citada em

³ Frase da música “Tocando em frente”, de Almir Sater.

alguma lei ou portaria, trazida por algum professor, sem que eles tivessem entendido muito bem por que deveriam estudar “aquilo”.

A *residente-em-mim* percebe que grande parte dos estudantes universitários do campo da saúde espera terminar a graduação e estabelecer-se em uma empresa, clínica ou hospital de grande porte (de preferência, privado) ou montar um consultório e esperar que os pacientes o descubram. O sistema público de saúde, muitas vezes, é visto como desorganizado, ineficiente, burocrático, oferecido às pessoas que não possuem condições de pagar por cuidados de melhor qualidade e, quando pensado como espaço de trabalho, tende a ser concebido como um local onde se pode trabalhar por algumas poucas horas e ter certa estabilidade para sustentar o sonho de ser um “profissional liberal”.

Talvez com maior evidência, a enfermagem, entre as profissões da saúde que estão previstas para ingresso na formação multiprofissional, tenha uma perspectiva diferente de inserção no mundo do trabalho, já que vários de seus estágios, durante a graduação, são realizados em estabelecimentos públicos, e a inserção de muitos dos egressos das universidades se dá no SUS, especialmente no âmbito hospitalar.

Então, as RMS poderiam oferecer, também aos demais profissionais, a possibilidade de conhecer esse “novo” campo de trabalho pois, ao oferecerem uma bolsa financeira para o período de formação, incentivam essa aproximação, já que, de outra forma, muitos não teriam a possibilidade de ingressar em um curso de especialização logo após o término da graduação. Essa seria uma oportunidade de mobilizar muitos recém graduados a afastarem-se de suas cidades natais ou locais de graduação para experimentar a proposta, assim como aconteceu com a *residente-em-mim*.

As RMS estavam (e continuam..) em processo de reconhecimento pelo MEC e MS como *Especialização Lato Sensu* e começavam a ser valorizadas em muitos concursos e processos seletivos pelo seu caráter de formação em serviço. As expectativas em relação às possibilidades que a inserção nas RMS poderia oferecer eram grandes, tanto por parte dos profissionais que a procuravam, quanto pelos gestores do SUS.

Durante o período em que participei da coordenação da RIS/GHC, recebemos muitas mensagens pelo correio eletrônico com questões sobre como participar do processo seletivo para ingressar na Residência, bem como

éramos constantemente procurados por gestores interessados em “replicar” a experiência de formação em outras organizações, na capital e em outros municípios, ou em absorver os profissionais formados até então.

As mensagens recebidas de parte dos candidatos vinham de várias profissões, de diferentes lugares do estado e do país, com diferentes intencionalidades: esperavam responder questões, encontrar informações, esclarecer-se sobre a proposta. Era visível que havia diferentes apropriações sobre o processo de formação mas, em comum, a busca por se aproximar dessa “novidade” e a esperança de que ela pudesse fazer diferença em suas futuras vidas profissionais. A *residente-em-mim* ficava se perguntando: “mas, afinal, qual é a novidade e que diferença isso vai fazer em suas vidas e na vida dos serviços e dos usuários do SUS?”.

Se pensarmos diferença como o que nos arranca de nós mesmos e nos faz devir outro, em que medida eles estão dispostos a afastar-se de si mesmos e produzir outros modos de subjetivação em suas experimentações, no campo da saúde e do SUS? O que querem e esperam esses(as) que procuram a Residência?

As mensagens davam visibilidade ao pouco conhecimento que os interessados tinham sobre o processo de formação nas RMS. Sabiam que teriam que fazer uma seleção ou “concurso” para ingresso, mas poucas informações possuíam sobre para que este processo foi organizado, *o que ensina e como ensina* – questões fundamentais, quando se busca uma formação.

Uma das mensagens recebidas perguntava sobre a “*Residência Interada*”, e a *residente-em-mim* ficou intrigada... Terá sido apenas “um erro de digitação” ou o enunciado sobre certa necessidade, produzida no contemporâneo, de que é preciso estarmos sempre atualizados quanto ao que está se passando, não no sentido da reconfiguração a partir da emergência de um devir-outro, mas de certo apelo identitário de adequação às exigências que se apresentam a nós todos os dias? Seria essa mais uma expressão do processo capitalístico⁴, emergente na ideia de ser “o mais bem

⁴ Guattari (1986) acrescenta o sufixo -ístico à capitalista por lhe parecer necessário criar um termo que possa designar não apenas as sociedades qualificadas como capitalistas, mas também setores do “Terceiro Mundo” ou do capitalismo “periférico”, assim como as economias ditas socialistas dos países do leste, que vivem numa espécie de dependência e contradependência do capitalismo. Tais sociedades,

preparado”, de superar os outros e a si mesmo, que atravessa a subjetividade contemporânea, jogando o sujeito em uma condição de endividamento e lançando-o, constantemente, em uma arena de disputa? Sendo a competição uma das marcas do momento, seria preciso estar atento às novas ofertas de um mercado que exige sempre o novo e o máximo de desempenho individual porque os outros são adversários?

Por entender que “as palavras produzem sentido, criam realidades e, às vezes, funcionam como potentes mecanismos de subjetivação” e que “‘pensar’ não é somente ‘raciocinar’ ou ‘calcular’ ou ‘argumentar’ (...), mas é sobretudo dar sentido ao que somos e ao que nos acontece” (BONDÍA, 2008, p.21), a *residente-em-mim* não pode se contentar com a explicação de que seria apenas um erro de digitação.

Ao inserir-se a proposta das RMS no “mercado” de formação, produz-se um determinado discurso sobre o que é preciso, necessário, esperado para se fazer um profissional de saúde “interado” com os princípios do SUS, ou seja, produz-se um *sujeito trabalhador da saúde* e uma expectativa de que a experiência vivida na Residência possa conformar esse sujeito. Mas, é isso mesmo que estávamos fazendo ou que queríamos fazer?

Entendíamos que nossa proposição estava ancorada na possibilidade de criar linhas para se *fazer fugir* da modelagem de um *profissional ideal*, abrindo perspectivas e desafios para a formação nas RMS no sentido da invenção de novos modos de ser e fazer em saúde, que estivessem abertos ao encontro com a singularidade de cada serviço e usuário ali inserido, podendo conformar-se, de acordo com as necessidades e possibilidades que se apresentassem.

Na RIS/GHC, isso caracterizaria também os modos como os residentes e preceptores/orientadores ocupariam os serviços: estudantes/profissionais; trabalhadores/educadores. Esse entre-lugar (SANTIAGO, 2000) aparece como “sintoma de um momento em que as disciplinas precisam alargar seus conceitos e noções, raptar outros de disciplinas ‘vizinhas’, ‘desler’ suas premissas, rever seus princípios” (SOUZA, 2008, p.3).

segundo Guattari, em nada se diferenciam do ponto de vista do modo de produção de subjetividade. Elas funcionam segundo uma mesma cartografia do desejo no campo social, uma mesma economia libidinal-política.

Foi preciso colocar em análise os efeitos da racionalidade que orientava os saberes e as práticas constituídos no contemporâneo e a consequente subjetividade que se produz para dar visibilidade a esses elementos, colocando-os, não como naturais, mas como problemas que permitiam repensar a organização que damos aos processos de cuidado e de formação em saúde, propondo a invenção de outros.

Muitas vezes, neste processo, nos perguntávamos se estávamos produzindo rupturas com os instituídos ou atualização do mesmo, acionados por novos dispositivos. A pergunta de Pelbart (2003) reverberava em nós:

Em que medida criação econômica, criação social (isto é, invenção de novas formas de associação e de sociabilidade), criação cultural (isto é, invenção de sentido, linguagem, valores, etc.), criação subjetiva (isto é, individuação em processo) se conjugam e são vampirizadas por dispositivos de expropriação e comando ou, ao contrário, instauram processos positivos e singularizantes, capazes de funcionar como resistência num contexto de homogeneização? (p.132).

Esta questão acompanhava a *residente-em-mim* enquanto se configurava a proposta da RIS/GHC, produzindo sua reatualização constante, a fim de não nos deixar enredar nas tramas do estabelecido.

A RMS emergia como possibilidade, no GHC, como uma proposta institucional de adesão à disposição do Ministério da Saúde, a partir da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), de interferir nos processos de formação de trabalhadores de saúde, por avaliar esta como uma necessidade no sentido do avanço dos propósitos do SUS.

O fato de termos profissionais formados por uma tradição médico-hegemônica no campo da saúde produz efeitos sobre as relações cotidianas nos serviços de saúde, tanto do ponto de vista do trabalho em equipe, como das relações com os usuários, sobre os quais avaliava-se como importante intervir.

No momento de elaboração do projeto da RMS do GHC, o grupo encarregado diretamente da tarefa tinha clareza de que esta era uma proposta ambiciosa, pois exigia o enfrentamento de muitos instituídos na

organização. Alguns deles – como a hierarquia do saber médico sobre os demais atores no campo da saúde, a superioridade da atenção hospitalar sobre outras estruturas de cuidado de nível ambulatorial e comunitário – estão constituídos há séculos como verdades e, portanto, são de difícil enfrentamento.

Sabíamos que não sairíamos desta experiência ilesos; aliás, *esperávamos* que não fosse assim. A proposta deveria produzir mudanças estruturais nas formas de conceber o processo saúde-doença e o cuidado em saúde na organização, de modo a contribuir, efetivamente, com transformações há muito desejadas e que encontram na constituição do SUS no Brasil um terreno muito fértil para se efetivar.

Portanto, esperávamos, sim, colocar em ação uma proposta de formação que produzisse *abalos* nos territórios vigentes e abertura para novas composições, que problematizassem os saberes e as práticas, mesmo que isso significasse, inicialmente, o enfrentamento de alguns poderes e lógicas instituídas e, portanto, aceitos como verdades inquestionáveis.

TERCEIRO ACONTECIMENTO: “EU QUERO É BOTAR MEU BLOCO NA RUA”⁵

Em julho de 2004, a RIS/GHC “bota seu bloco na rua” pela primeira vez, coordenada por sua instância organizacional de ensino: a Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC (GEP/GHC), já colocando em questão muitas das lógicas instituídas: o Hospital como *locus* do saber e fazer médicos; a separação entre ensino e serviço; os lugares estruturados de profissional/paciente/estudante. Este processo já foi detalhado em texto publicado em 2010 (PASINI; GUARESCHI, 2010), ao qual remeto os leitores, em caso de interesse.

Foi em meio a todo este processo de mudanças que, em 1º de julho de 2004, a primeira turma da RIS/GHC, com 30 residentes inseridos em três cenários de práticas - Terapia Intensiva, Saúde Mental e Saúde da Família e Comunidade - inicia suas atividades.

⁵ Nome de música de Sérgio Sampaio, sucesso nos anos 1970 (lançada em 1973).

Enfrentamos muitas dificuldades, inerentes a uma proposta em implantação e que enfrentava resistências institucionais mas, em 2014, comemoramos 10 anos de sua implantação, com resultados importantes para os modos de fazer saúde no âmbito do GHC e em muitos dos cenários de práticas da rede de atenção em saúde que foram *tocados* pelos residentes, seus preceptores e orientadores.

DA DIFERENÇA COMO CONCEITO PARA A PRÁTICA DA INVENÇÃO

Neste momento, a *residente-em-mim* retoma seus questionamentos sobre a produção de diferença no processo de formação da RIS/GHC. A intenção é tomar a diferença, a partir do pensamento de Deleuze, para problematizar os modos como se tem concebido os processos de ensino-aprendizagem nesta proposta e as possibilidades de trabalhar em saúde, tendo-se como perspectiva a fluidez dos processos de vida dos sujeitos envolvidos. Pelbart (2003) diz que “a invenção não é prerrogativa dos grandes gênios, nem monopólio da indústria ou da ciência, ela é a potência do homem comum” (p.138). Porém, os processos de aprendizagem, baseados no pressuposto cartesiano de busca da verdade como uma representação fiel da realidade, ainda estão vigentes em nossa experiência de formação, colocando-se como uma das dificuldades para configuração de processos inventivos. Essa racionalidade é bastante presente, tanto naqueles que procuram o processo de formação, quanto nos facilitadores do processo nos cenários de práticas.

Apresento, a seguir, algumas ideias gestadas ao longo dos últimos anos sobre o processo de implantação da RIS/GHC quanto às possibilidades de produção de diferença como estratégia de afecção, de contágio, de ruptura com certa imagem do pensamento orientada pela lógica da representação (PASINI, 2010).

Deleuze “reinventou” o conceito de diferença a partir da composição, da consolidação de linhas e curvas, que mantêm conexões com outros conceitos, em outros planos, já que entende os conceitos como incorporais, como acontecimentos puros. Nesse sentido, Deleuze é tomado, para poder pensar a diferença, como intercessor que força o pensamento a pensar. Para

poder forçar o pensamento, foram sendo feitas conexões com termos como *aliança*, *contágio*, *máquina de guerra* e *anômalo* (DELEUZE; GUATTARI, 1997) que, articulados à temática deste ensaio, engendraram algumas produções, expressas a seguir.

O ponto de partida é sempre a experiência da *residente-em-mim*, tomada como acontecimento que faz pensar. O primeiro pensamento que se coloca em movimento é que, a cada ingresso de uma nova turma, que passará dois anos na formação em serviço da RIS, há sempre a possibilidade de que esse ingresso se dê por demandas de aliança ou filiação. Quando a relação é de aliança, propicia-se a produção de diferença, do anômalo; não há apego à reprodução, há potência de invenção de novos mundos, abertura ao devir. Talvez por isso Deleuze e Guattari (1997) digam que “a aliança guarda uma potência perigosa e contagiosa” (p.29), pois não está associada à necessidade de “descender”, mas de agenciar multiplicidades, heterogeneidades. Assim, os residentes que chegam fazendo aliança com a proposta estão dispostos a entrar em um campo de batalha, a tomá-la como máquina de guerra, “podendo ir até à autodestruição; uma circulação de afetos impessoais, uma torrente alternativa, que tumultua os projetos significantes, tanto quanto os subjetivos, (...) uma irreversível desterritorialização, que anula de antemão as tentativas de reterritorialização (...) profissional” (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p.12). Esses residentes não permanecem os mesmos após saírem, assim como o programa não se mantém igual após sua partida – os efeitos de sua passagem reverberam.

Quando o ingresso se dá por filiação, parece haver maior disposição à reprodução por parentesco, como se somente fosse possível evoluir por hereditariedade, por repetição do mesmo. Espera-se sair dali “pronto” para a vida no mundo do trabalho, sabendo reproduzir com fidedignidade o que foi sendo absorvido pela imitação de um modelo originário. Não se está disposto a abalar-se; deseja-se estabilidade, constituição de territórios; não se está disposto ao devir. Espera-se evoluir durante o processo até compor uma forma acabada, mas “uma correspondência de relações não faz um devir”, apontam Deleuze e Guattari (1997, p.17), pois o devir não é semelhança, imitação, identificação.

Devir é rizoma, não é uma árvore classificatória nem genealógica. Devir não é certamente imitar, nem identificar-se; nem regredir-progredir; nem corresponder, instaurar relações correspondentes; nem produzir, produzir por filiação. Devir é um verbo tendo toda sua consistência; ele não se reduz, ele não nos conduz a 'parecer', nem 'ser', nem 'equivaler', nem 'produzir' (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p.19).

O desestabilizador é que nem sempre se consegue identificar como se configuram estas demandas, ou mesmo se acontecem mudanças de posições entre uma ou outra durante o processo. Os mais “politizados” e “críticos”, no início, podem não conseguir deslocar-se de sua posição de “esquerda”, agarrando-se a ela e demandando apenas mudanças no visível, na macropolítica (ROLNIK, 1989), sem implicação com a produção de novas alianças ou interesse por modos de expansão, de propagação, de ocupação, de contágio do território com a multiplicidade que os habita. Os mais “acomodados” podem ver-se, em instantes, completamente abalados pela multiplicidade produzida nos encontros com o campo de formação e seus personagens, não conseguindo manter em pé sua figura estável, produzindo, então, o anômalo. Atenção: anômalo não quer dizer anormal. “A-normal” é um adjetivo de origem latina que qualifica, o que não tem regra ou que contradiz a regra. “A-nomalia” é um substantivo de origem grega, que designa o desigual, estando relacionado a uma multiplicidade (DELEUZE; GUATTARI, 1997). Ao emergir o anômalo, instala-se a multiplicidade, a aliança; faz-se o contágio.

Vê-se que o anômalo (...) tem muitas funções: ele não só bordeja cada multiplicidade, cuja estabilidade temporária ou local ele determina, com a dimensão máxima provisória; ele não só é a condição necessária ao devir; como conduz as transformações de devir ou as passagens de multiplicidades cada vez mais longe na linha de fuga (DELEUZE; GUATTARI, 1997, p.33).

Ao acompanharmos o processo, entendemos que não há garantias de permanência em uma ou outra posição, podendo, inclusive, operarem as duas simultaneamente. O que podemos é fazer apostas, favorecer

agenciamentos que operem consistências alógicas, já que não se pode dizer antecipadamente os efeitos que se produzirão, e é nesse sentido que Deleuze e Guattari (1997) nos desafiam: “faça rizoma, mas você não sabe com o que você pode fazer rizoma, que haste subterrânea irá fazer efetivamente rizoma, ou fazer devir, fazer população no teu deserto. Experimente” (p.35).

A proposta da RIS pode desenhar mapas ou fazer decalques. Ao oferecer-se uma aproximação ao sistema de saúde, com experimentações de modos de ser (trabalhador de saúde) e de fazer (ações de cuidado, gestão, educação em saúde) norteados pela integralidade, interdisciplinaridade, trabalho em equipe – sendo que cada prática com um novo sujeito é sempre uma nova prática –, pode-se pensar na produção de mapas, já que o mapa pressupõe abertura, possibilidade de conexões, montagens e desmontagens, capacidade de reconfigurações constantes – “um mapa é uma questão de performance” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.22).

Porém, se essas experimentações forem vividas como possibilidade de acúmulo de experiências, de conhecimentos para a conformação de um modelo de profissional de saúde pronto a responder a todas as demandas de acordo com um protocolo previamente estabelecido para situações supostamente semelhantes, sem levar em consideração as singularidades dos sujeitos envolvidos, estaremos operando por decalque, já que este remete sempre a uma presumida *competência* (DELEUZE; GUATTARI, 1995). Para produzir multiplicidades, entretanto, é necessário um método que o faça efetivamente, dizem nossos intercessores (DELEUZE; GUATTARI, 1995). Um método que favoreça processos nômades, que favoreça que os caminhos comecem pelo meio, no *entre*. Mas como podemos favorecer a abertura para esses caminhos (linhas de fuga) no processo de formação da residência?

Nossa aposta é na *experiência de si* como possibilidade de colocar em questão a própria identidade, o modo como nos constituímos como sujeitos trabalhadores da saúde. Como nos propõe Foucault em “O sujeito e o poder”:

Talvez, o objetivo hoje em dia não seja descobrir o que somos, mas recusar o que somos. Temos que imaginar e construir o que poderíamos ser para nos livrarmos deste ‘duplo constrangimento’ político, que é a simultânea individualização e totalização

própria às estruturas do poder moderno. A conclusão seria que o problema político, ético, social e filosófico de nossos dias não consiste em tentar liberar o indivíduo do Estado nem das instituições do Estado, porém nos liberarmos tanto do Estado quanto do tipo de individualização que a ele se liga. Temos que promover novas formas de subjetividade através da recusa deste tipo de individualidade que nos foi imposta há vários séculos. (FOUCAULT in: DREYFUS; RABINOW, 1995, p.239).

Neste sentido, podemos dizer que um dos acúmulos produzidos ao longo destes 10 anos no processo de formação da RIS/GHC é que as RMS não podem se colocar como *A estratégia* de formação de profissionais para o SUS, como se houvesse soluções vencedoras, sob pena de se tornar uma forma de captura, de governo, da formação de trabalhadores de saúde. É preciso manter seu potencial de resistência aos instituídos no campo da saúde, para que não se perca seu caráter inventivo.

Como anunciado no início deste texto, a aposta da *residente-em-mim* (que se atualiza em cada novo ingressante em processos de formação multiprofissional em saúde) é na produção de diferença no processo de formação. Esta precisa ser potencializada a partir de uma aproximação ao campo, de modo a pensá-lo nas ações que propiciam invenção e naquelas que a ela resistem.

Não há estabilidade prevista no fim de um caminho. As comemorações dos 10 anos de história da RIS/GHC devem se fazer também momento de colocar em análise os processos que foram se constituindo ao longo destes anos, suas estagnações, bifurcações e desvios, a fim de que se mantenha viva sua possibilidade de invenção de novos modos de ser e fazer em saúde. Mas podemos afirmar que: “nada do que foi será, de novo, do jeito que já foi um dia”⁶ tanto para os residentes, quanto para os trabalhadores (preceptores, orientadores, docentes) e gestores do GHC que participaram do processo até aqui. Vida longa à RIS/GHC!

⁶ Fragmento da letra de “Como uma onda”, música de Lulu Santos, lançada em 1983.

REFERÊNCIAS

- BONDÍA JL. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. *Revista Brasileira de Educação*. Rio de Janeiro: ANPED. n. 19, jan./abr, 2002. [On-line]. Disponível em <http://www.anped.org.br/rbe/rbedigital/RBDE19/RBDE19_04_JORGE_LARROSA_BONDIA.pdf>
- DELEUZE G; GUATTARI F. *Mil platôs - capitalismo e esquizofrenia*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995.
- DELEUZE G; GUATTARI F. *Mil Platôs: “1730 – Devir-intenso, devir-animal, devir-imperceptível...”*. v. 4. São Paulo: [s.n.]. 1997.
- FOUCAULT M. *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.
- FOUCAULT M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS HL; RABINOW P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- LOURAU R. Analista institucional em tempo integral. In: ALTOÉ S (Org.) *René Lourau - analista em tempo integral*. São Paulo, Hucitec, 2004.
- PASINI VL. *Residência multiprofissional em saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS*. Tese (Doutorado). Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.
- PASINIVL; GUARESCHI NM de F. Problematizando a produção de saberes para a invenção de fazeres em saúde. In: FAJARDO AP; ROCHA CMF; PASINI VL (Orgs.). *Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p.145-160.
- PELBART PP. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003.
- ROLNIK S. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.
- SANTIAGO S. *Uma literatura nos trópicos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Rocco, 2000.
- SOUZA MA dos S. O entre-lugar e os estudos culturais. *Revista Travessias*, 2008; v.1, p.1-12. [On-line]. Disponível em: <http://www.unioeste.br/prppg/mestrados/letras/revistas/travessias/ed_001/cultura/O%20ENTRE%20LUGAR%20E%20OS%20ESTUDOS%20CULTURAIS.pdf> Acesso em: 10 nov. 2008.
- ZOURABICHVILI F. *O vocabulário de Deleuze*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2004.