

# Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde na conformação das redes prioritárias de atenção

Multiprofessional Health Residency Programs in the formation of priority health care networks (abstract: p. 17)

Los Programas de Residencia Multiprofesional en Salud en la conformación de las redes prioritarias de atención (resumen: p. 17)

Tiago Rocha Pinto<sup>(a)</sup>

<tiago.rocha@ufu.br> 

Eliana Goldfarb Cyrino<sup>(b)</sup>

<ecyrino@unesp.br> 

<sup>(a)</sup> Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia. Avenida Pará, Sala 8, Bloco 2u, 1.720, Umuarama. Uberlândia, MG, Brasil. 38400-902.

<sup>(b)</sup> Departamento de Saúde Pública, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Botucatu, SP, Brasil.

O estudo analisou a integração dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) à conformação das redes de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de uma pesquisa qualitativa nos marcos conceituais da Teoria do Ator-Rede e da Cartografia de Controvérsias como metodologia adaptada. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 23 residentes de diferentes categorias do segundo ano de dois PRMS, classificadas em quatro núcleos: 1) Perspectivas com a experiência nos PRMS; 2) Da particularidade do núcleo profissional à interprofissionalidade no campo de atuação; 3) Obstáculos e fragilidades na produção das redes de atenção; e 4) Os PRMS na conformação das redes de atenção. Constatou-se que os PRMS favorecem a operacionalização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no território nacional, demonstrando sua importância para a formação profissional concatenada com o SUS e com as necessidades de saúde da população.

**Palavras-chave:** Formação em Saúde. Residência Multiprofissional em Saúde. Redes de Atenção à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Teoria do Ator-Rede.

## Introdução

Os desafios sanitários atuais revelam a diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças socioeconômicas nas demandas e necessidades de saúde da população. Tais aspectos são ainda agravados pelo peso da oferta privada e de seus interesses de mercado na área da Saúde, revelando a complexidade na operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>1,2</sup>.

Entre as várias importantes lacunas assistenciais e deficiências observadas na fragmentação do sistema, ressaltam-se: financiamento público insuficiente e baixa eficiência no emprego dos recursos; configuração inadequada dos modelos de atenção; fragilidades na gestão e precariedade nas condições trabalhistas; pulverização dos serviços nos municípios e pouca inserção da vigilância e da promoção à saúde no cotidiano assistencial<sup>2,3</sup>.

Com a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017, também entra na agenda de trabalho o processo de referenciamento das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso, assim como à utilização de protocolos de encaminhamento como mecanismos fundamentais de gestão da clínica e de cuidado<sup>4</sup>.

Tal cenário provocou a revisão de modelos e processos de trabalho das equipes e dos serviços de saúde, assim como a inovação dos modos de organização do sistema, redirecionando ações e serviços para a composição das Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais mantêm na Atenção Primária à Saúde (APS) o papel de coordenação da rede, com capacidade de fazer face primário-assistencial aos desafios socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos e sanitários<sup>1,4</sup>.

Desde o seu início, a aposta no trabalho em RAS foi pela superação da fragmentação das ações e dos serviços de saúde, bem como pela qualificação da gestão do cuidado como um todo<sup>1,5</sup>. Definidas como arranjos organizacionais de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, as RAS emergem como estratégia de reestruturação e organização do sistema, ampliando a qualidade e o impacto das ações no cotidiano assistencial<sup>6</sup>.

Nesse ideário, o Brasil passou a delinear o escopo de políticas e diretrizes em torno das chamadas Redes Prioritárias ou Redes Temáticas de Atenção à Saúde, que passariam a se organizar por meio do enfrentamento das maiores vulnerabilidades, de agravos ou doenças que acometem pessoas e populações<sup>6</sup>.

De modo concomitante, intensificou-se nas últimas décadas uma série de políticas, programas e diretrizes na proposição de mudanças no modelo de formação e de desenvolvimento das práticas de saúde no Brasil<sup>7</sup>. Nesse cenário, Instituições de Ensino Superior (IES) vêm buscando adequar seus currículos e cenários de prática às Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), favorecendo experiências de aprendizado em serviço que se voltam à realidade e à concretude do Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>8</sup>.

Em convergência com essas transformações, os PRMS foram criados e ampliados em todo o país, como forma de potencializar e favorecer a formação em nível de pós-graduação em diferentes áreas de conhecimento da Saúde. Por estarem constituídos na modalidade de formação em serviço e com a preocupação de uma formação direcionada às necessidades em saúde da população e ao SUS, têm o trabalho como eixo condutor e os serviços de saúde como lócus fundamental de práticas<sup>9</sup>.

Os PRMS são orientados pelos princípios e diretrizes do SUS e abrangem a maior parte das profissões da área da Saúde<sup>9</sup>. Surgem como estratégia para a formação de profissionais com perfil para atuar em equipe multiprofissional, alinhados aos preceitos da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e à superação da compartimentalização de práticas e saberes<sup>10</sup>.

Nesse cenário, os investigadores procuraram reconhecer a organização e a operacionalização de dois PRMS em distintas realidades do país, tendo como principal objetivo analisar a integração dos PRMS na conformação das RAS no âmbito do SUS.

## Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa do tipo exploratório e descritivo, nos marcos conceituais da Teoria do Ator-Rede (TAR) e da Cartografia de Controvérsias como referencial metodológico adaptado. Para a produção das narrativas e da contextualização das informações, foram utilizadas estratégias de observação participante e entrevistas individuais semiestruturadas, posteriormente analisadas e categorizadas.

A TAR problematiza a dicotomia sujeito-objeto elegendo como foco a imbricação de redes (conexões de pessoas, organizações, leis, maneiras de viver e materialidades diversas)<sup>11,12</sup>. Possui como proposição acompanhar os movimentos dos actantes e as influências que decorrem de seus vínculos. A narrativa dos eventos é considerada a essência de sua teoria, que, por sua vez, emerge das manifestações e dos movimentos dos atores<sup>12</sup>.

Segundo Latour<sup>13</sup>, esses personagens podem se hibridizar formando o que o autor chamou de actante (atuante): tudo que se faz em rede, sejam pessoas, artefatos tecnológicos ou instituições, é considerado híbrido na medida em que se agencia, carregando imbricações de materialidades, socialidades e estratégias de governabilidade<sup>14</sup>.

Na cartografia de controvérsias objetiva-se retratar uma cartografia/paisagem que se reproduz por movimentos provisórios e dinâmicos dos atores. Proporciona-se ao pesquisador mais liberdade para acessar os dispositivos de inscrição da rede, mantendo-o o mais aberto possível diante da controvérsia. O seu objetivo é mapear, ao máximo, as associações e delinear a dinâmica da rede, rastreando o ator no ato de sua agência e cartografando seus rastros<sup>14,15</sup>.

Pedro<sup>16</sup> delinea quatro movimentos mínimos para um pesquisador cartógrafo na perspectiva da TAR:

- 1) Buscar uma porta de entrada – neste estudo, foram eleitos os coordenadores de dois PRMS em APS desenvolvidos em regiões distintas do país, sendo um do Nordeste, no município de Caicó-RN, e outro do Sudeste, no município de Botucatu-SP, escolhidos

por conveniência e pela possibilidade de trazerem maior diversidade em razão do local de atuação profissional do docente pesquisador e de realização e desenvolvimento do Pós-Doutorado. Um programa é desenvolvido por uma IES tradicional e o outro, criado como parte de ações inovadoras, com a implantação de um novo curso de graduação em Medicina multicampi e um projeto pedagógico voltado a responder às necessidades regionais de saúde da comunidade. Foram consultados os projetos pedagógicos, identificando os atores, mapeando e acompanhando o entrelaçar dos PRMS na rede SUS das duas localidades, reconhecendo nuances e particularidades locais na conformação e na operacionalização de cada programa.

2) Identificar os porta-vozes – foram escolhidos como porta-vozes os alunos do segundo ano dos PRMS, identificados como interlocutores importantes na composição e na conformação das RAS no âmbito do SUS. Do total de 66 atores identificados, 44 foram seguidos e observados e, desses, 23 foram entrevistados. As entrevistas se deram na modalidade semiestruturada, com duração média de trinta minutos, sendo audiogravadas e posteriormente transcritas.

O programa do Nordeste foi denominado de P1 e o do Sudeste, de P2, sendo ouvido em cada localidade ao menos um indivíduo de cada categoria profissional, codificado em 1 ou 2 no intuito de distinguir as áreas que tiveram mais de um interlocutor. As distintas categorias profissionais foram sintetizadas sem perder a essência da nomenclatura, assumindo os seguintes códigos: ENF (enfermeiras); PSICO (psicólogos); FISIO (fisioterapeutas); FONO (fonoaudiólogos); ODONTO (cirurgiões dentistas); NUTRI (Nutricionistas); FARMA (farmacêuticos) e EDUFISICO para (educadores físicos).

3) Acessar os dispositivos de inscrição – foram catalogados como dispositivos de inscrição os documentos oficiais sobre Integração Ensino Serviço e Comunidade; Formação Profissional em Saúde; RAS e os PRMS tais como: manuais, portarias, diretrizes, notas técnicas, políticas, além de outros estudos científicos que versam sobre a temática em foco. Além disso, foram reconhecidas as redes SUS locais dos dois municípios, com vistas a identificar os principais dispositivos, serviços, equipamentos e mecanismos de produção de cuidado nas redes prioritárias de atenção.

O município do Sudeste teve população estimada para 2020 em 148 mil habitantes. Conta com uma vasta e bem organizada rede primária, além de serviços em diferentes especialidades conduzidos pela faculdade de medicina local. Já o município do Nordeste teve sua população estimada para 2020 em 68 mil habitantes. É polo regional no interior do estado no que se refere a comércio, educação e saúde. Embora também conte com a presença de universidades e cursos de graduação em Medicina, apresenta piores condições de infraestrutura, bem como maior precariedade nas condições de trabalho e fragilidade nos vínculos trabalhistas.

4) Reconhecer a espacialidade nas redes – foram mapeadas as associações entre os atores da rede, delineando-se as relações que se estabeleceram entre os diversos actantes que as compõem. Destacam-se as múltiplas traduções produzidas pelos atores envolvidos nas relações, ressaltando suas articulações e, em especial, os efeitos de sinergia ou de cooperação na rede; os efeitos de encadeamento ou de repercussão; e as cristalizações ou limitações.

Com vistas à sistematização do mapeamento das associações, realizaram-se os seguintes procedimentos: leitura extenuante das informações extraídas dos dispositivos de inscrição, das notas de observações e das entrevistas; descrição da dinâmica social do fenômeno estudado e reagregação dos acontecimentos em ordem cronológica; eleição dos actantes mediadores (aqueles que modificam a rede) diretamente envolvidos com o objeto em estudo; identificação das ligações entre os actantes com base na descrição do caso em estudo (as ligações são consideradas existentes quando, entre dois actantes, há algum tipo de relação – conflito, acordo, divergência, questionamentos, sinergias, entre outros) e na identificação de nós (actantes mediadores) e das principais arestas (ligações).

Em acordo com os preceitos da TAR, ao compormos as materialidades deste estudo, buscamos pesquisar relações e fluxos, visando mapear quais são os actantes que, agregados, constroem determinados modos de estabelecer as RAS fomentadas por meio dos PRMS.

O estudo obedeceu à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Faculdade de Medicina de Botucatu/Unesp, parecer n. 3.475.412 de 2019.

## Resultados e discussão

Em relação ao perfil dos profissionais de cada um dos PRMS, destacamos que no Programa 1, 11 (73,3%) eram do sexo feminino. Nesse grupo, ressalta-se que as mulheres possuem 25,7 anos de idade em média, enquanto os homens, 28,2 anos. Já no Programa 2, sete (88,9%) eram do sexo feminino e apenas um representante do sexo masculino. Esse, tinha 24 anos de idade na época da entrevista, enquanto as mulheres, 23,8 anos de idade em média. Participaram 15 residentes do Nordeste, sendo três enfermeiros, dois psicólogos, dois assistentes sociais, dois nutricionistas, dois odontólogos, dois educadores físicos, um farmacêutico e um fonoaudiólogo; e oito do Sudeste, sendo dois enfermeiros, um psicólogo, um educador físico, um assistente social, dois fisioterapeutas e um nutricionista.

Os PRMS em análise são realizados no interior dos seus respectivos estados, todavia desenvolvidos sob condições distintas no que tange à presença de hospital escola e de uma rede de saúde mais bem estruturada – com cobertura maior de equipes na Estratégia de Saúde da Família (ESF), e com mais equipamentos e serviços de diferentes densidades tecnológicas como um todo – no caso do Sudeste, assim como no maior número de categorias profissionais e na amplitude das ações na rede socioassistencial no caso do Nordeste. Ressalta-se que ambos os programas são novos, sendo o do Nordeste atrelado a uma escola médica recém-criada no âmbito do Programa Mais Médicos pelo Brasil; e o do Sudeste, retomado e reformulado nos últimos anos com novos referenciais e cenários de atuação<sup>17</sup>.



## “Conhecer, aprender e ensinar”

### Perspectivas e expectativas com a experiência nos PRMS

A construção dessa categoria se deu com base no questionamento acerca das perspectivas e expectativas que os residentes ou actantes (atuantes) depositavam ao ingressar em seus programas. Ressalta-se a expectativa de aprender mais sobre o SUS naquilo que escapou às oportunidades da graduação e, assim, poder se capacitar para uma futura atuação profissional condizente com seus princípios.

Quando vim para a residência tinha acabado de sair da universidade e não tinha nenhuma experiência profissional. De certa forma saímos bem imaturas, eu queria algo que pudesse realmente me aprofundar pra poder seguir minha carreira e vi na residência o trabalho e o estudo. (P2 ENF1)

Como eu trabalhava há três anos no NASF [Núcleo de Apoio em Saúde da Família] da minha cidade, pedi licença pra vir pra cá. Adquirir conhecimentos pra poder levar pra minha unidade, trazer o que indica nas políticas e nas portarias ao nosso processo de trabalho de lá. (P1 FISIO1)

Atribuiu-se aos PRMS a perspectiva de pós-graduação que oportuniza a apropriação teórica em conformidade com as diretrizes oficiais, ao mesmo tempo em que se exercita a prática, demonstrando sua importância na qualificação de serviços e municípios que já são, e dos que ainda serão, beneficiados por seus egressos.

Notou-se a preocupação em prosseguir a formação profissional na aquisição de novas competências e habilidades que se mostraram insuficientes no período da graduação. Outros residentes atribuíram à Residência a oportunidade de receber orientação da figura de um preceptor e de estarem sendo apoiados diretamente por um profissional de sua mesma categoria, favorecendo maior suporte e retaguarda no processo de trabalho.

A minha maior expectativa em fazer Residência era saber se teria um profissional da minha categoria pra me orientar, repassar suas experiências e me auxiliar na prática. (P1 NUTRI1)

Neste programa é muito bom na área da Enfermagem e Odontologia, porque tem um preceptor direto e qualquer dúvida podemos procurar...Gosto desses apoios. (P2 ENF2)

Constatou-se a relevância em adquirir não apenas maior conhecimento sobre o SUS, mas a possibilidade de poder contar com alguém que possa auxiliar em questões técnicas e particulares de sua categoria profissional. Revela-se a importância do “saber da experiência”, colocada na figura do preceptor como aquele que já possui maior bagagem e tem condições de favorecer o crescimento de um de seus “pares” com maior propriedade<sup>18</sup>. Nesse compasso, as práticas baseadas em evidências são tensionadas, alavancando as potencialidades de aprendizado no confronto diário entre o saber e o fazer cotidiano.

Na perspectiva da TAR compreendemos a identificação dos preceptores e tutores como actantes de maior credibilidade, ou figuras que já percorreram caminhos e deixaram rastros confiáveis e seguros de serem seguidos<sup>19</sup>. Revelam a construção de uma nova identidade profissional balizada pelo saber de quem já estabeleceu conexões teórico-práticas em condições de fomentar maior aprendizado e circulação pelas redes de atenção.

Foi possível constatar a visão da Residência como possibilidade de maior contato com o universo da docência e da instrumentalização para uma futura atuação na área acadêmica.

Quero ser professor, e muitos da academia não contam com experiências no SUS. Então eu quero seguir a área acadêmica; poderia ter feito o mestrado direto, mas preferi ter vivência na atenção básica pra ver qual a realidade do SUS e poder falar realmente com propriedade. (P1 EDUFISICO2)

Apresentou-se o desejo de dar continuidade à formação no almejar de um futuro profissional como professores. Vislumbram que seus discursos sejam legitimados pela vivência prática no SUS, a qual lhes trará maior instrumentalização técnica e bagagem profissional. Demonstraram a vontade de ser docentes, revelando o compromisso na construção de suas carreiras e no próprio objeto de seu trabalho. Nessa perspectiva, o respectivo vínculo com um PRMS foi valorizado como porta de entrada para prosseguir a vida acadêmica.

Há que se ressaltar a distinção entre teoria e prática, pela qual a prática parece se colocar como “superior”, “necessária” ou “legitimadora” do aprendizado, uma vez que outorga maior legitimidade à formação, dado o reconhecimento da insuficiência e do distanciamento da realidade no âmbito teórico. Cursar um PRMS foi assim vislumbrado como um potente mecanismo de formação continuada, aliado à perspectiva de ganho financeiro e de sustento familiar.

## **“Fazer-se conhecido para ser reconhecido.”**

### **Da particularidade do núcleo profissional à interprofissionalidade no campo de atuação**

Aqui estão reunidos relatos que versam sobre as particularidades que compõem a *expertise* de cada profissão nas demais áreas de conhecimento na assistência. Ilustra-se como cada um percebe a potência de sua área no SUS, bem como a importância de desmistificar preconceitos e representações equivocadas acerca de sua profissão e as possibilidades de sua atuação nos cenários da APS.



Pode ser bem ampla e bem restrita no SUS... Em muitos lugares não se sabe o papel do profissional de educação física. Principalmente no NASF [Núcleo de Apoio/Ampliado em Saúde da Família/Atenção Básica], por se ter uma demanda grande por reabilitação, tem muita confusão entre o fisioterapeuta e o educador físico... Mas estamos tentando nos consolidar. Nossa profissão é nova no SUS e esse conhecimento leva um tempo. (P2 EDUFISICO1)

Tal relato apontou a necessidade de se fazer conhecido pela população que historicamente teve pouco ou nenhum acesso a determinados saberes, assim como pelas próprias equipes que também não tinham tido até então a oportunidade de se relacionar com profissionais de outras áreas do conhecimento e de campos do saber.

Revelou-se a possibilidade oportunizada pela Residência em ampliar o reconhecimento de usuários e equipes acerca do rol de ações e atividades de cada categoria, assim como a possibilidade de ampliar as competências e habilidades desenvolvidas em consonância com as prerrogativas da clínica de integralidade e cuidado em saúde.

Hoje eu vejo que minha categoria profissional tem muita importância no SUS, principalmente na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de diversas doenças... Essa questão de resgatar o consumo de alimentos naturais, agricultura familiar, sustentabilidade, uso reduzido de agrotóxicos. (P1 NUTRI 1)

Por meio da troca de experiências entre residentes e equipes é possível derrubar as fronteiras que demarcam e circunscrevem a Atenção à Saúde no modelo biomédico tradicional, marcado pelas ações curativas centradas na doença e descoladas das determinações e dimensões psicossociais do processo saúde-doença-cuidado. Desvelou-se a importância da construção de novos modelos de atuação condizentes com as particularidades da APS e requeridos pelo SUS, com adequação das práticas perante as exigências que se fazem presentes na concretude da realidade<sup>20</sup>.

Tive que construir meu modelo de trabalho apesar de já ter alguma orientação. Aqui tive que me adaptar a novas psicologias e capacidades... Eu mescliei os métodos, não cheguei a fazer psicoterapia, mas trabalhei com orientações, escuta, aconselhamentos e participando dos grupos de forma multiprofissional. (P1 PSICO1)

Nesse cenário, a interprofissionalidade emergiu como potência dos PRMS ao buscar borrar as bordas que demarcam o saber de cada categoria em diferentes momentos e contextos da formação.

Com certeza trabalhar multiprofissional, inter e transprofissional traz muito conhecimento. Quando atendemos casos diferenciados, já sabemos o que fazer. Não que seja algo robotizado, mas já temos uma bagagem. O apoio matricial é algo fantástico. (P2 FISIO1)





Eu diria pra aproveitar todas as oportunidades e não apenas de afirmar o seu núcleo profissional de todos os dias. [...] também buscar ter essa visão mais aberta a outras profissões, participar de todos os eventos que puder... Poder vivenciar e estar ali todos os dias com 10 categorias profissionais é um momento único e talvez nunca mais teremos essa experiência. (P1 ODONTO1)

Destacou-se o papel dos PRMS em fomentar o crescimento e a ampliação do potencial de atuação profissional pelo contato e pela interação com outras categorias que, ao somar esforços, se veem em condições de alavancar as fronteiras do conhecimento e das possibilidades de atuação. Adquirem maior segurança e propriedade na execução do fazer cotidiano, comprometidos com a integralidade diante da complexidade que o cuidado em saúde requer<sup>19,21</sup>.

As interações importam na medida em que carregam mediações, ou seja, conexões capazes de produzir mudança entre os distintos elementos nelas presentes que se articulam e se afetam mutuamente<sup>22</sup>. Portanto, sistemas, objetos materiais, organizações, relações de poder e vida social fariam parte de relações de interação sem que um determine o outro, embora tenham poder de atuar um sobre o outro.

Nobre e Pedro<sup>22</sup> reiteram que tais mediações geram redefinições da realidade, tecendo novas geografias e novos controles. A produção em rede aponta o transbordamento de tais campos que delineiam novos ordenamentos na justa proporção de seus movimentos. A produção de um coletivo vai se dando por intermédio desses fluxos que se reapropriam da existência na construção do novo.

## “O emaranhar das redes.”

### Obstáculos e fragilidades na produção das RAS

Foram reunidos os pontos que geram maior tensão e/ou que evidenciaram as fragilidades na interlocução dos diversos atores nos diferentes cenários que, na percepção de muitos residentes, desqualificam e limitam o papel e as potencialidades desses espaços.

Uma negativa foi uma que queríamos fazer no Cerest [Centro de Referência em Saúde do Trabalhador] e que precisava de apoio da gestão pra conseguir material pra falar sobre notificação de acidentes de trabalho... Não rolou até pra colocar um *banner* que pensávamos em fazer pra colocar na sala do hospital pra lembrar o pessoal de notificar... A gestão disse que não tinha dinheiro. (P1 ENF2)

Observaram-se críticas em relação ao Cerest diante da frustração pelo distanciamento das prerrogativas e diretrizes daquilo que de fato é ofertado pelo equipamento. Apontam sua insuficiência no trato de suas atribuições, mostrando sua inadequação na proposição de ações na esfera de saúde do trabalhador tal como preconizadas para esse dispositivo.

A presença de alunos no cotidiano dos serviços passa a evidenciar fragilidades e problemáticas do processo de trabalho. Sua passagem provoca os profissionais a saírem da zona de conforto, uma vez que se veem confrontados com indagações e provocações dos alunos na proposição de atividades que envolvem planejamento, educação, matriciamento e vigilância em saúde, entre outras<sup>18</sup>.

Da mesma forma, foi possível identificar posicionamentos que versam sobre outros empecilhos na operacionalização das RAS. Entre eles, revelam-se argumentos que outorgam aos usuários a culpabilidade e/ou a responsabilidade pelo fracasso na linha de cuidado e projetos terapêuticos.

Uma negativa seria a falta de adesão dos pacientes ao tratamento, pois eles vêm pra unidade com uma queixa de dor crônica, encaminhamos para acupuntura, fisioterapia, hidroterapia e o paciente não tem disponibilidade de ir, ou perdem as sessões e não podem faltar porque senão perdem a vaga. A frustração é quando o próprio paciente desiste do tratamento. (P2 EDUCFISICO1)

Principalmente no PRMS 2, constatou-se a atribuição da parcela de “culpa” aos usuários diante dos desafios de construir as RAS. Foi possível verificar o sentimento de impotência em ter feito seu trabalho como deveria, encaminhando e ofertando um leque maior de possibilidades de cuidado aos pacientes que, por sua vez, não “aderem” ou não se mobilizam para dar continuidade ao tratamento prescrito.

Tais percepções colocaram em foco a necessidade de culpabilização ou de delegação do fracasso ao outro, assim como às próprias condições estruturais que obstaculizam e impedem as ações. Mesmo a experiência do adoecimento ainda padece no olhar evasivo dos residentes em relação às dimensões conjunturais que balizam e circunscrevem um certo modo de ser, sentir e agir aceito e validado socialmente. Romper ou superar tais compreensões que encontram ressonância nos valores individualistas nas sociedades capitalistas ainda é um grande desafio.

Por outro lado, manifestaram decepção perante a postura de determinados equipamentos que, ao agirem com lentidão na resolução das demandas, apontam a falta de compromisso com vidas em situações de risco e de grande vulnerabilidade social.

Tinha um senhor que acompanhávamos e ele vivia em situação de abandono, ele tinha Alzheimer, esquizofrenia, diabetes, hipertensão... E precisamos acionar o Creas [Centro de Referência Especializado de Assistência Social] pra ver se dava resolutividade, mas infelizmente não deu e ele veio a falecer... Nós estamos no Creas agora e eles falavam que não tinha muito o que fazer nesse caso pois ele não queria ir pra uma casa de idoso... Acho que é tudo muito lento, esse caso deveria ter chegado na justiça e eles ainda reclamam que a demanda é muito grande pra um Creas só. (P1 FARMA1)



Manifestaram o sentimento de impotência diante da morosidade nas ações dos equipamentos que acabam por não atender às expectativas a eles direcionadas. Demonstram a fragilidade das redes quando elas não conseguem atender às demandas que lhes competem, assim como na dura constatação dos malefícios que se desdobram devido a sua insuficiência e inadequação.

Também emergiram como desafios as problemáticas vivenciadas em disputas e divergências antigas entre profissionais e serviços, assim como no despreparo dos cenários diante das atividades de cunho pedagógico em curso.

Uma experiência negativa foi que chegávamos nas unidades e muitas vezes o pessoal não sabia que íamos. Não estava estruturado com atividades pra fazermos, aí até se entrosar levava muito tempo...Vemos um despreparo dos serviços em relação ao que podemos desenvolver e acaba limitando nosso potencial... Fica uma mão de obra ociosa, mal aproveitada. (P1 ODONTO2)

Verificou-se quanto os problemas de falha comunicacional e relacional podem criar verdadeiros entraves ao desenvolvimento da integralidade do cuidado, pois obstaculizam linhas de cuidado, itinerários e projetos terapêuticos que, em última instância, geram prejuízos às possibilidades de ação, assim como à conformação de outras redes de suporte e/ou apoio, que se encontram apartadas e desconstruídas por divergência e problemas de relacionamento interpessoal.

Nesse cenário, as propostas que tentam romper com a lógica hierarquizada e burocratizada de esferas de governo e níveis de atenção apontaram para a necessidade de pactos coletivos, comprometidos com processos de trabalho em uma malha de cuidados ininterruptos e progressivos, sustentados por processos de cogestão, que implicam autonomia e fluxos matriciais de conhecimento, práticas e responsabilidades<sup>19</sup>.

Ressalta-se aqui a importância das amarrações e dos agentes não humanos que conferem maior ou menor fluidez na conformação das redes. Entre eles, destacam-se a existência prévia dos contratos organizativos que balizam e sustentam politicamente a rede, os protocolos e fluxos de encaminhamentos estabelecidos e pactuados entre os dispositivos socioassistenciais, a presença de tecnologias leve-duras que amplificam e potencializam as ações de cuidado, assim como o próprio caráter do projeto pedagógico de cada PRMS que busca e atinge diferentes níveis de aproximação e integração.



## “Elos entre serviços para conectar redes.”

### Os PRM da conformação das RAS

São apresentados os relatos que enaltecem a integração entre as Unidades de Saúde com diferentes âmbitos de técnica no SUS, bem como com outros setores e dispositivos de atenção, articulando colegas de Residência e demais membros das equipes.

Com o Cras [Centro de Referência de Assistência Social] e com escolas tanto municipais quanto estaduais. Digo que as escolas foram grandes parceiras da Residência nesse meu primeiro ano de atuação. (P1 PSICO1)

De modo geral, foi possível constatar que os equipamentos do Sistema Único de Assistência Social (Suas) estão entre os equipamentos mais acionados. Reconhecidos por sua atuação nas áreas de proteção social básica e especial, o Cras, em particular, coloca-se como principal parceiro e ponto de apoio das equipes de referência na APS.

Ficou evidente a importância do processo de territorialização desenvolvido no primeiro ano de curso, momento em que são reconhecidos os principais equipamentos e dispositivos socioassistenciais em cada território. Nesse cenário, as escolas e creches emergiram como os equipamentos que mais solicitam e demandam intervenções das equipes de saúde dentro e fora dos muros de suas instituições.

Compreendemos aqui a configuração do ator-rede na rede circulante, como aquele que “é induzido a agir por uma rede, em forma de estrela, de mediadores que entram e saem”<sup>18</sup> (p. 312). Logo, o ator-rede é feito para agir, ou seja, para induzir outras entidades a fazerem coisas por meio de translações e deslocamentos. Nessa perspectiva, a sociedade se torna uma composição de associações sempre se constituindo por convocações, mobilizações, cadastramentos e translações de inúmeras entidades se debatendo para se associar<sup>22</sup>.

Realmente está melhor este ano pra quem é R1. Porque quem está nos outros serviços faz articulação entre R1 e R2 usando sempre o máximo da rede... Vemos, por exemplo, quando um caso foi atendido e vai voltar para nós mesmos na Atenção Primária. (P1 EDUCFISICO2)

No bairro, tivemos contato com uma gestante que era usuária de drogas e álcool. Comunicamos a Saúde Mental, discutimos o caso dela na reunião de rede. Fizemos essa ponte. (P2 FISIO 1)

Conforme os residentes passam a ocupar diferentes espaços, novos agenciamentos entre R1 e R2 vêm facilitar a interlocução e o “trânsito” nas redes como um todo. Observou-se o potencial de estabelecer novas conexões pela facilitação comunicacional e interacional, ampliando e potencializando as possibilidades do cuidado ofertado aos pacientes nos respectivos municípios<sup>23</sup>.

Tais agenciamentos podem ser compreendidos na perspectiva da TAR por meio do conceito de translação<sup>13</sup>. O fluxo de translações dá origem ao próprio nome da teoria, abarcando transformações e transferências simbólicas e materiais incorridas nas interações entre os atores. Nesses movimentos, os atores se modificam, criando delimitações e negociando margens de manobra para conquistar algo, como um conhecimento, uma competência, em um processo de construir conexões, deixando rastros e transformando os atores com base nessa interação.

Nesse percurso, os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (Raps) também passaram a adquirir maior evidência e protagonismo no fazer cotidiano dos residentes com as equipes. De modo destoante, apresentou-se a baixa interação dos PRMS na Rede de Pessoas com Deficiência, demonstrando não apenas uma fragilidade no processo formativo em uma das redes prioritárias do SUS, mas também a insuficiente interlocução das UBS com os equipamentos dessa rede que é pouco “SUS dependente”.

Pouco contato com a Rede de Pessoas com Deficiência, não tive contato nenhum. O que eu tive com a questão psicossocial no segundo ano, passei pelos Caps ad e Caps III e, aqui, fizemos uma oficina de matriciamento voltado aos profissionais da Atenção Básica. (P1 ENF2)

Com o contato, desencadeia-se a criação de um novo elo que não existia antes e que opera modificações em todos os agentes da rede, gerando associações que podem ser rastreadas. Em outras palavras, a tradução significa um deslocamento, um desvio de rota, uma mediação ou invenção de uma relação antes inexistente e que, de algum modo, modifica os atores nela envolvidos – logo, que modifica a rede<sup>24</sup>.

Quanto à Rede de Urgência e Emergência (RUE) e à Rede de Pessoas com Doenças Crônicas, também se verificou uma interação muito positiva, com a qual os PRMS têm contribuído em diversas frentes e ações. Mesmo sendo programas direcionados à APS, têm possibilitado aos seus residentes estabelecer novas pontes e conexões entre os diferentes âmbitos de atenção no SUS, favorecendo a verdadeira rede poliárquica com múltiplas portas e conexões<sup>2</sup>.

Porque na disciplina de Redes tive que montar o fluxograma da RUE. Tivemos a oportunidade de realmente pesquisar e conhecer a rede do município. Diante de todas as fragilidades que as redes de Atenção à Saúde do município apresentam, no geral, a RUE foi a que mais estava estruturada, a que conseguia suprir as necessidades. (P1 ENF1)

Agora no R2 passamos um tempo no hospital, e é um ponto bem atuante como referência depois que começou o serviço de classificação de risco. Desenvolvemos uma atividade de mapear e fazer matriciamento. (P2 ENF2)



Em rede, não há apenas uma passagem sistemática de fluxos e informações, mas sim um movimento contínuo de entrelaçamentos e prolongamentos de práticas infinitas<sup>24</sup>. Nos complexos movimentos constituintes das redes é possível perceber as amarrações de humanos e não humanos que configuram um emaranhado de redes que fragmentam qualquer solidez em microconexões ou desconexões. Tal emaranhado nos possibilita pensar não mais em termos de unidade, mas em um dinamismo processual e sempre constante de associações<sup>25</sup>.

## Considerações finais

Constatamos que a integração dos PRMS com diferentes serviços e cenários favoreceu a legitimação do papel formador em recursos humanos para a área da Saúde do SUS, assim como alavancou movimentos que acionam e efetivam as RAS pelas ações desenvolvidas na APS. Muito de seu potencial repousa em sua capilaridade em se fazer presente e atuante no cotidiano assistencial dos territórios, além de sua composição nas equipes e nos dispositivos das áreas da Saúde, Educação, Assistência Social e Cultura, direcionados aos grupos populacionais de maior risco e vulnerabilidade social.

De modo geral, os dois PRMS mostraram-se muito semelhantes no que tange ao seu papel de fomentar a articulação entre diferentes serviços e âmbitos de técnica, assim como na ampliação do escopo de ações e atividades desenvolvidas em cada cenário que compõe o trabalho com as equipes de referência. Embora ainda muito arraigados aos discursos oficiais propagados e defendidos pelos projetos pedagógicos dos programas, os residentes conseguiram reconhecer muitas fragilidades e muitos desafios, mas também o seu protagonismo como ator-rede, mesmo que motivado por suas próprias capacidades e interesses.

Reconhecemos as limitações do estudo no que tange à parcialidade dos agentes rastreados perante outros atores e agentes não humanos que não compuseram o escopo de análise e investigação da pesquisa. Por outro lado, salientamos que se trata de uma adaptação metodológica com grande potencial de utilização na área da Saúde e Educação, assim como em uma temática de muito interesse e que demanda ainda proposições que orientem a sua capacidade de efetivar e otimizar suas práticas, com maior possibilidade de atender às expectativas e necessidades dos diferentes atores que contribuem e vivenciam a formação em serviço no país.

## Contribuição dos autores

Ambos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

## Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



### Editora

Roseli Esquerdo Lopes

### Editora associada

Rosana Aparecida Salvador Rossit

### Submetido em

16/11/20

### Aprovado em

04/10/21

## Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria. Washington, DC: OPAS; 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.



6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
7. Farias-Santos BCS, Noro LRA. PET-Saúde como indutor da formação profissional para o Sistema Único de Saúde. *Cienc Saude Colet*. 2017; 22(3):997-1004.
8. Ceccim RB, Feuerwerker LMC. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saude Publica*. 2004; 20(5):1400-10.
9. Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 16, de 22 de Dezembro de 2014. Brasília: Ministério da Educação; 2014.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
11. Latour B. *Ciência em ação: como seguir cientistas e engenheiros sociedade afora*. São Paulo: UNESP; 2000.
12. Latour B. *Jamais fomos modernos: ensaio de antropologia simétrica*. Rio de Janeiro: Editora 34; 1994.
13. Latour B. *A esperança de Pandora*. Bauru: Edusc; 2001.
14. Cavalcante RB, Esteves CJS, Pires MCA, Vasconcelos DD, Freitas MM, Macedo AS. A Teoria Ator-Rede como referencial teórico-metodológico em pesquisas em saúde e enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2017; 26(4):e0910017.
15. Cavalcante RB, Esteves CJS, Gontijo TL, Brito MJM, Guimarães EAA. Rede de atores e suas influências na informatização da Atenção Básica à Saúde no Brasil. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e180364.
16. Pedro R. Sobre redes e controvérsias: ferramentas para compor cartografias psicossociais. In: Ferreira AAL, Freire LL, Moraes M, Arendt RJJ, organizadores. *Teoria Ator-Rede e psicologia*. Rio de Janeiro: Nau; 2010. p. 78-96.
17. Barreto DS, Melo Neto AJ, Figueiredo AM, Sampaio J, Gomes LB, Soares RS. Programa Mais Médicos e residências de Medicina de Família e Comunidade: estratégias articuladas de ampliação e interiorização da formação médica. *Interface*. 2019; 23(1):e180032. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.180032>.
18. Latour B. *Reagregando o social: uma introdução à Teoria do Ator-Rede*. Sousa GCC, tradutor. Salvador, Bauru: Edufba, Edusc; 2012.
19. Ceccim RB. Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(2):1739-49.
20. Pinto TR, Cyrino EG. Com a palavra, o trabalhador da Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios nas práticas educacionais. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(1):765-77.
21. Pereira MF. Interprofissionalidade e saúde: conexões e fronteiras em transformação. *Interface (Botucatu)*. 2018; 22(2):1753-6.
22. Nobre JCA, Pedro RMLR. Reflexões sobre possibilidades metodológicas da Teoria Ator-Rede. *Cad UniFOA*. 2010; 5(14):47-56
23. Pinheiro R, Mattos RA. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro. CEPESC; 2006.
24. Gonzales ZK, Baum C. Desdobrando a Teoria Ator-Rede: reagregando o social no trabalho de Bruno Latour. *Polis Psique*. 2013; 3(1):142-57.
25. Malvezzi C, Despontin N, Juliana L. A Teoria Ator-Rede e o estudo da intersetorialidade nas políticas públicas. *Interface (Botucatu)*. 2020; 24:e190341.





This study analyzed the integration of multiprofessional health residency programs (MHRPs) with the formation of public health networks within the scope of the Brazilian National Health System (SUS). We carried out a qualitative study drawing on the actor-network theory and controversy mapping. We conducted semi-structured interviews with 23 residents from different professions undergoing the second year of MHRPs. The results were categorized into four core areas: 1. Perspectives on experience in the MHRPs; 2. From the particularity of the core professional area to interprofessionality in the field of action; 3. Obstacles and weaknesses in the production of care networks; and 4. MHRPs in the formation of health networks. The findings show that MHRPs facilitate the operationalization of health care networks in Brazil, demonstrating their importance for professional training integrated with the SUS and tailored to the population's health needs.

**Keywords:** Health education and training. Multiprofessional health residency. Health care networks. Primary health care. Actor-network theory.

El estudio analizó la integración de los Programas de Residencia Multiprofesional en Salud (PRMS), la conformación de las redes de atención en el ámbito del Sistema Brasileño de Salud (SUS). Se trata de un estudio cualitativo en los marcos conceptuales de la Teoría del Actor-Red y de la Cartografía de controversias como metodología adaptada. Se realizaron entrevistas semiestructuradas con 23 residentes de diferentes categorías del segundo año de dos PRMS, categorizadas en cuatro núcleos: 1. Perspectivas con la experiencia en los PRMS; 2. De la particularidad del núcleo profesional a la interprofesionalidad en el campo de actuación; 3. Obstáculos y fragilidades en la producción de las redes de atención; y 4. Los PRMS en la conformación de las redes de atención. También se constató que los PRMS favorecen la puesta en operación de las Redes de Atención a la Salud (RAS) en el territorio nacional, demostrando su importancia para formación profesional concatenada con el SUS y con las necesidades de salud de la población.

**Palabras clave:** Formación en salud. Residencia multiprofesional en salud. Redes de atención a la salud. Atención Primaria de la Salud. Teoría del actor-red.