

Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família:

o olhar do trabalhador de saúde*

Carolina Milena Domingos^(a)
Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes^(b)
Brigida Gimenez Carvalho^(c)

Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potential of multiprofessional residency on family healthcare: the view of healthcare workers. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1221-32.

To consolidate the proposal of multiprofessional residency for family healthcare (MRFH), participation by healthcare professionals working in this service becomes essential. Thus, the objective of this study was to reveal healthcare workers' perceptions about the potential for inserting MRFH in family healthcare units (FHUs). This was a qualitative study, conducted among 25 workers at FHUs covered by MRFH. The discourse revealed that the actions of residents at FHUs had the power of inducing changes in the work process at FHUs and training professionals who would be qualified to act within the family health strategy (FHS). Thus, residency contributes towards making the FHS a tool for changing the healthcare model and constitutes a way of operating the proposals of the continuing health education policy.

Keywords: Family healthcare. Healthcare human resources. Personnel development.

Para a consolidação da proposta da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), torna-se imprescindível a participação do profissional de saúde atuante no serviço. Assim, o objetivo deste estudo foi revelar a percepção do trabalhador de saúde sobre as potencialidades da inserção da RMSF nas Unidades de Saúde da Família (USF). Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com 25 trabalhadores das USF contempladas com a RMSF. Os discursos revelaram que a atuação dos residentes nas USF foi potente para induzir mudanças no processo de trabalho destas e para a formação de profissionais capacitados para atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF). Deste modo, a residência contribui para que a ESF se torne um dispositivo de mudança do modelo de assistência à saúde e constitui uma forma de operar o proposto na Política de Educação Permanente em Saúde (EPS).

Palavras-chave: Saúde da família. Recursos humanos em saúde. Desenvolvimento de pessoal.

* Elaborado com base em Domingos CM. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do Trabalhador de Saúde [dissertação]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina; 2012.
^(a,b) Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Londrina (UEL). Av. Robert Koch, nº 60, Vila Operária. Londrina, PR, Brasil. 86038-350. carolinamdomingos@gmail.com; alnunes.3@gmail.com

^(c) Departamento de Saúde Coletiva, UEL. Londrina, PR, Brasil. brigidagimenez@gmail.com

Introdução

O trabalho em saúde e a formação dos trabalhadores são fortemente influenciados pelos modos hegemônicos de pensar e fazer saúde dos profissionais. As vivências, concepções, ideias sobre saúde, histórias de vida, os valores, princípios políticos e culturais, entre outros, vão moldando indivíduos que exercem o cuidado em saúde de diferentes modos. Assim, se estabelece uma disputa entre o ideário do sistema e a prática cotidiana dos profissionais de saúde. É uma disputa societária, em que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem perdido cotidianamente¹.

O atual cenário da relação ensino-serviço também é atravessado por esse processo de disputa, o qual desencadeia uma gama de fatores que se expressa na dificuldade da articulação entre academia e serviço de saúde. Segundo Feuerwerker¹, para que o SUS ganhe a disputa referida anteriormente, não são suficientes capacitações que reformem o pensamento do trabalhador, mas, sim, que trabalhadores da saúde se sintam protagonistas dos processos de mudanças, mais críticos, reflexivos, problematizadores do cotidiano, participando da produção de novas alternativas para se fazer saúde.

Apesar dos avanços direcionados para o fortalecimento das diretrizes do SUS, a formação dos trabalhadores de saúde constitui um dos principais desafios para a efetivação desse sistema universal². Nesse sentido, foram criadas parcerias entre Ministério da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Instituições de Ensino para a implementação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

Em 2005, surge a proposta da RMSF no município de Londrina, pela Universidade Estadual de Londrina, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Essa residência é organizada com o objetivo de colaborar para a implementação da Estratégia Saúde da Família (ESF) no município e formar profissionais capacitados para atuarem: na atenção básica, no cuidado integral à saúde das pessoas, das famílias, de comunidades, e na gestão do trabalho, com enfoque multiprofissional, fortalecendo o desenvolvimento do trabalho em equipe de maneira interdisciplinar³.

Para a consolidação da proposta da RMSF, uma vez que ela forma os profissionais no ambiente de trabalho, torna-se imprescindível a participação do trabalhador do serviço de saúde na inserção do residente na Unidade de Saúde da Família (USF) e na produção do cuidado integrada ao ensino. A participação dos trabalhadores de saúde na pesquisa e na produção de serviços integrados ao ensino é destaque do projeto político-pedagógico de estruturação das RMSF⁴.

A característica de ensino em e para o serviço constitui eixo norteador do programa, conforme o proposto pelo Ministério da Saúde quando dispõe sobre a RMSF⁵. À medida que os residentes vivenciam os problemas do cotidiano, aproximam-se da denominada aprendizagem significativa, a qual constitui a base da Educação Permanente em Saúde (EPS). É nesse tipo de aprendizagem que ocorre a produção de sentidos, uma vez que utiliza o dia a dia do trabalhador como cenário de reflexão para a transformação das práticas, que acontece quando o indivíduo se sente motivado a aprimorar seus conhecimentos, considerando os conhecimentos prévios do trabalhador e o contexto local^{6,7}.

Diante desse contexto, o objetivo deste estudo foi revelar a percepção dos trabalhadores de saúde sobre as potencialidades da inserção da RMSF nas Unidades de Saúde da Família (USF).

Metodologia

O estudo utilizou abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório. Foi realizado em cinco USF, contempladas com a inserção da RMSF da Universidade Estadual de Londrina (UEL), localizadas neste município. Definiu-se como critério de inclusão das Unidades de Estudo a atuação de residentes na mesma USF desde a primeira turma (2007/2008), uma vez que um dos critérios para a seleção do local a ser estudado foi a convivência entre trabalhadores do serviço e residentes.

Foram entrevistados até seis trabalhadores em cada USF, das categorias profissionais que atuam na ESF: médico; enfermeiro; auxiliar de enfermagem; agente comunitário da saúde (ACS); dentista;

auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, totalizando 25 sujeitos entrevistados. Como instrumento de obtenção de dados, optou-se pela entrevista semiestruturada, conduzida a partir de um roteiro.

As entrevistas foram realizadas entre janeiro e março de 2011. Como instrumentos de registro, foram utilizados o gravador digital e o caderno de campo. Os discursos gravados foram transcritos na íntegra. Após as leituras das transcrições, retiraram-se possíveis vícios de linguagem e realizou-se a correção ortográfica para a proteção dos participantes. Os dados foram utilizados para a produção dos resultados, e as gravações destruídas após sua transcrição.

Para a análise das entrevistas, foi utilizada a análise de discurso proposta por Martins e Bicudo⁸, a qual pode ser mais bem compreendida caracterizando duas fases. A primeira fase corresponde à análise individual ou ideográfica. Nesta, foram realizadas leituras dos discursos dos entrevistados e identificadas as palavras e/ou frases que possuísem algum sentido na perspectiva do fenômeno estudado, caracterizando-se, desta forma, as unidades de significado.

Na segunda fase, realizou-se a articulação dos diversos casos individuais com o geral, caracterizando a análise geral. Assim, após nova leitura das entrevistas, foram feitas a aproximação e as convergências e divergências das unidades de significado dos discursos individuais, o que possibilitou a construção de categorias que estruturaram o fenômeno estudado.

Buscando assegurar o sigilo da identidade dos participantes, estes foram identificados por códigos compostos por uma letra e um número. A letra corresponde às iniciais do nome da categoria profissional do trabalhador, e o número à ordem da realização da entrevista. Portanto, a última entrevista realizada com um participante pertencente à categoria profissional Médico recebeu o código M25.

O projeto deste estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina – EP/UEL, com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE).

Resultados

Da análise das entrevistas, emergiram categorias de análise referentes às potencialidades da RMSF para o processo de trabalho do trabalhador de saúde da USF e potencialidades para a formação do residente, conforme fluxograma ilustrativo apresentado na Figura 1. A seguir, apresentam-se as percepções dos trabalhadores frente às potencialidades da RMSF.

Potencialidades da RMSF para o processo de trabalho do trabalhador de saúde da USF

Com base nos discursos dos trabalhadores, a RMSF se revelou como uma perspectiva de inclusão de diversas categorias profissionais que não atuavam nas USF anteriormente. Os residentes da RMSF de Londrina iniciaram suas atividades em unidades com equipes de saúde da família compostas pelo mínimo de profissionais recomendados pelo Ministério da Saúde: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS. Também atuavam no serviço a equipe de saúde bucal e o fisioterapeuta. As três turmas da RMSF proporcionaram a entrada de: dentistas, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, profissionais de educação física e assistentes sociais, nas equipes⁹.

A presença constante de residentes das categorias profissionais que não atuavam na unidade anteriormente resultou no aumento da capacidade da equipe de resolver e/ou enfrentar os problemas de saúde do usuário, pois, para os trabalhadores, os residentes representaram um apoio na prestação do cuidado, por meio da troca de conhecimentos, proporcionado pela discussão de casos e tomada de decisão para a realização do cuidado em saúde entre diferentes categorias profissionais.

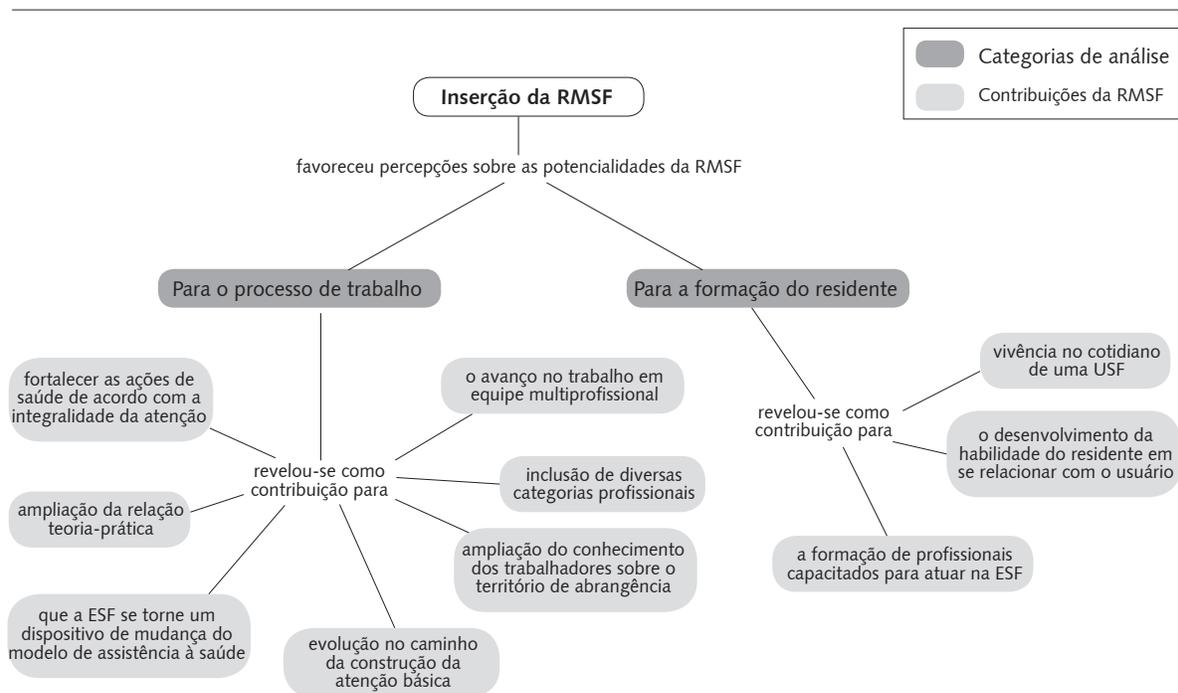


Figura 1. Fluxograma ilustrativo das percepções dos trabalhadores frente às potencialidades da RMSF do município de Londrina, Brasil, 2014.

Os entrevistados referiram que o fato de haver residentes de diferentes áreas de atuação também levou a uma melhoria da qualidade e “facilidade do encaminhamento para completar o tratamento do paciente” (M15). De acordo com as falas dos participantes do estudo, antes do início das atividades dos residentes nas unidades, quando o paciente necessitava de continuidade do tratamento nas áreas de atuação dessas diferentes categorias profissionais, isso era feito em outros locais. Assim, após o atendimento na unidade, os pacientes eram encaminhados para outro serviço ou, “por muitas vezes, inseridos em uma longa ‘fila de espera virtual’, de acordo com a disponibilidade de vagas” (M15), o que resultava na demora em dar continuidade ao atendimento.

A necessidade de referenciar o usuário para outros serviços evidencia a insuficiência da oferta do cuidado e a dificuldade que, muitas vezes, as equipes de saúde da família, estruturadas na perspectiva da equipe mínima da ESF, têm para atender às necessidades de saúde dos usuários. A atuação de profissionais de várias áreas, na modalidade do trabalho em equipe para o alcance da construção de saberes e práticas que contemplem as diversas dimensões da saúde, constitui condição necessária para o alcance da integralidade da atenção¹⁰.

A realização de uma abordagem de atenção primária mais ampla e qualificada, o que sustenta a inclusão de outros profissionais para o desempenho do ‘trabalho de equipe’ nos diversos países, é confirmada pela mudança do perfil epidemiológico, como: o envelhecimento da população, o aumento da incidência e a prevalência das doenças crônicas, com grande impacto nos indicadores de saúde da população¹¹.

A RMSF também foi entendida como um avanço no trabalho em equipe multiprofissional, tanto pela inserção de trabalhadores aprendizes de diferentes áreas quanto pela prática dos residentes na unidade. Para os trabalhadores, “a residência é uma união, um círculo que se fecha completamente e consegue trabalhar redondinho” (ACS13).

De acordo com as falas dos participantes, quando os residentes iniciaram suas atividades na unidade, havia o predomínio de uma prática marcada pela excessiva divisão de trabalho, com a fragmentação de tarefas, estas estritamente técnicas, em que cada categoria profissional desempenhava determinado conjunto de atividades e atribuições. Tal concepção está de acordo com o que acontece na maioria dos serviços de saúde^{12,13}.

Esse enfoque já era tomado como uma realidade dada, não se problematizando a discussão sobre o processo de trabalho entre profissionais de diferentes profissões. Entretanto, com a chegada dos residentes, os trabalhadores começaram a perceber que não ocorria apenas um agrupamento de profissionais de diferentes áreas: “mais que uma junção, era uma integração entre diversas disciplinas” (M25), que contemplava as especificidades de cada especialidade e possibilitava pensar ações em conjunto na resolução dos problemas de saúde. Os residentes favoreceram o trabalho coletivo: “com a residência, houve um conjunto de vários profissionais se apoiando, ajudando e comunicando para atingir um mesmo objetivo, que é a saúde da comunidade” (AO7).

Peduzzi¹⁴ conceitua o trabalho em equipe multiprofissional como um trabalho coletivo, caracterizado pela relação recíproca entre as condutas técnicas e interações dos profissionais de diversas categorias, mediadas pela comunicação, para a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. O trabalho em equipe também é compreendido como o conjunto das relações entre os trabalhadores no cotidiano de trabalho, envolvendo relações entre pessoas, relações estas de poderes, saberes, afetos e desejos^{15,16}.

No Brasil, a ideia do trabalho em equipe surgiu em meados da década de 1960, como forma necessária de se contrapor às formas hegemônicas de atenção em saúde e, ainda, como dispositivo interrogador da ênfase dada na formação especializada e curativa dos profissionais de saúde¹⁰.

Essa finalidade do trabalho em equipe também foi percebida pelos entrevistados, pois a atuação em equipe entre os residentes “possibilitou resolver uma maior quantidade de problemas, atender o usuário de forma integral” (ACS13). Com a residência, o enfoque do cuidado passou a ter um maior direcionamento para a família.

Desta forma, a partir dessa percepção, à medida que os trabalhadores foram conhecendo os residentes, estabelecendo relações e parcerias no desenvolvimento das ações, o trabalho em equipe passou a acontecer não mais apenas entre os residentes, mas, também, entre estes e os trabalhadores da unidade. A “integração da equipe de trabalho aumentou a resolutividade, hoje o trabalho acontece sem culpa, não dá para resolver o problema do paciente sozinho, sozinho a gente se sentia culpado” (AO18).

Campos¹⁷ aborda o conceito de campo e núcleo no âmbito da existência de responsabilidades e competências no desempenho do trabalho em equipe. O autor afirma que é preciso considerar que cada profissional tem habilidades e capacidades inerentes à determinada área profissional, não podendo haver igualdade em todas as ações dos agentes de diferentes categorias. Neste sentido, o conceito campo se refere aos conhecimentos e às responsabilidades comuns às diversas especialidades da área da saúde. O conceito núcleo seria o conjunto de conhecimentos e responsabilidades específicos de cada profissão.

Os sujeitos também entenderam a residência como uma ferramenta para fortalecer as ações de saúde do dia a dia da unidade, de acordo com a integralidade da atenção: “a residência traz a ideia de envolver tudo, não olhar apenas a criança, mas a família, como a família vive. Nem sempre, a comunidade necessita do remédio. Muitas vezes, precisa de atenção. E os residentes cumprem esse papel” (AO7).

Outra percepção sobre a residência, referida, sobretudo, pelas auxiliares de odontologia, foi a contribuição do projeto para a expansão da assistência em saúde bucal à população adulta. Antes da entrada dos residentes, as equipes de saúde bucal de algumas das unidades em estudo prestavam atendimento direcionado a crianças, adolescentes e gestantes: “até então, a gente trabalhava com escola e a partir daí, nós começamos a trabalhar com a família também, e a realidade mudou totalmente” (AO18).

A ampliação do atendimento à família proporcionou a articulação da equipe para modificar a rotina do processo de trabalho da odontologia, tanto com relação à estrutura física como à aquisição

de novos olhares para a população: “nós tivemos que tirar do nada o nosso tudo, e o residente também, e ele nos ajudou muito, só faltou mexer na estrutura física do posto” (AO18). Essa situação proporcionou o “conhecimento sobre a realidade dos problemas de saúde da população” (AO18) de forma geral, em todas as faixas etárias.

Desse modo, houve maior organização das equipes de saúde bucal, de acordo com a regulamentação do Ministério da Saúde, em que a realização da atenção integral individual e coletiva a todas as famílias é uma atribuição comum a todos os profissionais componentes da equipe de saúde bucal¹⁸. As diretrizes curriculares do curso de odontologia vêm contribuindo para a formação de um novo perfil de profissional, que possua uma nova maneira de olhar para a pessoa e a comunidade que recebem o cuidado de saúde bucal¹⁹.

Houve ampliação na relação teoria-prática. Com base no discurso dos trabalhadores, a RMSF se revelou como “uma junção do conhecimento teórico com a prática para gerar bons resultados, como a melhora da qualidade do atendimento ao paciente” (E8). Para esses trabalhadores, a residência possibilitou a reflexão teórica sobre o seu trabalho cotidiano por meio da convivência diária com os residentes que subsidiavam constantemente suas ações de saúde, conforme preconizado pelo SUS: “a pessoa jovem, trazendo a teoria, motiva quem está perto a desenvolver todas as atividades que ele desenvolve, da forma que ele desenvolve, traz conhecimento sobre o SUS” (E8).

De fato, a capacidade de refletir constitui a primeira condição do ato comprometido do trabalhador. Para tal, precisa conhecer e reconhecer a realidade em que se encontra. O ato de conhecer se dá na indivisibilidade da reflexão e da ação, da teoria e da prática²⁰. E, ainda, a interação ensino-serviço também gera conhecimento para os serviços. Essa ligação contribui para potencializar a educação permanente em saúde²¹. O aporte teórico trazido pela RMSF contribuiu para a formulação e reformulação dos valores e ideias que cada profissional tinha sobre o SUS, por meio “de ideias novas que provocam a mudança de uma prática antiga da unidade” (M25). Para Merhy²², o trabalhador realiza opções tecnológicas ou políticas a favor ou contra o SUS a todo momento, pois a relação entre o profissional e o cenário em que ele se encontra acontece em um mundo não estruturado e com alta capacidade inventiva, conferindo, ao trabalhador, a liberdade de agir no cotidiano.

Apesar de o subsídio teórico ter sido percebido como contribuição da residência para o serviço, e o aporte prático do dia a dia do serviço como contribuição do serviço para com a RMSF, esse resultado nos leva a pensar na construção do senso comum que coloca a academia como detentora da teoria, e o serviço como detentor da prática, como se os profissionais do serviço fossem destituídos do saber teórico e a academia, por sua vez, da experiência prática, como se fossem características separadas, que acontecessem isoladamente, quando, na verdade, a relação teoria-prática não ocorre separadamente. Não existe a prática sem a teoria. Elas caminham juntas.

Para os trabalhadores de saúde, a residência ampliou o conhecimento dos trabalhadores das unidades sobre o território de abrangência por meio do levantamento e da organização de dados epidemiológicos (morbidade, morbimortalidade, demográficos) referentes às microáreas, realizados pelos residentes, em parceria com os funcionários: “então houve uma troca muito grande de conhecimentos. Os trabalhadores começam a aprender isso. Houve uma integração entre a equipe da unidade” (AO18). Esse processo resultou no incremento do planejamento das ações de saúde voltadas para as necessidades da comunidade: “as ações eram pautadas em pesquisas. Melhorou a organização da unidade. Modificou o processo de trabalho, principalmente, pela organização” (AO12).

Devido à existência de características específicas das condições de vida e saúde de uma determinada população, que varia de acordo com o passar do tempo e de uma população para outra, o conhecimento dos fatores que contribuem para o adoecimento é fundamental para o enfrentamento dos mesmos. A apropriação do território é importante para o planejamento e a gestão do serviço de saúde, na busca da construção de um modelo assistencial voltado para a realidade²³.

Considerando a fala dos trabalhadores entrevistados, a RMSF foi entendida como uma importante contribuição para que a Estratégia Saúde da Família se torne um dos dispositivos de mudança do modelo de atenção à saúde com vistas à reorganização da atenção básica, pois a convivência diária dos trabalhadores com os residentes e suas práticas proporcionou “constantes discussões entre eles e o trabalhador, os residentes conseguem integrar e mudar o trabalho” (M1). A fala a seguir reflete

o significado da residência como potencializadora da ESF: “é uma forma de não acabar o PSF, segura para ele não acabar, os residentes fazem PSF e acabam influenciando outros profissionais a fazerem durante o trabalho multiprofissional” (ACS17).

Assim, a residência foi compreendida como uma evolução no caminho da construção da atenção básica, pois amplia o conhecimento do profissional sobre o tema, “um assunto que antes era só falado, agora está se concretizando” (M1). “Para os trabalhadores, a residência traz tudo o que a saúde pública pede, ainda mais sendo em saúde da família” (E15).

Embora a Política Nacional de Atenção Básica reafirme a ESF como estratégia prioritária para organização da atenção básica, verifica-se a permanência do seu caráter prescritivo desde a sua configuração enquanto Programa Saúde da Família, na década de 1990, em que são definidos: locais de atendimento, visitas domiciliares, uma lista de atividades que devem ser realizadas pela equipe, tendo, entre suas ferramentas, a territorialização e o vínculo.

Essas “prescrições” não modificam a forma de produção dos serviços de saúde, mantendo a prática do trabalho médico-centrado. No entanto, o trabalhador tem autonomia, no cotidiano do serviço, para ignorar tais prescrições, aceitá-las como um compromisso com o serviço, e não com o usuário, ou ignorar parte das recomendações e dedicar-se à população para a melhoria das condições de vida (possibilidades menos frequentes)²⁴.

Os trabalhadores possuem autopoder e autogestão na micropolítica do trabalho, podendo ou não aderir às propostas do sistema. Para Franco²⁵, a micropolítica é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos na produção do cuidado em saúde, no dia a dia, nas relações entre os trabalhadores e entre estes e os usuários.

Assim, a consolidação da ESF no serviço de saúde como estratégia de reorganização da atenção básica e mudança do modelo de assistência é viabilizada a partir da reestruturação da micropolítica do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde, no sentido da valorização da relação trabalhador-usuário. Deve haver o constante predomínio do uso das tecnologias leves, pautadas pelo acolhimento, por meio do estabelecimento: de vínculo, da escuta qualificada, do compromisso e da resolutividade dos problemas de saúde da população²⁴.

A abertura para o novo favoreceu a construção coletiva do enfrentamento de problemas, por meio da criação de espaços de discussão entre residentes e trabalhadores. Discutir o processo de trabalho implica assumir responsabilidades, o que gera desconforto por trazer à tona rotinas já estabelecidas que necessitam ser mudadas, que precisam de uma ação. Campos¹³ enfatiza a importância da existência de espaços coletivos para a coprodução de sujeitos. O espaço coletivo, caracterizado pelo encontro entre sujeitos, é destinado a: comunicação, escuta, expressão de desejos, interesses, discussão e análise de aspectos da realidade e elaboração de estratégias para a solução de necessidades.

Compartilhado por residentes e trabalhadores, nesse espaço, acontece a aproximação do objeto de ensino à realidade do trabalho. Como apontado por Freire²⁶ e Vasconcellos²⁷, a motivação para as mudanças surge, sobretudo, da identificação do objeto do conhecimento com a realidade dos sujeitos. Segundo Roschke²⁸, os indivíduos não substituem e nem somam seus conhecimentos, mas os constroem com base em conhecimentos prévios; assim, só existirá a incorporação de novos conhecimentos que fizerem parte da realidade e das necessidades do sujeito.

Potencialidades da RMSF para a formação do residente

A RMSF foi compreendida pelos trabalhadores como uma estratégia de formação

“de profissionais capacitados para atuar na ESF por proporcionar o enfrentamento da realidade para um profissional saindo da faculdade, fazendo com que ele se depare com a prática, porque teoria é uma coisa e a prática é outra, e, na residência, ele é obrigado a associar a teoria com a prática.” (AO7)

Essa relação ensino-serviço “resulta da própria vivência no trabalho do cotidiano da unidade” (E8).

A característica de ensino em e para o serviço constitui eixo norteador do programa, conforme o proposto pelo Ministério da Saúde, quando dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família^{3,29}. Vale ressaltar que, à medida que os residentes vivenciavam os problemas do cotidiano, aproximaram-se da denominada aprendizagem significativa, a qual constitui a base da Educação Permanente em Saúde (EPS), como foi dito anteriormente.

Desta forma, os residentes adquiriram “experiência em relação ao processo de trabalho no dia a dia da unidade” (ACS10), o qual é caracterizado por sua “complexidade, diversidade, sendo criativo e dinâmico” (E16). A produção do cuidado envolve um complexo conjunto de atividades. Os trabalhadores obedecem a uma distribuição física e organizacional acordada entre os mesmos em uma conversa mediada pelo trabalho. Atuam em locais específicos para produzir determinados produtos, em diferentes unidades de produção, como: a sala de vacinas, a recepção e outros⁶.

A experiência diária nas diversas situações que acontecem em uma USF faz “com que o residente modifique o processo de trabalho enquanto é modificado” (M25). Segundo Morin³⁰, a educação deve ser vista como transformadora da realidade do sujeito que é educado, e não como uma simples aquisição de conhecimentos, de modo a despertar a responsabilidade e a solidariedade.

Para Freire²⁶, o aspecto transformador da educação não deve ser limitado à simples transmissão de conhecimentos, gerando acúmulo de informações. No ato de ensinar, os educandos são estimulados a refletirem sobre a prática, a partir da prática social. Nesse processo, é essencial que ocorra a integração da prática com a teoria por meio da compreensão teórica da prática dos sujeitos.

A formação em saúde, frequentemente, é considerada uma das questões centrais relativas à transformação das práticas profissionais, de modo a favorecer intervenções capazes de se aproximar das necessidades da população e da realidade sanitária na qual o profissional está inserido. Para a consolidação do SUS, é fundamental que se possibilitem novos espaços de formação que articulem instituição de ensino, serviço de saúde e comunidade, para que a simples e insuficiente transmissão de conhecimento dê lugar à problematização e à transformação da realidade, integrando discentes, usuários, gestores, trabalhadores e profissionais de saúde no cotidiano dos serviços e da realidade sanitária³¹.

Devido à complexidade do cenário onde a residência ocorre, caracterizado por unidades com áreas de abrangência que contemplam populações com características diversificadas, em que a grande maioria utiliza a unidade na busca de cuidados de saúde, nas mais variadas situações que necessitam de atenção e resolutividade, a residência foi percebida pelos entrevistados como uma “especialização para a vida” (AE3).

Essa especialização em serviço foi definida, pelos participantes do estudo, como uma capacitação que vai além do preparo do indivíduo para determinada especialidade, “porque, no saúde da família, ele enfrenta todas as dificuldades que vai trazendo aquele conhecimento, aquela vivência que realmente todo o profissional tem que ter para ser um bom profissional” (AE3), proporcionando o desenvolvimento de habilidades que colaboram para a resolução de problemas vividos no cotidiano, na forma de lidar com os indivíduos, preparando o residente para atuar em todas as áreas relacionadas ao setor saúde: “porque teoria precisa, sim, mas a vivência traz um peso tão grande” (AE3).

Ferla e Ceccim³² entendem que a educação pelo trabalho é uma das alternativas para o desenvolvimento de novos perfis profissionais que visem à integralidade da atenção. Ressaltam que a presença contínua nos locais de produção de ações e o estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional podem ser eficientes na formação dos trabalhadores para a integralidade: “o residente experiencia o trabalho em equipe e sai apto a trabalhar em qualquer lugar, pois vive a integração das diversas disciplinas” (M25).

Para os trabalhadores, no decorrer da residência, os trabalhadores aprendizes eram modificados pela realidade, não somente com relação à técnica, mas na habilidade de se relacionarem com o usuário, de praticarem o cuidado solidário, comprometido com a produção de saúde: “a prática proporciona uma boa visão das dificuldades de entrosamento com o usuário, o residente se relaciona com a comunidade e cria vínculo, se compromete com o cuidado, vai atrás do que a pessoa precisa” (AE22).

Dessa forma, os residentes aprenderam a identificar as necessidades de saúde dos usuários, que abrangem uma ampla gama de dimensões⁶. Cecilio³³ sugere uma organização para as necessidades de saúde em quatro grandes grupos: ter boas condições de vida; ter acesso às tecnologias de saúde; criar vínculo com a equipe; e ter crescente autonomia sobre sua vida. Os princípios e diretrizes do SUS perpassam continuamente esses grupos, os quais evidenciam a complexidade dos problemas de saúde, que envolve desde aspectos biológicos do corpo até a dimensão subjetiva e social do indivíduo.

Considerações finais

A percepção do trabalhador de saúde sobre as contribuições da RMSF permeou a mudança do processo de trabalho de acordo com a perspectiva da atenção básica. A RMSF foi potente para induzir ao avanço no trabalho em equipe multiprofissional e inovadora, por inserir no serviço de saúde as categorias profissionais que não atuavam na unidade anteriormente, o que contribuiu para evidenciar a insuficiência da equipe mínima da ESF.

Para os profissionais do serviço, com a inserção da residência, houve ampliação da relação teoria-prática e do conhecimento dos trabalhadores sobre o território de abrangência. E, ainda, fortaleceu ações de saúde de acordo com a integralidade da atenção. Assim, a RMSF foi entendida como uma contribuição para que a Estratégia Saúde da Família se torne um dispositivo de mudança do modelo de assistência à saúde e uma evolução no caminho da construção da atenção básica.

A influência da RMSF na mudança da micropolítica do trabalho, de acordo com a perspectiva da atenção básica (integralidade do trabalho em equipe multiprofissional), contribui para que a atenção primária seja mais resolutiva nos cuidados sobre os problemas mais comuns de saúde, a partir dos quais se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção. Essas potencialidades corroboram os objetivos e as características necessárias para a implementação das Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Os resultados deste estudo também revelaram que, para os profissionais do serviço, a RMSF se mostrou como uma potente estratégia de formação de profissionais capacitados para atuar na ESF. No decorrer da residência, os residentes eram modificados pelas situações vivenciadas e experienciadas no dia a dia da unidade, não somente em relação à técnica, mas na habilidade de se relacionar com o usuário.

Enquanto o residente era capacitado por meio de sua inserção na realidade do serviço, o modo de agir do trabalhador também era modificado. A constante convivência com o residente propiciou a reflexão da prática cotidiana, estimulando os trabalhadores a se mobilizarem e, junto com os residentes, a mudarem as práticas.

A participação da comunidade no processo de formação do residente foi pouco pontuada. A relação do residente com o usuário expressou-se na realização do cuidado no âmbito individual/coletivo e na presença desses nos conselhos locais. Entretanto, a mobilização popular para o compartilhamento dos objetivos e ações da RMSF não apareceu nos discursos dos trabalhadores. Essa situação dificulta o alcance das mudanças pretendidas com a residência.

Fica evidente a necessidade da parceria entre ensino, serviço e comunidade para que a proposta da residência se confirme como uma das possíveis estratégias de mudanças na formação. As mudanças não podem ser alcançadas isoladamente. Tal parceria possibilita a organização de um terreno favorável ao aumento da governabilidade dos processos de mudança e permite a visualização de limitações no modo tradicional de se enfrentar os problemas³⁴.

Assim, a RMSF é uma forma de operar o proposto na Política de EPS para a formação inacabada dos profissionais de saúde. O projeto político-pedagógico da RMSF coloca o Sistema Único de Saúde (SUS) como interlocutor na formação dos trabalhadores na busca de práticas condizentes com os princípios do sistema.

Colaboradores

Os autores Carolina Milena Domingos e Elisabete de Fatima Polo de Almeida Nunes participaram, igualmente, da elaboração do artigo, de sua discussão e redação e da revisão do texto. Brígida Gimenez Carvalho participou da revisão bibliográfica, de discussões e revisão do texto.

Referências

1. Feuerwerker LCM. Orientação [Internet]. Mensagem para: alnunes.3@gmail.com. 17 fev. 2012 [acesso 2012 fev 20].
2. Almeida MJ, Pereira LA, Turini B, Nicoletto SCS, Campos JB, Rezende LR, et al. Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais. *Rev Bras Educ Med.* 2007; 31(2):156-65.
3. Carvalho BG, Lima JVC, Baduy RS. Movimentos, encontros e desencontros da produção da Residência Multiprofissional de Saúde da Família. In: Ministério da Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios.* Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006. p.229-50.
4. Feuerwerker LCM. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Construção das competências coletivas e avaliação* [Internet]. Brasília (DF): SGETES; 2008 [acesso 2009 Out 8]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/fnepas_competencias_coletivas.pdf
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde.* Brasília (DF): SGETES; 2006.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem-trabalho e relações na produção do cuidado em saúde.* Brasília (DF): SGETES; 2005.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer.* Brasília (DF): SGETES; 2005.
8. Martins J, Bicudo MAV. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos.* São Paulo: Centauro; 2005.
9. Universidade Estadual de Londrina. *Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família.* Londrina: UEL; 2009.
10. Peduzzi M, Sangaleti CT, Aguiar C, Souza GC, Silva GAM. Trabalho em equipe sob a perspectiva interprofissional. *Proenf Gestao.* 2012; 1(3):9-39.
11. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia* [Internet]. Brasília (DF): Unesco; 2002 [acesso 2011 Jul 18]. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&cd=3&ved=OCCwQFjAC&url=http%3A%2F%2Fmdajlemos.wordpress.com%2F2008%2F06%2F28%2Flivro-da-barbara-starfield-sobreaps%2F&ei=vsouTpT4KMPy0gGZY9HUAQ&usq=AFQjCNGONi76wgGrJEBkWmeFdnI-4bsP1Q&sig2=o0v5Wfx2h0dBosfihEG6vA>
12. Martins MIC, Dalpoz MR. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. *Physis.* 1998; 8(2):125-46.
13. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 1-236.

14. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saude Publica*. 2001; 35(1):103-9.
15. Fortuna CM. O Trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – em busca do desejo, do dever e de singularidades [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1999.
16. Fortuna CM, Mishima SM, Matsumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-Am Enferm*. 2005; 13(2):262-8.
17. Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: Merhy EE, Onocko Campo R, organizadores. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 229-66.
18. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
19. Bulgarelli AF, Souza KR, Baumgarten A, Souza JM, Rosing CK. Formação em saúde com vivência no Sistema Único de Saúde (SUS): percepções de estudantes do curso de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(49):351-62.
20. Freire P. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.
21. Fonsêca GS, Junqueira SR. Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde da Universidade de São Paulo (campus capital): o olhar dos tutores. *Cienc Saude Colet [Internet]*. 2013 [acesso 2013 Dez 11]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832014005030598&script=sci_arttext
22. Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec; 2002.
23. Silva AMR, Oliveira MSM, Nunes EFPA. *A Unidade Básica de Saúde e seu território: bases da Saúde Coletiva*. Londrina: EDUEL; 2001.
24. Franco TB, Merhy EE. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 11-199.
25. Franco TB. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários no sistema de saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(23):427-38.
26. Freire P. Sobre Educação popular: entrevista com Paulo Freire. In: Torres M, organizador. *Educação popular: um encontro com Paulo Freire*. São Paulo: Edições Loyola; 2002. p. 67-109.
27. Vasconcellos C. Metodologia dialética em sala de aula. *Rev Educ AEC*. 1992; 21(83):28-55.
28. Roschke MAC. Educação permanente - compreensão: alguns conceitos e características essenciais. *Olho Mágico*. 2006; 13(3):32-5.
29. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. *Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
30. Morin E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento*. 12a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2006.

31. Biscarde DGS, Pereira SM, Silva LB. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. *Interface (Botucatu)*. 2014; 18(48):177-86.
32. Ceccim RB, Ferla AA. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS, Abrasco; 2003. p. 211-26.
33. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade da atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Abrasco; 2001. p. 113-27.
34. Feuerwerker LCM, Sena RR. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. *Interface (Botucatu)*. 2002; 6(10):37-50.

Domingos CM, Nunes EFPA, Carvalho BG. Potencialidades de la Residencia Multi-profesional en Salud de la Familia: la mirada del trabajador de la salud. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(55):1221-32.

Para la consolidación de la propuesta de la Residencia Multi-profesional en Salud de la Familia (RMSF) resulta imprescindible la participación del profesional de la salud que actúa en el servicio. De tal forma, el objetivo de este estudio fue el de revelar la percepción del trabajador de la salud sobre las potencialidades de la inserción de la RMSF en las Unidades de Salud de la Familia (USF). Se trata de un estudio cualitativo, realizado con 25 trabajadores de las USF que cuentan con la RMSF. Los discursos revelaron que la actuación de los residentes en las USF tuvo gran fuerza para inducir cambios en el proceso de trabajo de las mismas y para la formación de profesionales capacitados a actuar en la Estrategia Salud de la Familia (ESF). Siendo así, la residencia contribuye para que la ESF pase a ser un dispositivo de cambio del modelo de asistencia a la salud y constituye una forma de operar lo propuesto en la Política de Educación Permanente en Salud (EPS).

Palabras clave: Salud de la familia. Recursos humanos en salud. Desarrollo de personal.

Recebido em 18/08/14. Aprovado em 04/02/15.