

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE  
SAÚDE**

**LIMITES E POSSIBILIDADES DO PROGRAMA DE  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA  
COMO AGENTE DE MUDANÇA DO MODELO DE  
ATENÇÃO À SAÚDE**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO  
- Modalidade Artigo Publicável -**

**Camila Peixoto Ceretta**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2012**

**LIMITES E POSSIBILIDADES DO PROGRAMA DE  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA COMO  
AGENTE DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO À  
SAÚDE**

**Camila Peixoto Ceretta**

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de

**Especialista em Sistema Público de Saúde ,  
Ênfase Atenção Básica em Saúde da Família.**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Sheila Kocourek**

**Santa Maria, RS, Brasil**

2012

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada  
em Sistema Público de Saúde**


A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**LIMITES E POSSIBILIDADES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA COMO AGENTE DE MUDANÇA DO  
MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE**


Elaborado por  
**CAMILA PEIXOTO CERETTA**

como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Especialista Sistema Público de Saúde, ênfase em Atenção  
Básica/Estratégia de Saúde da Família**

**Comissão Examinadora:**

  
**SHEILA KOCOUREK –**  
orientador-presidente  
UFSM

  
**ÂNGELA FLACH**  
SSMSM

  
**MARIA SALETI VOGT**  
VOGT -UFSM

Santa Maria, 30 de junho de 2012.

# **<sup>1</sup>LIMITES E POSSIBILIDADES DO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA COMO AGENTE DE MUDANÇA DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE.**

<sup>2</sup>Camila Peixoto Ceretta<sup>1</sup>

Tais Vicari<sup>2</sup>

Sheila Kocourek<sup>3</sup>

Teresinha Heck Weiller<sup>4</sup>

## **RESUMO**

A busca por um novo modelo de atenção à saúde surgiu a partir da Reforma Sanitária Brasileira e foi idealizada com a criação do Sistema Único de Saúde. Como forma de operacionalizar esse sistema surgiu o Programa de Saúde da Família,

---

1

A formatação deste trabalho está de acordo com a Revista de Enfermagem da UFSM -REUFSM : fonte Trebuchet MS 12, espaçamento duplo em todo o texto, com todas as páginas numeradas, configurados em papel A4 e com as quatro margens de 2,5 cm. Redigidos de acordo com o Estilo Vancouver.

2

<sup>1</sup>Fisioterapeuta. Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: milaceretta@yahoo.com.br.

<sup>2</sup>Enfermeira. Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: taisvicari@yahoo.com.br.

<sup>3</sup>Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Faculdade de Serviço Social. Centro de Ciências Sociais e Humanas - Departamento de Ciências Sociais, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: sheilakocourek@gmail.com.

<sup>4</sup>Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do departamento de Enfermagem e da Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: [weiller2@hotmail.com](mailto:weiller2@hotmail.com).

posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família. Já o Programa de Residência Multiprofissional Integrada da Universidade Federal de Santa Maria, surge então para buscar uma maior qualificação dos trabalhadores para atuarem nessa estratégia e também para contribuir na mudança do modelo de atenção vigente. Este estudo buscou verificar quais são essas contribuições que o programa traz como agente de mudança do modelo de atenção à saúde, elucidando assim, quais seus limites e quais as suas possibilidades e concluiu que o programa colabora para o processo de mudança do modelo através da mudança do olhar dos profissionais para com os usuários, da busca por uma escuta qualificada, da criação de vínculo, do empoderamento dos sujeitos e da formação de profissionais capacitados para atuarem no SUS. E, mesmo o programa ainda estando em fase de amadurecimento e encontrando em seu caminho diversos entraves, ele está fazendo surgir um novo modelo de atenção à saúde no município de Santa Maria e uma nova concepção de como deve ser o profissional para atuar dentro desse modelo.

## **INTRODUÇÃO**

No Brasil, o final da década de 80 foi marcado por movimentos sociais que buscavam a redemocratização e a melhoria da saúde no país. Em 1985, foi eleito o primeiro presidente não militar desde 1964, dando origem à Nova República. Paralelo a isso, cresceu no país o movimento sanitário brasileiro, sendo este representado por profissionais de saúde, políticos, usuários e lideranças populares que lutavam pela reestruturação do modelo de atenção à saúde. Entende-se por modelo de atenção a maneira como são organizadas as ações de atenção à saúde,

ou seja, como se articulam os diversos recursos tecnológicos, assistenciais e humanos disponíveis para atuar nos problemas de saúde de uma coletividade.<sup>1,2</sup>

O movimento sanitário brasileiro teve seu marco na VIII Conferência Nacional de Saúde de Brasília, em 1986, da qual surgiram idéias que foram defendidas na Assembléia Nacional Constituinte criada em 1987. Essas idéias baseavam-se na busca pela universalidade e equidade da atenção à saúde, a garantia da saúde como direito individual, a gestão social democrática, o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, a crítica às práticas hegemônicas e a inclusão do usuário na construção da saúde. A partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, foram incorporadas grandes partes destas idéias e ficou estabelecido que a saúde é um direito de todos os cidadãos e é um dever do estado, o qual que deve garantir o acesso universal e igualitário às ações de redução de riscos de doenças e agravos e de proteção, promoção e reabilitação da saúde.<sup>3,4</sup>

Em meio a esse processo de busca por um novo modo de se fazer saúde, foi idealizado o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8.080/90 e que tem por base os princípios doutrinários da universalidade, equidade e integralidade. Segundo essa Lei que o regulamenta, a saúde não é só a ausência de doenças e é determinada por uma série de fatores presentes no dia-a-dia, tais como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.<sup>5,6</sup>

Como forma de operacionalizar o SUS, o Ministério da Saúde criou no ano de 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF), com o objetivo de ser uma estratégia de reorganização da Atenção Básica e de efetivação da mudança do paradigma de

saúde no país, saindo de uma medicina curativa e passando a atuar na integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade sócio-econômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante. Posteriormente, o programa passa a ser denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF). No entanto, não raras vezes, as estruturas do trabalho em ESF, continuam permeáveis ao modelo tecno-assistencial, o qual é afetado pela organização da gestão e pelo modo como é feita a política de saúde no país, baseada em um modelo tradicional biomédico que corrompe o processo de trabalho cotidiano e dificulta a mobilização e aglutinação de atores e agentes capazes de contribuir para a conquista da legitimidade social e política do SUS. E, desconstruir esse modelo perpassa por enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento de novas práticas e para que realmente isso ocorra existe a necessidade de se formar um novo profissional, ou seja, "para uma nova estratégia, um novo profissional". 7, 8, 9,10

Portanto, no ano de 2005, através da lei nº 11.129, foi instituído o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde com o intuito de qualificar os profissionais para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Em consonância, no ano de 2007, a portaria Interministerial nº 45 reconheceu a Residência Multiprofissional em Saúde como curso de especialização caracterizado por ensino em serviço. Assim, ficou definido que esse programa de residência tem a finalidade de atuar de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades locais e regionais identificadas, integrando práticas e saberes das profissões envolvidas, buscando qualificação da atenção e do processo de trabalho das equipes, integração ensino-serviço e também servindo como instrumento utilizado

para potencializar a formação profissional e a qualificação de trabalhadores para o SUS.<sup>11,12,13</sup>

No Município de Santa Maria, o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), surge para buscar uma maior qualificação do trabalho em saúde e para contribuir na mudança do modelo de atenção vigente, o qual se efetiva por meio de práticas convencionais nos serviços de saúde, pautadas em padrões disciplinares, fragmentados, setorializados e mecanicistas e que tem determinado a marcante falta de resolutividade do sistema de saúde deste município.<sup>14,15</sup>

Tendo em vista esses objetivos do programa e aliando isso às experiências vivenciadas pelas autoras como residentes multiprofissionais, identificou-se a necessidade de se estudar quais as contribuições do PRMISPS da UFSM como agente de mudança do modelo de atenção à saúde, esclarecendo assim, quais seus limites e quais as suas possibilidades na consolidação dessa mudança.

## **MÉTODOS**

Pesquisa qualitativa realizada como trabalho de conclusão de curso do PRMPISPS da UFSM, no período de novembro de 2011 e junho de 2012.

Os sujeitos de pesquisa foram os trabalhadores de quatro unidades de ESF do município de Santa Maria-RS, que são as unidades de referência para o referido programa na Atenção Básica em Saúde, totalizando 12 sujeitos. Os critérios de inclusão foram: ter acompanhado como trabalhador da ESF o trabalho dos residentes por um período mínimo de seis meses, estarem em pleno exercício de



suas atividades profissionais no momento da coleta e disporem-se livre e esclarecidamente a participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os sujeitos foram convidados a participar e informados sobre os objetivos do estudo e a confidencialidade e sigilo das informações.

A coleta de dados foi realizada através de entrevista pré-agendada de acordo com a disponibilidade de sujeitos e pesquisadoras. Atendendo aos princípios éticos da resolução 196/96, ao iniciar a entrevista o TCLE era apresentado aos entrevistados, após sua assinatura iniciava-se a entrevista. Foi utilizado um questionário semi-estruturado e as entrevistas foram gravadas com um gravador, em áudio MP3.

As gravações foram transcritas na íntegra e os dados foram analisados conforme o proposto pela Análise de conteúdo de Minayo.<sup>16</sup> Da análise resultaram duas categorias: “As contribuições do PRMPISPS no processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família” e “Limites e Possibilidades do Programa de Residência Multiprofissional como agente de mudança do modelo de atenção à Saúde”.

O projeto foi realizado por duas residentes, sendo uma enfermeira e outra fisioterapeuta, sendo que ambas participaram ativamente da construção do mesmo e da aplicação da pesquisa. No entanto, para fins de apresentação de trabalho de conclusão de curso fez-se necessário a elaboração de artigos individuais e cada uma das pesquisadoras abordou uma das categorias.

Nesse artigo, serão apresentadas as considerações acerca da categoria: “Limites e Possibilidades do Programa de Residência Multiprofissional como agente de mudança do modelo de atenção à Saúde”.

Para garantir o anonimato na apresentação dos trechos das falas, os sujeitos serão identificados com a letra P, de profissionais e enumerados aleatoriamente de 1 a 12.

O projeto de pesquisa tramitou no Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Maria, pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 00525612.6.0000.5346.

## **DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Ao analisar as falas dos sujeitos entrevistados no que se refere ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada da Universidade Federal de Santa Maria como agente de mudança do modelo de atenção em Saúde, pode-se perceber que foram apontados tanto limites quanto possibilidades do programa em alcançar esse objetivo, sendo que para muitos dos limites os próprios sujeitos apontaram algumas de suas causas e também fizeram sugestões para contorná-las.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Santa Maria surgiu em 2004, através do Projeto de Expansão e Consolidação da ESF (PROESF), uma iniciativa do Ministério da Saúde que objetivou apoiar financeiramente a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da ESF nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes. Através desse programa foram implantadas 16 equipes de ESF em Santa Maria. <sup>17</sup>

O PRMISPS com ênfase em Atenção Básica/Saúde da Família da UFSM teve início em maio de 2009 para suprir demandas levantadas pela gestão municipal de Saúde de Santa Maria e da região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul (RS). Atua especialmente na atenção básica, porém possui atividades complementares na

atenção hospitalar e sistema de planejamento/gestão, abrangendo o sistema de saúde do município como um todo. Nesses espaços, os residentes atuam contribuindo no fortalecimento das ESF e do trabalho realizado por estas, através de práticas inovadoras multiprofissionais, interdisciplinares, interinstitucionais e intersetoriais. As turmas do PRMISPS contam com dez núcleos profissionais, entre residentes fixos, que se unem aos trabalhadores da ESF para desempenharem suas funções e residentes apoiadores matriciais, que atuam como referência em um território e prestam apoio matricial aos demais. Esses núcleos são enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, assistência social, educação física, farmácia, odontologia e nutrição. <sup>14,15</sup>

E é nesse cenário, de atuação conjunta entre profissionais das ESF do Município de Santa Maria e residentes multiprofissionais que se desenvolveu este trabalho que, dentre outras constatações, também pode verificar os limites e as possibilidades do PRMISPS como agente de mudança do modelo de atenção à saúde vigente.

Analisando as falas dos profissionais das ESF é possível constatar que o PRMISPS contribui para uma nova forma de se fazer saúde. Isso pode ser identificado, por exemplo, nos trechos a seguir no qual o profissional fala sobre o programa:

“[...] ele começou a mostrar uma visão diferente do que é a saúde pública”. “[...] hoje não existe mais aquela coisa só de consultório, existe de entender saúde pública e uma coisa que a residência conseguiu fazer foi abrir a visão dos acadêmicos [...]” (P08)

O entrevistado refere-se aqui aos acadêmicos que atuam em conjunto com os residentes nas ESF.

“[...] eles vêm pra cá com outra possibilidade de ver o que é a saúde, porque antigamente era só clínica e hoje não. Então acho que a residência vem para isso, ela está sendo um elo do posto de saúde com os professores [...]” (P08)

Pode-se perceber nesta fala que o profissional não traz somente do programa de residência como formador de sujeitos capacitados para atuarem nesse novo modelo de saúde almejado, mas também, que os próprios residentes são agentes que contribuem na formação dos demais profissionais de saúde, neste caso os acadêmicos dos cursos de graduação que realizam seus estágios nos mesmos campos de atuação do PRMISPS.

No setor do ensino é urgente a necessidade de uma Reforma na Educação para que essa atenda aos interesses públicos e que se cumpram as responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanística para o desempenho tecno-profissional. Para que ocorra essa reforma, com formação de profissionais para um modelo que desloque o eixo do conhecimento centrado na assistência individual, em ambientes hospitalares para uma formação mais contextualizada, que leve em consideração as dimensões econômicas, sociais e que instrumentalize os profissionais para enfrentar melhor os problemas envolvidos no processo de saúde/doença da população torna-se necessário que haja um estímulo a uma atuação multiprofissional, que respeite os princípios do SUS e que atue com responsabilidade integral sobre a população num determinado território.<sup>18, 19</sup>

Fica claro na fala do profissional entrevistado que os residentes servem como um elo entre o ensino e o serviço, tornando a ESF um espaço de diálogo entre o trabalho e a educação e, esse espaço é um lugar privilegiado para a percepção que o estudante irá desenvolver sobre o outro no cotidiano do cuidado, além de serem espaços de cidadania, onde docentes, estudantes, profissionais do serviço e usuários estabelecem seus papéis sociais na junção de saberes, modos de ser e de ver o mundo e onde ocorre a transformação e consolidação dos modelos de atenção à saúde, pautados pelos valores do SUS. <sup>20</sup>

Outra característica esperada para a mudança do modelo assistencial é transição tecnológica do trabalho morto para o trabalho vivo em ato, ou seja, a produção da saúde com base nas tecnologias leves, baseada nas relações interpessoais e a produção do cuidado de forma integral, centrado nas necessidades dos usuários e uma das formas de se fazer uso dessa tecnologia é por meio da criação de vínculo ente profissional e usuário de saúde. <sup>21</sup>

Na fala a seguir, o profissional fala sobre o vínculo criado entre os residentes e a comunidade:

“[...] e eles foram muito bem aceitos pela comunidade, se tornaram amigos da comunidade, eles souberam chegar na comunidade, não se impondo e se colocaram no mesmo nível da comunidade, souberam conversar, conseguiram conquistas junto com a comunidade, criaram vínculo que é o principal” (P10)

Esse cuidado integral construído a partir do vínculo profissional-usuário, implica em uma prática voltada para o ouvir, o compreender e, então, a partir daí,

atender às necessidades dos sujeitos, grupos e comunidades, num novo paradigma de atenção à saúde.<sup>21</sup> E, essa prática, foi citada por alguns profissionais ao se referirem ao trabalho dos residentes.

“Pelo que pude perceber ali, vocês da residência estavam sempre indo visitar o paciente [...] Porque o paciente, quando ele vai até a Unidade, a gente só vê a doença dele. E o que a gente percebia é que vocês vão visitar os pacientes, ver como eles estão vivendo né? E aí, quando voltavam lá para a Unidade, tinha aquelas discussões, todo o envolvimento da família, de todos os problemas que eles têm. Então, eu acho que isso é uma maneira de ver a integralidade do sujeito né? Eu acho que isso vocês conseguiram, porque eu nunca tinha percebido isso antes, em outras unidades que eu tenha trabalhado” (P01)

“Vê o cliente como um todo né, não só aquela situação, vê um todo que pode estar gerando aquela situação” (P02)

“A gente não faz muito o monitoramento dos casos. E eu vejo que na residência o pessoal consegue fazer isso, consegue ir e fazer um acompanhamento, ver quando ele voltou do hospital, deu alta, chama o pessoal do serviço antes que eles se esqueçam dessa criaturinha e insere de novo ele para que o serviço continue atuando. Eu acho super importante essa parte e eu acho que isso influencia no nosso processo de trabalho diretamente, no atendimento e eu acho bem bom!” (P05)

Outro profissional também cita o atendimento integral como uma das características que o PRMISPS trouxe para dentro das equipes de saúde e ao ser questionado se o programa colabora para a mudança do modelo, responde:

“Com certeza, hoje a gente olha holisticamente a pessoa, então tu não vê mais só a doença, tu vê todo o indivíduo [...] Eu não sei trabalhar sozinha [...] é sempre muito importante ter vários olhares [...]” (P11)

Os profissionais de saúde devem aprimorar uma visão holística tanto para a produção de conhecimento quanto para a prestação de serviços de saúde, levando em consideração os contextos onde a vida desses sujeitos é construída. O atendimento integral em saúde deve estar inserido na consciência crítica desses profissionais para que, a partir de uma situação complexa, possam desenvolver ações integralizadas, alicerçadas em um novo paradigma preparado para atender às demandas e necessidades desses sujeitos. Existe, portanto, uma urgência de se corrigir um agir em saúde desarticulado e fragmentado, que tem suas raízes em uma postura verticalizada, autoritária e de imposição de um saber científico descontextualizado e que não responde aos anseios da população.<sup>22, 23, 24</sup>

Aparece também como característica do trabalho da residência o que podemos definir como o desenvolvimento de práticas que levam ao empoderamento social dos sujeitos:

“[...] a residência veio para ensinar as pessoas a fazerem as coisas [...] sempre tem um assistencialismo e sempre vai ter, mas tem

“pessoas que só fazem aquilo e aí, se ela só faz o assistencialismo a pessoa não anda sozinha [...] então, tem que ensinar a pessoa a fazer e eu acho que a residência fez bastante isso.” (P10).

O empoderamento social pode ser considerado como processos que procuram promover a participação social visando à aquisição de habilidades e de um pensamento reflexivo. Significa ser dono da própria vida e isso implica o desenvolvimento da auto-estima, da capacidade de analisar criticamente o meio social e político e do desenvolvimento de recursos individuais e coletivos para a ação social e política. Espera-se que como resultado isso aumente a capacidade dos indivíduos e coletivos para definirem, analisarem e atuarem sobre seus próprios problemas, desenvolvendo a consciência crítica e a capacidade de intervenção sobre a realidade para uma maior justiça social e melhora na qualidade de vida.<sup>25</sup>

Porém, em outra fala, um profissional deixa claro que falta trabalhar mais esse empoderamento dos usuários, principalmente em seu viés político, por parte dos residentes e das próprias equipes de saúde, apresentando aqui um entrave na mudança do modelo de atenção à saúde:

“[...] eu acho que eu uma das questões que a gente não faz é o trabalho de base na comunidade, é discutir isso na comunidade. Então, se a gente tem uma portaria e uma legislação que diz que a gente tem que fazer prevenção, promoção, reabilitação, porque que mesmo a gente sabendo de tudo isso, mesmo a gente tendo tantas leituras, como é que a gente vai cair na burrice denovo? Então, eu acho que uma das questões é a gente trabalhar a base e discutir isso



com a comunidade [...] porque talvez a gente trabalhando base, a população saiba, possa apontar melhor, em quem votar, a quem eleger [...] (P12)

Na concepção de educação empoderadora do profissional de saúde para com o usuário, esperada no novo modelo, o profissional não deve ser um simples repassador de conhecimentos e experiências e nem o usuário ser um receptor passivo do que lhe é transmitido. Deve existir uma escuta do outro e uma troca de saberes. Além disso, o empoderamento busca destacar a saúde como um processo e uma resultante de lutas de coletivos sociais por seus direitos, como as que ocorreram durante o movimento sanitário brasileiro.<sup>26</sup>

Atualmente, não se pode afirmar que ainda exista um movimento sanitário representado por um movimento social organizado e militante. O que existe é um grande contingente de atores mobilizados para tentar construir um sistema de saúde que tenha suas proposições próximas das que foram idealizadas pela Reforma Sanitária, porém, sem o intenso debate e circulação de propostas como naquela época.<sup>9</sup>

Além dessa constatação, outros limites são apontados pelos profissionais entrevistados para que se concretize uma real mudança de modelo, como por exemplo, o atendimento médico-centrado e a centralização do poder:

“Eu acho que deu uma melhorada, mas ainda tem muito o sistema do médico. A comunidade chega aqui, por exemplo, e por mais que tenha vários profissionais pergunta - É o medico? Eu quero falar é com o médico [...] tem hierarquia aqui dentro ainda, tem coisas que

podem ser feitas, mas que tem que ser passadas por um superior para dar o aval. Há certo limite de liberdade [...] (P09)

Hoje em dia, a concepção hospitalocêntrica, médico-centrada da saúde ainda ocupa um espaço hierarquicamente superior na cultura popular e acadêmica ou na imagem do trabalho em saúde. A atenção à saúde ainda é assistencialista e, tendo sua ótica centrada no atendimento individual, possui baixa resolubilidade diante das necessidades de saúde que são apresentadas pela população. Além disso, o autoritarismo, típico da cultura sanitária, acaba por descartar os direitos dos usuários e o reconhecimento do saber da população.<sup>27</sup>

Como exemplo disso, temos a fala do profissional que quando questionado sobre a mudança do modelo de atenção influenciado pelo PRMISP fala o seguinte:

“[...] Então, o médico eu acho que não teve mudança nenhuma porque era um médico que não participava [...] Eu acho que as mudanças que ocorreram com a residência na equipe, eu acho que elas podem ter ocorrido com o enfermeiro, nem com o técnico de enfermagem. Então, eu acho que as mudanças aconteceram sim, mas que aconteceram muito mais com o enfermeiro e com a comunidade e com os agentes comunitários do que com o técnico e com o médico [...] (P12)

Isso, infelizmente, vem a confirmar que o trabalho médico ainda é estruturado de forma distante dos interesses dos usuários e também isolado do trabalho com outros profissionais de saúde, fazendo com que este desconheça a

importância das práticas de saúde de outros profissionais, tendo sua atuação com predomínio de intervenções centradas em tecnologias duras. Este modo de operar o trabalho médico gera uma relação usuário-trabalhador marcada por um processo de desresponsabilização e é uma prática voltada para os interesses privados, isolados de um trabalho multiprofissional, fechado dentro de consultórios, tornando os demais profissionais subordinados à lógica médica, empobrecendo seus núcleos de cuidado.

Torna-se imperativo que o trabalho médico seja centrado no usuário e seja dependente de tecnologias leves, comprometido com uma gestão coletiva dos processos de trabalho nas ESF, de forma multiprofissional e interdisciplinar, pautados em resultados e benefícios para os usuários, com o compromisso de resolver, acolher, co-responsabilizar e autonomizar esse sujeito.<sup>28</sup>

Muitas das falas obtidas acabam por, de certa forma, justificar alguns dos problemas que aparece como empecilho para a mudança do modelo de atenção a partir da atuação da residência multiprofissional. Problemas como falta de apoio da gestão municipal, a falta de planejamento em conjunto entre os profissionais e os residentes, a não aceitação de alguns profissionais da equipe dessa nova forma de se fazer saúde, restringindo assim a autonomia dos residentes para realizarem um bom trabalho e mantendo uma postura hierárquica nada favorável aos modelos esperados e, até mesmo o linguajar complicado e a falta de clareza dos papéis da residência para alguns profissionais, aparecem como entraves ao bom funcionamento do programa. Alguns desses trechos são explanados a seguir:

“[...] Uma dificuldade que eu vejo é a secretaria, porque a secretaria, eu acho que ela não valoriza, eu acho que ela subestima,

acho que ela não dá o devido valor aos campos da residência. Eu acho que, na verdade, a secretaria não tem claro que um dos papéis deles é a mudança do modelo. Porque quem vai na contramão disso, vai na contramão do SUS [...]os profissionais tem que se co-responsabilizar e a co-responsabilização não é de um lado só, não é usuário e trabalhador, eu acho que a gestão tem que estar junto, então eu acho que uma das dificuldades é a gestão que não sei se não entende ou se não tem ferramentas para dar conta disso. Eu sei que uma das dificuldades é o entrave político, a ação política, e uma das ações políticas dessa gestão é ir na contramão do SUS. É tudo que a gente é contra, é medico-centrado, é hospitalocêntrica, é curativista, é paternalista, é assistencialista, é tudo na contramão. Eu acho que vocês tiveram um período de uma gestão que não ajuda [...](P12)

“[...] As limitações são as que se vive todo dia hoje, essa gestão né, que nem sempre se tem o apoio né. Tu queres achar a solução para aquele problema, resolver [...] mas quando chega na parte que tem que resolver tu é barrado. Então eu acho que isso é uma limitação né. Acho que com o tempo vão se conseguindo mais vitórias, devagar [...] até do próprio conhecimento que não se tem da residência pela própria equipe, da aceitação das equipes [...]” (P02).

A falta de planejamento de algumas atividades, que deveriam ocorrer em conjunto entre profissionais do serviço e residentes e não isolados cada um com a

sua forma de agir e planejar, deve ser levada em consideração no que diz respeito às limitações do programa quando agente de mudança do modelo de atenção à saúde. Assim como, o distanciamento que muitas vezes está presente entre a academia e o serviço, até mesmo no modo de se comunicar e se fazer entender:

“[...] Eu acho que melhorar só se tiver um bom planejamento e uma boa organização. Pessoas interessadas que querem realmente que isso dê certo. Eu acho que é isso que ta faltando. Tanto que os profissionais vêm para as equipes e querem dar mais e não conseguem, porque falta suporte, falta estrutura dentro dos postos de saúde. Nós teríamos que ter hoje também a ampliação dos postos de saúde para que esses profissionais pudessem trabalhar [...]”  
(P08)

“[...] O que dificulta, eu acho, é que vocês venham com todo o saber de vocês e que vocês não conseguem de certa forma passar esse saber, até, por exemplo, agora, nesse momento, nós estamos conversando aqui e vocês têm toda essa terminologia. E isso parece que dá um distanciamento, não é verdade? E entre a gente que está trabalhando no serviço e a universidade, todo esse discurso, esse palavreado difícil, parece que afasta um pouco [...] Então eu acho que vocês teriam que fazer uma aproximação no sentido de que as pessoas entendessem exatamente o que vocês estão fazendo lá [...] Uma maior clareza do papel da residência [...] (P01)

Perceberam-se também algumas justificativas para as limitações dos objetivos almejados pelo PRMISPS, como por exemplo, a postura rígida de alguns profissionais das equipes de ESF, que ainda mantém suas condutas baseadas em um modelo assistencial com raízes no autoritarismo, na verticalização e no modelo biomédico fragmentado:

“[...] Eu acho que tem que dar mais autonomia (para o residente), porque ele não é um estagiário que não sabe fazer nada sozinho, ele é um profissional formado, ele tem que ter essa autonomia, poder fazer [...] (P10)

“[...] tem a tal hierarquia, tudo tem que passar por fulano, tu não pode falar nada, tu não pode planejar nada com o residente, tu pode ter um problema na tua área e tu não resolve sem antes ir falar com aquele profissional líder que ele tem que dar permissão. Antigamente tinha uma confiabilidade muito grande, hoje não tem isso, hoje o pessoal trabalha muito com desconfiança um do outro. Isso atrapalha bastante.” (P09).

E, muito mais do que limites e possibilidades do PRMISPS, as falas dos sujeitos entrevistados também apresentaram palavras de incentivo ao trabalho dos residentes e nenhuma representa melhor e justifica tão bem que se continue a constituir novas turmas de residentes e que se continue trabalhando no sentido de se melhorar a forma de fazer saúde nesse município do que a fala apresentada a seguir, que cita a vontade de querer mudar dos residentes, percebida pelo olhar do profissional entrevistado, e que já evidencia aqui a concretização do processo de

formação desse novo profissional que vem para atuar e modificar o atual sistema de saúde.

“[...] eu senti isso, tanto de vocês quanto das gurias (turma anterior), eu senti aquela coisa do querer mudar, do repente não fazer só o arroz e feijão [...] de uma forma ou de outra, mesmo que a gente não tenha atuado em uma ação mais complexa ou grandiosa juntos, pelo pouco tempo e por uma série de limitações, eu acho que foi importante essa troca que teve [...] eu via essa questão da inquietação e acho que isso é bom, inquietação, querer mudar, querer fazer, não se acomodar e de uma forma ou de outra, vocês atuaram [...] não ficaram paradas e isso é importante. Foram dinâmicas no que foi permitido fazer [...] Mas eu sou fã da residência [...] eu quero ser sempre parceira da residência, quero conhecer um pouco mais e quero colaborar também, não só para o crescimento da residência, mas também para o nosso enquanto equipe. Eu acho que agora é a hora de a gente realmente fazer [...] e tem tudo para dar certo. Não sei se eu sou otimista, mas tem tudo para dar certo [...] ( P05).

Para que de fato haja a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS e se construa esse novo modelo de atenção à saúde, é necessária a formação de um novo perfil de trabalhadores de saúde e de uma nova organização dos processos de trabalho e, com o PRMISPS, parece estar surgindo esse novo modelo de atenção e uma nova concepção de como deve ser o profissional para atuar dentro dele.<sup>7,9</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que modelo de atenção à saúde não é um programa específico, que não se pode dizer que existam modelos certos ou errados nem receitas a serem seguidas para que estes dêem certo e que pode ser sim entendido como sendo o modo como é feita a gestão dos processos organizacionais, políticos e de trabalho de forma que estejam engajados na busca pela produção de atos de cuidado dos sujeitos e coletividades <sup>29</sup>, pode-se afirmar que neste trabalho identificou-se que o PRMISPS colabora em muitos aspectos para o processo de mudança do modelo de atenção em saúde, porém também constatou-se que esse processo ainda está em fase de amadurecimento e encontra em seu caminho diversos entraves que o prejudicam.

Dentro das potencialidades do programa, apontadas neste trabalho, está a contribuição para a mudança do olhar dos profissionais de saúde para com os usuários, a busca de uma escuta qualificada através da criação de vínculo, o empoderamento dos sujeitos, a integralidade no atendimento, a busca por dispositivos que busquem a eficiência na resolubilidade dos casos e também a contribuição para a formação de novos profissionais de saúde, capacitados para atuarem num novo modelo de atenção. E, isso é importante para a criação de um SUS organizado, baseado na integralidade, na humanização e na qualificação da atenção.

Ao se considerar que o trabalho na ESF apresenta muitos desafios para que se resolvam os diversos problemas de saúde dos usuários, os quais são influenciados pelas relações sociais, familiares, culturais, se faz necessário, portanto, a utilização de diversos saberes advindos de diversos campos de atuação, ou seja, se



faz necessária uma atuação multiprofissional e interdisciplinar para que se construa o modelo de atenção adequado para a ESF e, nesse sentido, o PRMISPS tem muito a contribuir, trazendo para dentro da equipe esses diversos olhares que permitem aos profissionais a visualização de uma nova forma de atuar em saúde e a uma releitura de suas teorias e conceitos para que as práticas instituídas até então sejam superadas.

Entende-se que qualquer mudança no âmbito saúde ocorre através de processos lentos e graduais, portanto, para que o PRMISPS ganhe força e visibilidade se faz necessário que ocorra um maior envolvimento dos sujeitos atuantes nesse processo, ou seja, a efetivação da integração entre ensino-serviço, trabalhadores de saúde, residentes, instituições formadoras e usuários, todos unidos na construção de um novo modelo de atenção à saúde.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. FERNANDES, Ana Júlia Castro. **Origens do Movimento Sanitário Brasileiro: breve análise sobre o movimento pela reforma que deu origem ao Sistema Único de Saúde - SUS.** 2011. 48 f. Monografia do Bacharelado em Ciências Sociais. Universidade de Brasília, Brasília, 2011. Disponível em <http://bdm.bce.unb.br/handle/10483/2682>. Acesso em 15 de jan.2012.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. **Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: A participação das Universidades e dos Municípios - memórias.** Brasília. Conasems, 2007. Disponível em [http://www.conasems.org.br/files/Livro\\_Movimento\\_SanitarioDecada\\_70.pdf](http://www.conasems.org.br/files/Livro_Movimento_SanitarioDecada_70.pdf). Acesso em 29 nov.2012.
3. BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção da Saúde e qualidade de vida.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.5, n.1, jan-mar, Associação Brasileira de pós-graduação em saúde coletiva, Rio de Janeiro, RJ, 2000. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/630/63050114.pdf>. Acesso em 02 jun. 2012.

4. BRASIL. O SUS no seu município: garantindo saúde para todos - Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_sus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_sus.pdf). Acesso em 30 nov. 2011.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de comunicação social. ABC do SUS/MS. 2a ed. Brasília (DF): MS; 1991.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Lei Orgânica 8080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União. Brasília, 19 set. 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em 11 nov.2011.
7. COSTA, Glaucete Dias da et al . Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 62, n. 1, Feb. 2009. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000100017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100017). Acesso em 10 dez.2011.
8. ROSA, Walisete de Almeida Godinho; Labate, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a Construção de Um Novo Modelo de Assistência. Rev. Latino-Am. Enfermagem , Ribeirão Preto, v 13, n. 6, dezembro 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411692005000600016](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692005000600016). Acesso em 10 jun 2012.
9. FEUERWERKER, L.M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. Interface -Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000300003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000300003&script=sci_arttext). Acesso em 27 mai. 2012.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Projeto de Expansão e consolidação da Saúde da Família, 2011. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/proesf/proesf1.php?>. Acesso: 10 jan de 2011.
11. BRASIL. Ministério da Educação Gabinete do Ministro. Portaria interministerial nº 45. Brasília-DF. 2007. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria\\_45\\_2007.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_45_2007.pdf)>. Acesso em: 25 de maio de 2012.

12. BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº2**. Brasília-DF. 2012. Disponível em: < <http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cnrms-2-2012.htm>>. Acesso em: 15 de maio de 2012.
13. BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei nº 11.129**, 2005. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm). Acesso em 17 jan. 2012.
14. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. UFSM - **Projeto do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde**. Santa Maria, 2008. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/prpgp/>>. Acesso em: 23 de novembro de 2011.
15. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. UFSM - **Projeto do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde**. Santa Maria, 2009. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/prpgp/>>. Acesso em: 23 de novembro de 2011.
16. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. revista e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2007.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **PROESF - Expansão e Consolidação Saúde da Família**, 2007. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/proesf/proesf1.php>. Acesso em 16 març. 2012.
18. CECCIN, Ricardo Burg; Feuerwerker, Laura,C,M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>. Acesso em 12 jan.212.
19. REDE UNIDA. Contribuição para as novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da área da saúde. **Olho Mágico**, v.4, n.16, 1998.
20. ALBUQUERQUE, V. S. **A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde**. Rev. Bras. Educ. Méd., n. 32, v. 3, p. 356-62, 2008.

21. MERHYE, E.E. & Franco, T.B., **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional**. Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003. Disponível em [http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao\\_tecnica\\_do\\_trabalho\\_emerson\\_merhy\\_tulio\\_franco.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf). Acesso em 14 de abr.2012.

22. NIETSCHE, E A. *Tecnologia emancipatória: possibilidade para a práxis de enfermagem*. Ijuí: Ed. Unijuí; 2000. Disponível em <http://www.abennacional.org.br/2SITE/Arquivos/N.122.pdf>. Acesso em 02 jun. 2012.

23. VICTOR JF. *Educação em saúde na unidade básica de saúde da família: atuação do enfermeiro*. Fortaleza, CE; 2004.

24. MACHADO, MFAS. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(2):335-342, 2007. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v12n2/a09v12n2.pdf>. Acesso em 24.jan.2012.

25. CARVALHO, SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4):1088-1095, jul-ago, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n4/24.pdf>. Acesso m 10 de dez.2011.

26. CARVALHO, SR. **Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csc/v13s2/v13s2a07>. Acesso e 30 mai.2012.

27. BRASIL. Ministério da Saúde. **VERSUS- Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde do Brasil**. Disponível em [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/versus\\_brasil\\_vivencias\\_estagios.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/versus_brasil_vivencias_estagios.pdf). Acesso em 05 mai. 2012.

28. MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar assistência**. Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

29. MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002