

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

**AS CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL NO PROCESSO DE
TRABALHO DE EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA**

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

Taís Vicari

Santa Maria, RS, Brasil

2012

AS CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Taís Vicari

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^a. Dr^a. 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 -

**AS CONTRIBUIÇÕES DO PRMPISPS NO PROCESSO DE TRABALHO DA
EQUIPE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Elaborado por
Tais Vicari

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 LOCK
VOGT -UFSM

Santa Maria, 30 de junho de 2012.

AS CONTRIBUIÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL NO PROCESSO DE TRABALHO DE EQUIPES DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Tais Vicari, Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Maria, Rua Tuiuti, nº1155, 401B; Bairro Nossa Senhora de Fátima; Santa Maria; Rio Grande do Sul; CEP: 97015-661; Telefone: (55) 99033348, taisvicari@yahoo.com.br. Sheila Kocourek, Assistente Social, Doutora, Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria, sheilakocourek@gmail.com. Teresinha Heck Weiller, Enfermeira, Professora Adjunta da Universidade Federal de Santa Maria, weiller2@hotmail.com.

RESUMO

Objetivo: elucidar a contribuição do Programa de Residência Multiprofissional para o processo de trabalho das equipes de Estratégia de Saúde da Família na visão dos trabalhadores das Unidades nas quais o Programa está inserido. **Método:** pesquisa qualitativa realizada com 12 trabalhadores através de entrevista semi-estruturada. Os dados analisados através da Análise de Conteúdo. **Resultados:** o Programa é considerado uma estratégia de desenvolvimento para o trabalho multiprofissional e interdisciplinar na busca da integralidade em saúde e de desenvolvimento de tecnologias de integração ensino-serviço, gestão e atenção, contribuindo para a mudança do modelo de atenção. Representa possibilidade de desenvolvimento de ações em saúde diferenciadas, troca de experiências e construção de saberes e práticas fundamentados na realidade do serviço e contribui para a qualificação das ações desenvolvidas através de práticas em saúde mais integrais e resolutivas. **Conclusão:** o Programa impacta no processo de trabalho das equipes de saúde através de práticas interdisciplinares e inovadoras, da integração ensino-serviço e da educação permanente em saúde. Entretanto, há alguns desafios a serem superados, que abrangem ensino, atenção, gestão e comunidade para que as propostas do Programa se consolidem na rede de atenção. **Descritores:** Residência não Médica-não Odontológica; Fluxo de trabalho; Comunicação interdisciplinar; Tecnologia em Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	6
OBJETIVO	8
METODOLOGIA.....	8
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	10
O trabalho multiprofissional e interdisciplinar na busca da integralidade na ESF.....	10
Desenvolvimento de tecnologias de integração ensino-serviço, gestão e atenção	18
Desenvolvimento de tecnologias de integração ensino-serviço	18
Desenvolvimento de tecnologias de gestão	21
Desenvolvimento de tecnologias de atenção	23
CONCLUSÃO.....	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	28

INTRODUÇÃO

A Reforma Sanitária surge como um movimento de questionamento ao modelo assistencial privatista, às políticas públicas e à gestão da saúde vigentes até a década de 80 no Brasil. Envolveu segmentos da sociedade brasileira em um processo de reflexão sobre a necessidade de reestruturação do fazer saúde. Sua repercussão teve impacto na 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando seus representantes juntamente com a sociedade civil, organizaram-se para propor novas diretrizes para a saúde no país. Muitas dessas proposições foram contempladas na Constituição Federal de 1988 que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).¹

Assim, legalmente a saúde passa a representar um direito de todo cidadão e dever do Estado. Sendo desenvolvida através de ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, por meio de uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada capacitada a prestar atendimento integral.²⁻³

A necessidade de superação do modelo de atenção vigente foi reconhecida pelos gestores. Porém, a transcendência de um modelo de atenção que durante anos representou a forma dominante nos serviços não poderia ocorrer sozinha, necessitava do empreendimento de ações que desencadeassem esse processo de mudança.

Nesse sentido, as mudanças deveriam repercutir nas formas de trabalho no setor saúde. Então, foram propostas reavaliações na formação para a saúde, através de reformas curriculares e nos métodos de ensino em todos os níveis-técnico, graduação e pós-graduação. E, também, qualificação dos trabalhadores que já estavam inseridos no mercado através da elaboração de programas permanentes de aperfeiçoamento de pessoal.³

Entretanto, as mudanças curriculares isoladas e o aperfeiçoamento em forma de capacitações são incapazes de responder as necessidades requeridas pelos serviços de saúde. Há necessidade da fundamentação do ensino na realidade da atenção a partir das demandas reais da população. Então, a articulação ensino-serviço surge enquanto estratégia de aproximação entre o mundo acadêmico e o serviço para potencializar o ensino e qualificar o trabalho dos profissionais da saúde no cotidiano da atenção.⁴

Ainda na busca de efetivar os ideais defendidos pela Reforma Sanitária e pelo SUS, é desenvolvida a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que compreende a aprendizagem significativa no trabalho que “não trata de capacitação ou treinamento, mas da construção de conhecimentos em uma vinculação horizontal, intersetorial e interdisciplinar”.^{5:173}

Nesse contexto, a Residência Multiprofissional surge, no ano de 2007, como uma estratégia de qualificação profissional para a atuação nos diferentes cenários do SUS, representando uma ferramenta de integração ensino-serviço e de educação permanente em saúde. Busca efetivar os princípios e diretrizes do SUS através da atuação multiprofissional e interdisciplinar desencadeando processos de mudança no trabalho em saúde, na formação profissional e no modelo de atenção.⁶⁻⁷

Assim, o Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde (PRMISPS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) é resultado de uma construção coletiva embasada nesses pressupostos. A necessidade de seu desenvolvimento surgiu das demandas levantadas pela gestão municipal de Saúde de Santa Maria e da região centro-oeste do estado do Rio Grande do Sul (RS). Seu planejamento iniciou em 2003 e sua implementação foi consolidada no ano de 2009. Atua no nível da atenção básica (AB), atenção hospitalar e sistema de planejamento/gestão do município.⁸

A ênfase da AB é composta por dez núcleos profissionais, entre residentes fixos, que se unem aos trabalhadores de três equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) para desempenharem suas funções e residentes apoiadores matriciais, que atuam como referência em uma equipe e desenvolvem o apoio matricial nas demais. Esses núcleos são enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, assistência social, educação física, farmácia, odontologia e nutrição.

O Programa tem como objetivos a formação de profissionais capacitados para atuarem integrando ações de gestão e de atenção à saúde, fomentando e buscando a produção de novas tecnologias, fazendo a integração entre os serviços, a graduação e a pós-graduação que atuam nesses espaços, implementando novos sistemas e mecanismos de comunicação, promovendo o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes, gestores e da comunidade.⁸

Os residentes devem desenvolver habilidades para a atuação frente às demandas epidemiológicas mais relevantes em nível de AB/ESF e capacidades para articulação interdisciplinar, interinstitucional e intersetorial na busca da integralidade da atenção e da construção de uma rede efetiva de atenção à saúde. Transformando-se em agentes multiplicadores de uma forma inovadora de fazer saúde para a efetivação do SUS.⁸

Assim, visa o fortalecimento do processo de trabalho das equipes através de práticas inovadoras multiprofissionais, interdisciplinares, interinstitucionais e intersetoriais, buscando a consolidação do SUS.

A ESF representa uma estratégia de reorganização da AB no país e de efetivação dos princípios e diretrizes do SUS. Consiste na porta de entrada preferencial no sistema de saúde, devendo atuar em articulação com os demais serviços para dar efetividade à rede de cuidados.

Tem como prioridade o desenvolvimento de ações de promoção de saúde e prevenção de agravos no âmbito individual e coletivo, sem prejuízo das assistenciais.

Atua com adscrição de território e baseia suas práticas nas necessidades sócio-culturais e de saúde dos indivíduos e coletividades que nele residem. É composta por equipe multiprofissional que, através de ações gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, organiza seu processo de trabalho considerando a complexidade, a singularidade e a integralidade dos sujeitos.⁹

O processo de trabalho é elemento fundamental para a organização e o funcionamento adequado de uma equipe de trabalhadores que busca qualidade de atenção à saúde da população. Compreende alguns instrumentos que devem orientar as atividades a serem desenvolvidas pelos trabalhadores. Dentre esses se destacam o planejamento e a gestão do cuidado e o trabalho em equipe. Mas, para que seja efetivo deve ser fundamentado nas reais necessidades de saúde e alicerçado em diálogo e boas relações interpessoais, co-gestão do trabalho, valorização de todos os profissionais envolvidos, troca e construção de conhecimentos e avaliação coletiva das ações desenvolvidas.^{10,11}

Assim, a proposta do PRMISPS visa impactar no processo de trabalho da ESF a partir da atuação multiprofissional e interdisciplinar, da integração ensino-serviço e das ações de Educação Permanente em Saúde a fim de qualificar as práticas desenvolvidas pelos trabalhadores e estimular a mudança do paradigma tradicional de saúde vigente no país.

OBJETIVO

Esse artigo busca elucidar a contribuição do PRMPISPS para o processo de trabalho das equipes na visão dos trabalhadores das Unidades de ESF nas quais o Programa está inserido.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa de abordagem descritiva, realizada como trabalho de conclusão de curso do PRMPISPS da UFSM, no período de novembro de 2011 e junho de 2012, por duas residentes do Programa, dos núcleos da enfermagem e fisioterapia.

Os sujeitos de pesquisa foram os trabalhadores de três Unidades de ESF do município de Santa Maria-RS, que são as unidades de referência para o referido programa na AB, 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, estar em pleno exercício de suas atividades profissionais no momento da coleta de dados.

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 aberta 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 e, após sua assinatura, iniciava-se a entrevista. Foi utilizado um questionário semi-estruturado e as entrevistas foram gravadas com um gravador, em áudio MP3.¹²

As gravações foram transcritas na íntegra e os dados foram analisados conforme o proposto pela Análise de Conteúdo de Minayo.¹³ 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”.

Para garantir o anonimato na apresentação dos trechos das falas os sujeitos foram identificados com a letra T, de trabalhadores, enumerados aleatoriamente de 1 a 12.

O projeto de pesquisa tramitou no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da UFSM e aprovado através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 00525612.6.0000.5346.

Visto que o projeto foi realizado por duas residentes do programa e que para fins de trabalho de conclusão de curso há a necessidade da entrega de artigos individuais, cada uma das pesquisadoras abordará uma das categorias em um artigo. É importante salientar que ambas participaram ativamente da construção do projeto e da aplicação da pesquisa, sendo a individualidade do artigo somente uma formalidade para o processo de defesa.

Assim, nesse artigo serão apresentadas as considerações acerca da categoria: “As contribuições do PRMPISPS no processo de trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família”.

A formatação está de acordo com as normas da Revista de Enfermagem UFPE On Line, que é a revista de escolha para futura publicação, após as contribuições da banca e readequação do conteúdo.

Para a apresentação desse tema, a discussão dos resultados será abordada por meio de duas categorias temáticas. A primeira, intitulada “*O trabalho multiprofissional e*

interdisciplinar na busca da integralidade na ESF” irá abordar a contribuição da Residência no processo de trabalho da equipe na busca de um cuidado mais integral e humanizado na percepção dos trabalhadores. A segunda, apresentada como “*Desenvolvimento de tecnologias de integração ensino-serviço, gestão e atenção na ESF*”, contemplará o impacto do desenvolvimento das tecnologias em saúde priorizadas pelo Programa.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Ao analisar as falas dos sujeitos entrevistados com os objetivos do PRMPISPS e o impacto esperado no processo de trabalho desvelaram-se as seguintes categorias para a discussão teórica: **O trabalho multiprofissional e interdisciplinar na busca da integralidade na ESF e Desenvolvimento de tecnologias de integração ensino-serviço, gestão e atenção na ESF.**

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar na busca da integralidade na ESF

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994 com equipes multiprofissionais assumindo como prioridade as atividades de promoção de saúde e prevenção de agravos. Esse programa, atualmente denominado ESF passa a ser reconhecido nacionalmente como prioridade na reorganização da atenção básica, com uma proposta de reorientação do modelo assistencial médico-centrado, propondo uma nova forma de fazer saúde através da construção de vínculos solidários entre os serviços, a comunidade e a própria equipe de trabalho.^{9,14}

A Atenção Básica (AB) é considerada a porta de entrada principal para o usuário na rede de atenção a saúde e a ESF representa seu principal dispositivo. Para tanto, desenvolve assistência individual e para as ações programáticas, procedimentos técnicos, grupos de educação em saúde, visitas domiciliares e atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos. Essas ações são determinadas pelas necessidades e demandas epidemiológicas da população e do território adscrito. Deve atuar de forma articulada com serviços de diferentes níveis de atenção para alcançar resolutividade nas ações, pois a integralidade da assistência deve permear a rede de saúde como um todo.^{9,7}

Devido à necessidade de potencializar a formação profissional para a atuação nesse contexto e qualificar os profissionais da saúde para a atuação no SUS foi instituída a Residência Multiprofissional em Saúde.⁶

Esse programa conta com profissionais residentes de diferentes núcleos da área da saúde e tem a finalidade de atuar de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, integrando práticas e saberes das profissões envolvidas. Deve desenvolver ações multiprofissionais e interdisciplinares que envolvam os trabalhadores dos serviços onde está inserido, desencadeando mudanças no modo de fazer saúde.¹⁵

Como pode ser observado nas falas a seguir, os trabalhadores da ESF reconhecem a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar realizado pelos residentes. Sinalizando que há desenvolvimento de ações diferenciadas, que envolvem os trabalhadores e impactam nas práticas realizadas da ESF:

“São vários residentes de diversas áreas num campo de trabalho [...] Com certeza, muito importante [...]” (T11)

“[...] nós tivemos a prova, naquele trabalho que nós fizemos [...] que trabalhamos o mesmo tema em uma sala de espera, e isso aí é um exemplo bem concreto dessa interdisciplinaridade. Que antes, eu nunca tinha conseguido fazer um trabalho de reunir todos os profissionais e a gente poder tratar sobre o mesmo assunto, sobre diferentes aspectos” (T01)

“E eu acho que o que é fundamental é a questão dos diferentes núcleos e dos diferentes saberes nas diferentes profissões. Eu acho que essa foi uma outra construção que na verdade, o objetivo todo é o usuário que está lá, é a família que está lá, mas a gente enquanto equipe cresce, cresce o residente, cresce o enfermeiro que está na equipe, crescem os profissionais envolvidos nessa sistemática” (T12)

“[...] o residente ele vem buscar uma mudança, um modo diferente de trabalhar [...] teve muitos profissionais e residentes que fizeram trabalhos excelentes depois da implementação dessa residência [...]” (T8)

O trabalho em equipe multiprofissional consiste em trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, dá-se a articulação das ações multiprofissionais de forma interdisciplinar. E, a interdisciplinaridade é um dos caminhos que possibilita o desenvolvimento de uma prática em saúde de forma integral.^{16,17} Somente a interdisciplinaridade com foco na integralidade é capaz de dar conta das complexas necessidades da população e fazer frente aos fatores condicionantes e determinantes do processo saúde-doença.¹⁸

Por proporcionar uma experiência diferenciada de trabalho a maneira multiprofissional da educação especializada- Residência Multiprofissional- representa um dispositivo para desencadear a construção da integralidade das ações em saúde no interior dos serviços. Pois possibilita o contato dos trabalhadores a outros núcleos de conhecimento e a construção de saberes interdisciplinares consonantes à realidade e às necessidades da população sob sua responsabilidade.¹⁹

Nesse sentido, os trabalhadores percebem que a inserção dos diferentes núcleos da Residência Multiprofissional tem potencial para desencadear a interdisciplinaridade, estimular a interação entre os trabalhadores e desenvolver o trabalho em equipe:

“[...] a residência veio para nos ajudar, nos mostrar uma outra visão de trabalho, de organização e de equipe” (T08)

“Porque antes de haver essa equipe de Residência Multiprofissional nas Unidades, o nosso trabalho era mais isolado. O meu trabalho, era um trabalho mais isolado dos outros, ficava só ali na sala com os pacientes. E o que eu percebi, é que houve uma aproximação com os outros profissionais, o trabalho de equipe.” (T01)

“[...] eu acho que a residência, a discussão dos casos, ela propicia isso, ela propicia esse sentar e planejar, então se antes não existia isso, com a residência isso é proporcionado. Então, os próprios profissionais que estão envolvidos, tirando os residentes, eles são obrigados a se olharem e a produzirem juntos, então esse eu acho que é um dos grandes ganhos, que a equipe ganha e que o usuário, a família e a comunidade ganha também [...] que os profissionais têm quando eles acabam sentando juntos e a gente pode pensar que a gente ganha conhecendo o núcleo do colega, a gente constrói campos de atuação” (T12)

“[...] o que a gente está buscando hoje é fazer o que a gente não se permitiu fazer, ou não foi dado pra gente esse campo, justamente da academia, né? Que é interdisciplinar, que é a gente sentar e conversar sobre essa pessoa, todo mundo estar junto no mesmo espaço e conversar sobre aquilo” (T05)

Por meio do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, a integralidade para o trabalho em ESF pode ser compreendida enquanto um objetivo a ser alcançado pela equipe de saúde. Neste sentido se constitui como diretriz de organização e planejamento do processo de trabalho de acordo com as necessidades e demandas da população adscrita à unidade de saúde. Portanto, a construção da integralidade depende da forma como interagem e se articulam os profissionais em suas relações de trabalho e de como se estabelece o trabalho em equipe.¹⁴

Desta forma, a Residência Multiprofissional representa um elemento novo no processo de trabalho da ESF, tenciona as relações, movimenta as práticas tradicionais instituídas e estimula os trabalhadores ao questionamento das situações que se apresentam no cotidiano do serviço. Leva-os a saírem de sua zona de conforto, a repensarem suas práticas e a construir e buscar novos conhecimentos e novas formas de trabalho em equipe.

Assim, pode ser compreendida como estratégia de integração ensino-serviço e uma ferramenta de educação permanente. Pois ao propiciar as discussões interdisciplinares em equipe, permite troca de experiências e conhecimentos, qualificando os profissionais para o cuidado a partir das necessidades reais do serviço.²⁰

Porém, alguns trabalhadores relataram que há fatores que interferem na otimização das atividades preconizadas pela Residência e reduzem o impacto do trabalho interdisciplinar e das ações de educação permanente junto à equipe. Esses fatores estão relacionados aos profissionais - trabalhadores e residentes, à coordenação do Programa, ao distanciamento teórico-prático, à gestão municipal e ao serviço.

As falas apontam que alguns trabalhadores do serviço manifestaram certa resistência ao trabalho da Residência Multiprofissional, por não conhecer a proposta, ou por receio das mudanças em seu processo de trabalho e, em última instância, pela perda de espaço:

“As mudanças aconteceram de uma forma um tanto torta, pois os profissionais da Estratégia, da Unidade Básica não estavam preparados para receber os estudantes da Residência. [...] no início houve uma resistência ao residente, das mais diversas áreas [...] Alguns vieram de forma tranquila, outros vieram, ‘não, não pode tirar uma sala, para que vai ficar essa sala ociosa, né?’ Não pode isso, não pode aquilo, não pode aquele outro” (T02)

“[...] mexer com um profissional que já faz 20 anos que está lá fazendo a mesma coisa e de repente chega pessoas novas, com novas ideias, com outra forma de agir, de querer fazer, de ter atitude né, vai com certeza enfrentar boicote” (T02)

Quanto aos residentes, apontam que as dificuldades no desenvolvimento do trabalho estão relacionadas à forma como ele se dispõe ao diálogo e as relações com a equipe e, também, ao seu envolvimento com o trabalho da Unidade e com os propósitos do Programa:

“Eu acho que isso (as dificuldades) está intimamente ligado ao serviço que ele encontrou, aos profissionais que ele encontrou e ao próprio residente. Tu podes, de repente, não ter um norte, mas tu tens a vontade e aí a vontade é 50% do caminho. [...] a coisa é mais subjetiva, tem a ver com o residente, com o profissional que está lá e com o próprio serviço em termos burocráticos e administrativos” (T05)

Outro aspecto relevante que foi observado está relacionado ao pouco entendimento dos papéis e funções dos residentes, preceptores e tutores, o desconhecimento do projeto, funções e objetivos da Residência Multiprofissional e a pouca interação entre a coordenação do Programa e as equipes de saúde.

“Não sei se tem diretriz que é uma coisa bem operacional. Isso tem que estar porque a gente está no dia-dia [...] E eu acho que isso tem que estar claro, para os residentes quando entram no primeiro dia, para os preceptores de núcleo, preceptores de campo, tutores, porque se não cada um coloca a sua impressão, puxa a brasa pro seu assado. E aí, de repente, até desmistificar alguma coisa que eu pense ou que eu espere da residência. Acho que é bem isso, clarear pra quem está envolvido nesse processo” (T05)

O desenvolvimento das ações da Residência Multiprofissional exige que haja integração entre residentes, coordenador, tutores, preceptores e trabalhadores dos serviços e da gestão. Para tanto, esses papéis devem ser claros para que expectativas do ensino e do serviço sejam supridas e as ações se desenvolvam de maneira integrada.

Assim, cabe ao coordenador garantir as condições para a implementação do Projeto Pedagógico do Programa através de ações intersetoriais e interinstitucionais e articular a participação de preceptores, tutores e residentes nos serviços da rede de saúde.

O tutor, geralmente um docente, é o responsável pela orientação acadêmica de preceptores e residentes, que deve ser realizada periodicamente através de tutoria de campo e de núcleo. Esses momentos devem servir para promover a articulação ensino-serviço através

de ações de educação permanente em saúde para fomentar práticas voltadas à qualificação dos serviços e desenvolvimento de novas tecnologias para atenção e gestão.

O preceptor deve ser um trabalhador que supervisiona as atividades práticas dos residentes e auxilia do planejamento das mesmas. Deve ser da mesma área profissional dos seus supervisionados e pode estar vinculado a instituição formadora ou a executora, mas preferencialmente deve estar presente no serviço.

O residente é um profissional de ensino superior que deve envolver-se no serviço para a implementação de tecnologias de ensino-atenção-gestão e de integração ensino-serviço para a qualificação da atenção de acordo com as diretrizes do SUS. Deve se integrar com a equipe e a comunidade e se comprometer e corresponsabilizar pelo processo de trabalho da Unidade através de um comportamento ético.¹⁵

O conhecimento e entendimento dos papéis de cada sujeito nesse processo possibilita melhor planejamento e operacionalização das ações, qualificando os seus resultados. Pois quando os envolvidos reconhecem mutuamente suas funções há otimização das ações, evitando solicitações e expectativas que não poderão ser sanadas.

Em relação ao distanciamento teórico-prático, foi apontado que os conceitos e terminologias utilizados pelos residentes, preceptores e coordenador não são comuns aos trabalhadores e, muitas vezes, o discurso acadêmico não é compreendido pelo serviço. Ocorre, também, de o discurso gerar expectativas que não são supridas na prática.

“O que dificulta [...] talvez que vocês venham com todo o saber de vocês, né e que vocês não consigam de certa forma passar [...] vocês têm toda essa terminologia, né. E isso parece que dá um distanciamento [...] todo esse discurso, esse palavreado difícil parece que afasta um pouco. Então, eu acho que o que vale é o conhecimento, não o discurso, é a atuação desse profissional, não adianta vir com um discurso, se não conseguir por em prática, né? Então, eu acho que tem que diminuir esse distanciamento” (T01)

A dificuldade mencionada em relação ao serviço se relaciona ao espaço físico, a falta de profissionais e a grande demanda que reflete na ausência de tempo para a construção de relações multiprofissionais e interdisciplinares.

De acordo com a portaria nº 648 a equipe de ESF deve ser composta, minimamente, por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo contar com equipes de saúde bucal com cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental. A jornada de trabalho deve ser de 40 horas semanais para todos os trabalhadores.⁹

Cada equipe multiprofissional deve se responsabilizar pelo território adscrito e por uma população de no máximo 4000 mil pessoas. Deve dispor de estrutura física com salas que comportem o atendimento desses profissionais de forma concomitante, sala para

procedimentos e cuidados de enfermagem, espaço humanizado para acolhimento e salas para reuniões de equipe.⁹

Porém, o PRMPISPS foi implantado nas ESF em um período de instabilidade e transição do regime de serviço dos trabalhadores dessas Unidades. Em um momento inicial o regime de contrato era temporário e/ou emergencial, o que gerava períodos em que inexistiam trabalhadores técnicos fixos na Unidade. Somente após quatro anos de implantação do Programa foi realizado concurso público para provimento do quadro de funcionários das unidades de ESF.

Também, em algumas unidades não há lugares reservados e a demanda de atendimento das Unidades sobrecarrega os trabalhadores e leva a falta de tempo para discussão de casos, troca e construção de conhecimento. O reflexo dessas dificuldades na construção da interdisciplinaridade é percebido nas falas:

“Muitas vezes eu acho até que não tenha primeiro, muito tempo, a gente está tentando [...] Inclusive, outra coisa que atrapalha é o espaço, a gente está com um espaço muito pequeno para reuniões, então muitas vezes nós não tivemos tempo para sentar e conversar [...] de olhar cada paciente e identificar, isso está ainda meio difícil” (T13)

“A dificuldade da residência foi no começo, porque as equipes não estavam completas. Tu não tens mão-de-obra, tu não tens organização, não tem planejamento. Então quando a residência começou ela veio para dar um apoio pra dentro da equipe, ela veio mostrar uma visão de trabalho. Ela veio mostrar uma organização e nós não tínhamos isso porque nós não tínhamos equipes prontas. Não existia um planejamento” (T08)

Em relação à gestão municipal, apontam o pouco reconhecimento e incentivo, a falta de acompanhamento e a transferência da responsabilidade para os trabalhadores dos serviços. Cabe dizer que as dificuldades oriundas do serviço também se relacionam com a gestão, pois é sua responsabilidade prover a estrutura física adequada, o quadro de funcionários, o planejamento da adscrição e orientar a construção e o fluxo da rede de atenção para dar conta das demandas da população.⁷

“[...] eu acho que na verdade a secretaria não tem claro que um dos papéis deles (residentes) é a mudança do modelo. [...] os profissionais tem que se co-responsabilizar e a co-responsabilização não é de um lado só, não é usuário e trabalhador, 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 pra dar conta disso” (T12)

Por representar impacto na qualidade de atenção a saúde do município é importante que a gestão reconheça a importância do Programa de Residência Multiprofissional para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e das ações de educação permanente em saúde. Para tanto, deve incentivar os trabalhadores a essa prática e disponibilizar as condições necessárias para tanto, como a estrutura física, materiais didáticos, disponibilidade de tempo e

incentivo pedagógico e motivacional.⁹ Pois somente com a gestão afinada com os objetivos do Programa será possível a construção de mudanças efetivas e duradouras na rede de saúde.

Também, é importante pontuar que o referido Programa ainda está em processo de construção, pois tem como proposta desencadear mudanças através de uma nova metodologia para o fazer em saúde, que se propõe a transposição do modelo de atenção vigente há anos no setor. Assim, os trabalhadores acrescentam que apesar das dificuldades encontradas há em desenvolvimento um processo de superação:

“[...] eu sei que sempre os primeiros são os pioneiros. Abre caminhos [...] o tempo está facilitando essa comunicação [...] já estão habituados que vai vir a Residência [...] O que facilitou, também, foi que antes nós de seis em seis meses trocávamos as equipes em função dos contratos e agora o profissional enfermeiro e técnico em enfermagem fizeram concurso, então é definitivo” (T13)

“[...] acredito que agora, com o parar do tempo, mudando, o pessoal está sendo mais aceito, está se conseguindo melhor entendimento para melhorar” (T03)

“[...] foi muito difícil, mas que aos poucos, muitos foram compreendendo e colaborando e vendo a diferença que faz uma Residência Multiprofissional em Saúde em uma Estratégia” (T02)

À medida que a Residência Multiprofissional vai se instituindo enquanto ferramenta estratégica de mudança de modelo e apresentado resultados positivos nos serviços, os residentes e o Programa ganham credibilidade por parte dos trabalhadores. Também, a estabilidade dos profissionais técnicos nas unidades de ESF colabora para a continuidade e efetividade das ações desenvolvidas em parceria com a equipe de saúde.

Quando o trabalho multiprofissional e interdisciplinar faz parte da realidade dos serviços, a integralidade pode ser compreendida enquanto meio para se obter resultados efetivos na atenção em saúde a pessoas, famílias e comunidades. E o processo de trabalho da equipe de ESF pode ser planejado e organizado através de ações que valorizem os diversos saberes e permitam o estabelecimento de vínculos de confiança com ética, compromisso e corresponsabilidade.⁹

Assim, o trabalho desenvolvido consegue envolver os trabalhadores dos serviços e há a possibilidade do desenvolvimento de atividades que qualificam o processo de trabalho, a atenção em saúde e os próprios trabalhadores e residentes. E pode-se avançar na busca da integralidade da atenção através de práticas inovadoras, de uma visão ampliada de saúde, de um modelo usuário-centrado e de práticas mais humanizadas.

Embora ainda haja muito a trilhar no caminho da construção da integralidade no cotidiano dos serviços da ESF, observa-se que a Residência Multiprofissional mexe com as práticas tradicionais instituídas. Representa um dispositivo para desencadear movimentos de mudança em direção a um fazer em saúde inovador. O reflexo desse movimento aparece nas falas que seguem:

“[...] faço atendimento interdisciplinar, por exemplo, eu estou lá dentro, daqui a pouco já chamo uma pessoa para me ajudar no caso [...] a gente olha holisticamente a pessoa, então tu não vê só a doença, tu vê todo o indivíduo [...]” (T13)

“Por que 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 que eles estão vivendo, né? E aí, quando voltavam lá para a Unidade, tinha aquelas discussões, todo o envolvimento da família, todos os problemas que eles têm. Então, eu acho que isso é uma maneira de ver a integralidade do sujeito, né? E eu acho que isso vocês conseguiram, porque eu nunca tinha percebido isso antes, em outras unidades que eu tenho trabalhado.” (T01)

“Vê o cliente com o seu todo né, não só aquela situação, vê um todo que pode estar gerando aquela situação. Eu considero importante [...] às vezes a pessoa vem aqui pra uma consulta e tem uma queixa e o profissional que está ali só ele tem uma visão clínica, só ali naquele momento e tendo mais profissionais ele vai ter outra visão dessa pessoa, vai ver o lado psicológico, o lado social que a pessoa está vivendo, então tem condições de avaliar melhor essa pessoa do porquê, para chegar à solução [...]” (T03)

A integralidade pode se desvelar em diferentes momentos, de acordo com o contexto e a necessidade das pessoas, através do olhar sensível dos profissionais. Isso pode ocorrer durante uma visita domiciliar, um atendimento clínico, na realização de um grupo ou de um procedimento. Não há regras, momento, ou local específicos, cada encontro necessita de um modo de agir diferenciado contextualizado nas necessidades singulares dos indivíduos. Construir a integralidade é propiciar ações em saúde adequadas ao contexto particular de cada momento.¹⁴

Assim, para que a integralidade passe de princípio e diretriz organizacional do SUS a realidade nos serviços em saúde há a necessidade de mudança na forma de trabalho das equipes, de superação do modelo centrado na cura, da concepção de saúde relacionada à ausência de doença e da assistência tecnicista e fragmentada.²¹

Enfim, a equipe de trabalho da ESF se constitui de equipes multiprofissionais, porém isso não garante a integralidade. Para que esta faça parte do cotidiano do serviço de saúde é necessário que haja o estabelecimento de trabalho interdisciplinar. Os profissionais devem estar abertos ao diálogo, à troca e a construção de conhecimento. Também, deve haver a mudança do foco do trabalho, que deve ser direcionado às pessoas e coletividades em suas singularidades.²²

É nesse sentido que a Residência Multiprofissional se insere no processo de trabalho da ESF. Objetiva contribuir com novos conhecimentos, estimulando o trabalho interdisciplinar e as ações de educação permanente em saúde e fortalecer a articulação entre ensino, serviço e gestão. Para tanto, lança mão de tecnologias de atenção em saúde para potencializar essa articulação e provocar movimentos de mudança para a construção de uma rede de cuidados capacitada a responder as demandas em saúde da população.

Desenvolvimento de tecnologias de integração ensino-serviço, gestão e atenção

O PRMPISPS objetiva promover a mudança no modelo de atenção através da qualificação dos trabalhadores e dos serviços de saúde. Para tanto visa o desenvolvimento de novas tecnologias de integração ensino-serviço, gestão e atenção de acordo com o preconizado pela Política de Educação Permanente, Política Nacional de Humanização e Promoção da Saúde.⁸

As tecnologias em saúde compreendem conhecimentos, procedimentos, medicamentos, equipamentos e sistemas organizacionais e de suporte implicados na solução ou redução dos problemas de saúde dos sujeitos e coletividades. Essas tecnologias podem ser classificadas em *tecnologia biomédica*, que são os equipamentos e os medicamentos e *tecnologias médicas*, que representam as habilidades dos profissionais para o uso das tecnologias biomédicas. O uso dessas tecnologias em um contexto apoiado administrativamente em sistemas de informação e organização do cuidado representa as *tecnologias de atenção em saúde*.²³

Em um conceito mais ampliado de saúde, Merhy propõe as tecnologias em saúde enquanto ferramentas de uma valise para o desenvolvimento do trabalho, no caso o cuidado. Classifica as ferramentas/tecnologias como *duras*, que são as máquinas e os instrumentos; *leve-duras*, que compreendem os saberes técnicos e práticas estruturados e as *leves*, que são representadas pelo trabalho vivo na produção de cuidado nos espaços intercessores.²⁴

As ferramentas retiradas da valise para a análise do impacto da Residência Multiprofissional na construção de tecnologias em saúde no contexto da ESF são as leve-duras e as leves, representadas pelas tecnologias de integração ensino-serviço, de gestão e de atenção em saúde.

Desenvolvimento de tecnologias de integração ensino-serviço

A discussão da importância da formação no setor saúde iniciou com o movimento da Reforma Sanitária quando se apontou a necessidade da qualificação de recursos humanos através de programas de aperfeiçoamento permanentes. Porém, apenas nos últimos anos a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) passa a ser considerada uma

estratégia de gestão do SUS, orientada para a mudança de modelo e humanização da assistência em saúde.⁵

Também, a Residência Multiprofissional se insere nesse contexto, surge em 2007 como outra estratégia de qualificação de profissionais para a atuação nos diferentes cenários da rede de atenção que compõem o SUS, portanto um dispositivo de Educação Permanente em Saúde (EPS).

A PNEPS define EPS como aprendizagem no trabalho, ou seja, é fundamentada nas demandas e ocorre no cotidiano dos serviços de saúde. Parte de conhecimentos prévios que ao serem confrontados com as necessidades do serviço fazem emergir novas indagações. É um processo constante de ensinar e aprender. Por se basear nas demandas, trata-se de aprendizagem que se destina não só a qualificação profissional, também, da atenção em saúde às pessoas e coletividades.²⁰

Pode ser desenvolvida durante grupos de estudo e discussão de casos, nas reuniões de equipe, na construção dos projetos terapêuticos singulares (PTS), nos encontros com os apoiadores matriciais e na própria rotina do serviço, desde que os envolvidos manifestem disposição ao diálogo e interesse na construção de novos conhecimentos.

Nesse sentido a Residência Multiprofissional se insere no contexto da ESF para o desenvolvimento de tecnologias de integração ensino-serviço com vistas a potencializar essa interação para o desenvolvimento de um fazer em saúde mais integral e uma formação profissional generalista através de reflexões sobre a realidade sócio-política em que estão inseridos.²⁵

Representa qualificação da atenção, a partir de novas possibilidades de troca e construção de conhecimento juntamente com o mundo acadêmico (graduação e pós-graduação), e do ensino, por fundamentá-lo nas reais necessidades do SUS. Para tanto, devem fazer parte dessa construção trabalhadores, usuários, formadores e gestores (quadrilátero do SUS), pois são esses os sujeitos implicados no processo de transformação do modelo assistencial por meio da educação para a saúde pautada na integralidade da atenção.²⁶⁻²⁷

Os profissionais entrevistados sinalizam que há de se avançar neste sentido, mas reconhecem que a implantação do Programa possibilitou maior articulação entre a Universidade e o serviço e aproximou os cursos de graduação (discentes e docentes) que desenvolvem suas atividades práticas nas unidades de ESF:

“Consigo perceber. Eu acho que há uma integração bem forte, apesar de às vezes acontecer alguns imprevistos, eu vejo que há uma integração, um elo bem forte de ligação.” (T09)

“[...] uma boa integração entre os acadêmicos e os estudantes da Residência, com a comunidade, ou seja, a Residência mostrou um outro enfoque para os acadêmicos [...] Consegui perceber maior participação da Universidade na rotina da Unidade e a Residência ajudou muito nisso.” (T02)

“Eu acho que enquanto residência [...] a residência conseguiu essa troca, mas não sei se contribuiu pra que todos tenham essa troca, eu acho que ela faz essa troca, mas eu não vejo assim ela buscando esses cursos que tem aqui. Eu acho que até pelo amadurecimento da própria residência. [...] a residência é muito nova né, então a gente tá procurando entender ainda, então acho que primeiro a gente se firma e depois tenta integrar os outros cursos que tem, de outras universidades, que é o caso daqui [...]” (T05)

Essa articulação impacta no serviço, pois representa uma nova metodologia de trabalho que instiga os trabalhadores a sair da zona de conforto na busca de um modo de fazer saúde que impacte na realidade da atenção. Como pode ser observado na fala:

“[...] muitas vezes são profissionais [...] acomodados, simplesmente participam de capacitações, participam de cursos, mas por obrigação. Não porque querem realmente se atualizar, não porque querem tentar um caminho diferente. Então, a Universidade, os estudantes, a Residência enfim, vem mexer com a Estratégia, vem mexer com um serviço que tá ali, fazendo o mesmo há muito tempo.” (T02)

O trabalho multiprofissional e interdisciplinar através da integração ensino-serviço abre portas para novas formas de trabalho no cotidiano da ESF. O conhecimento dos diferentes núcleos permite ampliar o olhar e, a partir das necessidades da população, construir coletivamente soluções efetivas para as situações singulares. Assim, os trabalhadores expressam a diversidade do aprendizado obtido durante as discussões e trocas de conhecimento e o seu impacto no desenvolvimento do trabalho junto à população:

“Além de ser um apoio é uma força também. Não é só força de trabalho, mas é força científica, enquanto Academia que produz conhecimento e em termos de trazer outros profissionais também.” (T05)

“Eu cresci muito, aprendi muito com vocês. Eu acho que, não digo que não sinto falta porque eu sinto falta. Eu sinto falta das conversas, da integração, eu sinto falta das discussões de caso, que eu acho que eu cresci bastante, aprendi bastante e a troca de experiência eu acho que ela é riquíssima [...]” (T12)

“Porque assim, se hoje a gente consegue fazer muita coisa e mostra muita coisa [...] para a população, é devido à Residência [...] eu comecei trabalhar com ela (paciente) com os pés encima de uma bateria e depois de cinco meses ela começou a caminhar. Isso eu aprendi com uma fisioterapeuta. Então, como eles podem ajudar não só a comunidade, mas [...] nós que trabalhamos diretamente com a comunidade [...]” (T08)

“É importante porque o profissional que está aqui, às vezes não tem fisioterapeuta, não tem assistente social, não tem psicólogo e precisa muito, [...] ajudou muito, a gente ficou sabendo de várias coisas, pode ajudar mais [...] tem que ensinar as pessoas a fazer e eu acho que a residência fez bastante isso, até mesmo com a gente [...] a se virar mais sozinho [...]” (T10)

A Residência Multiprofissional busca desenvolver suas práticas fundamentadas nos princípios da PNEPS, otimizando a integração ensino-serviço e buscando a qualificação da atenção, do aperfeiçoamento dos profissionais e da formação discente. Assim pretende desencadear processos individuais e coletivos de mudança de paradigmas para a transcendência do modelo de atenção vigente.

Sabe-se que muito deve ser feito para a implementação de estratégias de integração ensino-serviço e de EPS na ESF. Mas a implantação do PRMPISPS já revela o princípio de interações diferenciadas entre o mundo acadêmico e do serviço contribuindo para desencadear esse processo de construção.

Nesse sentido cabe salientar a necessidade da corresponsabilização da gestão municipal nas ações de integração ensino-serviço e de educação permanente. Pois, é responsabilidade das Secretarias Municipais de Saúde a inserção da ESF para a organização do sistema local de saúde e, também, o investimento em formação no serviço para a qualificação do cuidado realizado.⁹

Ao que concerne a PNEPS o município deve considerar a EPS no planejamento das ações anuais e no desenvolvimento do Plano de Saúde e do Relatório de Gestão. É responsável pela formulação e promoção da sua gestão, assim como das ações a ela relacionadas, orientando esse processo através das necessidades e dos indicadores epidemiológicos do município, das áreas e das microáreas de abrangência da ESF.

Também, faz parte de seu escopo de atuação o desenvolvimento e a implementação de iniciativas políticas e práticas para a reorientação da graduação e da formação técnica de acordo com as necessidades do setor saúde. Para tanto deve promover a articulação ensino-serviço visando à qualificação da formação e da atuação profissional fundamentadas nas diretrizes do SUS.²⁰

Assim, para que a EPS passe a ação constitutiva do processo de trabalho das equipes de ESF, há necessidade de corresponsabilização, compromisso e ética do ensino e do serviço. Porém, o serviço não pode ser entendido somente enquanto os trabalhadores que estão na atenção. A gestão deve estar envolvida nesse processo para que as ações se difundam na rede, impactem nas práticas e reflitam em um modo de fazer saúde mais integral e humanizado.

Desenvolvimento de tecnologias de gestão

O sistema de saúde atual é carente de trabalhadores aptos, tanto para a atuação na atenção, como também na gestão e na organização dos processos de trabalho. A Residência Multiprofissional se destina ao desenvolvimento de competências profissionais para atuar através de metodologias de gestão participativa, colegiada e compartilhada entre gestores, profissionais e comunidade para a estruturação dos processos de trabalho e a construção de

redes de cuidados. Tornando a atenção em saúde mais resolutiva e estimulando a participação social nas questões referentes à sua saúde.⁸

A defesa da vida e de sua qualidade deve ser o objetivo da clínica, da saúde coletiva, da atenção e da gestão, portanto é fundamental a articulação de suas ações através de uma rede de compromissos e corresponsabilidades.⁷

De acordo com a Política Nacional de Promoção a Saúde, para que o trabalho em rede assegure a sustentabilidade das intervenções em saúde, ele necessita estar embasado nas necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios. Assim, usuários, representantes dos movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores precisam se articular para a garantia da construção de conhecimentos, práticas e políticas públicas efetivos para o setor através da gestão compartilhada.²⁸

No campo da gestão o Programa necessita conquistar espaço e obter maior visibilidade nos cenários onde está inserida para ser reconhecida enquanto possibilidade de desenvolvimento dessas tecnologias de gestão e de potencialização da rede de cuidados. Pois esse processo ainda é muito incipiente nas práticas da Residência Multiprofissional.

Enquanto potência para efetivar a rede de cuidados, os trabalhadores apontaram a importância da Residência junto à comunidade na construção de vínculos, na resolutividade por meio do acompanhamento longitudinal dos casos. Também, o tensionamento de outros setores através do levantamento da demanda comunitária reprimida:

“[...] conseguiu junto com a comunidade resolver vários problemas que estavam pendentes [...] então ela conseguiu fazer esse vínculo, conseguiu fazer a ponte e foi atrás disso e daquilo e conseguiu realizar” (T11)

“É uma coisa, que qualquer dúvida, no sentido do trabalho dela, na comunidade, a gente leva. Então é uma grande coisa. Em vez de encaminhar a gente já consegue arrumar por aqui mesmo né.” (T07)

“Na real acho que sim, acho que mais na parte, não digo administrativa, mas talvez operacional das coisas. Algumas mais em relação a encaminhamentos [...] Em questão de resolutividade, isso é o que eu mais vejo na residência, na atuação junto com o serviço [...] muitas vezes até o monitoramento desse caso. A gente vê que às vezes o serviço perde isso, a gente encaminha e fica [...] 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 ele esqueça dessa criaturinha e insere de novo ela pra que o serviço continue atendendo. Eu acho super importante essa parte, eu acho que isso influencia no nosso processo de trabalho diretamente, no atendimento, eu acho bem bom!” (T05)

“[...] ações intersetoriais, não que a gente não possa fazer agora, pode e deve, mas enquanto básico, enquanto a gente está implementando coisas burocráticas administrativas, fica um pouco mais difícil. Mas com a Residência a gente tem essa coisa. A gente diz que não tem pernas e com a residência parece que a gente tem essa perna um pouquinho mais, da um passo um pouquinho mais largo.” (T05)

Ainda apontam as reuniões semanais de equipe como espaço importante para o planejamento do trabalho e para a construção da gestão compartilhada:

“A gente não está acostumado a sentar, ter um tempo para aquilo. E isso a gente está fazendo na reunião de equipe [...] então a gente está agora voltando para mapear e ver o que a gente consegue resolver. A resolutividade do que foi dado na reunião. Então na verdade a gente também está aprendendo.” (T05)

“Eu acho que as reuniões de equipe, elas são importantes, mas elas tinham que ter, tinham que ser mais focadas [...] tem que pensar planejamento de forma real. Eu acho que isso a gente peca muitas vezes e acaba não fazendo. E também por conta disso tem a gestão, porque a gestão também podia privilegiar isso e ela não faz.”(T12)

A gestão compreende a integração da gestão de pessoas, de estratégias e da organização onde todos os envolvidos no processo de trabalho tenham participação ativa. Por permitir a interação entre os trabalhadores da equipe e o desenvolvimento da autonomia, as reuniões se constituem em momento importante para a gestão horizontal e compartilhada do cuidado. Representam possibilidades de planejamento, discussões, trocas e construção de conhecimentos.¹⁸

Dessa forma, devem ser encaradas como momentos para a qualificação do processo de trabalho e da atenção em saúde e para a consolidação das ações do PRMPISPS na gestão, na construção da rede e da resolutividade da atenção.

Desenvolvimento de tecnologias de atenção

Para o trabalho da ESF são consideradas tecnologias de atenção o projeto terapêutico singular (PTS), o apoio matricial, o acolhimento e as linhas de cuidado. Essas metodologias de trabalho devem ser implementadas e utilizadas na rotina do serviço para torná-lo mais humanizado e resolutivo.⁸

O PTS é um plano de cuidados desenvolvido por uma equipe interdisciplinar para sujeitos individuais ou coletivos, geralmente destinado para situações mais complexas. Representa propostas terapêuticas levantadas a partir da discussão do caso, assim é uma metodologia baseada na clínica ampliada e na integralidade.

Sua construção está dividida em diferentes momentos, inicialmente há a análise do histórico e construção do diagnóstico, quando é realizada a avaliação e a problematização para o levantamento de problemas e hipóteses. Então se definem os objetivos e as metas a curto, médio e longo prazo que serão negociadas entre os profissionais e o sujeito. Para tanto, é importante que uma pessoa, que tenha maior vínculo, seja elencada como referência na condução do caso. Ela é quem fará as pactuações junto ao sujeito e deve estar sempre informada sobre o andamento do caso.

As responsabilidades devem ser divididas entre os membros da equipe de acordo com as afinidades e os núcleos de conhecimento, porém todos são corresponsáveis pela condução do plano de cuidado. A reavaliação é constante, sua periodicidade deve ser prevista e acordada, e serve para avaliar a efetividade das atividades e para corrigi-las caso seja necessário.²⁹

Então, para que o PTS faça parte da rotina da unidade é indispensável o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar por parte da equipe. No entanto, há pouco tempo que há estabilidade dos trabalhadores da ESF nos locais onde a Residência Multiprofissional está inserida e o processo de trabalho dessas equipes ainda está sendo reorganizado.

Assim, os residentes ainda não conseguiram consolidar o PTS como uma tecnologia de atenção juntamente com a equipe. Porém, os trabalhadores tem conhecimento do que ele consiste, assim como de sua importância para a melhoria do cuidado. Como é possível observar na fala que segue:

“[...] a discussão inter-núcleos e intra-núcleos, eu acho que ela é importantíssima e isso a residência, ela vê se as equipes não tinham esse hábito de fazer a discussão em equipe de casos, construção de PTS, a residência veio pra trazer essa questão.” (T12)

O conceito de apoio matricial vem expresso em seu próprio nome, significa apoio. Para tanto existem minimamente duas equipes, uma é a equipe de referência, no caso a equipe de ESF, a outra a equipe de apoiadores matriciais que pode ser referência para mais de uma ESF. Porém, equipe de referência e de apoio devem trabalhar integradas, pois juntas são responsáveis pela atenção à população adscrita às Unidades.

A equipe de apoiadores matriciais é formada por profissionais de diferentes núcleos da saúde, que não estão inseridos diretamente no cuidado do paciente. Sua função é auxiliar a equipe de referência para manejar os casos em que é preciso um olhar diferenciado. Tem função assistencial e técnica-pedagógica. Está diretamente vinculada a PNEPS, mas além das atividades de apoio teórico à equipe, os profissionais podem e devem realizar atividades clínicas quando for necessário.²⁹

Nesse sentido a Residência Multiprofissional se insere na ESF com diferentes núcleos de atenção para desenvolver uma metodologia de trabalho inovadora no município. Com isso pretende-se dar visão a importância dessa tecnologia para desencadear a implantação do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

Por ser um novo modo de trabalhar as questões da saúde, o matriciamento ainda não conseguiu se efetivar nas Unidades de referência. Foram diversos os fatores limitantes, tais

como, a ausência de trabalhadores nas unidades por um longo período de tempo, o desconhecimento e descrédito de alguns profissionais, pouco interesse da gestão, entre outros.

Porém, apesar de não conseguir definir e conceituar o matriciamento, os profissionais reconhecem a contribuição que os diferentes núcleos trazem para o cuidado em saúde. O que pode ser observado em suas falas:

“Pra mim, tem aqueles profissionais que são a nossa referência e que eles vão estar junto com a equipe, ajudando a equipe a trabalhar os casos, não é os profissionais atuando na individualidade de cada usuário e sim ele trabalhando com a equipe para que a equipe possa manejar de uma forma melhor” (T12)

“É uma coisa, que qualquer dúvida, no sentido do trabalho dela, na comunidade, a gente leva. Então é uma grande coisa. Em vez de encaminhar a gente já consegue arrumar por aqui mesmo né. Então só veio acrescentar” (T07)

“Olha, a mudança foi grande! Foi grande mesmo. Assim, de ter uma ampliação de alternativas pra resolver o problema, porque antigamente ficava limitado só ao agente, enfermeiro e médico e hoje se tem várias opções além disso, tem toda a questão da Residência onde um profissional se não pode resolver tem o pessoal da Residência que conforme a função, pode ser resolvido. Acho importante.” (T09)

“Sim porque a Residência veio com profissionais de diferentes áreas, que antes não ofereciam aqui, a Residência veio pra atingir famílias que tinham necessidades naquelas áreas que pra elas não conseguiam chegar até lá, então, a residência fez a diferença na comunidade.” (T11)

O apoiador matricial é um especialista com núcleo profissional diferente daquele dos profissionais de referência, que pode agregar saberes e contribuir com intervenções que aumentam a capacidade da equipe de referência em resolver problemas de saúde. O apoio matricial contribui na construção e ativação de espaços para a comunicação e compartilhamento de conhecimentos e busca estruturar sistemas de referência e contra-referência ao estimular e facilitar o contato direto entre profissional encarregado do caso e o especialista apoiador.^{30,31}

Nesse sentido representa uma ferramenta na busca da integralidade. Sua efetivação representa um objetivo a ser alcançado pelos residentes a medida que o programa de Residência se consolide no município.

O acolhimento é uma diretriz operacional da Política Nacional de Humanização (PNH) que está relacionada à forma que os trabalhadores atendem as necessidades em saúde dos indivíduos e coletividades. Compreende a postura diante da escuta, a responsabilização pelo cuidado, o reconhecimento do protagonismo e a valorização dos conhecimentos e desejos dos usuários. Deve permear todos os encontros quer seja nos atendimentos na unidade, nas visitas domiciliares, nos grupos. Representa um compromisso de resposta dos trabalhadores às necessidades em saúde referidas pela população.³²

As linhas de cuidado se destinam a ampliação e qualificação da atenção na busca da integralidade através da organização dos serviços e da gestão em saúde, ou seja, as redes de cuidado – “redes de práticas cuidadoras em saúde”.^{33:165}

A organização da atenção nas linhas de cuidado implica aproximação com o usuário e conhecimento do seu modo de ser e viver, dos seus saberes e formas de encarar o processo saúde-doença, seus hábitos, desejos e vontades. A partir a inclusão, podendo ser na ESF, ou em outras portas de entrada da atenção em saúde, deve ser esclarecido da estrutura do serviço e da composição da rede. Assim será capaz de decidir sobre o ordenamento do fluxo de acordo com sua vivência e suas expectativas de cuidado, podendo abranger ações de outros setores que não o da saúde. Porém sempre terá referências e contra-referências, de acordo com o vínculo que desenvolver, garantindo seu andamento em sua linha em uma rede de cuidados integrais.³³

As dificuldades encontradas na rede de atenção do município e do PRMPISPS que já foram elencadas no desenvolvimento desse artigo, também se colocaram para o desenvolvimento do acolhimento e das linhas de cuidado. Porém, essas tecnologias foram desenvolvidas de uma forma menos expressiva, não aparecendo nas falas dos profissionais entrevistados. Assim, representam necessidade de maior atenção por parte do programa, dos residentes, do serviço e da gestão na sua potencialização e qualificação e, por consequência, da saúde prestada a população.

CONCLUSÃO

O PRMPISPS se constitui em um dispositivo de integração ensino-serviço e de educação permanente em saúde para a equipe. Representa para os trabalhadores das ESF a possibilidade de desenvolvimento de ações em saúde diferenciadas, pois proporciona a interação dos profissionais do serviço com outros núcleos de conhecimento. Isso permite a troca de experiências e construção de saberes e práticas fundamentados na realidade do serviço e contribui para a qualificação das ações desenvolvidas através de práticas em saúde mais integrais e resolutivas.

É possível observar que o Programa traz para a roda as discussões de caso e desencadeia a construção coletiva do planejamento do cuidado, fortalecendo as relações e o trabalho em equipe. Dessa forma, modifica o processo de trabalho, pois coloca aos trabalhadores uma nova forma de atuar em saúde, levando-os a reverem suas teorias e conceitos e a superar as práticas tradicionais instituídas.

Ainda, contribui para a resolutividade do cuidado, ao capacitar os trabalhadores para o manejo das situações prevalentes em sua área de atuação, possibilitando maior autonomia e garantindo a qualidade da atenção a população.

A Residência Multiprofissional em Saúde se constitui em uma metodologia de integração ensino-serviço de grande relevância para a otimização das ações em saúde, pois atua no nível do serviço e da formação. Assim, consegue formar multiplicadores dessas novas tecnologias de atenção e de um novo modelo de fazer saúde.

Entretanto, ainda há alguns desafios a serem superados para que as propostas do Programa se consolidem na rede de atenção. O desenvolvimento das tecnologias em saúde, principalmente as leve-duras e leves através de ações como o PTS, o matriciamento, o acolhimento e as linhas de cuidado devem ser incentivados no serviço, pois representam a possibilidade de qualificação das práticas em saúde.

Sabe-se que as mudanças no âmbito da saúde são processos que ocorrem de forma lenta e gradual e para que sejam efetivas e duradouras há a necessidade de envolvimento dos trabalhadores, gestão e população. Então, para que as ações da Residência Multiprofissional ganhem força e visibilidade e se efetivem enquanto estratégia de gestão e atenção para a qualificação do SUS, esforços devem ser empreendidos na articulação desses sujeitos. Pois, com maior acreditação por parte da gestão e mais esclarecimento para os trabalhadores e a população dos objetivos e metodologias utilizadas pelo PRMPISPS pode-se avançar na construção de vínculos para a efetivação das propostas do Programa e da mudança do modelo de atenção.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1 Ojeda BS, Santos BRL, Eidt OR. A integração ensino e assistência na enfermagem: delineando possibilidades para uma prática contextualizada. Acta Paul Enferm. 2004; 17(4): 432-38.

2 Senado Federal (Brasil). Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília-DF. 1988. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_05.10.1988/CON1988.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2012.

3 Congresso Nacional (Brasil). Lei nº 8.080. Brasília-DF. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2012.

4 Albuquerque VS, Gomes AP, Rezende CHA, Sampaio MX, Dias OV, Lugarinho RM. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. Rev Bras Educ Méd. 2008; 32(3):356–362.

5 Sarreta FO. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

6 Ministério da Educação, Gabinete do Ministro (Brasil). Portaria interministerial nº 45. Brasília-DF. 2007. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_45_2007.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2012.

7 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria Nº 2.488. Brasília-DF. 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 20 de maio de 2012.

8 Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa (Universidade Federal de Santa Maria). Projeto do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde. Santa Maria, 2009. Disponível em: <<http://www.ufsm.br/prpgp/>>. Acesso em: 20 de maio de 2012.

9 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº648. Brasília-DF. 2006. Disponível em: <<http://www.saudeprev.com.br/psf/saopaulo/GM-648.htm>>. Acesso em: 15 de maio de 2012.

10 Vanderlei MIG, Almeida MCP. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. Ciência & Saúde Coletiva, 2007; 12(2): 443-53.

11 Reis MAS, Fortuna CM, Oliveira CT, Durante MC. A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. Interface – Comunic., Saúde, Educ. 2007; 11(23): 655-66.

12 Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 196. Brasília-DF. 2006. Disponível em: <<http://www.Conselho.saude.gov.br/comissao/conep/resolucao.html>>. Acesso em: 25 de maio de 2012.

13 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

14 Kantorski LP, Jardim VMR, Pereira DB, Coimbra VCC, Oliveira MM. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. Rev. Gaúcha Enferm. 2009; 30(4): 594-601.

15 Ministério da Educação (Brasil). Resolução nº2. Brasília-DF. 2012. Disponível em: <<http://www.normaslegais.com.br/legislacao/resolucao-cnrm-2-2012.htm>>. Acesso em: 15 de maio de 2012.

16 Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Rev. Saúde Pública. 2001; 1(35): 103-09.

17 Saube R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAVB. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2005; 9(18): 521-36.

18 Nascimento DDG. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Saúde Soc. São Paulo. 2010; 19(4): 814-27.

19 Ceccim RB. Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra – a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. Interface Comunicação Saúde Educação. 2009 jan./mar.; 13(28): 213-37.

20 Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Brasília-DF. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2012.

21 Gonze GG, Silva GA. A integralidade na formação dos profissionais de saúde: tecendo valores. Physis Revista de Saúde Coletiva. 2011; 21(1): 129-46.

22 Severo SB, Seminotti N. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. Ciência & Saúde Coletiva. 2010; 15(1): 1685-98.

23 Ministério da Saúde (Brasil). Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS. Brasília-DF. 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/avaliacao_tecnologias_saude_ferramentas_gestao.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2012.

24 Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

25 Terra MG, Vicari T, Lacchini AJB, Noal HC, Brüggemann CFVP. Percepção dos estudantes de enfermagem sobre a integração docente-assistencial. Rev. Enferm. UFPE on line. 2010 out./dez.; 4(4): 1882-89.

26 Feuerwerker LCM. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. Interface Comunicação Saúde Educação. 2009 jan./mar.; 13(28): 213-37.

27 Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2004; 14(1):41-65.

28 Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília-DF. 2010. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2012.

29 Ministério da Saúde (Brasil). DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília-DF. 2009. Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf>. Acesso em: 14 de maio de 2012.

30 Campos GWS. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. Cad. Saúde Pública. 1998; 14(1): 863-70.

31 Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública. 2007; 23(2): 399-407.

32 Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Humanização. Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília-DF. 2004. Disponível em: <
http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>. Acesso em 15 de maio de 2012.

33 Ceccim RB, Ferla AA. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 165-84.