

P

PERCEPÇÕES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

PERCEPTIONS OF THE MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY IN FAMILY AND COMMUNITY HEALTH

PERCEPCIONES DE LA RESIDENCIA MULTIPROFESIONAL EN SALUD DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

Ítala Maria de Queiroz Maia ¹

Neusa Goya ²

RESUMO

Em 2013, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) fez sua primeira seleção para a Residência Integrada em Saúde (RIS) em Fortaleza e em 23 municípios do estado. Ofertou 4 programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), com destaque para a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), voltada à formação com ênfase na organização da atenção primária à saúde (APS), que ainda constitui um desafio no Brasil. Este estudo, de abordagem qualitativa, analisou as percepções de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) na RMSFC e suas implicações nas práticas de trabalho de 5 equipes de saúde em Horizonte-CE. Foram utilizados questionários e entrevistas para a coleta de dados e o método de análise adotado foi a hermenêutica-dialética. O estudo apontou que a inserção dos residentes agregou serviços à unidade básica de saúde (UBS), reduzindo o deslocamento do usuário e ampliando a resolutividade da APS; potencializou a integralidade da assistência por meio da educação em saúde; e fortaleceu a escuta e o vínculo entre profissionais e usuários. Contudo, durante a mudança da área de atuação dos residentes, foram observadas fragilidades na gestão municipal, que oferta serviços com base na disponibilidade do profissional da saúde, o que prejudica a população em sua ausência. Aponta-se a necessidade de discutir tal realidade, cada vez mais comum nos cenários de prática da RMSFC, dado o subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), pondo em risco sua potência formativa para a organização da APS e a qualificação da assistência.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Atenção primária à saúde; Saúde da família; Residência.

1. Assistente Social. Mestre em Educação Brasileira pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Fortaleza (CE), Brasil.

2. Assistente Social. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Associação Ampla de Instituições de Ensino - Universidade Federal do Ceará, Universidade Estadual do Ceará e Universidade de Fortaleza. Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Departamento de Saúde Comunitária. Fortaleza (CE), Brasil.

ABSTRACT

In 2013, the Public Health School of Ceará (ESP-CE), Brazil, held its first selection for the Integrated Health Residency (IHR) in Fortaleza and in 23 municipalities within the state. It has made available 4 Multiprofessional Health Residency (MHR) programs, where the Multiprofessional Residency in Family and Community Health (MRFCH) stands out, aimed at training with an emphasis on the organization of primary health care (PHC), which is still a challenge in the country. This study, using a qualitative approach, analyzed the perceptions of professionals from the Family Health Strategy (FHS) of the MRFCH and their implications on the working practices of 5 health teams in Horizonte, Ceará, Brazil. Questionnaires and interviews were used to collect data and the analytical methods adopted were hermeneutics and dialectics. The study showed that the insertion of residents has added services to a primary health facility (PHF), decreasing the distance travelled by a user and increasing the problem-solving capability of PHC; it potentiated comprehensive care through health education; and this strengthened listening and the bond between professionals and users. However, during the change of residents' working area, pitfalls were observed in municipal management, which offers services based on the health professionals' availability, something which affects the population in their absence. We point out the need to discuss this reality, increasingly common in settings where the MRFCH is put into practice, given the underfunding by the Brazilian National Health System (SUS), endangering its development potential for organizing PHC and improving the quality of care.

Keywords: *Brazilian National Health System; Primary health care; Family health; Residency.*

.....

RESUMEN

En 2013, la Escuela de Salud Pública de Ceará (ESP-CE), Brasil, celebró su primera selección para la Residencia Integrada en Salud (RIS) en Fortaleza y en 23 municipios del estado. Se han realizado 4 programas de Residencia Multiprofesional en Salud (RMS), donde se destaca la Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia y la Comunidad (RMSFC), dirigida a la formación con énfasis en la organización de la atención primaria de salud (APS), que sigue siendo un desafío en el país. Este estudio, utilizando un abordaje cualitativo, analizó las percepciones de profesionales de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) en la RMSFC y sus implicaciones a las prácticas de trabajo de 5 equipos de salud en Horizonte, Ceará, Brasil. Se utilizaron cuestionarios y entrevistas para la recogida de datos y los métodos de análisis adoptados fueron la hermenéutica y la dialéctica. El estudio mostró que la inserción de residentes ha añadido servicios a un centro de atención primaria (CAP), con disminución de la distancia recorrida por un usuario y aumento de la capacidad de resolución de problemas de la APS; se potenció la atención integral mediante la educación en salud; y se fortaleció la escucha y el enlace entre profesionales y usuarios. Sin embargo, durante el cambio de área de residentes, se observaron debilidades en la gestión municipal, que ofrece servicios basados en la disponibilidad del profesional de salud, lo que afecta a la población en su ausencia. Se señala la necesidad de discutir esta realidad, cada vez más común en los escenarios de práctica de la RMSFC, dada la falta de financiación por el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, poniendo en peligro su potencial de desarrollo para la organización de la APS y la calificación de la atención.

Palabras clave: *Sistema Único de Salud de Brasil; Atención primaria de salud; Salud de la familia; Residencia.*

.....

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta desafios relativos à aplicabilidade de seus princípios e suas diretrizes, com destaque para a universalização do acesso aos serviços e a integralidade da atenção à saúde:

[...] continuamos a enfrentar o desafio de concretizar no SUS os seus princípios constitucionais, em especial, a universalidade real e a busca permanente pela integralidade e igualdade de acesso^{1:13}.

Um dos caminhos para a garantia desses preceitos constitucionais é a organização do trabalho no âmbito da atenção primária à saúde (APS). Nesse cenário, ganha visibilidade, como ação estratégica, a formação de profissionais da saúde por meio de educação permanente que articule o cuidado à qualificação.

Integrando esse cenário de iniciativa nacional, a Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), autarquia vinculada à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (Sesa), instituiu a Residência Integrada em Saúde (RIS), inicialmente, com quatro programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), denominados ênfases: 1) Saúde da Família e

Comunidade; 2) Cancerologia; 3) Saúde Mental Coletiva; e 4) Saúde Coletiva.

O desenho político e pedagógico da RIS, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, pressupõe o estabelecimento de uma relação dialógica, problematizadora e da educação permanente no trabalho, proporcionando a construção de vínculos entre os residentes e os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Embora essa seja uma caminhada recente, ressaltamos, por um lado, a relevância da formação de profissionais da saúde para o SUS por meio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC); por outro lado, levantamos a necessidade de investigar as contribuições dessa formação para o SUS. Assim, indagamos: quais são as implicações nas práticas de trabalho da APS dos encontros entre os residentes em Saúde da Família e Comunidade e os profissionais da Estratégia Saúde da Família?

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE: PARCERIAS, PRÁTICA-FORMAÇÃO E PRODUÇÃO DE SABERES

Em 2013, a ESP-CE lançou seu primeiro processo seletivo para profissionais interessados em integrar o quadro da RIS, difundindo a prática-formação em Fortaleza e em 23 municípios cearenses. Inscreveu-se, assim, uma iniciativa que veio para ficar, fortalecendo a formação de profissionais para o SUS.

No Ceará, como pioneira na experiência da Residência em Saúde da Família e Comunidade (RSFC), destaca-se a Escola de Formação em Saúde da Família Vicente de Sabóia (EFSFVS), de Sobral, que, em 1999, diante da necessidade de formar e qualificar equipes de saúde, criou a primeira pós-graduação *lato sensu* em Saúde da Família, segundo o modelo de RMS. O objetivo era a reorientação do modelo assistencial dos serviços de saúde, por meio da instrumentalização dos profissionais em processos de educação permanente em saúde².

Diante dessa experiência exitosa para a APS, em 2009, foi lançada a RMS de Fortaleza, pela Prefeitura Municipal de Fortaleza, por meio de sua Secretaria de Saúde, via Sistema Municipal de Saúde Escola, em parceria com o Ministério da Saúde (MS). A dinâmica da residência possibilita a

[...] construção de novas tecnologias na atenção básica e na sistematização do fazer das diversas categorias profissionais, dando uma maior resolutividade no âmbito da atenção primária [...]^{3:20}.

Nessa perspectiva, a ESP-CE, por meio de seus gestores e

estabelecimento de uma relação dialógica, problematizadora e da educação permanente no trabalho.

profissionais, muitos deles protagonistas dessas iniciativas, propôs-se a uma caminhada de maior amplitude no estado, tanto no que se refere às áreas temáticas de abrangência como no tocante à escala da formação, tornando-se uma das maiores instituições formadoras de residentes no Brasil.

A RIS da ESP-CE é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* de caráter multiprofissional, fruto da cooperação entre o MS e o Ministério da Educação (MEC). O regime é de tempo integral e dedicação exclusiva, com 60 horas semanais, que totaliza 5.760 horas, sendo 80% de prática e 20% de conteúdo teórico. Trabalha-se com o princípio da integralidade em quatro eixos: 1) ensino, serviço e comunidade; 2) integração de saberes e práticas; 3) programas de residência multiprofissional; e 4) atenção à saúde e gestão do sistema⁴.

É nesse esforço de contribuição com a reorganização do serviço segundo a lógica do SUS que os municípios entram em parceria com a ESP-CE, a fim de potencializar os processos de trabalho de suas equipes da ESF. Nesse contexto, Horizonte-CE aderiu à RIS e destacou-se, entre os municípios participantes, ao ofertar o maior número de vagas para residentes (20 no total), sendo 9 para a RMSFC. É nesse cenário de prática-formação que se insere este estudo, tendo por objetivo destacar as percepções dos profissionais das equipes da ESF da RMSFC e suas implicações nas práticas de trabalho.

METODOLOGIA

Quando o cenário de prática-formação do residente compõe-se em campo de estudo e produção de saber

Com participação na primeira turma da RIS da ESP-CE em Horizonte, enfocando a Saúde da Família e Comunidade, nossa inserção no cenário de prática nesse município tomou forma como assistente social residente, no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), com campo de abrangência de 5 equipes da ESF. Optamos por fazer do cenário de prática o campo de investigação do estudo desenvolvido para obter a titulação de Especialista Residente em Saúde da Família e Comunidade pela ESP-CE.

Seleção dos sujeitos da pesquisa

Este é um estudo qualitativo, com trabalho de campo, realizado em Horizonte em junho e julho de 2015. Os sujeitos da pesquisa eram profissionais das unidades básicas de saúde (UBS) das 5 unidades apoiadas pela equipe do Nasf da qual fazíamos parte como residentes: 1) UBS Diadema II; 2) UBS Mangueiral; 3) UBS Planalto Horizonte I; 4) UBS Planalto Horizonte II; e 5) UBS Planalto Horizonte III.

Os critérios estabelecidos para a inclusão dos profissionais no estudo foram: estar inserido em uma dessas UBS; pertencer à categoria de agente comunitário de saúde, dentista, médico ou enfermeiro; e trabalhar há no mínimo 1 ano na UBS em questão.

O critério de permanência de 1 ano na UBS que acolheu a experiência da RMSFC em sua rotina de serviços teve por objetivo levantar informações relativas: 1) às relações construídas entre profissionais do município e residentes; 2) à identificação das implicações produzidas nas práticas de trabalho; 3) às percepções dos sujeitos da pesquisa sobre a RIS da ESP-CE com ênfase em Saúde da Família e Comunidade.

A coleta de dados teve dois momentos: 1) a aplicação de questionário semiestruturado, constituído por 7 perguntas, sendo 3 abertas e 4 fechadas; e 2) a realização de entrevistas. Tanto os questionários como as entrevistas adotaram como roteiro geral os 3 aspectos pontuados acima.

O questionário foi construído de modo a possibilitar o desenho do perfil dos participantes e de sua experiência com a RIS da ESP-CE, especialmente no tocante à RMSFC, com roteiro autoaplicável que contemplou questões como: categoria profissional; idade; permanência de tempo no serviço; conhecimento prévio da RMSFC em seu território, bem como de sua proposta; potenciais mudanças ou não com a RMSFC no ambiente de trabalho e na comunidade; breve relato da experiência profissional com o processo da RMSFC.

Foram identificados os profissionais que correspondiam aos critérios do estudo, convidados a participar como respondentes do questionário. Alguns deles se mostraram favoráveis e outros não. Aos que aceitaram foi entregue, em reunião de equipe ou no dia de atendimento do profissional em sua UBS, o termo de consentimento livre e esclarecido

A hermenêutica-dialética dialoga com a realidade do objeto a ser investigado.

(TCLE), junto com o questionário autoaplicável, respondido por 21 profissionais em junho de 2015.

Após a aplicação do questionário e a leitura e análise dos textos que compuseram as respostas, identificamos a necessidade de voltar ao campo, considerando que as informações produzidas não contemplaram os aspectos almejados pelo estudo, relativos às percepções dos profissionais das equipes onde a RMSFC foi vivenciada, bem como as implicações nas práticas de trabalho. O roteiro para as entrevistas foi o mesmo adotado no questionário aplicado anteriormente.

Optamos por entrevistar 1 profissional de cada unidade que participou da primeira fase da coleta de dados. Assim, em julho de 2015, foram realizadas 5 entrevistas com profissionais selecionados entre aqueles que demonstraram maior disponibilidade. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, compondo as narrativas dos profissionais da saúde junto com as respostas dos questionários.

O método de análise utilizado para o estudo foi a hermenêutica-dialética. A hermenêutica “[...] ocupa-se da arte de compreender os textos”. Seu estudo é baseado na compreensão, no ato possível de interpretar, relacionar e concluir alcançando um entendimento para a comunicação humana^{5:328}. A autora destaca que a dialética “[...] se constitui num processo infinito de revelação de novos aspectos e correlações; processo incessante de busca de aprofundamento do conhecimento humano [...]”^{5:340}. O real é quem vai construir o conhecimento, sendo, portanto, o ponto de partida como o de chegada, tendo esse real como algo inacabado, e sempre em construção.

A hermenêutica-dialética dialoga com a realidade do objeto a ser investigado, tendo em vista que a hermenêutica se volta para a compreensão do texto que será construído buscando compreender a realidade e seus conflitos. A perspectiva dialética proporcionou um olhar crítico sobre o texto grafado, considerando as contradições da linguagem e seu processo dinâmico com a realidade posta. Assim, a hermenêutica-dialética apoiou a compreensão da realidade investigada ao perceber a interação entre autor e investigador, discurso e contradição.

Para preservar a identidade dos participantes, aqui, os respondentes do questionário são designados por “R” combinado à sequência numérica ordinal e os entrevistados são designados por “E” combinado à sequência numérica ordinal.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da ESP-CE, sob o Protocolo n. 1.015.419, em 01/04/2015, em conformidade com a Resolução n. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁶.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Potencial da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade e descontinuidade do serviço após sua conclusão

A RMSFC apresentou contribuições significativas com o processo de trabalho das equipes da ESF apoiadas pelo Nasf. As UBS não contavam, anteriormente, com o apoio direto de uma equipe do Nasf. O município dispunha de apenas 1 equipe do Nasf para atender todas as UBS, fato que distanciava o Nasf das necessidades cotidianas da comunidade e dos profissionais da saúde, limitando-se ao acompanhamento pontual de casos indicados por equipes de referência.

Foi com esse diferencial que a RMSFC colaborou. Maior intensidade e amplitude do serviço, por estar mais próximo da comunidade, estabeleceu vínculos mais fortes e concretos. Destacamos a importância das equipes do Nasf: “o apoio matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência”^{7:400}.

Com a oferta de serviços proporcionada pelos residentes – fisioterapeuta, psicóloga, assistente social e nutricionista – à equipe do Nasf, a comunidade pôde desfrutar de atendimentos especializados dentro da UBS. Isso trouxe contato mais próximo com os profissionais, além de maior participação em ações de prevenção e promoção da saúde, de forma mais ágil e mais eficaz, como ilustram as seguintes falas:

Atendimento em algumas áreas nas quais a comunidade tinha muita dificuldade de ser atendida. (R11)

[...] têm certos assuntos que eu precisava de um auxílio, de profissionais especializados, e não tinha. (E4)

[...] com um trabalho mais específico em cada área e resolutividade de muitos casos. (R7)

Esse fluxo interno proporcionou aos profissionais da UBS uma visão mais abrangente dos usuários, considerando que os aspectos abordados em orientações, atendimentos ou visitas domiciliares, por parte dos residentes, eram registrados nos prontuários, além da construção do projeto terapêutico singular (PTS).

O PTS consiste na criação de um espaço de discussão coletiva para que a equipe possa definir condutas terapêuticas articuladas para um sujeito ou um coletivo. Isso possibilita uma abordagem mais próxima das necessidades

a parceria entre os profissionais do serviço e os residentes produziu uma considerável ampliação do leque de ofertas da APS.

da comunidade e configura “uma reunião de toda a equipe em que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações”^{8:40}.

Nessa perspectiva, a parceria entre os profissionais do serviço e os residentes produziu uma considerável ampliação do leque de ofertas da APS, com maior resolutividade dos casos trabalhados, maior potencial para a integralidade do cuidado e formação de vínculo entre profissionais e usuários, na medida em que se fortaleceu a escuta e a atenção a suas necessidades de saúde, como ilustra a seguinte fala:

A comunidade ganhou mais profissionais na UBS e se sentiu mais acolhida. (R16)

Outro aspecto relevante que reitera o potencial da APS se refere ao trabalho multiprofissional, fortalecido pela atuação do Nasf junto com a ESF. Em estudo sobre a RMSFC realizado em Sobral, afirma-se que foram notórias as contribuições da residência pelo apoio à “construção de novas tecnologias na atenção primária e na sistematização do fazer das diversas categorias profissionais, dando uma maior resolutividade no âmbito da atenção primária e conseqüentemente favorecendo o bem-estar da população”^{3:20}.

O cuidado multiprofissional nos serviços de saúde possibilita um olhar horizontal acerca do sujeito e de suas demandas. Permite a troca de saberes com foco em cada área específica de atuação, o que abre espaço para maior resolutividade, maior aproximação dos sujeitos e fortalecimento de vínculos comunitários, colaborando para qualificar a assistência: “o trabalho em equipe, a articulação das práticas de cuidado à saúde individual e coletiva e o desenvolvimento de vínculo deverão ser capacidades colocadas a serviço do aumento da eficiência e eficácia na elaboração de planos de cuidado”^{9:30}.

Contudo, durante a participação na primeira turma da RMSFC, o cenário de prática, que consistia em 5 equipes apoiadas pelo Nasf, do qual fazíamos parte, foi reduzido para 2 equipes. Posteriormente, apenas 1 equipe manteve a

experiência da RMSFC.

A mudança da área de cobertura da RMSFC, retirando-se de territórios nos quais já foi ofertada, mostrou-se uma fragilidade, como indica a seguinte fala:

Senti porque eu não vou ter mais esse serviço que eu ofereci, a gente vê a necessidade, escuta, né, mas a gente não pode mais ofertar o serviço de vocês, que não deixa de ser o meu serviço também, né? Estava complementando, estava demais mesmo.
(E3)

Vale destacar o fato de que a equipe de residentes contribuía para a ampliação das práticas de cuidado, tendo em vista que não estava sobrecarregada com o massivo número de atendimentos:

Eu entendo, assim, que a equipe já é muito sobrecarregada, né? Tem os atendimentos, tem os programas, né, o da gestante, mas eu acredito que não tem, assim, tipo, as palestras, aí já sentem falta das palestras. Também vocês contribuíram, assim, pro aprendizado de nós mesmos [...] por que vocês faziam palestras [...] pra gente também, em nível de informação e pra comunidade também, palestra e mobilização, aí fica assim muito restrito só atendimento, programa. (E5)

Assim, diante das contribuições no cotidiano das equipes da ESF que a RMSFC injetou nos cenários de prática, oxigenando e renovando a rotina, sua retirada desses mesmos cenários arrefeceu a nova dinâmica de trabalho em saúde, provocando uma redução das ofertas de serviços e das ações de promoção em saúde.

Tal redução não foi coberta por profissionais do próprio município, provocando um esvaziamento do cuidado que vinha sendo ofertado. Ou seja, a RMSFC mostrou-se relevante no campo da APS, porém, sua retirada de territórios que vinham sendo cobertos por ela revelaram as deficiências do município no sentido de manter tais serviços. Em outras palavras, muitas vezes, os residentes acabam “substituindo”, ainda que provisoriamente, os quadros fixos de profissionais da saúde do município.

A prática de substituição de profissionais por residentes foi apontada por um estudo como reflexo da falta de debates sobre a proposta da RMS: “temos exemplos extremos de RMS no Brasil, onde em alguns casos a existência do Programa de Residência é vista, por exemplo, como facilidade de disponibilizar mão de obra barata para os serviços da rede”^{10:383}.

Essa situação é decorrente, entre outros fatores, das

dificuldades financeiras enfrentadas pelos municípios para manter profissionais da saúde para compor, por exemplo, equipes do Nasf ou da ESF, dado o subfinanciamento do SUS, destacando a necessidade de aumentar os recursos financeiros disponíveis.

Apesar do esvaziamento identificado na assistência, a RMSFC foi ao encontro do que é preconizado pelo projeto das RMS, tendo sido implantada conforme as necessidades locais com o compromisso de recorrer a aporte teórico e prático para a transformação da realidade.

Aprendizado em serviço: um processo a ser fortalecido

Nos cenários de prática da RMSFC, foi observado um reavivar desencadeado pela educação em saúde tanto para a comunidade como para os profissionais, ilustrado nas seguintes falas:

É, foi muito bom, assim, a experiência da residência [...] as enfermeiras da residência fizeram uma mobilização lá nos condomínios. (E2)

Captei experiências que foram proveitosas e contribuíram para o crescimento profissional. (R4)

Foi tudo muito bom, a questão das palestras, a questão de fazer mobilização na comunidade, né, a questão de estar indo pra quadra ou pros condomínios, como fizeram uma vez. (E5)

A educação em saúde assume papel singular e intrínseco na relação entre profissionais, gestão e sujeitos, pois é um “conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores, a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades”^{11:22}. Nesse espaço de construção, o fazer saúde é despertado por vários componentes e autores que promovem e efetivam o serviço.

Enfatiza-se a relevância do *ensino-serviço*, com discussão acerca da formação do profissional da saúde para além do

os residentes acabam “substituindo”, ainda que provisoriamente, os quadros fixos de profissionais da saúde do município.

conhecimento técnico-científico, abordando os aspectos que estruturam as relações e a prática, englobando a organização da rede de atenção e a alteridade diante dos usuários. A formação profissional envolve quatro aspectos, 1) ensino; 2) serviço; 3) gestão; e 4) controle social, constituindo o chamado “quadrilátero da formação”, que:

[...] propõe construir e organizar uma educação responsável por processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processo), convocar protagonismos (pedagogia *in actu*) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções [...] ^{12:59}.

Podemos destacar, nesse campo formativo e de interação, que a RMSFC proporcionou um processo de trabalho em saúde com grupos operativos. Essa foi uma prática estimulada e difundida nas UBS, estendida inclusive para os equipamentos do município por meio de parceiras com outras secretarias, realizando um processo extramuros, que fortalece a difusão do trabalho em saúde para além do adoecimento populacional, em uma perspectiva da saúde como ato em prol da vida, um eixo compreensivo de vida-saúde.

O trabalho em grupo nas UBS era posto em funcionamento pelos residentes e coexistia com as consultas dos programas de hipertensão e diabetes, pré-natal, puericultura, atendimento ao adolescente ou, ainda, ocorria em caráter agendado em dias específicos, de acordo com os equipamentos e a infraestrutura disponíveis, bem como com a disponibilidade da comunidade e dos profissionais.

Nesse campo de possibilidades, os profissionais consideraram a importância da atividade posta em funcionamento e a necessidade de seu envolvimento:

[...] *o processo de residência, então, foi uma experiência muito rica, eu vi ser realmente, ser implantado, no posto de saúde a educação em saúde [...] os postos que têm são poucos, mas lá eu vi ser implantado e eu achei interessante me envolver nesse processo da residência.* (E1)

A RMSFC criou novas potencialidades para o fazer saúde, multiplicando práticas de cuidado. O trabalho em saúde revestiu-se de uma nova dinâmica dentro da rotina pré-estabelecida e massiva de atendimentos individuais. Para os profissionais, cobrados quanto ao cumprimento de metas de atendimentos mensais, o sair do consultório, por vezes, era impossibilitado pela lógica produtivista e normativa que configura certo modo capitalista de atuação, centrado no

O trabalho em saúde revestiu-se de uma nova dinâmica dentro da rotina pré-estabelecida e massiva de atendimentos individuais.

eixo doença-saúde, ou seja, o que se apresentava de forma mais contundente na efetivação do trabalho era a planilha de atendimento.

Observa-se que:

No encontro do trabalhador com o usuário, necessidades de distintas ordens são construídas. Algumas questões são respondidas com a centralidade nuclear de saberes biológicos, outras mobilizam conhecimentos que não são capazes de serem circunscritos nos programas e protocolos clínicos e nem estão presentes no planejamento de demanda e nas planilhas de atendimento elaborados pela gestão ^{13:315}.

Nessa perspectiva, quando o profissional ultrapassava tal limite e saía das paredes do consultório, deparava-se, ele mesmo, com a cristalização das formas “protocolares” de atendimento e cuidados impregnados tanto na comunidade como no serviço. Era questionado pela prática diferenciada, a de sair do consultório, por esta romper e produzir variações em torno do cuidado em saúde tanto para os trabalhadores como para os usuários.

É nesse enlace entre a cristalização de atendimentos individuais e a institucionalização da forma de atender que a RMSFC se coloca como alternativa de um cuidado inovador, que quebra o que está enrijecido e aproxima o que estava distante. O residente saía da lógica produtivista do eixo doença-saúde por não ser cobrado incisivamente quanto a metas de atendimentos individuais como eram cobrados os profissionais do serviço. Às vezes, tal dificuldade afastava uma prática diretamente compartilhada entre residentes e profissionais do serviço, o que os distanciava de atividades disparadoras contidas nos módulos formativos da RMSFC.

Há que se destacar, como evidenciado no material obtido pela pesquisa, que os agentes comunitários de saúde demonstraram maior desprendimento para se lançar em atividades de educação em saúde. Seja por estar mais próximos da comunidade e ter seu trabalho já estabelecido fora da sala de atendimento, seja por apresentar um maior vínculo com a comunidade.

(Re)visitando desafios do Sistema Único de Saúde em torno da organização e infraestrutura para o trabalho em saúde

A experiência da RMSFC se concretiza com a prática de trabalho nas esferas executoras, os municípios. Sendo uma experiência latente, requer estrutura para radiar o cenário comunitário e alcançar seus objetivos. Indica-se que o investimento bem planejado em formação e qualificação em saúde é capaz de produzir mudanças significativas na dinâmica das instituições, porém, esses resultados “podem ser minimizados pelas condições de cada estrutura institucional, caso a interação entre essa estrutura e os objetivos das propostas de treinamento/qualificação não estejam alinhados”^{14:886}.

Observa-se, assim, que os serviços de saúde, cenários de prática dos residentes, careciam de estrutura voltada a absorver novos profissionais. Se os recursos já eram limitados na realidade do próprio sistema de saúde, com a chegada da RMSFC eles passaram a ser disputados entre os profissionais, como destaca a seguinte fala:

Dificuldade, acredito, muitas vezes por conta do transporte [...] o carro é muito disputado, né, já tinha aquela rotina [...]. Também, eu acho que faltava, assim, uma sala apropriada pra vocês, pra vocês estarem atendendo as pessoas, eu acho que sim, deveria ter uma salinha, sim, mais organizadazinha. E também a questão também de vocês não estarem lá, todos os dias lá, né? (E1)

A falta de estrutura e de material adequado interfere na qualidade do serviço prestado e, conseqüentemente, no cuidado que o usuário deveria receber para melhorar seu quadro de saúde, seja na prevenção ou na promoção. Para que a realidade possa ser aprimorada, indica-se que a atenção primária “precisa avançar na definição de formatos organizativos e de dinâmicas de funcionamento mais efetivos. Isso inclui o adensamento de tecnologias do cuidado, a ampliação das ações e a articulação de profissionais e especialidades”^{15:15}.

Residentes e profissionais do serviço relacionavam ora com maestria, ora com disputa de recursos, tendo em vista a realidade de não adaptação dos serviços para absorção da dinâmica da RMSFC no cotidiano da unidade:

Eu acho que a equipe acolheu vocês bem de início, mas depois [...] eu percebia que alguém estava se sentindo invadido pela presença de vocês [...]. (E3)

Percebe-se que cada um apresentava sua rotina de atuação e seu espaço para materializar o cuidado em saúde, em tese em conformidade com as necessidades dos usuários, quando a estrutura existente passou a não comportar a nova dinâmica com a inserção dos residentes, gerou-se disputa pelo espaço, pelos horários, pelos atendimentos.

Aponta-se que a demanda gerada pelos usuários pode provocar um campo de tensão: “de modo geral, a forma de construir respostas à solicitação do usuário gera tensão na equipe que oferece assistência e na gestão”^{13:315-6}. Nesse espaço de tensão da resposta às necessidades geradas pela comunidade é que os recursos se tornam insuficientes, quando não gerenciados e utilizados de modo efetivamente coletivo.

As salas das UBS eram compartilhadas, assim como os agentes comunitários de saúde, os equipamentos necessários para a realização dos atendimentos e o transporte:

[...] a gente planejava uma ação, mas aí não deu certo, porque faltava o carro, porque faltava isso e aquilo. Aí, outra vez, planejava pra organizar o posto, dizia que podia pedir material, esse material era pedido e esse material nunca vinha, ou a gente comprava ou não tinha. (E1)

Essa infraestrutura necessária para fomentar o serviço viu-se limitada nas mãos de uma equipe maior, às vezes estremecendo relações entre profissionais e atrasando algumas demandas do serviço emanadas pela comunidade na rotina da unidade e identificada na territorialização disparada pela RMSFC.

As esferas executoras, ou seja, os municípios, apresentam limites e dificuldades para a concretização de seus serviços, reflexo das dificuldades de materialização do SUS. A RMSFC inserida nesse contexto também refletiu limites na realização de suas ações e na ampliação de suas contribuições tanto na comunidade como na UBS, na medida em que sua inserção se dá nesse mesmo cenário já corroído por uma série de deficiências, principalmente devido ao subfinanciamento do SUS.

Nesse contexto, aponta-se a importância do município preparar as equipes de saúde para receber os residentes, traçando um elo de parceria entre todos os profissionais e

a demanda gerada pelos usuários pode provocar um campo de tensão.

desobstruindo as vias percorridas na rotina dos serviços.

É necessário e indispensável que as várias instâncias articulem caminhos para a formação de novos profissionais de saúde, possibilitem o desenvolvimento/atualização do pessoal que já está no SUS e legitimem propostas direcionadas a um desempenho profissional qualificado e em quantidade suficiente em todos os pontos do País^{14:894}.

Também cabe aos residentes compreender os cenários de uma rotina já programada, preestabelecida e cristalizada, para não formar ou gerar disputa por espaço e recursos, mas demonstrar a potencialidade dos serviços quando estes estão voltados a gerenciar as demandas apontadas e vivenciadas no cotidiano da comunidade, pois “a integração do profissional ao cotidiano dos serviços de saúde se desenvolve na prática de competências, habilidades e conhecimentos acumulados no processo de formação profissional e de vida”^{14:894}.

Com foco nas necessidades em saúde, nos serviços ofertados, nas ferramentas disponíveis e em um diálogo ampliado com usuários, gestão e profissionais, mostra-se possível a construção de um plano de atuação com dimensão ampla e interventiva, voltado ao compartilhamento de saberes e de atuação: “a centralidade nas necessidades de saúde do usuário convoca abordagens amplas que tendem a planos coletivos, com dimensões variadas e complexas sobre o conhecimento e as intervenções possíveis de serem construídas”^{13:321}.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência da RMSFC da ESP-CE em Horizonte revelou-se relevante tanto para o processo formativo como para a organização da APS, agregando novos serviços e novas práticas em saúde, experimentadas como variações do processo de trabalho das equipes, especialmente no tocante às ações extramuros, conferindo maior satisfação aos usuários das UBS e aos profissionais da saúde.

A perspectiva da integralidade da assistência foi fortalecida mediante a ênfase na promoção da saúde,

proporcionar um espaço interativo de convivência e reduzir embates nas relações entre os profissionais.

proporcionada pela atuação dos residentes em parceria com as equipes da ESF. A educação em saúde realizada de modo rotineiro possibilitou maior autonomia da comunidade em seu próprio cuidado, ampliando o entendimento sobre o conceito de saúde.

O estudo apontou a importância estratégica de uma preparação logística e organizativa mais detalhada por parte dos responsáveis envolvidos na formação e na execução da RMSFC no momento que antecede a inserção dos residentes no campo de prática. Destaca-se a necessidade de discutir a RMSFC, a fim de proporcionar um espaço interativo de convivência e reduzir embates nas relações entre os profissionais.

Ressaltamos como uma limitação deste estudo o fato de não contemplar outros atores que fizeram parte do cenário: os gestores, representantes do município, que, no processo de logística da RMS, constitui a esfera executora; e os usuários dos serviços, o público-alvo da política de saúde ofertada pelo SUS.

A prática da RMSFC reitera a necessidade de maior investimento do SUS em âmbito municipal, de modo a superar a utilização do trabalho do residente para ofertar serviços, produzindo descontinuidade da assistência em sua ausência.

Considerando o potencial da RMSFC na formação e na melhoria do processo de trabalho da APS, recomendamos que seja priorizada pelas políticas de saúde pública, o que implica a garantia de seu financiamento pelos gestores do SUS.

CONTRIBUIÇÃO DAS AUTORAS

Ítala Maria de Queiroz Maia e Neusa Goya participaram na concepção da pesquisa, na análise e interpretação dos dados e na redação e revisão crítica do manuscrito.

REFERÊNCIAS

1. Silva SF, organizer. Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS. 2. ed. Campinas (SP): Saberes; 2013. p. 13-6.
2. Barreto ICHC, Oliveira EN, Andrade LOM, Sucupira ACU, Uhães MSC, Sousa GA. Residência em Saúde da Família: desafio na qualificação dos profissionais na atenção primária. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 1999 [cited 2015 Aug 23];1(1):18-26. Available from: http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/arti_cle/view/216/203
3. Melo CNM, Chagas MIO, Feijão JRP, Dias MSA. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral: uma avaliação de egressos a partir da inserção no mercado de trabalho. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2012 [cited 2015 Jul 20];11(1):18-25. Available from: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/262/235>

4. Ceará (Estado). Edital n. 03/2013. Regulamenta o processo seletivo de profissionais-residentes para a Residência Integrada em Saúde – RIS, 2013. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2013.

5. Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

6. Brasil. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [document on the internet]. Brasília (DF): Conselho Nacional de Saúde; 2012 [cited 2015 Jan 12]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html

7. Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2007 [cited 2015 Jun 1];23(2):399-407. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/16.pdf>

8. Brasil. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular [document on the internet]. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007 [cited 2015 Sep 12]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf

9. Oliveira MS. Inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no contexto da graduação dos cursos da área de saúde. In: Brasil. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [cited 2015 Jul 22]. p. 123-40. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf

10. Ramos AS, Búrigo AC, Carneiro C, Duarte CC, Kreutz JA, Ruela HCG. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: Brasil. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006 [cited 2015 Jul 30]. p. 375-90. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf

11. Brasil. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009 [cited 2015 Oct 30]. Available from: http://bvsm.s.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/glossario_sgtes.pdf

12. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis (Rio J) [serial on the internet]. 2004 [cited 2015 Sep 3];14(1):41-65. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>

13. Abrahão AL. Arranjos conceituais para a gestão em saúde a partir da análise institucional: relação entre gestão e subjetividade nas equipes da saúde. In: L'Abbate S, Mourão LC, Pezzato LM, organizadores. Análise institucional e saúde coletiva no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 315-32.

14. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. Saúde Soc [serial on the internet]. 2011 [cited 2015 Sep 2];20(4):884-99. Available from: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29725/31602>

15. Brasil. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano [document on the internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014 [cited 2015 Sep 1]. v. 1. Available from: http://agendaprimeirainfancia.org.br/arquivos/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf

Recebido em 02/05/2016 Aprovado em 27/09/2016

