

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO  
SOCIAL E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: O PROGRAMA  
DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS DE  
MANAUS-AM**

**DANIELLE BEZERRA MAIA**

**MANAUS  
2015**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E  
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA**

**DANIELLE BEZERRA MAIA**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: O PROGRAMA DE  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS DE MANAUS-AM**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação de Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

Orientadora: Profa. Dra. Yoshiko Sasaki.

**MANAUS  
2015**

## Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

M217e Maia, Danielle Bezerra  
Educação permanente em saúde: o programa de residência multiprofissional em saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas de Manaus-AM / Danielle Bezerra Maia. 2015  
119 f.: il.; 31 cm.

Orientador: Yoshiko Sasaki  
Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Política de Saúde. 2. Residência Multiprofissional em Saúde. 3. Integralidade. 4. Interdisciplinaridade. I. Sasaki, Yoshiko II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

**DANIELLE BEZERRA MAIA**

**EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: O PROGRAMA DE  
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS DE MANAUS-AM**

Dissertação aprovada, em 10 de Setembro de 2015

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação de Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia.

**BANCA EXAMINADORA**

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Yoshiko Sasaki, Presidente  
Universidade Federal do Amazonas/ PPGSS

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Marinez Gil Nogueira. Membro  
Universidade Federal do Amazonas/ PPGSS

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Miharú Magnória Matsura Matos. Membro  
Hospital Universitário Getúlio Vargas/UFAM

## AGRADECIMENTOS

*Primeiro a Deus por Seu infinito amor e misericórdia, por ter me dado essa oportunidade, me sustentado nos momentos difíceis, me ajudado e por ter me concedido vida, força e a sabedoria para concluir mais esse degrau.*

*Minha querida e amada mãe Maria, que em todos os momentos foi compreensiva, carinhosa, amável, cuidadora e sempre presente. Obrigada por cuidar de mim com tanto zelo e amor, obrigada por todas as vezes que entrou no quarto só para saber como eu estava, todas as vezes que mesmo precisando de minha ajuda não solicitava, tudo para que eu pudesse concluir essa etapa.*

*Ao meu amado pai Sebastião, homem digno dos melhores elogios, por me amar com todas as suas forças, por ter se dedicado, me criado, cuidado de mim, brincado comigo, me colocado na cama para dormir, por ter me acordado com um beijo, por sua eterna dedicação, cuidado e amor, por sua compreensão. Deixo registrado minha admiração e amor pelo homem mais incrível que conheço.*

*As minhas amigas, Lilian e Nathalie. Lilian minha amiga e parceira de mestrado, obrigada por sua disponibilidade, compreensão, carinho, ajuda material e emocional, por sempre me incentivar, me mostrar que dava, por compartilhar das mesmas angústias que eu, me mostrando erros e acertos. A Nathalie minha amiga e parceira de publicações, por ter me escutado e dado dicas, por sempre estar presente e disposta a me ajudar.*

*Minhas Orientadora Yoshiko Sasaki, por toda a sua compreensão, orientação, paciência, e principalmente por ter acreditado em mim, por sempre ter me motivado e incentivado a acreditar em mim mesma. Por todos seus conselhos, e mais do que palavras por suas ações de carinho.*

**AGRADEÇO.**

## RESUMO

A Política de Educação Permanente em Saúde propõe a prática de ações transformadoras tendo a educação como estratégia de enfrentamento no processo saúde/doença. Em 2009, foi criada pelo Ministério da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde – RMS como uma modalidade de formação que compartilha possibilidades e contribuições para a consolidação dos princípios que regem o SUS. Em 2010, em Manaus se iniciou a primeira turma de RMS no Hospital Universitário da capital. Motivada por entender melhor essa nova realidade a pesquisa teve por objetivo geral: Analisar o programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas de Manaus, na capacitação de trabalhadores para o SUS sob a ótica da integralidade. Os objetivos específicos foram: conhecer as bases teóricas que conduzem para uma formação voltada para o SUS e para os princípios de integralidade e interdisciplinaridade; Identificar como o princípio de integralidade e a interdisciplinaridade são vivenciados no ensino e no serviço da RMS; Verificar a contribuição da RMS para a formação de trabalhadores para SUS sob a ótica desses princípios. Na busca por alcançar tais objetivos, metodologicamente a pesquisa teve uma abordagem crítica, de natureza qualitativa com técnicas quantitativa. O método de procedimento foi o de Estudo de Caso. O local no Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV. A Amostra foi intencional sendo constituída por uma população de quarenta e um (41) egressos formados entre os anos de 2012 a 2015 e doze (12) residentes multiprofissionais (R2 em 2015) totalizando um universo de cinquenta e três (53) respondentes, desses trinta e três (33) aceitaram participar da pesquisa. Quanto a técnica utilizada a mesma foi dívida em documentação indireta, por meio da pesquisa bibliográfica e documentação direta com o uso das técnicas de questionário avaliativo usando uma escala Likert de cinco pontos com os egressos e residentes e de entrevistas áudio gravadas com roteiro semiestruturado apenas com os residentes. Os dados foram analisados sob a perspectiva qualitativa. Os resultados apontam que na busca por formar profissionais qualificados para atuarem no SUS a RMS se configura como uma importante estratégia. Ao longo das avaliações realizadas na pesquisa constatou-se que a base teórica e prática sobre o SUS possui bom conceito posto que 94% dos respondentes avaliaram de forma positiva. Em contraste com a baixa qualidade atribuída as disciplinas (40%) que trataram dos princípios de multidisciplinaridade e interdisciplinaridade. Além disso foram apontadas, nas entrevistas, algumas deficiências como a organização das atividades práticas e teórico-práticas dentro e fora do HUGV. Em relação a vivencia dos princípios de integralidade e interdisciplinaridade pela a equipe foi identificado que apesar da rasa compreensão de tais princípios foi possível notar a iniciativa de mudança no agir profissional frente as questões de saúde/doença principalmente por conhecerem melhor as outras profissões (91%) e conseguirem identificar outras necessidades dos usuários para além de sua área de formação (70%). Apontado como maior contribuição proporcionada pela Residência (55%) o fato de terem conhecido e atuado nos três níveis de atenção da saúde e de atuarem em uma equipe multiprofissional. Portanto a Residência Multiprofissional está posta como uma realidade de grande potencial de mudanças, sendo necessário sua ampliação dentro da capital e no interior do Estado do Amazonas.

**Palavras-chave:** Política de Saúde, Residência Multiprofissional em Saúde, Integralidade, Interdisciplinaridade.

## ABSTRACTS

The Politics of Permanent Education in Health proposes the practice of transformative actions taking education as a coping strategy in the health / disease. In 2009, it was created by the Ministry of Health and Education Multidisciplinary Residency in Health - RMS as a training modality sharing possibilities and contributions to the consolidation of the principles governing the SUS. In 2010, in Manaus started the first RMS class at the University Hospital of the capital. Motivated by better understand this new reality the research had the general objective: To analyze the Multidisciplinary Residency Program in Health University Hospital Getulio Vargas Manaus, training workers for SUS from the perspective of comprehensiveness. The specific objectives were to examine the theoretical basis leading to oriented training for the NHS and the principles of comprehensiveness and interdisciplinarity; Identify how the principle of comprehensiveness and interdisciplinarity are experienced in teaching and service of RMS; Check the RMS's contribution to the training of workers for SUS from the perspective of those principles. In seeking to achieve these objectives, methodologically the research was a critical approach, qualitative and quantitative techniques. The method procedure was Case Study. The site at the University Getulio Vargas Hospital - HUGV. The sample was intentional and consists of a population of forty-one (41) trained graduates between the years 2012-2015 and twelve (12) multi-professional residents (R2 in 2015) with a total population of fifty-three (53) respondents, these trinte-three (33) agreed to participate. As the technique used the same was due in indirect documentation, through literature and right documentation with the use of evaluative questionnaire techniques using a Likert scale of five points with the graduates and residents and audio recorded interviews with semi-structured only residents. Data were analyzed from the qualitative perspective. The results show that the search for train skilled professionals to work in the SUS RMS is configured as an important strategy. Throughout the assessment in the research it was found that the theoretical and practical basis of the SUS has good concept since 94% of respondents assessed positively. In contrast to the low quality assigned subjects (40%) who treated the principles of multidisciplinary and interdisciplinarity. Also were identified in the interviews, some shortcomings such as the organization of practical and theoretical-practical activities in and out of HUGV. Regarding the experiences of the principles of comprehensiveness and interdisciplinarity by the team it was identified that despite the shallow understanding of these principles was possible to notice the change initiative in acting professional front health issues / disease mostly know each other professions (91% ) and manage to identify other needs of users beyond their area of training (70%). Appointed as higher contribution provided by the residence (55%) that they have known and worked in the three health care levels and act in a multidisciplinary team. So the Multidisciplinary Residency is posited as a reality of great potential for change, requiring its expansion within the capital and in the interior of Amazonas state.

**Keywords:** Health Policy, Multidisciplinary Residency in Health, Wholeness, Interdisciplinary

## LISTA DE SIGLAS

Banco Mundial – BM

Caixa de aposentadoria e Pensão - CAP

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – CEBES

Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde – CNDSS

Conferência Nacional de Saúde – CNS

Constituição Federal – CF

Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES

Determinantes Sociais de Saúde – DSS

Fundo monetário internacional – FMI

Hospital Universitário Getúlio Vargas – HUGV

Instituto de Aposentadoria e Pensões – IAP

Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social - INAMPS

Instituto Nacional de Previdência Social – INPS

Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB

Lei Orgânica da Saúde – LOS

Ministério da Educação –MEC

Ministério da Saúde – MS

Movimento de Reforma Sanitária – MRS

Organização Mundial da Saúde – OMS

Organização Mundial do Comercio – OMC

Organização Panamericana de Saúde – OPS

Plano Nacional de Saúde – PNS

Política Nacional de Educação Permanente em Saúde – PNEPS

Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas –  
PROMED

Reforma Sanitária Brasileira – RSB

Residência Multiprofissional de Saúde – RMS

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES

Sistema Nacional de Saúde – SNS

Sistema Único de Saúde – SUS

Sistema Único de Saúde – SUS

Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência – SBPC

Universidade Federal do Amazonas - UFAM

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1:</b> A equipe e o esforço em ouvir.....	37
<b>Tabela 2:</b> Ações/práticas/serviços integrais voltadas as necessidades dos usuários....	40
<b>Tabela 3:</b> As ações individuais.....	62
<b>Tabela 4:</b> Planejamento das atividades interdisciplinares.....	72
<b>Tabela 5:</b> As disciplinas e os princípios e diretrizes do SUS.....	76
<b>Tabela 6:</b> O processo de formação e o suporte teórico-metodológico.....	81
<b>Tabela 7:</b> Os conceitos multidisciplinaridade; interdisciplinaridade; transdisciplinaridade.....	88
<b>Tabela 8:</b> O conhecimento do papel das outras profissões.....	91
<b>Tabela 9:</b> A capacidade de reconhecer situações interdisciplinares no cotidiano de saúde.....	92
<b>Tabela 10:</b> Interdisciplinaridade nos serviços de saúde.....	93
<b>Tabela 11:</b> Formação de profissionais capacitados para atuarem no SUS.....	97
<b>Tabela 12:</b> Avaliação da formação no PRMS/HUGV.....	99

# SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1. CAPÍTULO A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>16</b>
1.1 A Saúde Pública no Brasil: Antecedentes Históricos.....	16
1.2 O Movimento de Reforma Sanitária.....	22
1.2.1 O Processo Saúde/Doença e seus Determinantes Sociais.....	25
1.3 Constituição e Consolidação do Sistema Único de Saúde.....	30
1.3.1 A integralidade como princípio para a prática em saúde.....	32
1.3.2 Necessidades em Saúde e a Integralidade dos serviços.....	39
1.4 O neoliberalismo e os desafios para as políticas públicas de educação e saúde: A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.....	45
<b>2. CAPÍTULO RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS EM MANAUS.....</b>	<b>55</b>
2.1. O Trabalho Vivo em Ato na Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital Universitário Getúlio Vargas em Manaus.....	55
2.2 Residência Multiprofissional em Saúde: Um Novo Modelo de Formação.....	64
2.3. Ensino Em Serviço: Uma Avaliação do Suporte Teórico Metodológico da RMS/HUGV.....	70
2.3.1 Formação Multidisciplinar ou Interdisciplinar? A visão dos residentes .....	84
2.4 A Residência Multiprofissional e Sua Contribuição Para o SUS.....	96
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>105</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>108</b>
ANEXO – A.....	115
APÊNDICE – A.....	116
APÊNDICE – B.....	118

## INTRODUÇÃO

O direito ao acesso a serviços de saúde passa a ser uma realidade para os cidadãos brasileiros apenas no ano de 1988, com a promulgação da Constituição Federal. Inscrita na seguridade social como direito de todos e dever do Estado teve sua regulamentação em 1990, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS e trouxe, além de um novo paradigma para a saúde, significativas mudanças políticas e organizacionais. Novos princípios e diretrizes foram instituídos, dentre os quais destacamos a hierarquização, descentralização, democratização e integralidade.

Visando as novas exigências advindas com a implantação do SUS, tornou-se necessário um amplo processo de mudanças nas práticas de saúde, exigindo estratégias em direções distintas, com destaque para a formação em saúde, tanto na graduação como na pós-graduação.

Emerge nesse cenário a necessidade de ampliação das políticas de Recursos Humanos para essa área, dentre as quais se situa a Residência Multiprofissional em Saúde – RMS, como uma modalidade de formação em serviço, que compartilha possibilidades de contribuições para a consolidação do SUS (BRASIL, 2006). Apesar desta modalidade de especialização em saúde já existir a mais de 40 anos no Brasil, a novidade está no fato de que nesse novo modelo não existem médicos residentes, mas outros profissionais de saúde que nunca antes tiveram diante de si ofertado a modalidade de residência como forma de pós-graduação em saúde

Em 2006, com a implementação da Política Nacional de Promoção de Saúde – PNPS, nascem as primeiras propostas da criação de uma Residência Multidisciplinar. Após vários encontros e congressos o Governo Federal através da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, criou, definitivamente a Residência Multiprofissional em Saúde - RMS, como uma modalidade em ensino de pós-graduação *latu sensu*, sob forma de curso de especialização, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais divididas em atividades práticas, teóricas e teórico-práticas pautadas “nas relações mútuas entre as profissões e no potencial em realizar trabalhos conjuntos, incorporando as bases de trabalho coletivo na área da saúde e nos princípios do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde a Residência Multiprofissional deve promover “a integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas

para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde”. (BRASIL, 2009).

Nessa perspectiva, a Residência Multiprofissional propõe a integração entre várias disciplinas em um cenário de trabalho e formação que situa as necessidades de saúde da população usuária como eixo norteador de suas ações, tomando o cotidiano dos serviços do SUS como *locus* de ensino e aprendizagem (BRASIL, 2006).

O modelo de formação da RMS promove o contato com o mundo do trabalho em um contexto de ensino em serviço, possibilitando mudanças no modelo tecnoassistencial a partir da atuação multiprofissional, constituindo um processo de Educação Permanente em Saúde.

O interesse por esta temática nasceu após participação na primeira turma de RMS do HUGV no período de março 2010 à março 2012. A intenção ao realizar esta pesquisa foi subsidiada pela percepção de que a RMS pode ser uma ferramenta de luta e fortalecimento do SUS, pois dispõe de um espaço privilegiado ao promover uma estreita relação entre os profissionais de saúde e a população usuária do sistema.

Faz-se necessário neste momento uma breve explicação da estrutura e funcionamento do Programa em questão. Fundamentalmente foi proposto oportunizar a integração de instituições de ensino e serviço (envolvendo os três níveis de atenção à saúde), visando implementar o Programa de Residência articulada à perspectiva do SUS.

Segundo o Projeto Pedagógico do PRMS/UFAM de 2013, são sete as profissões que fazem parte do programa: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

Com base no Projeto supracitado, o referido está dividido em duas áreas de concentração sendo: Atenção ao Paciente adulto Neurocirúrgico em UTI (Intensivismo) e Atenção Integral na Saúde Funcional em Doenças Neurológicas (Saúde Funcional). Sendo o objetivo geral do primeiro proporcionar um processo de qualificação diferenciada a profissionais das áreas de enfermagem, nutrição e farmácia para atuar na integralidade do atendimento ao usuário do SUS em seus níveis de complexidade integrando diversos cenários públicos de saúde de forma interdisciplinar, resolutiva e humanizada, promovendo a realização de pesquisas baseadas nos princípios e diretrizes propostas pelo SUS. A segunda subárea, Saúde Funcional, objetiva proporcionar um processo de qualificação diferenciada a profissionais da saúde (enfermeiros, psicólogo, educador físico, fisioterapeutas e assistente social) para atuar em diferentes níveis de atenção – básica até hospitalar - integrando diversos cenários públicos de saúde de forma

interdisciplinar e resolutiva, promovendo a realização de pesquisas afinadas com as diretrizes da integralidade propostas pelo SUS.

Após cinco anos de sua existência, a RMS do HUGV já havia formado quatro turmas e em 2015, ano da presente pesquisa, uma turma estava em processo de formação. Tendo em vista esse quantitativo a mola propulsora da pesquisa foram as indagações sobre as questões que envolviam o processo de formação desses profissionais.

Nesse ponto as questões que nortearam a pesquisa foram as seguintes: O processo de formação dentro da RMS do HUGV está seguindo as diretrizes ministeriais propostas? Esse modelo de formação gera mudanças nos profissionais de saúde que passam por ele? Existe integralidade nas ações desenvolvidas?

A pesquisa teve por objetivo geral analisar o programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas, na condução de uma formação voltada para capacitar trabalhadores para o SUS. E como objetivos específicos: a) conhecer as bases teóricas que conduzem para uma formação voltada para o SUS e para os princípios de integralidade e interdisciplinaridade; b) identificar como o princípio de integralidade e a interdisciplinaridade foram vivenciados no ensino e no serviço da RMS; c) verificar a contribuição da RMS para a formação de trabalhadores para SUS sob a ótica da integralidade e da interdisciplinaridade.

Metodologicamente a pesquisa teve uma abordagem crítica, que busca no movimento dos fatos a transformação criada por meio das contradições que podem gerar mudanças na realidade estudada, além de levar em consideração também os elementos históricos, quantitativos e qualitativos dos fenômenos que foram estudados ao longo da pesquisa. O método de procedimento foi de Estudo de Caso pois buscou observar os fatores que formaram o fenômeno estudo (MARCONI; LAKATOS, 2010).

A pesquisa buscou aprofundar a análise sobre a residência multiprofissional como espaço estratégico para consolidação da saúde na dimensão sanitária, a partir da orientação epistemológica do método dialético-crítico por meio da análise interpretativa dos textos relacionados com o problema e com a realidade estudada.

O local da pesquisa foi o Hospital Universitário Getúlio Vargas - HUGV, empresa pública federal, localizada na cidade de Manaus reconhecida como referência em neurocirurgia para o Estado do Amazonas e região norte.

A Amostra foi intencional, tendo em vista que na pesquisa qualitativa se torna mais relevante o pesquisador selecionar os participantes que experimentaram o fenômeno explorado na pesquisa (CRESWELL; CLARK, 2013).

A população foi constituída por egressos e residentes. Anualmente doze (12) vagas são oferecidas, contudo por motivos de desistência e outros fatores, segundo informações da secretaria do programa, das quatro turmas que já haviam se formado apenas quarenta e um (41) residentes concluíram o programa entre o ano de 2012 a 2015, com todos os requisitos para receber o diploma. Portanto a população da pesquisa foi constituída por quarenta e um (41) egressos e doze (12) residentes multiprofissionais que estavam concluindo a residência. Totalizando um universo de cinquenta e três (53) respondentes.

Destes 63% aceitaram participar da pesquisa, sendo vinte e um (21) egressos e doze (12) residentes (R2 em 2015) totalizando uma amostra de 33 sujeito.

A coleta de dados foi realizada entre os meses maio a julho de 2015. Após o contato com os sujeitos das pesquisas, foi solicitado que assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Todos envolvidos foram esclarecidos antecipadamente sobre os objetivos sendo a participação livre e atendendo aos cuidados éticos de pesquisas desenvolvidas com seres humanos. Foi esclarecido também que os resultados da pesquisa seriam analisados e publicados, mas que as identidades seriam preservadas em sigilo, por isso foi atribuído nomes de árvores para os participantes das entrevistas.

A pesquisa obteve dados descritivos, através do contato direto do pesquisador com a situação estudada, enfatizando mais o processo que o produto e preocupando-se em retratar a perspectiva dos participantes (MINAYO, 1998).

Quanto a técnica utilizada a mesma foi dívida em documentação indireta, por meio da pesquisa bibliográfica e documentação direta com o uso das técnicas de entrevista com roteiro semiestruturado aplicado exclusivamente com os residentes, e por meio de questionários aplicado com os egressos e residentes. A partir dos questionários foram obtidos dados e informações de natureza quantitativa que foram analisados sob a perspectiva qualitativa.

O instrumento usado na coleta de dados foi o Questionário com escala Likert de cinco pontos, enviados por meio eletrônico (CRESWELL; CLARK, 2013). Esse método foi adotado devido alguns egressos não residirem na cidade de Manaus e para otimização de tempo visando o termino da pesquisa no prazo determinado.

Todas as perguntas do questionário diziam respeito a avaliação individual do processo de formação, onde as notas atribuídas correspondiam a: 1 - não concordo: que dizer que a resposta a tal questão representa Não, ou seja, que não aconteceu ou não se aplica; 2 - concordo pouco: quer dizer que a ação não foi realizada de forma eficaz; 3 -

sem opinião: quer dizer que a resposta não se aplica a realidade vivenciada; 4 - concordo parcialmente: quer dizer que a resposta é SIM e se aplica em parte, ou seja a ação foi realizada de forma parcial ou pouco eficaz; 5 - concordo totalmente: quer dizer que a resposta é sim e que se aplica plenamente a realidade vivida.

A entrevista realizava com os residentes (R2/2015), foi feita por meio de um roteiro semiestruturado que equivalia as perguntas do questionário aplicado. As entrevistas foram gravadas com a ajuda de gravador de voz e transcritas em sua íntegra.

Os dados dos questionários foram tabulados utilizando-se o programa estatístico Microsoft Excel 14.0.

O método de análise utilizada foi o que Minayo (1998, p.24) define como análise qualitativa que “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. Ao longo da análise preocupou-se em retratar a perspectiva dos participantes compreendendo-os a luz da teoria.

A pesquisa foi submetida à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) em seres humanos da Universidade Federal do Amazonas e considerou as diretrizes contidas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, não se baseando em experimentação envolvendo seres humanos, bem como, comprometendo a autora a não utilizar os dados obtidos com essa pesquisa para outros fins, além daqueles definidos pela mesma.

Para melhor delinear o trabalho o mesmo foi dividido em dois capítulos. No primeiro capítulo inicialmente será feita uma breve contextualização do processo que levou a construção das políticas de saúde no Brasil especialmente a partir do último quartil do século passado. Nesse contexto será aberto um espaço para situar a discussão sobre os determinantes sociais da saúde e o conceito de saúde-doença como processo social que depende de condições objetivas e subjetivas de uma dada realidade para que em seguida seja situado a política de saúde conhecida como Sistema Único de Saúde vigente desde 1990, assegurada na Carta Magna de 1988. A compreensão desses pontos fez-se necessária pois clarificar tal processo explica pontos fundamentais na construção do sistema de saúde que temos hoje.

Na sequência foi analisado o princípio de integralidade preconizado na Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, ponto de partida para as práticas em saúde. Por fim foi discutida as políticas de formação em saúde, tendo em vista que, o Projeto de Reforma Sanitária da década de 1980, que trouxe à tona a preocupação com a formação acadêmica

dos profissionais de saúde, por compreender que o processo de formação em saúde é o que habilitará os trabalhadores em saúde na efetivação de um serviço de qualidade.

No segundo capítulo, foi discutido sobre o trabalho em saúde, suas possibilidades e desafios impostos pela realidade do processo saúde/doença e pôr fim esse ponto é posto para que o item subsequente seja introduzido, uma vez que, ao se compreender a dinâmica interna da prática profissional se evidencia a necessidade de uma formação voltada para a quebra do modelo hegemônico. Logo foi estudado e o papel transformador do trabalho vivo em ato nesse processo do trabalho em saúde desenvolvido pelos residentes. Com a intenção de esclarecer o objeto de estudo deste trabalho foi explicitado o contexto que foi criado e os objetivos dos Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde, com ênfase a implementação desse modelo de formação em Manaus-AM. Em seguida foi analisado a base teórica sobre o SUS ofertada aos residentes, e o suporte teórico metodológico da RMS/HUGV. Fechando o capítulo a discussão sobre os conceitos de Multidisciplinaridade e interdisciplinaridade nos âmbitos teóricos e práticos desenvolvidos no processo de formação. Concluindo com uma análise sobre a contribuição da residência multiprofissional na formação dos profissionais que passaram por ela.

É um fato afirmar que as residências multiprofissionais podem ser dispositivos preeminentes para a formação de trabalhadores que compreendam os princípios que regem o SUS, promovendo assim uma possibilidade de mudanças nas práticas em saúde e no modelo assistencial (BRASIL, 2006).

Portanto essa pesquisa se fez relevante pois buscou esclarecer dentre outros pontos as potencialidades, a efetivação das ações, os avanços e os desafios na formação dos profissionais de saúde que passam por ela. Espera-se que os resultados deste estudo colaborem para o aperfeiçoamento e possível ampliação o Programa de Residência Multiprofissional em Manaus.

## **1. CAPÍTULO A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

Este capítulo se caracteriza por realizar inicialmente uma retomada histórica da trajetória social das políticas públicas de saúde no Brasil. Se fez necessário seguir por esse meandro como forma de localizar o objeto da pesquisa proposto nesse trabalho que é a Residência Multiprofissional em Saúde - RMS. Por quase quatro séculos a saúde no Brasil se caracterizou por escassas e pontuais ações sempre focadas na doença e motivadas por interesses econômicos e políticos. Efetivamente, somente no século XX, iniciam-se políticas de saúde para enfrentar o quadro sanitário existente no País.

Ao compreender os fatores que constituíram a construção do que conhecemos hoje como Sistema Único de Saúde – SUS, percebeu-se a importância de estudar sobre os determinantes sociais em saúde e o princípio de integralidade, assuntos que foram tratados na sequência do capítulo.

Vale salientar que no centro do princípio de integralidade está posto a condução de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar elementos que justificaram a criação da RMS. Para uma melhor compreensão sobre esse novo cenário que compõe o SUS o capítulo será fechado com o debate sobre a Política de Educação Permanente em Saúde como mentora de estratégias para a necessária mudança no agir profissional dentro do SUS.

### **1.1 A Saúde Pública No Brasil: Antecedentes Históricos**

Historicamente a saúde pública no Brasil se inicia com a chegada da Corte Portuguesa em 1808, que trouxe consigo várias mudanças na administração pública colonial, incluindo na área da saúde. As primeiras ações sanitárias iniciaram-se na cidade do Rio de Janeiro, isso porque a mesma se tornou a sede provisória do Império português e principal porto do País (BATISTA, 2005).

Foi necessário criar centros de formação médica pois as mesmas não existiam em razão da proibição de ensino superior nas colônias. Assim, por ordem real, foram fundadas as Academias médico-cirúrgicas, no Rio de Janeiro e na Bahia, na primeira década do século XIX.

As primeiras ações de saúde pública no Brasil Colônia se voltaram especialmente para a proteção e saneamento das cidades portuárias responsáveis pela comercialização e

circulação dos produtos exportados, além do controle e observação das doenças e doentes, construção de conhecimento para adoção de práticas mais eficazes no controle das moléstias. A maior preocupação ainda era a saúde da cidade e dos produtos sendo a saúde do trabalhador uma consequência dessa política (BATISTA, 2005).

Conforme a autora supracitada, a saúde na República ganha mais espaço em 1889, com a proclamação da República e o fortalecimento e consolidação da economia cafeeira. Era urgente para o Brasil sua atualização na economia e na sociedade, tendo em vista que o quadro epidemiológico do país, não favorecia a expansão do comércio. As epidemias se alastravam entre os trabalhadores devido às péssimas condições de saneamento, fazendo com que os navios estrangeiros não mais atracassem nos portos brasileiros em razão da situação sanitária existente prejudicando o crescimento da economia. Isso fez com que medidas, ou seja, um princípio de política de saúde foi criada levando o Estado a realizar contínuas intervenções nas questões relativas à saúde individual e coletiva.

Conforme Batista (2005), um ativo movimento de reforma sanitária emergiu no Brasil durante a primeira república sob a liderança da nova geração de médicos higienistas. No campo político em 1902, houve a primeira tentativa concreta de ações de saneamento básico e urbanização. Oswaldo Cruz, que em 1904, propõe um código sanitário que instituía a desinfecção domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola, peste bubônica, a atuação da polícia sanitária e a campanha de vacinação obrigatória.

Contudo, a falta de informação da população sobre o mecanismo de atuação da vacina no organismo humano, associada ao medo de se tornar objeto de experiência dos cientistas atendendo interesses políticos dos governantes fizeram com que surgissem reações de movimentos populares no Rio de Janeiro, que ficou conhecido como ‘a Revolta da Vacina’.

A saúde pública estava voltada para as ações coletivas e preventivas, significando que apenas uma parcela da população, ou seja, a mais vulnerabilizada as recebia, deixando desamparada uma grande parcela que não possuía recursos próprios para o seu custeio. O direito à saúde integral não fazia parte das preocupações do Governo e muito menos se tinha interesse na definição de uma política ampla de proteção social (BRASIL, 2007).

No entanto, foi durante a Primeira República que foram estabelecidas as bases para a criação de um Sistema Nacional de Saúde, caracterizado pela concentração e pela verticalização das ações no Governo Central. As medidas de proteção social e, em

particular, a assistência médica foram o resultado do crescente impacto que a saúde passou a ter no setor econômico. No início do século XX, a saúde emerge como uma questão social, frente à realidade da economia capitalista da agroexportação cafeeira, consolidado pela divisão do trabalho por meio do trabalho assalariado (COHN *et al*, 2006).

Em 1919, o Estado inicia suas primeiras intervenções na área do Seguro Social através do Seguro de Acidentes para Trabalhadores Urbanos do Setor Privado. Passados quatro anos foi criado o decreto/lei n.º4682/1923, que institui as Caixas de Aposentadorias e Pensões – CAP, (COHN *et al*, 2006).

Na prática as CAPs funcionavam da seguinte forma, as mesmas davam certos benefícios aos trabalhadores regulares, como o direito a aposentadorias e pensões para os herdeiros. Tratava-se de organizações de direito privado, criadas para grupos específicos de servidores e organizadas segundo princípios de seguro social, ou seja, um modelo em que os benefícios dependiam das contribuições dos segurados (BRASIL, 2007).

Segundo Cohn *et al* (2006), eram entidades públicas com grande autonomia em relação ao Estado, instituídas como contrato compulsório e organizadas por empresas, possuíam administração própria para os seus fundos, formada por um conselho composto de representantes dos empregados e dos empregadores.

O Estado não participava propriamente do custeio das Caixas que de acordo com o determinado pelo Artigo 3º da Lei Eloi Chaves de 1923, era mantido por empregados das empresas (3% dos respectivos vencimentos); empresas (1% da renda bruta). Objetivava apenas o oferecimento de serviços assistenciais, como pagamentos de benefícios e a prestação de alguns serviços, dentre eles o principal era o de saúde. Seus recursos tinham origem de contribuições tripartite: empregados, empregadores e União e apesar do Estado em tese fazer parte do financiamento dessa modalidade de seguro social, não possuía participação direta (COHN *et al*, 2006).

A relação da saúde, segundo Cohn *et al* (2006), passa a ser estritamente ligada ao seguro social criado pelo governo no início do século XX, por meio dessas medidas legais o SUS que conhecemos hoje foi tomando forma.

Segundo os autores, a partir desse ponto, inicia-se o que eles denominam de Primeira Dicotomia no interior do sistema de saúde brasileiro, ou seja, de um lado a atenção à saúde possuía um enfoque eminentemente curativo por outro, um enfoque preventivo. O primeiro enfoque dizia respeito às classes assalariadas urbanas que passaram a receber atenção médica individual por meio das CAPs que compravam serviços médicos do setor privado por meio de um tipo de credenciamento médico. O

Segundo correspondia aos preceitos de saúde pública, responsáveis por medidas de caráter coletivo como as companhias sanitaristas – combate à febre amarela e varíola, por exemplo.

Ainda segundo Cohn *et al* (2006), instituiu-se uma divisão de responsabilidades no setor saúde. Ao Estado ficavam reservadas as medidas coletivas de saúde, com destaque para as de controle de endemias que se configuravam como um obstáculo para as atividades econômicas de agro exportação.

Os recursos para tais medidas provinham da arrecadação orçamentária já que a assistência médica individual estava sob responsabilidade do seguro social em sua quase totalidade e era financiada por recursos advindos das contribuições. “É a partir desse momento, também, que tem origem uma característica crucial da saúde em nosso país: a concepção da assistência médica, muito mais restrita que saúde, como pertinente à esfera privada e não à pública” (COHN *et al*, 2006, p.15).

Essa postura do Estado apregoava a concepção de que a saúde não se constituía um direito universal e muito menos um dever do Estado. A responsabilização da saúde era delegada a cada indivíduo como um problema dentro da esfera privada familiar. Diante de tal situação, o Estado não deveria se envolver, tendo em vista que o acesso à saúde deveria ser conseguido a partir da inserção no mercado de trabalho formal urbano, podendo contribuir com um percentual do salário por meio de um contrato compulsório e assim garantir o acesso a serviços de saúde (BATISTA, 2005).

Avançando nos anos destacamos a década de 1930, o Brasil passou por um processo de industrialização fruto do plano getulista. Com o grande número de trabalhadores envolvidos, o Estado passou a implantar mais políticas sociais. As mudanças institucionais que ocorreram moldaram a política pública brasileira, estabelecendo um arcabouço jurídico e material que formaria o sistema de proteção social que conhecemos hoje (SIMÕES, 2007).

Explicitando melhor, Cohn *et al* (2006) afirma que no âmbito da saúde foi instituído na década de 1940, um sistema corporativista e sindicalista que transformou as antigas CAPs nos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) que eram mantidos por um sistema contributivo previdenciário. Os IAPs basicamente unificaram as CAPs por setores de atividades econômica, dando ao Estado maior controle sobre os recursos investidos nesses institutos. Além de institucionalizem o seguro social fragmentando as classes assalariadas urbanas, ao se tornarem autarquias, passaram a ser geridos pelo Estado com o mesmo sistema de arrecadação tripartite passando o cálculo a ser feito sobre os salários pagos aos empregados.

Na década de 1950, com a industrialização urbana, as cidades incharam criando uma grande demanda por serviços de saúde. Neste período, com o desenvolvimento e industrialização, as políticas de saúde se transformaram em um importante instrumento do Estado, passando a gerar postos de trabalho. “A assistência torna-se mais cara e o hospital o principal ponto de referência para a busca de um atendimento em saúde” (BATISTA, 2005, p. 68).

Segundo os autores, essas duas estruturas IAPs e CAPs conviveram juntas até em 1966, quando o governo decide unificar todo o sistema previdenciário no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. A década de 1960, no Brasil é caracterizada pelo desenvolvimentismo que levou uma acelerada industrialização e urbanização produzindo um aumento da demanda por serviços previdenciários e de saúde.

Nessa mesma década (1960) foram criados os INPS e o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que asseguravam um plano de assistência médica aos trabalhadores com carteira assinada. Ofereciam, também, serviços em hospitais e clínicas conveniadas.

Conforme Simões (2007), o sistema previdenciário teve seu auge no regime militar em 1964, com destaque para o período que corresponde ao milagre econômico, momento em que houve maiores incentivos à saúde do trabalhador diante dos altos números de acidentes de trabalho.

O golpe militar trouxe mais mudanças no sistema sanitário brasileiro. Como tudo girava em torno de troca de favores, barganha e interesses, a política de saúde continuou subordinada ao INPS. Durante esse regime o investimento na área da saúde pública foi precário, doenças antes erradicadas voltaram a assolar o povo. Na década de 70, foi criado o Plano Nacional de Saúde (PNS), que pretendia descentralizar a assistência médica, transferindo-a da previdência para o Ministério da Saúde.

A segunda dicotomia que Conh *et al* (2006), destaca é a divisão e precariedade do sistema de saúde brasileiro que se construiu dividido entre: atenção médica curativa X medidas preventivas de caráter coletivo. Essa particularidade, de divisões entre tarefas e clientela, permaneceu até a década de 1970, quando então a rede pública de serviços de saúde passa a assumir gradativamente a assistência médica individual. A Lei 6229/75, institui o Sistema Nacional de Saúde – SNS, que segundo os autores, sela a dicotomia existente ao estabelecer e reafirmar as divisões de tarefas entre a Previdência Social e o Ministério da Saúde.

A partir desta data (1975) o Ministério da Saúde passou a oferecer assistência médica individual. Contudo, a vinculação com o setor privado permaneceu ao reconhecer

a importância da previdência social no oferecimento dos serviços de saúde e sua preferência pela compra de serviços médicos privados, seja sob a forma de convênio ou de credenciamentos associados ao decrescente gasto do orçamento da União.

Esses e outros fatores levaram a cristalização do setor privado na prestação de serviços médicos hospitalares e seu crescimento à custa da intervenção estatal. “A rede pública de serviços passa a sofrer um acentuado processo de sucateamento, fruto da sua não-prioridade no interior das políticas de saúde e destas no interior das diretrizes políticas gerais do país” (CONH *et al*, 2006, p.17).

Por décadas o governo comprou serviços privados ao invés de construir e investir em instituições públicas. Com a implantação do SUS em 1990, o Ministério da Saúde se viu sem recursos humanos e materiais. Não se tinham leitos, serviços, hospitais, maternidades, equipamentos para o SUS se manter sozinho, o descaso de décadas com a saúde pública não se resolveria com um decreto de Lei como em um passe de mágica (IDEM).

Por isso, fez-se necessário continuar a recorrer ao setor privado na busca de serviços de saúde que pudessem atender a população, criando um “ciclo vicioso” que perdura até hoje, de modo que muitas instituições privadas que existem atualmente no mercado cresceram e crescem com o dinheiro público, uma vez que o governo continua alimentando o setor privado em detrimento do setor público.

Vale ressaltar, que grande parte das estruturas supracitadas anteriormente no texto foram viabilizadas pelo financiamento federal do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social, criado em 1974, culminando no apogeu das empresas e cooperativas médicas, dos hospitais privados, e com clientela garantida por meio da previdência social que compravam os seus serviços sob forma de convênios ou de credenciamento, firmados pelo INPS e posteriormente pelo INAMPS.

Cohn *et al* (2006), afirmam que esse processo de privatização da esfera pública levou a fragmentação da saúde, consolidando-se nas desigualdades da distribuição de equipamentos pelas regiões do Brasil, ficando nítido que a o sudeste e o sul possuem uma estrutura muito maior e mais complexa do que o norte e nordeste, regiões as quais a Industrialização se consolidou nas décadas posteriores a 1950.

Além da precariedade estrutural existia a terceira dicotomia indicada por Cohn *et al* (2006) que estava relacionada ao estabelecimento da divisão social do trabalho entre o Ministério da Saúde criado em 1953 e os Ministérios de Previdência e Assistência Social, criados em 1974.

Distinguindo a clientela de ambos para seus respectivos serviços de saúde, sendo o primeiro destinado às populações de mais baixa renda, excluídas do setor formal, colocando-se à mercê dos precários serviços públicos. Quanto ao segundo, destinado aos indivíduos inseridos formalmente no mercado de trabalho. Consolidando assim, a “assistência médica como um direito contratual, compulsório e contributivo, contraposta à assistência médica – pública e filantrópica – para a população carente” (COHN *et al*, 2006, p.17).

Em decorrência disso, estabeleceu-se uma acentuada diferenciação entre trabalhadores urbanos formais, trabalhadores informais e rurais. Criou-se um marco divisor entre carentes e assalariados, sendo o primeiro servido pelo setor público e filantrópico, e o segundo assegurados pela previdência social que era provida pelo setor privado que também os segregava por status ocupacional.

A consequência dessa divisão de trabalho entre o setor público e o privado, levou o Estado a assumir, além das ações preventivas, a assistência médica individual eminentemente curativa, os serviços oferecidos por meio de programas segmentados.

Simões (2007) nos lembra de que, com a crescente incorporação da assistência médica individual pelo setor público, nasce uma oportunidade de mudanças nos modelos de atenção médica até então existentes, cabia ao setor público imprimir um novo modelo de assistência; contudo, o que se viu foi a reafirmação da prática cotidiana da medicina previdenciária que focava apenas na cura da doença.

Todavia, a saúde pública não conseguiu reformular no interior de sua nova lógica as perspectivas que deveriam administrar as práticas médicas, que seria a organização de serviços de saúde que garantissem a busca da equidade no direito à saúde.

Portanto, historicamente no Brasil a segmentação da assistência médica individual por meio de programas é uma prática comum. Urge a necessidade de políticas integradoras que promovam um novo modelo de atenção à saúde sem haver separação entre práticas curativas e preventivas.

## **1.2 O Movimento de Reforma Sanitária**

Após fazer um traçado histórico dos movimentos políticos e sociais que formaram o sistema de saúde brasileiro até a década de 1970, torna-se necessário um aprofundamento analítico sobre o que ficou conhecido como Movimento de Reforma

Sanitária Brasileira. Cabe dizer que este movimento se configurou mais como um projeto de reforma social do que simplesmente uma proposta para mudança no setor de saúde.

Paim (2008), afirma que na transição democrática que o país vivenciou, o ano de 1974, tornou-se um marco nesse processo político. Período também em que muitos movimentos sociais se articulam como o Movimento Popular de Saúde e o Centro de Estudos de Saúde fundada por alunos de medicina da UFMG, que buscavam desenvolver discussões acerca da Medicina de Comunidade. Estudantes, professores, residentes e profissionais de Universidades Federais como as de São Paulo, Rio de Janeiro, Brasília, Belo Horizonte, Salvador e Porto Alegre, se mobilizaram em torno de debates sobre a democratização da saúde, que representaram os movimentos antecedentes a Reforma Sanitária.

Ainda segundo o autor, vários movimentos passaram a se articular para criarem forças sociais contrárias às políticas de saúde autoritárias vividas na época. Enquanto o Governo tentava criar políticas racionalizadoras e de contenção de gastos, nascia o *Centro Brasileiro de Estudos de Saúde* (CEBES) em 1976, que almejava criar uma nova cultura capaz de reconstruir o pensamento em saúde.

O CEBES é considerado o intelectual coletivo da Reforma Sanitária Brasileira – RSB, tendo por base a luta pela democratização da saúde, a denúncia das iniquidades da organização econômico-social e da prestação de serviço de saúde privado, além de organizar as ações de saúde de forma racional.

A luta do CEBES, na verdade foi além da democratização da saúde, era em prol da democratização do país. Esse movimento organizou um conjunto de debates sobre saúde e promoveu reuniões em parceria com a Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), além da edição de livros e da Revista Saúde em Debate. Essas iniciativas posteriormente vão construir a ideia da Reforma Sanitária, inspirada nas ciências sociais marxistas.

Após 1974, a crise financeira da Previdência Social ficou evidente. “A questão das políticas de saúde tomou novos rumos e os enfrentamentos político-ideológicos evidenciaram as contradições fundamentais entre o capital e o trabalho” (PAIM, 2008, p. 92).

Batista (2005) destaca que nesse ínterim ocorreram amplos debates políticos sobre a questão da saúde, fundamentados na Medicina Social Brasileira e, progressivamente, associados aos movimentos sociais de associações de bairros. Houve também a retomada de associações de profissionais de saúde, grupos democráticos e de intelectuais e militantes que eram contra as políticas de saúde do regime autoritário.

A autora afirma que a ideia e a proposta da Reforma Sanitária, esboçam a luta contra o autoritarismo, expressando-se como um complexo projeto de reforma cuja implantação se iniciou após a 8ª Conferência Nacional de Saúde - CNS e com a aprovação de seu texto na Constituição Federal de 1988, passando à Saúde ser garantida como direitos de todos e um dever do Estado, ou seja, passou a fazer parte dos direitos sociais.

Paim (2008), relembra que o corpo doutrinário da RSB estava embasado no Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde trazendo a garantia de um conjunto de questões consideradas definidoras para os novos rumos da política de saúde. As mudanças necessárias ao setor saúde estavam ligadas a uma reforma administrativa e financeira, ampliando o conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo a legislação no que diz respeito à proteção e recuperação da saúde. Além disso apresentava componentes políticos, jurídicos, organizacionais e comportamentais.

A Reforma Sanitária deve ser entendida como um longo processo político de conquistas da sociedade em direção à democratização da saúde, num movimento de construção de um novo Sistema Nacional de Saúde [tendo como pressupostos]: a) visão de saúde como processo resultando das condições de vida; b) atenção à saúde não restrita a assistência médica, envolvendo ‘todas as ações de promoção, proteção e recuperação’; c) inscrição constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado, de modo que as ações e serviços de saúde estariam ‘subordinados ao interesse público’; d) acesso universal e igualitário de toda a população a todas as ações e serviços necessários, sem discriminações; constituição do SUS com comando único em cada esfera de governo; e) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde; f) distritalização; g) gestão colegiada; (PROPOSTA, 1987, p.3-5 *apud* PAIM, 2008, p. 156).

Surge, nesse contexto, uma “nova concepção de direito à saúde como algo mais abrangente do que a simples assistência médica curativa e preventiva” (COHN *et al*, 2006, p.25). Sua proposta é a construção de um modelo de atenção à saúde superando o modelo fragmentado de programas de saúde X modelos integrados de atenção à saúde, buscando um novo conceito de saúde.

Paim (2008), afirma que ocorreram transformações concretas com as novas políticas em busca da universalização do direito à saúde. Todas essas modificações estavam ligadas aos interesses políticos e empresariais do crescimento da economia industrial e com a necessidade de ampliação desses serviços impulsionada pelo movimento sanitarista. Vale ressaltar que, a proposta de reforma para a saúde era também uma proposta de reforma do Estado.

Simões (2007), acrescenta que esse movimento reivindicava a universalização do acesso aos serviços públicos de saúde. Considerando a saúde como direito social e dever do Estado, lutavam pela descentralização da política de decisões para a esfera estadual e

municipal, assim como por um sistema unificado, com a finalidade de reordenar o setor, além de reinterpretar e assegurar as demandas em nível individual.

Podemos inferir que o movimento de reforma sanitária trouxe à baila a necessidade de se repensar à equidade e o direito à saúde, contrapondo-se as desigualdades sociais e econômicas da sociedade brasileira, além da qualidade e da disponibilidade do acesso aos serviços. Da mesma forma, deve-se pensar a equidade na universalização do direito à saúde como a necessidade de mudanças das políticas e da relação do Estado com a sociedade, o que vale dizer, a alteração do sistema de poder do país.

### **1.2.1 O Processo Saúde/Doença e seus Determinantes Sociais**

Para compreensão das concepções e práticas em saúde se fez necessário um mergulho na historicidade para desvelar a materialidade das suas relações dentro da sociedade no campo ideológico, político, econômico e cultural.

Afinal o que é ter saúde? O que é estar doente? Saúde é a ausência de doenças? É o total bem estar biopsicossocial? Ao longo dos séculos este debate tomou várias formas e criou vários conceitos que sofreram modificações. O que se pode afirmar, segundo Cotta *et al* (2013,) é que o conceito de saúde/doença se forma a partir do contexto histórico e organizacional de cada sociedade.

Conforme os autores, desde os primórdios, o conceito de saúde era entendido como a total ausência de doença, ou seja, qualquer alteração na dimensão física da pessoa caracterizaria um estado de adoecimento. A partir dessa concepção ditou-se o modo de organização dos serviços de saúde como modelo embasado nas ciências biológicas, conhecido como biologicista, reafirmando a assistência médica curativa e individual.

Segundo Nunes (1999), com o passar dos anos o conceito de saúde/doença passou a ter uma conotação social, visto que incluiu as dimensões históricas e estruturais da sociedade, além de levar em consideração a perspectiva do próprio indivíduo e incorporar fatores sociais como condicionantes ao processo de adoecimento. Esta mudança está ligada ao desenvolvimento do que ficou conhecido na Alemanha e França, na segunda metade do século XIX, como Medicina Social.

Reporta este autor a um dos criadores da Medicina Social, Virchow, que afirmou que a “doença é um processo orgânico de etiologia multifatorial, tendo as condições materiais de vida como uma das causas mais relevantes e cujo tratamento não dependia

de cuidar apenas dos aspectos fisiopatológicos de pacientes individualmente” (NUNES, 2009, p.218).

Buss e Pellegrini Filho (2007), reafirmam essa questão quando dizem que as condições econômicas e sociais exerciam importantes efeitos sobre a saúde e a doença e que tais relações deveriam ser submetidas à pesquisa científica. Disse, também, que o próprio termo “saúde pública” expressa um caráter político, o que na prática implicava necessariamente a intervenção na vida política e social para que houvesse a identificação e eliminação dos fatores que prejudicavam a saúde da população.

Nesse mesmo período da expansão da Medicina Social, houve mais uma vez a mudança conceitual sobre saúde/doença. Com a descoberta da vacina contra a varíola, a identificação do microorganismo causador da cólera e o desenvolvimento da teoria dos germes nas doenças infecciosas, o pensamento da saúde como ausência de doença se consolidou (COTTA *et al*, 2013).

Contudo, ao centralizar a medicina nesse ponto, perdeu-se de vista a dimensão do ser humano com seus hábitos, costumes, culturas, rendas e alimentação diversificadas. E, com o advento da bacteriologia, houve um deslocamento das preocupações dos aspectos sociais da doença para os aspectos individuais e etiológicos, momento em que a doença passa a ser vista como variações de seus fenômenos fisiológicos

Nunes (1999), com base no positivismo de Augusto Conte, diz que a doença passa a ser explicada apenas por uma causalidade, os agentes etiológicos que fossem descobertos com precisão poderiam levar a extinção das doenças. No entanto, este modelo se tornou insuficiente frente às mudanças ocorridas na sociedade com o fenômeno da industrialização ao afetar as condições de saúde, vida e trabalho precários, trazendo as investigações por enfoques alternativos, denominados de multicausal.

Na década de 1950, com o sucesso da erradicação da varíola, as ações de saúde passam a enfatizar as campanhas de combate a doenças específicas, com a aplicação de tecnologias de prevenção e cura. Ao longo das décadas posteriores a saúde se caracteriza como um bem privado em uma concepção centrado na assistência médica individual.

No debate trazido por Buss e Pellegrini Filho (2007), ainda nos anos de 1950, é desenvolvido o conceito de multicausalidade de Leavell e Clarke (1976) ao criarem a teoria do Modelo da História Natural da Doença que apontam as causas que levam ao adoecimento. Tais causas estariam assim divididas: os agentes subdivididos em físicos, químicos ou biológicos; o meio ambiente incluindo todas as condições e influências externas; e o hospedeiro que seria o próprio corpo humano.

O referido conceito foi amplamente usado nas décadas de 1960 e 1970. Contudo, mostrou-se ineficaz frente aos complexos problemas de saúde resultantes das crises econômicas, políticas e sociais que ocorreram nos países em desenvolvimento a partir dos anos de 1960.

Adentrando a década de 1980, os autores afirmam que se fortaleceu a concepção ampliada do processo saúde-doença defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária – MRS. Tal movimento objetivava promover mudanças no modelo de atenção curativa, centrada no hospital e na figura do médico, para uma atenção que priorizasse a proteção, promoção e prevenção em saúde, tendo na atenção primária à saúde sua porta de entrada.

Segundo Cotta *et al* (2013) com a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, divulga-se o novo conceito ampliado de saúde, representando uma conquista social ao ser incorporada no Artigo 196 da Constituição Federal de 1988, assegurando que, para se ter saúde, é necessário o acesso a um conjunto de fatores como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação etc, tentando visualizar o indivíduo nas várias nuances que envolvem sua vida.

De acordo com Castellanos (1987) *apud* Nunes (1999) o conceito de saúde defendido pelo Movimento de Reforma Sanitária levava em conta os processos que regem a reprodução geral da sociedade e que estabelecem a forma particular de inserção dos indivíduos na sociedade, aprofundando o debate sobre os processos de reprodução social e suas condições objetivas de existência ao considerar o processo de saúde-doença.

Para Vianna (2011), a doença não pode ser compreendida apenas por meio de medições fisiopatológicas, mas pelos valores subjetivos expressos pelo corpo que adocece e sente a dor e o sofrimento produzidos por esse estado. Enfatiza, também, que muito se tem escrito sobre o processo saúde-doença, no entanto, existe a necessidade de se levar em conta, a percepção do indivíduo quanto ao seu estado de saúde.

Vianna (2011) nos diz que no processo saúde/doença os mesmos fatores que permitem o homem viver com alimento, água, ar, clima, habitação, trabalho e etc, podem ser os causadores de doenças; posto que, essa relação será determinada na forma pela qual os indivíduos vivem, tendo por determinantes os fatores biológicos, psicológicos e sociais. Este último está diretamente relacionado à classe social a que faz parte, indicando que quanto menor a renda e o status social, maior será a chance de uma condição de saúde ruim.

Ao longo da história da saúde esse processo sempre esteve no centro do debate do conhecimento, da prática e da educação em saúde. Conflito gerado dentro dos modelos educacionais de características eminentemente biológicas, em contraste com os que

incluem os determinantes sociais da saúde, com destaque para a década de 1980. Segundo Buss e Pellegrini Filho (2007), na Conferência de Alma-Ata (1970), deu-se o devido destaque à temática dos determinantes sociais ao serem discutidas as atividades inspiradas no lema “Saúde para todos no ano 2000”.

A partir da década de 1980, o debate sobre as Metas do Milênio, novamente dá lugar a uma ênfase nos determinantes sociais que se afirmam com a criação da Comissão sobre Determinantes Sociais de Saúde da Organização Mundial da Saúde – OMS.

Conceituando a terminologia: Determinantes Sociais de Saúde – DSS, a OMS diz que os DSS são as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Já a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) possui uma definição mais ampliada, afirmando que DSS são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Falando sobre os modelos mais amplos de saúde, Cotta *et al.*, (2013), enfatizam que definições mais amplas e avançadas de saúde concebem sua determinação por fatores biopsicossociais, levando em consideração o ser humano como um todo.

Apontam que foi a partir de século XX, que a saúde passou a ser conceituada levando em consideração todos os fatores que a envolvem. Em 1948, a Organização Mundial da Saúde – OMS definiu saúde como sendo: “o estado completo de bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença”. Indicando uma nova concepção de saúde em um enfoque mais amplo, para além da doença patológica.

Prata (2010), citando Fritjof Capra (2005) se posiciona de forma contrária ao conceito de saúde do OMS, ao afirmar ser utópico um estado de saúde estático de perfeito bem-estar. Este autor acredita que tal conceito não pode ser aplicado, pois o processo de saúde-doença vive em constante mudança e evolução, além de depender da concepção de organismo vivo e sua relação com o meio ambiente e, conforme a ideologia de cada povo, as noções de saúde também mudam. Aponta a necessidade de se criar um amplo conceito de saúde que inclua dimensões individuais, sociais e ecológicas.

A esse respeito à Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) preconiza que a saúde deve ser entendida em sentido mais amplo, ou seja, deve-se levar em conta o componente da qualidade de vida. Assim, não é um “bem de troca”, mas um “bem comum”, um bem e um direito social, em que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde.

Buss e Pellegrini Filho (2007) chamam a atenção para o fato de que nas últimas décadas, tanto na literatura nacional, como internacional, observou-se um avanço nos

estudos que relacionam a maneira como se organizam e desenvolvem as sociedades com relação aos níveis de saúde de sua população.

Constatam que isso ocorre, porque hoje se tem a compreensão que os aspectos econômicos, sociais e políticos afetam diretamente a saúde. É através do conhecimento deste complexo de mediações que se pode entender, como um país com o Produto Interno Bruto (PIB) alto, como o Brasil, pode ter indicadores de saúde tão baixos que podem ser comparados a de países pobres e subdesenvolvidos.

As diferenças de renda influenciam a saúde pela escassez de recursos dos indivíduos e pela ausência de investimentos em infraestrutura comunitária (educação, transporte, saneamento, habitação, serviços de saúde etc.) decorrentes de processos econômicos e de decisões políticas (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007, p.82).

Levando em consideração esses aspectos, é importante ressaltar que a mortalidade constatada entre as diferentes classes sociais ou grupos ocupacionais não pode ser explicada pelos mesmos fatores como hábito de fumar, dieta, sedentarismo, alimentação, maus hábitos etc.; pois, mesmo que esses fatores sejam controlados, as diferenças sociais entre estes estratos sociais permanecem quase inalteradas, não promovendo ganhos na qualidade de vida e saúde suficientes.

Portanto, à luz dos autores referendados podemos afirmar que a saúde é um complexo que envolve fatores biológicos, emocionais, sociais, econômicos, políticos e culturais. Assim, a qualidade de vida da população pode ser expressa através da condição de existência dos homens no seu viver cotidiano por meio do acesso a bens e serviços econômicos e sociais.

Nessa direção, conhecer os determinantes sociais da saúde e, assim, o conceito de saúde ampliada, leva a inúmeras interrogações em relação ao modelo existente nos serviços de saúde pública no Brasil. Pode-se identificar que o modelo biologicista/mecanicista que persiste até hoje é insuficiente frente à resolução dos problemas de saúde, tornando-se nítida a necessidade da superação desse modelo para práticas sanitárias preconizadas no SUS desde 1990.

Por conseguinte, a prática sanitária requer uma mudança na concepção de mundo e na forma de utilizar o conhecimento nas ações dos profissionais de saúde, indicando a importância da mudança tendo por ferramenta a educação permanente em saúde, haja vista que a Carta Magna preconiza a saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

### 1.3 Constituição e Consolidação do Sistema Único de Saúde

Dois anos após a realização da histórica 8º CNS, vários acordos políticos foram feitos sob muita pressão popular para que houvesse a promulgação da Constituinte de 1988, que atendeu grande parte às reivindicações do movimento sanitário.

Ceccim e Ferla (2007), afirmam que de todas as políticas sociais, apenas a de saúde foi considerada como de relevância pública no texto constitucional, pois está relacionada ao direito fundamental a vida, obrigando o Estado a organizar o setor visando a ampliação e execução das políticas de saúde.

De acordo com Prata (2010), na Constituição de 1988, a saúde foi incluída no rol de direitos fundamentais e sociais, instituída como “um direito de todos e dever do Estado, garantido por políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença, mediante acesso universal igualitário às ações e aos serviços para a promoção, proteção e recuperação” (Art. 196).

O direito de proteção à saúde veio como um dos direitos sociais que alicerçam o Estado Social definido na Constituição de 1988, com fundamento na dignidade da pessoa humana e na preservação da vida, representando o direito à vida. Ressalta que qualquer que seja a esfera institucional do poder público não pode se mostrar indiferente ao problema da saúde e da população, ficando sob a pena de grave comportamento inconstitucional.

Em 1990, foi instituída a Lei Orgânica da Saúde (LOS) com a Lei n. 8.080/1990, que veio para regulamentar os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988. E com a Lei 8.142, de 28/12/1990, a participação popular na gestão de SUS passou a ser regulamentada pelos conselhos de saúde, além das transferências passarem a ser intergovernamentais.

Prata (2010), reafirma que o direito a saúde é concretizado como o direito à vida, demonstrando sua importância dentro da Legislação brasileira. Os princípios do sistema de proteção à saúde, instituídos pelos art. 196 da Constituição Federal - CF e os artigos da LOS são:

**Princípio de Universalidade:** tem por objetivo garantir que toda e qualquer pessoa, no território brasileiro, possa ter acesso gratuito aos serviços de saúde oferecidos pela rede pública. Este princípio não faz distinção de nacionalidade, renda ou sistema de saúde, sendo que indivíduos que possuem planos de saúde privados podem livremente utilizar os serviços públicos a qualquer momento.

**Princípio de igualdade:** garante as mesmas oportunidades de acesso aos usuários dos serviços de saúde, sem privilégios ou distinções.

**Princípio da Integralidade:** está previsto no inciso II do art. 198 da Constituição e fixa como uma das diretrizes do sistema de saúde pública a totalidade de abrangência de atendimento, em todos os níveis de complexidade, sintetizando desta forma os princípios da Universalidade e Igualdade. A integralidade oferece quatro níveis de atendimento, sendo: nível primário que oferece serviços nos postos e unidades básicas de saúde; o nível secundário que oferece serviços em centros de especialidades médicas; o terciário são serviços oferecidos nos hospitais de referência que respondem pelos serviços de média e alta complexidade e o nível quaternário que são os serviços oferecidos nos núcleos de atendimento de altíssima complexidade.

Segundo Prata (2013), outro ponto que chama a atenção no sistema de saúde público brasileiro é sua gratuidade total dos serviços, não existindo mais a necessidade de contribuição direta do beneficiário para ter acesso ao sistema. O usuário tem direito de usufruir apenas por ser um cidadão residente no território nacional.

Por não contribuir “diretamente” para utilizar os serviços, muitas vezes a população desacredita de seu direito a saúde gratuita. Não se compreende que:

O cidadão contribui obrigatoriamente por meio de taxas, impostos, tributos que serão parcialmente alocados ao sistema de saúde (pela esfera federal, estadual e municipal). É o cidadão seu verdadeiro financiador. Embora haja uma percepção por parte da maioria dos cidadãos de que o sistema é gratuito (pelo fato de não haver desembolso direto por ocasião do uso ou consumo de produtos e serviços deste sistema), na realidade a contribuição é compulsória, não identificável e universal, ou seja, atinge a todos os brasileiros, uns mais outros menos, mas se caracteriza por uma contribuição de todos (FERRAZ (2008) *apud* PRATA, 2013, p. 254,255).

O Sistema Único de Saúde - SUS busca garantir a todo e qualquer cidadão o direito de acesso a serviços de saúde como consultas médicas, exames laboratoriais e de alta complexidade, internações de curto e longo prazo e tratamentos em instituições públicas, municipais, estaduais, federais ou em instituições privadas que estiverem vinculadas ao SUS, sem distinção e entraves para a promoção da saúde (BRASIL, 1990).

Dentre outros princípios o SUS deve ser regionalizado levando em consideração as peculiaridades de cada região do país; hierarquizado segundo o grau de responsabilidade de cada instância governamental, sob um único comando; integrado uma vez que essas instâncias estão ligadas em nível nacional, estadual e municipal; descentralizado, pois é administrado por vários níveis de direção a começar pelos municípios.

Portanto o direito a saúde está ligado diretamente ao direito à vida e legalmente assegurado através de políticas públicas, contudo o que se vê é o descaso e a dualidade nos serviços oferecidos.

O SUS foi implantado em todo o Brasil; contudo, sua implementação e consolidação ainda não se deu de forma plena. A isso está atribuída a trajetória do sistema de saúde pública brasileira que se caracterizou e permaneceu com alguns traços do passado como um sistema privatista, mercantilizada, voltada para a doença, hospitalocentrico dando cobertura para poucos usuários.

Assim, a implementação do SUS foi marcada por interesses antagônicos em relação a sua consolidação, tanto como política pública, quanto na dificuldade de construir um modelo pautado na concepção ampliada da saúde e na Universalidade, equidade, integralidade, participação da população e dever do Estado.

Um avanço em direção a essa mudança foi à disseminação da concepção ampliada da saúde, pilar das políticas de saúde, que busca por modalidades de atenção inovadoras sobre o processo saúde-doença a partir do reconhecimento dos determinantes sociais neste processo.

Clarificado estas questões sobre a dualidade que historicamente se implantou nas ações desenvolvidas no SUS é necessário buscar mecanismos para combater a imagem distorcida da saúde pública brasileira. Compreendemos que está na compreensão, disseminação e implantação do princípio de Integralidade em Saúde o caminho que levará as mudanças tão almejadas pelo movimento sanitaria e pela população usuária. Portanto, o próximo item tratará sobre a aplicabilidade do princípio de integralidade nas práticas em saúde.

### **1.3.1 A Integralidade como Princípio para a Prática em Saúde**

O conceito de integralidade apresenta uma polissemia de sentidos que vai além do princípio instituído pelo SUS. Mattos (2006), afirma que nos últimos anos vários pesquisadores, estudando o conceito de Integralidade em Saúde, concluíram que vai além da abrangência de atendimento em todos os níveis de complexidade, diz respeito também a um atendimento que leve em consideração as necessidades dos usuários em todos os âmbitos que constituem a vida em sociedade.

O Autor explica melhor esse paradigma lembrando que no inciso II do Art. 198, da Carta Magna de 1988, a palavra Integralidade não aparece, o termo usado é “atendimento integral”:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...); II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

Após dois anos da vigência da Carta, o termo irá aparecer como um dos princípios norteadores do SUS, regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990, tornando-se uma “bandeira de luta” dos profissionais, gestores de saúde e do Movimento de Reforma Sanitária.

De acordo com a LOS, no Artigo 7º, inciso II, a integralidade da assistência é entendida “como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”.

Nesse sentido, trata-se de um princípio fundamental do SUS que pressupõe atenção abrangendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso por meio da assistência focada no indivíduo, na família e na comunidade e não em um recorte de ações ou enfermidades. Além de compreender e promover a manutenção e o incentivo a autonomia das pessoas sobre sua saúde, respeito e proteção à integridade física e moral dos usuários das ações e serviços de saúde (BRASIL, 2005).

Cecílio (2006), traz à tona o que considera o ideário do Movimento de Reforma Sanitária, o triplice conceito sobre atenção em saúde: a Universalidade, Integralidade e Equidade. Posto que, sem a universalização do acesso aos serviços não existirá a integralidade e a equidade na atenção à saúde. Estes últimos vão além do simples consumo ou acesso a serviços podendo ser considerados elementos determinantes da micropolítica de saúde e suas articulações, fluxos e circuitos.

A noção de equidade é associada à igualdade e justiça, “a equidade requer igualdade para produzir efeitos, pois se constitui justamente em corretora de situação de igualdade, na medida em que a adoção deste recurso se revele imperfeita diante dos objetivos da promoção da justiça” (PAIM, 2006, p. 37).

Portanto, o termo integralidade que será utilizado neste trabalho, embasa-se na definição de Mattos e Cecílio (2006), no texto Constitucional e na LOS, ao compreender que para haver integralidade nos serviços de saúde, devem existir ações preventivas nos serviços de assistência em todos os níveis de atenção, e as ofertas de tais serviços, devem ser baseadas nas necessidades biopsicossocial dos usuários de saúde.

Mattos (2006), aponta que o termo integralidade possui três grandes conjuntos de sentido. O primeiro se refere aos atributos e valores de uma boa prática profissional em saúde; o segundo aos atributos da organização de serviços; o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde.

Explanando o que foi proposto no primeiro sentido supracitado, o autor inicia fazendo um breve histórico sobre os conceitos de medicina integral, medicina preventiva e Saúde Coletiva para ponderar as aproximações e estranhamentos entre as ações médicas e a conceito de integralidade. Esse debate se inicia na medicina devido o modelo em saúde ser biomédico e fragmentado.

Expõe que não apenas a classe médica, mas todos os profissionais de saúde deveriam ter em sua conduta o sentido da integralidade. Levando a considerar o uso das técnicas de prevenção em saúde e a identificação mais abrangente das necessidades dos cidadãos e que tal preocupação deve estar presente no cotidiano das práticas em saúde.

Inicialmente o termo integralidade foi utilizado, pelo movimento de Medicina Integral a partir da década de 1980, nos Estados Unidos, criticando a postura adotada pelos médicos, que cada vez mais fragmentavam o atendimento.

Os currículos privilegiavam o laboratório e o hospital, sua base era flexneriana, que propunha reformas curriculares objetivando formar médicos com atitudes menos reducionistas e fragmentárias, e mais sensíveis a apreender seus pacientes e suas necessidades de modo integral, enfatizando o ensino nos ambulatórios e nas comunidades.

Portanto, para a Medicina Integral, a integralidade se expressaria nas atitudes dos médicos em não reduzir o paciente a um sistema biológico que gera doenças e sofrimentos.

Ao chegar ao Brasil, o movimento de Medicina Integral se associou ao de Medicina Preventiva que já existia no país, caracterizando-se por ser um movimento de resistência ao regime militar e, que posteriormente, foi chamado de movimento sanitário e, sua inovação no campo acadêmico, propiciou nos anos de 1970, o nascimento da Saúde Coletiva (MATTOS, 2006).

Devido as oposições feitas a medicina integral, no meio acadêmico, houve um afastamento da Saúde Coletiva, dos temas relacionados a prática médica integral, havendo uma redução da noção de integralidade como uma atitude médica desejável e como característica da boa medicina. Isso ocorreu por não se acreditar nas possibilidades de reproduzir socialmente tais atitudes.

Com o afastamento da Saúde Coletiva da Medicina Integral e da discussão acerca dos atributos da boa medicina, o discurso se voltou aos demais profissionais de saúde envolvidos nos serviços e nas práticas em saúde.

Mattos (2006, p 52), esclarece que “nesse sentido cabe defender a integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram”. O autor torna transparente a necessidade da mudança na postura dos profissionais, para que a integralidade possa se tornar uma realidade nos serviços e nas práticas em saúde.

No segundo sentido, o autor trabalha a integralidade em sua relação com a organização dos serviços e das práticas de saúde. Com a criação na década de 1970, do antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS), houve a consolidação de uma antiga divisão entre as instituições responsáveis pela saúde pública e pela assistência médica uma vez que a primeira era considerada competência do Ministério da Saúde e a segunda do Ministério da Previdência Social.

Essa estrutura dicotômica separava as demandas por atendimento médico das necessidades identificadas como necessidades de saúde pública. Até a criação do SNS, não havia uma política na qual pudessem ser levadas em consideração a saúde pública e a assistência médica. E assim surgiu a bandeira de luta pela unificação entre assistência médica e saúde pública, conquista realizada em 1990 com a constituição do SUS.

Como foi verificado no primeiro tópico, historicamente a saúde pública no Brasil se caracterizou por ser fragmentada em programas, nos quais o que importava era inserir o usuário em determinado programa sem verificar outras demandas individuais. Esse fato provocava a inconcebível imagem de um usuário que deveria procurar dois ou três lugares distintos para tratar de dois ou três agravos, se fosse o caso. Em contrapartida a essa situação, exigia uma certa horizontalização dos programas, que se caracterizam como verticais e fragmentados.

Assim, ao se pensar a oferta dos serviços em saúde, deve-se ter em mente a compreensão das necessidades da população ao qual irá atender: “Nesse sentido, a integralidade se apresenta como um modo de organizar os serviços sempre aberto a

assimilar uma necessidade não contemplada na organização anteriormente dada” (MATTOS, 2006, p. 61).

O terceiro sentido trata acerca dos atributos e das respostas governamentais a determinados problemas de saúde ou necessidade de certos grupos específicos. “Integralidade aqui quer dizer uma recusa, por parte dos que se engajam na formulação de uma política, em reduzir o objetivo de suas políticas, ou melhor, de reduzir a objetos descontextualizados dos sujeitos sobre os quais as políticas incidem” (IDEM, p.63).

Por conseguinte, nesse contexto a integralidade é proposta como um princípio de organização continuada do processo de trabalho nos serviços de saúde, pautada na incansável busca dos profissionais e gestores em ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde dos usuários dos serviços.

A noção de integralidade deve ser expressa nos problemas de saúde levando em consideração tanto as possibilidades de prevenção quanto de assistência dada pelo governo como resposta por meios de políticas públicas.

Na luta pela garantia de um atendimento integral e equânime Cecílio (2006), aponta algumas reflexões para análise do tema dentre os quais se destacam as necessidades de saúde e sua inevitável carência de uma melhor *escuta* das pessoas que buscam os serviços, tomando as necessidades dos usuários como centro de suas intervenções e práticas. O desafio está em se “fazer uma conceituação de necessidades de saúde que pudesse ser apropriada e implementada pelos trabalhadores de saúde nos seus cotidianos (...) visando uma atenção mais humanizada” (p.181).

Ao compreender o papel fundamental da escuta no processo de construção de um serviço de saúde pautado sob o eixo da integralidade, foi verificado no agir profissional dos residentes se os mesmos possuíam o habito de escutar/identificar a demanda a partir das necessidades dos usuários. Foi questionado: Quanto equipe, existia/existe o esforço em traduzir e atender as necessidades dos pacientes?

<b>Respostas</b>	<b>N</b>	<b>Percentual</b>
Não Concordo	0	0%
Concordo Pouco	3	9%
Sem Opinião	0	0%
Concordo Parcialmente	7	21%
Concordo Totalmente	23	70%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabela 1: A equipe e o esforço em ouvir.

FONTE: Pesquisa, 2015.

A resposta para essa questão foi bastante positiva sendo que 70% dos participantes afirmaram que tentavam traduzir atrás da escuta qualificada as necessidades dos usuários. Indicando que está ação era necessária para que posteriormente as estratégias de ação em equipe fossem criadas.

Esse questionamento objetivava verificar se a formação em RMS de fato proporciona a mudança no olhar dos profissionais iniciando pela orientação que suas ações eram compostas. Afinal, conforme o princípio de integralidade é a partir da demanda dos usuários que os serviços devem ser montados.

As repostas mostraram a dificuldade em atender as necessidades dos pacientes no âmbito hospitalar e indicou a atenção básica e secundaria como o melhor espaço para planejar e executar práticas a partir das reais necessidades dos pacientes. Conforme as falas, quanto menor o grau de complexidade, mais aproximação com as necessidades dos usuários, mais acessível fica ouvir suas demandas:

Sim, principalmente na questão da UBS, que tinha esse contato maior, que em UTI fica meio difícil você saber o que ele quer, é um paciente que ele tá desacordado na maioria das vezes, mas na UBS a gente sempre buscava ouvir e buscar fazer o melhor para aquele paciente (CASTANHEIRA, 2015).

Então a gente conversa muito sobre os pacientes. Que seria melhor para o paciente? Fulano está com essa dificuldade. Aí, eu vou com a “FIGUEIRA”, vou com a “EMBAÚBA”, ou com a fulana de tal, verificar a questão que seria bom pra ele, para a saúde, para a qualidade da vida mesmo (ARAÇÁ, 2015).

Sim, no início das nossas atividades, nossa primeira experiência foi no PROAMDE e na Neuroclínica, mas principalmente na Neuroclínica nós conseguimos desenvolver, sentar fazer um plano de trabalho com os pacientes, nós tivemos um que nós acompanhamos por um período de quatro meses, montamos um plano multidisciplinar em equipe para que ele alcançasse o que ele queria na busca daquele serviço. Então tanto na Neuroclínica quanto na UBS nós conseguimos alcançar, porque nós fizemos o planejamento, vale ressaltar que a iniciativa de fazer o planejamento por parte da equipe pra

colocar em prática os conhecimentos obtidos nas disciplinas, não é fácil mais nós conseguimos (ANANI, 2015).

No ambulatório e no PROAMDE, a gente escutava as necessidades do paciente, e a partir disso era montado a intervenção (ANGELIM, 2015).

Para uma melhor escuta deveria existir um compromisso de cada profissional, posto que “a ênfase da gestão, organização na atenção e capacitação dos trabalhadores, deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar em atender às necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção dado aprioristicamente” (CECÍLIO, 2006, p.120).

O ponto central da dimensão da integralidade conforme o autor supracitado está ligada a ESCUTA como ferramenta para que sejam atendidas as reais necessidades de saúde dos que buscam as instituições não importando o nível de complexidade. Cecílio (2006, p.119), considera que “a integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional no espaço concreto e singular dos serviços de saúde”.

O autor denomina essa dimensão como “integralidade focalizada”, na medida em que ocorre em um espaço determinado – focalizado – de serviço de saúde. A “integralidade focalizada” que Cecílio (2006) conceitua só poderá ser alcançada quando partir de uma equipe de saúde disposta a interagir em seus múltiplos saberes e práticas.

Na escuta qualificada das necessidades de saúde pode ser identificado muito mais que queixas de doenças, pode descobrir que as más condições de vida do usuário sejam, na verdade, a causa principal de sua busca. Por isso a necessidade da equipe saber escutar e traduzir essas necessidades, para que suas ações possam extrapolar os muros do conhecimento teórico aprendido na faculdade.

Os profissionais de saúde necessitam mergulhar na realidade econômica, social e emocional em que seus usuários se encontram. A grande maioria das categorias profissionais, durante a graduação, não tem aulas ou disciplinas que abordem sobre relacionamento interpessoal, ou escuta qualificada, tendo em vista que são tantos conceitos, teorias, doenças e tratamentos que pouco tempo sobra para se trabalhar o debate sobre humanização. Existe um muro construído pelo conhecimento intelectual e técnico que cria profissionais que se distanciam das reais necessidades de seus pacientes, e se preocupam mais com a técnica do que com a relação interpessoal, como pode ser visto na fala a seguir:

Porque assim, tem o que ele quer e o que ele precisa, claro que nem sempre a gente consegue casar os dois. Tem paciente que quer sair andando depois de um trauma raque medular. E a gente sabe que não vai acontecer, então a parte da frustração fica para ela (indicando a psicóloga). E eu trabalho com a parte do que ele consegue fazer. Então eu consigo dentro do que é necessário para ele (FIGUEIRA, 2015).

Merquior (2009, p. 287), rebate essa ideia com a seguinte afirmação: “o paradigma que permeia as políticas de saúde torna o doente um ser invisível, opaco, impotente e, por isso, descomprometido e dessubjetivo, submetido a uma lógica burocrática de poder que sintetiza a exclusão social hegemônica”.

Para haja um atendimento inclusivo no SUS, deve-se levar em consideração a autonomia dos usuários, esta deve ser embasada no irrestrito direito a informação e ao pleno conhecimento do que acontece a si mesmo. Assim, é possível tirar o usuário de uma posição fragilizada e ignorante e proporcionar a sua participação no processo saúde-doença (MERQUIOR, 2009).

Afirma ainda que o princípio de autonomia é um processo contínuo de aprendizagem, que promove o estatuto da cidadania e que, em qualquer nível e instituição de saúde o usuário deve estar consciente de sua doença e dos procedimentos a que vai passar para que sinta sua responsabilidade no processo de cura.

Destarte, Mattos (2006) afirma que integralidade pode simplesmente ser definida como um princípio de direito, ou seja, o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde. Podendo levar a ampliação da noção de saúde ao ser contrário ao reducionismo e a abertura do diálogo com outras áreas do saber.

O autor coloca ainda que uma das hipóteses da existência do reducionismo nas ações de saúde esteja relacionada à incapacidade de estabelecer relação com o outro. Atendem aos usuários como se eles fossem apenas sujeitos com uma doença, e não pessoas que possuem desejos, aspirações e sonhos. Leva a compreensão de que para se realizar a integralidade nas práticas e nos serviços de saúde, há a necessidade de se estabelecer uma relação “sujeito-sujeito”.

Assim, a busca por compreender as reais necessidades do paciente, indo além do sofrimento gerado pela doença, considerando o lado emocional e social, caracteriza-se por ações e serviços de saúde integrais (MATTOS, 2006).

### **1.3.2 Necessidades em Saúde e a Integralidade dos serviços**

Na pesquisa, após ser verificado se havia a escuta das necessidades dos usuários, foi verificado se os profissionais, a partir da constatação da realidade, conseguiam desenvolver em equipe ações voltadas para a qualidade do atendimento e das necessidades dos usuários. Nesse sentido foi perguntado: Existia/existe de forma eficiente o desenvolvimento de ações/práticas/serviços integrais voltadas as reais necessidades dos usuários atendidos?

A pesquisa alcançou as seguintes respostas por meio dos questionários:

<b>Respostas</b>	<b>N</b>	<b>Percentual</b>
Não Concordo	3	9%
Concordo Pouco	1	3%
Sem Opinião	0	0%
Concordo Parcialmente	20	61%
Concordo Totalmente	9	27%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabela 2: Ações/práticas/serviços integrais voltadas as necessidades dos usuários.

FONTE: Pesquisa, 2015.

Apesar de muito pequena a amostra, 12% somando não Concordo e Concordo Pouco, demonstram que a integração em equipe divergia dos demais participantes. Chama a atenção também o resultado de 61% que concordou parcialmente que sua equipe conseguia responder as demandas impostas a eles de forma a promover um atendimento integral. O principal motivo apontado como dificultador foi a limitação de recursos materiais e humanos. Como demonstra a fala:

Nessa questão da prática envolve muito a questão de recursos humanos e de recursos financeiros, por exemplo na UBS nós tínhamos uma sala minúscula, e não tínhamos os recursos para fazer um serviço de excelência, mas, o que estava ao nosso alcance a gente tentava fazer. Por exemplo, paciente que precisava de muitos recursos, como cadeira de rodas, remédios, a gente não podia conseguir determinadas coisas, mas a gente encaminhava. Outro exemplo, alimentação, as vezes ele não tem condições de comprar tudo o que ele necessita, mas a gente vai adequando conforme a situação daquele paciente (CASTANHEIRA, 2015).

Às vezes a gente é impedido de fazer algumas coisas por conta da burocracia do serviço. O sistema trava um pouco (CEDRO, 2015).

Sim, Tanto é que foi uma das avaliações, criar questionário avaliativo que contemplasse todas as profissões nesse questionário. A partir disso foi realizado um estudo, sobre as demandas desse paciente e realizado as intervenções. Então cada profissional ouviu o outro e dentro da necessidade do paciente nós tentávamos encaixar, para tentar alcançar a integralidade dele e foi bem satisfatório, depois fizemos uma avaliação com ele, tanto com ele como com a mãe dele que era a cuidadora dele e a resposta foi bem legal do nosso trabalho (ANANI, 2015)

Quando a equipe conseguia sistematizar uma rotina ou metodologia de intervenção para as necessidades do paciente era possível uma perspectiva de integralidade (BREU BRANCO, 2015).

Ao levar em consideração as demais demandas do paciente em questão, o profissional percebe a necessidade das outras áreas do conhecimento, encaminhando o caso para outros profissionais, o que provoca a promoção de um atendimento integral, multiprofissional e interdisciplinar em saúde (MATTOS, 2015).

No entanto, para que isso ocorra, é necessário que os profissionais sejam estimulados a aguçarem sua percepção em relação às necessidades dos usuários. Além da necessidade de perpassar problemáticas encontradas como a ambiguidade do sistema público de saúde, a sobrecarga aos funcionários com cobranças de produtividade, impedindo, muitas vezes, o desenvolvimento qualitativo de serviços/atendimentos integrais.

Por exemplo: na UBS a gente não conseguia desenvolver totalmente, porque o paciente precisava de uma cadeira de rodas, aí a assistente social da nossa equipe entrava em contato, por exemplo. A gente sai de lá e a cadeira de rodas não havia chegado, então ficou com o pessoal do NASF para continuar cuidar desse paciente. Eu acho que é parcialmente, porque a gente planejou, fez as coisas, mas não foi de uma forma eficiente, ou por exemplo, o medicamento estava em falta na semana, não foi eficiente em relação ao sistema (ANGELIM, 2015).

A necessidade que eu entendo aqui é a necessidade humana que a gente sabe da enfermagem, como oxigenação, conforto. Tem paciente que conversa com a gente, as vezes vive chorando, a gente vai lá e conversa com a família, com o psicólogo. Porque a família é bem pobre e não tinha recursos para vir todo dia visitar, então o serviço social vai lá e busca as filhas para visitá-lo (CEREJEIRA, 2015).

Às vezes um problema que não necessariamente ele relatou, mas que a gente visualizou. (IPÊ, 2015).

De acordo com o que eles falam, e do que eu observo, ou os outros profissionais comentam para eu dar uma olhada, ou eu observo e falo com os outros para darem uma olhada. Eu faço o que dá para fazer, converso aqui, converso ali, peço para alguém fazer (AMORA, 2015)

Ressaltamos que “a integralidade, mesmo quando diretamente ligada à aplicação do conhecimento biomédico, não é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas, de todos os profissionais de saúde” (MATTOS, 2006, p. 55). Assim, torna-se notório a real e fundamental necessidade da junção do conhecimento e das técnicas de prevenção, a partir da identificação das necessidades mais abrangentes dos cidadãos no que diz respeito aos serviços e ações em saúde.

Ao considerar a integralidade como um valor de referência que deve ser defendida em todas as práticas de saúde, tanto no setor público quanto privado, cabe ao profissional, em sua zona de atuação, o desenvolvimento de um atendimento que considere além das necessidades que a doença provoca, como as necessidades emocionais, sociais, psicológicas e materiais, fundamentais para a promoção da integralidade.

Cecílio (2006), aponta que ao pensar em equidade e integralidade é inevitável a necessidade de repensar aspectos como a organização do processo de trabalho, a gestão, o planejamento e a indispensável construção de novos saberes e práticas em saúde.

O autor destaca alguns fatores como o respeito ao reconhecimento das necessidades sociais e de saúde, historicamente determinadas, sendo capitadas e identificadas em sua dimensão individual, além do desenvolvimento de uma classificação das mesmas.

A classificação feita por Cecílio (2006), sobre as necessidades de saúde é trabalhada em quatro conjuntos:

O primeiro diz respeito a ter boas condições de saúde, no sentido mais funcionalista, enfatizando os fatores do ambiente externo que condicionam o processo saúde-doença. Na visão marxista enfatizam os variados lugares ocupados por homens e mulheres no processo produtivo. Contudo, existe um consenso que considera “a maneira como se vive se ‘traduz’ em diferentes necessidades de saúde” (p.118).

O segundo conjunto de necessidades de saúde se traduz na falta de acesso ao consumo de toda a tecnologia de saúde que poderia melhorar e prolongar a vida e, inclui os conceitos de tecnologias leve, leve-dura e dura de Merhy (1997). Sendo a tecnologia leve e leve-dura a que diz respeito ao domínio de saber, seja dadas a partir das relações com a operacionalização de máquinas e equipamentos; seja com os processos relacionais em ato porém marcados pela lógica de captura do mundo dos usuários pelos saberes tecnológicos, profissionais centrados. A tecnologia dura leva em consideração apenas a utilização e operação de máquinas e instrumentos no atendimento em saúde.

Cecílio (2006), trabalha com a ideia de que o valor de uso de cada uma dessas tecnologias é definido a partir da necessidade de cada usuário considerando o momento singular que vive.

O Terceiro ponto diz respeito a “insubstituível criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional” (CECÍLIO, 2006, p.119). Por último temos a necessidade de considerar a autonomia de cada pessoa em levar seu modo de viver a vida.

Nessa direção, Cecílio (2006), afirma que uma maior integralidade é fruto de um trabalho multiprofissional como resultado do esforço de cada um dos trabalhadores, através do comprometido em promover uma maior integralidade em seu atendimento, assim:

A integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas em sua expressão individual. (IDEM, p. 120).

Assim, as pretensões da integralidade estão pautadas em um melhor atendimento às possíveis necessidades de saúde dos sujeitos usuários dos serviços. Isso envolve o processo de gestão dos serviços, com ênfase para o processo de conversação e comunicação entre os diferentes trabalhadores de saúde, todos esses elementos se encontram no espaço da micropolítica de saúde que a integralidade promove.

Destaca-se segundo Cecílio (2006) que a integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde é pensar a integralidade no “macro” ao considerar que é necessária uma rede mais complexa composta não apenas por outras instituições e serviços de saúde mas por outros setores, uma vez que a integralidade aqui é pensada em rede. O autor nos lembra da importância de se entender a integralidade ligada a intersetorialidade ao afirmar que:

A integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, num lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas numa ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa de um esforço intersetorial (CECÍLIO, 2006, p. 121).

Todavia, para que essa integralidade do cuidado exista nos serviços, há a necessidade de responsabilização por parte do sistema de saúde, e não na luta individual de muitos usuários em busca por serviços especializados. A fragmentação do sistema possui sua base na fragmentação das instituições, na falta de diálogo entre si, na falta de um sistema de marcações integrando seu funcionamento.

É necessário evitar pensar o sistema como uma pirâmide, tendo em vista que esse modelo cria um afastamento entre os serviços e os usuários, fazendo-se necessário pensar mais como uma rede de múltiplas entradas, deixando de lado o foco na atenção primária como lugar privilegiado para desenvolver a integralidade, construindo um sistema que leve em consideração as necessidades singulares das pessoas e criando novas estratégias,

para a defesa da vida dos usuários, mesmo aqueles que estão só de passagem por um serviço especializado. Assim, “integralidade não se realiza nunca em um serviço: integralidade é objetivo de rede” (CECILIO 2006, p.122).

O autor aponta que compreender a integralidade em rede é de grande facilidade, mas sua execução se torna muito difícil na prática. O problema está na fragmentação do cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, na necessidade de respostas imediatas a demandas pontuais e muitas vezes sem recursos, levam a falta de tempo para pensar na integralidade de forma mais completa considerando as reais necessidades da pessoa que os busca.

Denomina essa articulação em rede de “integralidade ampliada”, realizando-se no âmbito institucional, intencional e nas múltiplas “integralidades focalizadas”, ou seja, é dentro dos serviços de saúde não importando o nível de complexidade que as necessidades reais das pessoas são identificadas pelos profissionais.

Essa integralidade identificada no “micro” se reflete no “macro”, e ao pensar a organização dos serviços no “macro” este pode se refletir no “micro” resultando em uma maior possibilidade de sua realização nos serviços de saúde.

Ao falar de integralidade o autor toca na questão da equidade na atenção à saúde, tendo em vista que um está ligado ao outro; posto que, ao se promover igualdade no atendimento se garante um serviço de qualidade.

Malta (2001, p.135) *apud* Cecílio, 2006, p.124) define que:

A equidade é entendida como a superação de desigualdade que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por mais de ações governamentais também diferenciadas.

Portanto, a integralidade deve estar presente nos diversos momentos do cuidado em saúde, compreendendo as distintas práticas profissionais que podem vir a ser interdisciplinares ao se articularem no campo da promoção da saúde, através de diferentes serviços e instituições.

Exposto isso, seguimos para o próximo item com o objetivo de analisar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde a estrutura e a base formativa oferecida aos trabalhadores.

#### **1.4 O neoliberalismo e os desafios para as políticas públicas de educação e saúde: A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**

O tema sobre educação se faz de extrema relevância social, política e econômica. Portanto posto que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS é voltada para um aperfeiçoamento de profissionais, queremos aqui de forma rápida discutir alguns elementos do processo educacional.

A educação é um universo voltado, quase que totalmente para o mundo das relações sociais. Sendo determinada pelas relações de produção, pautada na lógica da luta de classes, as políticas educacionais sempre acompanham as necessidades do capital e da conjuntura política vigente.

Na busca da manutenção da ordem capitalista, a educação ocupa um lugar importante no processo para a concretização de uma visão de mundo. Segundo Cury (1989), o capitalismo utiliza as instituições e organizações, colocando-as, na medida do possível, a serviço da reprodução de suas ações.

Para a consolidação das políticas de interesse do capital, necessita-se de uma ideologia de dominação que gere um consenso entre a classe dominante e a dominada. Benaion (2006, p. 128) afirma que a classe dominante “utiliza-se de distintos instrumentos visando fornecer ideologias a serem absorvidas pelo restante da população. [...] Estas, deverão ser percebidas como neutras imparciais e de interesse geral”. A ideologia neoliberal cumpre esse papel na contemporaneidade, buscando dissimular, esconder e omitir a existência da divisão de classes. A educação contribui de forma contundente para isso, na medida em que funciona como reprodutora da ideologia ou reforço de dominação.

Um dos aspectos que tem chamado a atenção é a questão da formação dos recursos humanos em saúde. Considerada como um dos “nós críticos” do processo de mudança da gestão e da atenção à saúde no país. De fato, a escassez de quadros qualificados para o exercício da gestão dos sistemas e serviços, além da precarização das relações de trabalho, somadas à inadequação dos perfis e ausência de compromisso de grande parte dos profissionais e trabalhadores de saúde para com o SUS, constituem, hoje, um dos grandes desafios à sua consolidação (PINTO; TEXEIRA, 2011).

Relacionar as categorias neoliberalismo, educação e política pública de saúde, faz-se relevante, pois, nos possibilita compreender que a formação dos profissionais de saúde que, em última análise, são os que determinam a qualidade do atendimento que a população recebe, assim como o tipo de serviço, a quantidade e a adequação às

necessidades e demandas. Portanto o avanço do SUS depende, em grande parte, da formação e de organização do trabalho desses profissionais. Portanto se questiona: qual o tipo de formação os profissionais de saúde recebem? é centrada no sistema público tendo em vista seus princípios de universalização, igualdade e integralidade ou está voltada apenas para o mercado consumidor?

Lima (2007), afirma que o neoliberalismo surge ao fim da 2ª Guerra Mundial, tendo seu centro nos países de capitalismo avançado. Esse modelo se instala na crise do paradigma keynesiano gerado nas contradições entre a acumulação de capital e as políticas distributivas derivadas do Estado de Bem Estar Social, obrigando assim o Estado sair de sua posição de controle da economia para o de instrumento interventor no processo de acumulação de capital. O autor afirma que o “pilar implícito e político-ideológico do pensamento neoliberal é a tentativa de alçar o mercado ao grau máximo de regulação da vida social, a uma totalização supra classista invasora, não só das relações econômicas, mas das relações políticas e culturas” (LIMA, 2007, p. 4).

A ideia de liberdade social, econômica e política, tornam-se elementos essenciais da ideologia neoliberal para que a lógica do mercado, defendida como ponto de equilíbrio da sociedade, seja absorvido pelo Estado como a melhor forma de criar e gerir as políticas públicas. “Para a doutrina liberal, a noção de mercado é o eixo das relações sociais, o motor da organização social” (LIMA 2007, p. 3). Nesse contexto destacamos as políticas públicas de educação e saúde, sendo a primeira e a segunda usadas e absorvidas pela lógica do comércio e preferencialmente gestadas por organismos privados.

A concepção neoliberal estampa em seu fundamento a necessidade da desigualdade entre os indivíduos, uma vez que todos são diferentes em capacidades e necessidades. Nesse sistema o Estado se configura por meio de ações limitadas no campo político objetivando a liberdade dos sujeitos para agirem de acordo com seus interesses principalmente os econômicos. Portanto a sociedade chegará ao equilíbrio ao permitir que o mercado tenha mais controle sobre suas relações, restando ao Estado o papel de interventor apenas nos pontos em que a ordem social esteja em risco (BIANCHETTI 2001).

Portanto, o neoliberalismo se configura como sendo um sistema econômico e político que se baseia em um livre mercado para pobres, marcado por reformas que restringem e retiram seus direitos sociais, enquanto que para os ricos o Estado é altamente intervencionista criando um tipo de proteção social implementada através de “mecanismos fiscais, subsídios e outros fatores econômicos” (BENAION, 2006, p.91).

A partir da década de 1980, no Brasil, o neoliberalismo usa como estratégia as reformas que passaram a ser denominadas de contrarreformas tendo em vista que seus resultados eram opostos aos objetivos iniciais. Criou-se a ilusão das privatizações que prometiam aliviar o déficit público, mas o mesmo nunca ocorreu.

Com a reforma administrativa o Estado diminuiria sua participação na sociedade, mas o que pode se observar foi a grotesca transferência da utilização do fundo público em programas da área social para os programas econômicos de ajuda empresarial. “As contrarreformas são materializadas em políticas de desmonte da seguridade social, dos cortes nos orçamentos da saúde, educação, habitação e a legalização do controle oligopólio da economia” (BENAION, 2006, p.92). O autor aponta que essas mudanças objetivavam a geração de excedentes destinados para o pagamento da dívida externa, determinando assim a desqualificação dos serviços de saúde e educação.

Com o modelo neoliberal, pode ser visto por parte das medidas adotadas pelo governo, o ataque a Educação pública brasileira. Lima (2007) cita a Cartilha do Instituto Liberal para demonstrar o papel estratégico que a educação ganha dentro do projeto neoliberal. Nesse projeto a intervenção na educação vem se adequar aos propósitos empresariais e industriais, atrelado aos objetivos do mercado de trabalho. “Trata-se de fazer com que as escolas preparem melhor seus alunos para a competitividade do mercado nacional e internacional [...] é importante também utilizar a educação como veículo de transmissão das ideias que proclama as excelências do livre mercado da livre iniciativa” (p.6). Ainda nas linhas do autor, a expressiva mudança no currículo aponta para a preparação do mercado e da aceitação dos postulados do credo liberal.

Para Cury (1989) a educação, antes de qualquer coisa, possui um caráter de medição, posto que seleciona uma maneira de vê as relações sociais. O capitalismo utiliza a educação para mascarar as suas relações sociais de base. Pautando-se na teoria de Marx, o autor afirma que a educação como mediação tanto funciona para o “despertar da consciência”, como para impedi-la.

A educação no Brasil encontra-se centrada nos moldes da ideologia neoliberal impostas à sociedade como expressão da expansão do capital no país, principalmente a partir da década de noventa. Contudo, para examinar a educação, segundo Benaion (2006, p. 103), somos conduzidos “a análise dos aspectos essenciais como a ideologia transmitida pelo sistema educativo e das representações sociais assumidas pelos indivíduos através dos mesmos, e o papel desta com a reprodução das condições ideológicas da sociedade”.

De modo bem suscrito, o modelo ideológico neoliberal preconiza a não intervenção do Estado na economia. Onde políticas aparelhadas por organismos internacionais como o Fundo monetário internacional - FMI, Banco Mundial, Organização Mundial do Comercio – OMC, associados aos Estados Unidos da América e aos sete países mais ricos do mundo – G7, foram impostas aos países endividados do terceiro mundo, políticas conhecidas como o Consenso de Washington. Nas economias periféricas, a ideologia do neoliberalismo implicou na reorganização do sistema imperialista que debilitou o Estado e submeteu cada vez mais as economias periféricas ao “livre mercado” reduzindo a intervenção estatal (BENAION, 2006).

No que tange a educação, o discurso neoliberal, deixa de ser parte do campo social e político para ingressar no mercado e funcionar a sua semelhança. Vale destacar três objetivos do modelo neoliberal para educação.

1. Atrelar a educação escolar à preparação para o trabalho e a pesquisa acadêmica ao imperativo do mercado ou às necessidades da livre iniciativa. [...]
2. Tornar a escola um meio de transmissão dos seus princípios doutrinários. [...]
3. Fazer da escola um mercado para os produtos da indústria cultural e da informática, o que, aliás, é coerente com ideia de fazer a escola funcionar de forma semelhante ao mercado, mas é contraditório porque, enquanto, no discurso, os neoliberais condenam a participação direta do Estado no financiamento da educação, na prática, não hesitam em aproveitar os subsídios estatais para divulgar seus produtos didáticos e paradidáticos no mercado escolar (MARRACH, 1996, p. 46-48 *apud* LOPES E CAPRIO).

O neoliberalismo traz nesse discurso a ideia de educação como uma atividade para transmitir conhecimentos que qualificam para ação individual, principalmente no que se refere a sua inserção no mercado de trabalho.

De acordo com Benaion (2006), quanto ao ensino superior, a prioridade do governo está em formar profissionais qualificados para uma mão de obra mais complexa. Onde, a pesquisa científica e tecnológica incentive a expansão do ensino superior privado, contudo voltado quase sempre apenas para a atividade de ensino, tendo como objetivo apenas o lucro.

A política educacional como refém aos aportes da acumulação capitalista tem culminado num redesenho na qualidade da educação superior, desvalorizando-o em todas as suas formas: a docência, a pesquisa, a extensão, as diretrizes curriculares quer em pública e/ou privada. A proposta neoliberal está estruturada para uma massificação, simplesmente para atender aos anseios do mercado. Com isso, imprimir nas universidades um modelo de gestão empresarial.

Contudo, ao passo que a educação é transferida para a esfera do mercado, passa de uma condição de direito preconizado na constituição, para um privilégio de poucos, restringindo-se a quem possa pagar.

Essa postura mercantilista do ensino superior foi reforçada pela nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), determinando as competências da federação, transferindo responsabilidades e priorizando o Ensino Fundamental, como responsabilidade dos Estados e Municípios (a Educação Infantil é delegada aos municípios); relegando os demais níveis do ensino às leis da oferta e da procura. Pautando-se nos estudos de Demo (1997) sobre a LDB, Giron (2010, p. 23) afirma que está, “estabelece uma relação muito próxima entre educação e qualificação profissional, faltando-lhe a percepção da importância da educação como processo de humanização e reconstrução social”.

É fato que a consequência das mudanças decorrentes do novo modelo ideológico imposto traz implicações na formação, na prestação dos serviços de qualidade, na formação da consciência de classe, nas condições e nas relações de trabalho e na vida do trabalhador. Frente a isso, somos desafiados a lutar, resistir e construir alternativas de uma educação significativamente diferente.

Portanto as medidas neoliberais adotadas para as políticas sociais de educação e de saúde rebatem de forma negativa na formação dos profissionais e conseqüentemente na qualidade dos serviços. Neste cenário permeado pelo contexto de capitalismo mundial nascem desafios para todos os setores da sociedade, acadêmicos, professores, profissionais de saúde e etc. na luta por políticas públicas que sejam universais e integrais saindo da lógica do mercado.

Após esta breve contextualização, retomamos a discussão específica sobre a educação permanente em saúde que segundo Ceccim e Ferla (2007), o Projeto de Reforma Sanitária da década de 1980, trouxe à tona a preocupação com a formação acadêmica dos profissionais de saúde, além da integração do sistema de ensino e saúde ao compreender que, para haver um atendimento integral em saúde, era necessário o desenvolvimento do aprendizado e da prática multiprofissional, incorporando a escuta qualificada para a compreensão do processo *saúde-doença-cuidado-qualidade de vida*.

Ratificando o que os autores afirmaram acima, Feuerwerker (2006) afirma que a busca por mudanças na graduação das profissões de saúde, é mais antiga que a criação do SUS, o movimento sanitário esteve ativamente envolvido na busca por mudanças na formação de sanitaristas com uma visão ampliada da saúde e que lutasse pela integração docente/assistencial.

Esse anseio foi previsto na Constituição Federal de 1988, no Artigo 200, no inciso III, que diz: “Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”.

De acordo com Ceccim e Ferla (2007), apesar dos avanços quanto a universalização e descentralização dos serviços de saúde na implementação do SUS, não se vê o mesmo quanto às políticas educacionais para o setor.

Para Feuerwerker (2006), a mudança na graduação das profissões de saúde é um tema fundamental para todos aqueles preocupados com a consolidação do SUS, isso porque, “não parece possível produzir a reorganização das práticas de saúde sem interferir simultaneamente no mundo da formação e no mundo do trabalho”.(p. 15).

Outro problema está no que afirmam Ceccim e Ferla (2007) quando dizem que no Brasil há um tímido investimento em programas de pós-graduação em saúde e, o quadro se agrava ao ser constatado que não houve mudanças no processo de formação (graduação) que trouxessem a humanização, o acolhimento e a responsabilização nas ações e serviços de saúde.

Conforme os autores, o processo de formação em saúde é o que habilita os trabalhadores em saúde em suas relações profissionais com os usuários e, o desenvolvimento de ações e serviços pautados na qualidade de saúde. E para que isso, faz-se necessário a abertura e a criação de novos modelos de educação em saúde, que visem a formação como ação estratégica no desenvolvimento da área da saúde.

Assim, são os profissionais de saúde que, em última análise, determinam a qualidade da atenção à saúde que a população recebe, o tipo de serviços, a quantidade e a adequação às necessidades e demandas.

Interessante notar nas afirmações anteriores a deficiência na formação dos profissionais de saúde, tendo em vista que desde a década de 1990, com a implementação do SUS, a dimensão formativa deveria estar voltada para o sistema de saúde público, mas não houve, devido a não articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação.

Feuerwerker (2006), afirma que a necessidade da aproximação da formação com o mundo do trabalho, com objetivo de oferecer novas tecnologias e novos compromissos ético-político para o trabalho em saúde enfatiza que o processo de formação é também objeto indispensável das políticas de saúde.

Na tentativa de aproximação dos setores de educação e saúde, em 2000, para subsidiar a gestão do trabalho, bem como a política de desenvolvimento dos trabalhadores do SUS, foi criado o documento, "Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS, NOB/RH-SUS(2000).

Segundo Feuerwerker (2006), a busca por mudanças ganhou o cenário político sendo a primeira conquista, desse movimento, a criação do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas - PROMED. Lançado pelo Ministério da Saúde (MS), em dezembro de 2001, em parceria com o Ministério da Educação (MEC) e a Organização Panamericana de Saúde (OPS).

Depois vieram os Polos de Educação Permanente, o VER-SUS, que tem como objetivo proporcionar a estudantes de diferentes áreas de graduação, vivências do SUS, sendo criado pelo Ministério da Saúde com a intenção de abrir espaços de discussão sobre a formação dos profissionais da área da saúde com o convite para trabalhar a integralidade como eixo da mudança.

Em seguida, em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, do Ministério da Saúde para assumir o papel de gestor federal no que diz respeito à formulação das políticas orientadoras da formação, desenvolvimento distribuição, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde.

Integrada a essa Secretaria está o Departamento de Gestão da Educação na Saúde – DEGES, que é responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de escolaridade. Uma de suas coordenações diz respeito às Ações Técnicas em Saúde voltadas para a educação profissional de trabalhadores da saúde.

O Departamento promove a articulação entre três eixos fundamentais: a relação entre a educação e o trabalho; a mudança nas políticas de formação e nas práticas de saúde; a produção e a disseminação do conhecimento e a educação nos locais de serviço. O Departamento passa a desenvolver suas ações pautadas na Política Nacional de Formação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004).

O DEGES propõe a adoção da educação permanente como a estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde.

Quinze anos após a promulgação do Artigo 200 da Carta Magna, que diz que a ordenação e a formação de recursos humanos na área de saúde é uma atribuição do SUS, esse inciso ganhou mais uma estratégia para sua consolidação com a Portaria N° 198/GM/MS de 2004, que Instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para SUS.

Para Vargas (2010), a política de educação para o SUS propõe a educação permanente, na perspectiva da busca de transformações das práticas das equipes de saúde a partir da análise coletiva dos problemas reais e da construção de estratégias de enfrentamento, a partir do diálogo.

A política leva em consideração a importância da integração entre o ensino em saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais; assim como, compreende que a Educação Permanente em Saúde realiza a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o trabalho e resolutividade da clínica e da promoção da saúde coletiva.

Em seu Artigo 1º, preconiza que devem ser criados recursos para identificar as necessidades de formação, do desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e da construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão, fortalecendo assim, o controle social no setor, na perspectiva da produção de impactos positivos sobre a saúde individual e coletiva.

O enfoque da Educação Permanente representa uma importante mudança na concepção e nas práticas de capacitação dos trabalhadores de saúde, supondo inverter a lógica do processo por meio das seguintes estratégias:

- incorporar o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e às práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem;
- modificar substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problematização do próprio fazer;
- colocar as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de receptores;
- abordar a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;
- ampliar os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias (Portaria Nº 198/GM/MS de 2004).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde indica que os processos de qualificação tomem como referência as necessidades de saúde das populações usuárias do serviço, a gestão setorial e o controle social. Tem como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, sendo estruturados a partir da atuação e da gestão setorial em saúde, além da estratégia organizacional do exercício da atenção embasada na prática em equipes.

Fortalece a articulação entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde em 2005, ao instituir o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em

saúde (Pró-saúde), Portaria Interministerial nº 2.118/2005 que visa à cooperação técnica entre os dois ministérios para a formação e o desenvolvimento de recursos humanos na saúde, envolvendo o nível técnico, a graduação e a pós-graduação, para a formação e o desenvolvimento de recursos humanos na saúde, (BRASIL, 2006).

Segundo Machado (2007) a educação em saúde, proposta por tais políticas, destaca-se pelo princípio de **Integralidade** como uma estratégia articulada entre a concepção da realidade no contexto de saúde e a busca de possibilidades e atitudes geradoras de mudanças a partir de cada profissional, do trabalho em equipe e dos diversos serviços que busquem uma transformação no quadro da saúde da população.

Para Oliveira (2004), a partir desses pressupostos, torna-se emergente a ampliação de ações de educação em saúde para a formação de profissionais que sejam capazes de desenvolver um olhar crítico sobre a realidade, assim como, de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de modo a organizar e realizar essas ações e de avaliá-las com espírito crítico para o alcance do conceito de saúde.

Devem ser capazes de adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças. Neste sentido, a educação em saúde significa contribuir para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar a sua vida.

Nessa direção, a educação permanente em saúde se coloca como uma ação estratégica no desenvolvimento de processos formativos para a organização de serviços, prática pedagógicas de saúde e na organização do sistema em suas várias esferas de gestão e instituições formadoras, visando a implementação dos princípios e diretrizes do SUS, e tornando-se o ponto de ligação ente o mundo da formação e o mundo do trabalho (BRASIL, 2006).

Um passo importante para a promoção de ações integrais em saúde foi à criação do Programa Saúde da Família em 1993, cujas ações desenvolvidas mostraram resultados positivos, que levou o Governo a reestruturar o sistema.

Em 1999, o Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, junto a atores do Movimento Sanitário, articulou-se formando grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em saúde da família com uma abordagem multiprofissional. Nascia a primeira proposta de Residência Multiprofissional norteado pela promoção da saúde, pela integralidade da atenção e do acolhimento, como a Residência em Saúde da Família. (BRASIL, 2006).

Ressalta-se que todos estes movimentos apontam para a necessidade da formação de profissionais qualificados para a promoção de saúde sob o princípio da integralidade.

De acordo com Closs (2010) a qualificação dos trabalhadores do SUS implica em um processo amplo de mudança no trabalho em saúde, o que exige estratégias em direções distintas. Primeiramente mudanças no campo da assistência da gestão dos serviços, bem como no plano da formação em saúde.

Destacamos a importância da ampliação das políticas de Recursos Humanos em Saúde, dentre as quais se situa a Residência Multiprofissional em Saúde, criada em 2005, como uma modalidade de formação que compartilha possibilidades de contribuições para a consolidação do SUS. Neste cenário essa institucionalização se mostra como estratégia de forte potencial no que se refere a mudanças no cuidado em saúde, atendimento integral, além da construção da interdisciplinaridade e o trabalho em equipe.

Portanto posto o cenário das políticas de saúde no Brasil, com destaque para o princípio de integralidade defendida dentro do SUS. Como estratégia para gerar mudanças no agir profissional passaremos para o próximo capítulo na busca de compreender as políticas voltadas para a formação dos trabalhadores de saúde, com destaque para o Programa de Residência Multiprofissional, modelo que promove o ensino em serviço, as práticas multidisciplinares e interdisciplinares, com o objetivo de capacitar trabalhadores capazes de implementar o princípio de integralidade nos serviços de saúde.

## **2. CAPÍTULO RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE NO HUGV**

O tema sobre os processos de trabalho em saúde tem se mostrado como um elo que liga a defesa dos direitos de saúde a qualidade dos serviços. Essa discussão se caracteriza como um dos nós críticos da saúde tendo em vista a mercantilização dos serviços de saúde. Os militantes da reforma sanitária apostam que a efetiva mudança no modo de produzir saúde está na desestruturação do modelo tecnoassistencial das políticas públicas.

Na busca por essas mudanças se coloca no cenário brasileiro um modelo inovador de formação denominado Residência Multiprofissional em Saúde - RMS que foi instituída definitivamente através da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. A proposta das RMS possui em sua perspectiva os princípios e diretrizes do SUS com destaque para as ações de integralidade da atenção buscando promover mudanças no nível organizacional, técnico-assistencial e das relações em equipe e da participação do usuário. Portanto, este capítulo se dedica a compreensão dessa nova proposta de formação e a analisa a implementação da mesma no Estado do Amazonas cidade de Manaus.

### **2.1 O Trabalho Vivo em Ato na Residência Multiprofissional em Saúde no Hospital Universitário Getúlio Vargas em Manaus**

Compreendendo que os profissionais de saúde são trabalhadores imersos no sistema capitalista globalizado, a produção em saúde está intimamente ligada ao mundo do trabalho, fazendo-se necessário a compreensão das mudanças ocorridas e dos impactos no mundo do trabalho (MERHY, 2013).

Segundo Zanelli e Silva (1996), ao longo da história o trabalho se tornou atividade fundamental para o desenvolvimento do ser humano. É um processo produtivo, em que o homem transforma e é transformado. Como ação humanizada, impõe assimilações em aspectos fisiológicos, morais, sociais e econômicos, tornando-se elemento chave na formação das coletividades e, portanto, dos valores que tais coletividades difundem.

Esta categoria constrói no homem sua autoestima, orgulho, objetivos e modo de viver. As estruturas sociais passam a ser regidas pelos modos de produção que, por sua vez, trará em sua essência a fragmentação do trabalho em todos os âmbitos.

Quanto à necessidade de compreensão do trabalho/emprego está no fato de este embasar as relações dentro da sociedade capitalista em que vivemos. Trata-se de uma categoria central ao homem. Citando Marx e Engels (1977), Yamamoto (2007) afirma que é uma atividade que produz e reproduz a vida material; pois, para viver, os homens precisam comer, beber, ter habitação, vestir-se, dentre outras coisas, mas para isso necessitam trabalhar, pois o trabalho é a base para sobrevivência humana.

Sabemos que o trabalho ocupa lugar central na vida do homem, todavia, mediante a reestruturação produtiva ocorrida na década de 1970 e mais intensamente nos anos 1990 do século passado - com as mudanças na dinâmica de produção – ele se tornou escasso para uma enorme parcela da população. Essa reestruturação ao visar maior produtividade do trabalhador transformou o foco das ações para a geração de lucro no menor espaço de tempo possível.

Teixeira (2008), afirma que o trabalho transforma o tempo de vida do trabalhador em tempo para fins de valorização do capital, em detrimento das qualidades e necessidades humanas do produtor. Quando se pensa na essência do trabalho dentro das sociedades capitalistas, pode-se perceber que a vida inteira o homem, em sua maioria, trabalhou para prover seu sustento.

Segundo Yamamoto (2007), a sociedade salarial é sobretudo uma sociedade na qual a maior parte dos sujeitos sociais têm sua inserção relacionada ao lugar que ocupa nesta sociedade, ou seja, não somente sua renda, mas também seu status, sua proteção, sua identidade, estão envolvidas.

Castel (1999), reafirmando essa discussão, afirma que a sociedade salarial inventou a seguridade ligada ao trabalho. Antes ser protegido era possuir bens a partir dessas mudanças ser empregado passou a significar segurança o salário se consolidou e passou a ter um papel de atração em torno do qual o conjunto da sociedade moderna se organizou. A partir de então, a sociedade se constitui fortemente hierarquizada e permeada por injustiças e exploração, na qual cada indivíduo é detentor de um mínimo de garantias e direitos.

Segundo Arretche (1995), houve uma mudança acentuada na condição de assalariado a partir de 1930 a 1970, período que ficou conhecido como Anos Gloriosos, no qual inúmeras conquistas foram realizadas no campo do direito social vinculadas ao trabalho, sistema que ficou conhecido como *welfare state*, e expandiu-se por vários países desenvolvidos da Europa e América do Norte.

Nesse período foram criados programas de proteção social assegurando o direito de aposentadoria, habitação, educação, saúde, etc. O sistema do *welfare state*, seria um

subproduto necessário das profundas transformações desencadeadas a partir do século XIX, sendo elas o fenômeno da industrialização, modernização da sociedade e do modo capitalista de produção. A ampliação dos programas sociais desse período, estavam correlacionados a crescente divisão do trabalho na sociedade e, simultaneamente, um grande crescimento na especificidade do trabalho.

Netto (2009), afirma que no início da década de 1970, esse sistema traz indícios de esgotamento, o crescimento econômico se reduziu, as taxas de juros aumentaram na mesma proporção que o desemprego, e uma longa onda de ressecção se instalou. A partir de então se implementa uma estratégia política global para reverter a conjuntura negativa, sendo o primeiro passo, o ataque ao movimento sindical e os cortes com os gastos públicos com as garantias sociais. Começam a ser introduzidas alterações nos circuitos produtivos que deslocam o padrão para o modelo de acumulação flexível.

Segundo Barbosa (2007, p. 30), como consequência do agravamento da crise econômica, houve o “desmonte do que se conheceu como produção e consumo de massas”. Foram abertas novas formas sociais de expressão da organização produtiva, formando uma “maior flexibilização dos processos sociais concernentes ao trabalho, ao consumo, à produção e à regulação pública, associada ao avanço das inovações tecnológicas e microeletrônicas”. Não apenas o modelo de produção se torna flexível, mas o trabalhador também e junto com essa precarização dos direitos trabalhista que passa a ser baseada na contratação temporária os direitos conquistados também se tornam flexíveis.

Nesta conjuntura, Antunes (2008, p.44-45) explicita que:

Os serviços públicos, como os serviços de saúde, energia, telecomunicações, previdências etc., sofreram um significativo processo de mercantilização, de *mercadorização*, que afetou ainda mais fortemente a classe trabalhadora também em seu universo estatal e público.

Esta rápida contextualização se fez necessária tendo em vista a compreensão dos contextos sócio econômicos que os trabalhadores de saúde estão inseridos, uma vez que a precarização do mundo do trabalho os atinge diretamente ocasionado muitas vezes a baixa qualidade nos serviços prestados.

Maior exemplo da precarização do mundo do trabalho na saúde são as cooperativas de saúde, mecanismo que visa a degradação do serviço público, acirra o mercado de trabalho, aumenta a competitividade e a precarização dos direitos dos trabalhadores. Para um profissional se manter no mercado de trabalho hoje, ele necessita

produzir, mostrar em números seu trabalho, não importando a qualidade do serviço prestado.

Essa realidade numérica da saúde no Brasil está tanto no setor público quanto privado. Hoje, devido ao modelo hegemônico que predomina a produção de saúde o mais importante são os profissionais que geram lucro. O que viria a ser lucro em saúde? O uso de equipamento, exames, cirurgias, matérias, além de especialistas que solicitem e usem esses recursos. Maquinaria e saber especializado é nisso que consiste o lucro em saúde. Felizmente existem intelectuais, docentes, profissionais e usuários que lutam, contra essa hegemonia capitalista imposta a população por meio do Movimento de Reforma Sanitária e Saúde Coletiva.

Quando a temática é qualidade nos serviços de saúde Merhy (2013), afirma que o segredo de um serviço de qualidade está no modo de operar no cotidiano dos mesmos, depositando nas mãos dos trabalhadores de saúde a chave para a modificação da realidade do SUS.

O tema sobre trabalho em saúde é tomado de grande importância pela comunidade acadêmica, pelo movimento de reforma sanitária e principalmente a quem de fato interessa, os usuários dos serviços de saúde a população que muitas vezes aceita a má qualidade dos serviços que por serem gratuitos não se deve exigir ou questionar a qualidade do atendimento.

Como foi discutido anteriormente a saúde qualifica-se como direito fundamental a todos os cidadãos e constitucionalmente é indissociável do direito à vida, sendo o seu acesso um campo de amplo debate principalmente no que tange ao gerenciamento e aos processos de trabalho em saúde, considerado um dos grandes nós críticos por Merhy (2013), isso devido a necessidade de mudança do atual modelo tecnoassistencial das políticas públicas que tem se mostrado comprometido com muitos interesses, contudo alheios a saúde da população.

Por meio de uma longa experiência de militância na busca por mudanças no modo de produzir saúde no Brasil, Merhy (2013) aponta que está é uma tarefa que só pode ser feita de forma coletiva pelos trabalhadores de saúde, por meio de mudanças dentro do cotidiano no modo de operar o trabalho, do contrário serão inválidos os esforços no sentido de realizar reformas macroestruturais e organizacionais.

O autor afirma que o desafio central na produção de uma reforma que implique em uma “coletivização” da gestão dos processos de trabalho, deve ter por base os interesses dos usuários que usam os serviços. Um dos fatores que podem fomentar os

“dispositivos” de mudança no cotidiano dos serviços, relaciona-se ao estudo da dinâmica da micropolítica do trabalho em saúde, sempre tendo por base as necessidades do usuário.

Merhy (2013) reporta-se a Marx para afirmar que o trabalho não se restringe somente a uma dimensão operativa, enquanto atividade humana, mas como uma *práxis* da relação homem/mundo em um processo de mútua produção.

Frente a isso o referido autor chama atenção para a mudança do processo de trabalho em geral com destaque para a modernização trazida pela revolução tecnológica, que afetou todos os setores sob diferentes perspectivas da produção capitalista.

Parafraseando Peter Drucker, Merhy (2013), aponta que a marca da revolução tecnológica hoje é caracterizada pela predominância do setor terciário no mundo da produção material, e aqui essa terceirização não se limita a contratação de empresas que prestam serviços de determinados setores como segurança ou limpeza.

Esta terceirização está ligada a natureza do espaço de produção o qual se relaciona diretamente com o conhecimento, questão crucial no mercado de trabalho, para gerar uma produção enxuta e mais lucrativa passando a ser a exigência dos empregadores. E será por meio dessas novas e avançadas tecnologias – máquinas e saberes estruturados – que o trabalho vivo em ato é capturado.

De tal modo, o autor quer dizer que as revoluções no mundo tecnológico de produção, não impactam a saúde apenas por inserir novas máquinas, mas por inserir novos modos de gerir as organizações em busca da captura do trabalho vivo em ato na produção, adaptando-se aos processos produtivos capitalistas. Um exemplo disso são os protocolos de saúde, criados para auxiliar no dia a dia da clínica, mas também para ter um controle sobre os autogovernos dos trabalhadores.

O autor ressalta que estas questões se apresentam de um modo particular no processo produtivo das práticas de saúde, por causa de sua natureza ser menos estruturada, devido essas práticas se realizarem em um espaço intercessor trabalhador-usuário como espaço de trabalho vivo em ato que é definido pelas necessidades dos usuários do serviço.

O conceito de autogoverno do trabalho definido por Merhy (2013), diz respeito a capacidade humana e individual, que cada pessoa tem de realizar um trabalho com distinção, visto que é um ser pensante, com personalidades diferentes, ética e tomadas de decisões. Ou seja, cada trabalhador executa seu trabalho de sua forma, pois na hora que está executando está decidindo a melhor forma de fazer o tempo ou seu *modos operandi*. Existe o elemento subjetivo em toda ação executada, por clara e única que seja a forma de fazê-lo.

Assim, a captura do autogoverno nas práticas de saúde não é só muito difícil e restrita, mas impossível pela própria natureza tecnológica deste trabalho. Os serviços de saúde atuam em situações nas quais os processos de gestão do trabalho invadem os de gestão do equipamento institucional e está sempre nos limites entre o público e o privado.

Por isso, o autor bate tanto nessa tecla, do autogoverno no trabalho vivo, pois acredita que a mudança nos serviços de saúde está nas mãos de quem executa, pode existir inúmeros protocolos formas e teorias de como executar, mas será no cotidiano com o que lhe dar corpo a corpo individualmente com cada pessoa que a mudança poderá ocorrer.

O autogoverno é exatamente isso, o protocolo que pode indicar que o paciente deve passar pela triagem e depois ser encaminhado ao especialista. Contudo cabe ao profissional que está atendendo ir além de simplesmente fazer um encaminhamento, ele pode ouvi-lo indo mais adiante dos sintomas físico, pode sair de sua sala e ir discutir ideias com outros profissionais. Pode atendê-lo de forma humanizada, integral, interdisciplinar isso não está nos protocolos como foi verificado nas respostas dos residentes que indicavam que a iniciativa de abrir um diálogo entre a equipe partia deles próprios pois nem no serviço, nem nos preceptores se impunha-lhe tal atitude.

O que irá se exigir é que o profissional execute sua função determinada pela fragmentação e especialização dos saberes, mas o agir integral, o dialogar com outros saberes, o ouvir e tentar identificar as reais e pessoais necessidades do paciente está dentro do espaço único que o trabalhador de saúde possui que é seu autogoverno, dentro do trabalho vivo, sem supervisão ou obrigação em executar ações repetitivas, mas com liberdade de ir além do que o protocolo indica, ou do conhecimento especializado que adquiriu durante a graduação.

A compreensão de tal conceito indica a chave para a mudança no fazer profissional e na gestão em saúde. Pois como disse Merhy (2013), pouco adiantaria reestruturar o processo de gestão se os trabalhadores não forem tomados de consciência de seu papel na reestruturação das mudanças tão discutidas e buscadas pelo movimento de reforma sanitária na luta pela plena implementação do direito a saúde a todo cidadão.

Merhy (2013), explica o processo de trabalho na saúde sob a perspectiva da micropolítica e dos cenários de disputas de forças presentes nos modos de produzir saúde. Assim, dentro da micropolítica do trabalho sempre estará aberto à presença do trabalho vivo em ato comportando distintas lógicas de trabalho que podem inventar novos processos e mesmo abri-lo em outras direções não pensadas. Portanto, “na micropolítica do processo de trabalho não cabe à noção de impotência” (p.53).

Ao indicar uma possível superação do modo de fazer saúde que conhecemos, o autor explica que o trabalho vivo ocupa um lugar estratégico na ação de redefinir a organização, tornando-se fonte inesgotável na produção de possíveis novos cenários no interior do mundo do trabalho que se busca superar e, afirma que a micropolítica (espaço de lutar e poder) é um lugar estratégico de mudanças nas ações e na gestão do trabalho e dos serviços em saúde.

Os processos de trabalho no sistema capitalista se preocupam e buscam constantemente criar novas formas de capturar o trabalho vivo em ato defende Merhy (2013). Esta preocupação se liga a lógica da mais-valia teorizada em Marx, na qual a compreensão de tais elementos é necessária no cotidiano da vida, tendo em vista que o lucro é gerado em uma relação de tempo e de trabalho, quanto mais trabalho em menos tempo, mais lucro, mais rentável, mais interessante.

Após 1990, os serviços de saúde passaram de exclusivamente curativos para promoção e a prevenção em saúde. A saúde se tornou um negócio muito lucrativo e, portanto, a busca por um maior número de atendimentos e de exames que envolvam maquinaria de alta complexidade e especialistas é o foco tanto do setor público quando privado, com destaque para o último.

No trabalho em saúde os instrumentos correspondentes às formas pela qual a energia se incorpora ao processo de trabalho em saúde são relacionados com os instrumentos correspondentes às formas materiais e não matérias que possibilitam a apreensão do objeto de trabalho que são as necessidades de saúde, a atividade humana está presente antes e durante o processo.

Posto isto Merhy (2013), pondera que o trabalho vivo em ato vai além dos limites do processo instituído pelo capitalismo pois está na base de qualquer possibilidade de intervenção no sentido da mudança, que é centrado no usuário. Será a subjetividade do trabalho vivo em saúde permanentemente o lugar do novo e das novas possibilidades de intervenções.

Com isto, o próprio mundo das necessidades está em permanente processo de “captura” pelas tecnologias dos saberes estruturados porque pode e deve ser inventado em processo, no fazer do trabalho vivo que se publiciza para um nova validação ético-estética no campo do trabalho em saúde, portanto na intimidade entre o repensa a micropolítica do processo de trabalho em saúde e os de processo de gestão (MERHY, 2013, p.65).

Neste sentido, o autor destaca o desafio posto pela criação de processos de outra ordem tecnológica para o trabalho vivo em saúde tendo em vista sua íntima ligação com o autogoverno dos trabalhadores sociais. Expondo uma dimensão chave deste trabalho

vivo em ato que é estar sempre em situação de governo mantendo uma íntima relação entre os sujeitos da ação e o conjunto de teorias como “caixas de ferramentas” de cada profissional que procuram pensar essa questão. O autor chama de exercícios de governo as ações realizadas em conjunto com os agentes que operam mecanismos no cotidiano em um modo de gerir o conjunto do trabalho em saúde.

A discussão sobre a micropolítica do trabalho se faz fortuita devido sua frequente indicação de possibilidades para mudanças de ações. Entendendo essa potencialidade, buscamos na pesquisa empírica promover nos participantes uma autorreflexão sobre seu agir profissional levando em consideração que estes estão inseridos em uma equipe multiprofissional de um programa de residência que busca promover a mudança no agir, além da vivência em variados cenários de práticas como a atenção básica, ambulatorial e hospitalar.

Cenários estes que teoricamente facilitariam promover práticas de saúde inovadoras voltadas à atenção integral. Porquanto, foi questionado: “Em suas ações individuais, você acha que conseguia/consegue atender as necessidades dos pacientes?”

<b>Respostas</b>	<b>N</b>	<b>Percentual</b>
Não Concordo	0	0%
Concordo Pouco	0	0%
Sem Opinião	1	3%
Concordo Parcialmente	15	45%
Concordo Totalmente	17	52%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabela 3: As ações individuais.  
FONTE: Pesquisa 2015.

Somando os escores dos itens ‘concordo parcialmente’ e ‘concordo totalmente’ praticamente 100% dos respondentes avaliaram como positiva sua atuação individualizada frente às demandas impostas. Na análise dos questionários foi verificado que os participantes que avaliaram como Bom o conceito em relação sua atuação, indicando que em suas ações foi possível atender as necessidades dos pacientes.

Merhy (2013) explica que ao ter noção da autonomia e micropoder em suas mãos o trabalhador em saúde pode abrir fissuras nos processos instituídos na lógica estruturada da produção. O trabalho vivo em ato no setor de saúde tem o potencial de fomentar mudanças da prática profissional ao gerar quebras em relação aos processos institucionais que operam cotidianamente e na realização de produções concretas em saúde.

Todavia nas respostas coletadas nas entrevistas observou-se a falta de compreensão da dimensão de micropolítica do trabalho. Não se referenciou as

possibilidades e inovações que tais profissionais desenvolveram ou poderiam desenvolver ao longo de seu processo de permanência no programa<sup>1</sup> talvez por não terem compreendido o potencial que o ensino em serviço oferta. Ou por não terem apreendido em sua totalidade o conceito de que a mudança da prática profissional está posta na realidade.

Nem sempre as minhas intervenções vão ser eficazes para aquele paciente, então eu entendo o que o paciente tem, mas as vezes eu não tenho o que ele precisa. Então assim, eu fiz uma auto avaliação dos pacientes que atendi nos últimos tempos, na questão de: será que só isso que eu estou fazendo é o suficiente? Será que de repente eu não poderia pegar outras ferramentas dentro da minha área, que pudesse otimizar essa atividade ou essa intervenção com paciente? E isso foi muito reflexivo para mim nessa questão, porque nem sempre eu alcanço aquilo, muitas vezes eu passo pela frustração de não estar conquistando aquele objetivo (ARAÇÁ, 2015)

Às vezes tem alguma dificuldade, porque dentro do hospital as funções não são tão conhecidas. Eu busco os professores para tirar as minhas dúvidas. Ai eu trabalho nessa parte. (EMBAÚBA, 2015).

Dentro da nossa área que é algo novo que está sendo implantado no hospital e também pelo fato de a gente não ter tido experiência na faculdade, então a gente é meio autodidata aqui dentro. Além de ter a dificuldade da falta de disciplinas aqui no programa, ainda tem o fato de ser uma coisa que a gente não teve experiência na faculdade. Então a gente tenta correr ao máximo atrás, as vezes a gente não entende determinado assunto, mas a gente corre atrás para entender e realizar aquele trabalho. A deficiência é nesse ponto, por exemplo tem uma doença que eu não conheço muito, então primeiro eu tenho que ir estudar aquela doença, saber qual é o tratamento para poder intervir (AROEIRA, 2015).

Como eu falei, a gente vai adequando, aqui por exemplo também tem problemas de recursos humanos, dietas enterais, eu não tenho todas, para cada situação, mas a gente vai adequando. Avaliação, a gente busca fazer de acordo como é na literatura, mas... na UBS também tentei fazer o máximo possível, fazer o nosso melhor (CASTANHEIRA, 2015).

Porque as vezes os recursos não colaboram, pelo meu interesse eu concordo, mas pelos recursos muitas vezes eu não posso fazer (IPÊ, 2015).

---

<sup>1</sup> Como pesquisadora e participante da primeira turma de RMS/HUGV, notou-se por meios das falas apresentadas uma certa “dependência” no agir profissional. Indicando duas possibilidades: a primeira diz respeito a falta de compreensão da dimensão da micropolítica do trabalho; e a segunda a arbitrariedade com que as atividades e a relação com a coordenação do programa eram impostas. O termo ‘dependência’ foi posto aqui devido a compreensão do conceito teórico da micropolítica e a possibilidade de tê-lo tirado do papel e o colocado em prática no período vivido como residente. Prova disso foi o desenvolvimento das ações desenvolvidas dentro da clínica neurocirúrgica que objetivaram a preparação para a alta de pacientes com sequelas graves. Essa característica de “autonomia” se deu pela falta de uma clara direção por parte da coordenação para as atividades que deveriam ser desenvolvidas e principalmente devido a compreensão que a equipe possuía de que estava em suas mãos definir a qualidade dos serviços prestados. Portanto a mudança foi iniciada no agir profissional na busca por soluções a um problema identificado pela equipe.

Em contraste com as falas acima, para Franco (2013), o trabalhador de saúde pode tudo enquanto potência. Ressalta que o trabalho em saúde é fortemente marcado pela liberdade, por ser ele o sujeito que define o modo de organização do seu processo produtivo, isto é, a produção do cuidado em saúde.

Merquior (2009) diz que o conceito de promoção da saúde deve ser o ponto norteador das mudanças estratégicas nas diversas práticas em saúde. Propõe que Promoção de saúde deve ser um processo que inclua a maior participação do indivíduo. Contudo, não há na área da saúde por parte do poder público uma lógica operacional ou uma estratégia baseada na promoção de forma equânime, ampla e determina.

Outro entrave que a autora aponta, diz respeito à dinâmica individualista e consumista da sociedade neoliberal, além da característica dos serviços de saúde que são realizados de forma imediatista e emergencial. Além da desvalorização dos trabalhadores de saúde, a falta de recursos e a despolitização da saúde, postura essa apoiada no paradigma objetivista, reducionista e restritiva, uma vez que se embasa apenas no tratamento e não na prevenção, gerando grandes gastos para o sistema.

Feuerwerker (2006) afirma que o trabalho em saúde se desenvolve de forma peculiar; posto que, sua produção se dá sempre entre duas pessoas no encontro de subjetividades, sendo caracterizado pela liberdade e autonomia que esses profissionais detêm na produção do trabalho vivo. Será nesse espaço, que os profissionais colocarão em operação suas concepções sobre saúde, cuidado e etc, que são elementos estratégicos para a promoção de mudanças em suas práticas de saúde.

Portanto, verificasse que a compreensão do conceito de trabalho vivo em saúde faz-se necessário para a viabilização de mudanças no agir profissional. Posto isto passaremos para o próximo tópico do estudo que trará de forma descritiva o nascimento, criação e implementação dos Programas de Residência Multiprofissional, elemento centro da pesquisa

## **2.2 Residência Multiprofissional em Saúde: um novo modelo de formação.**

Antes de iniciar a discussão sobre a Residência Multiprofissional é necessário descrever as bases históricas do modelo de residência. Este se iniciou na medicina devido a necessidade de especialistas. No Brasil essa modalidade de ensino existe a mais de quarenta anos e por meio de sua regulamentação em 1977 foi possível ampliar esse modelo de formação para as outras profissões de saúde.

Contextualizando o modelo de formação na área da saúde destaca-se à crise do modelo médico em 1910, que não mais respondia as novas demandas em saúde trazidas pela revolução industrial e as mudanças que ocorreram no ensino médico após o Relatório Flexner. “Este relatório propôs uma série de modificações e normatizações ao campo do ensino médico, das quais vale ressaltar a introdução do ensino laboratorial, a expansão do ensino clínico em hospitais, (...) o estímulo à especialização” (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010, p.98,99).

Assim as Residências Médicas, passaram a ser um modelo de formação de pós-graduação para dar conta da crescente necessidade de especialização se caracterizando por possuir uma visão fragmentária ao isolar os determinantes que produzem as doenças e priorizando a dimensão biológica em relação à psicológica e social.

As demais profissões da área da saúde passam a usar como referencial a forma de organização curricular propostas pelo Relatório de Flexner. Consolidando uma estrutura de ensino e pesquisa sob a visão mecanicista, biologicista, individualista, de forma especializada e fragmentária.

A trajetória histórica, social e política que levou a criação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde teve início em 1976, no Rio Grande de Sul em uma Unidade Sanitária.

Por meio da iniciativa de alguns médicos sanitaristas foi criado a primeira Residência em Medicina Comunitária, que dentro de dois anos passou a ser uma modalidade multiprofissional. Essa modalidade passa a ser considerada como uma pós-graduação lato sensu, em 1977, por meio do Decreto nº 80.281, que instituiu Residência Médica como um modelo de formação de ensino em serviço, mas esse modelo multiprofissional criado no Rio Grande do Sul foi instinto alguns anos depois, alegando ser este desnecessário (BRASIL, 2006).

Na busca por mudanças nos modos de ensinar, aprender e cuidar em saúde, duas décadas após a primeira iniciativa de criação de um modelo multiprofissional de formação, os Departamentos de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, junto com os atores do Movimento Sanitário, articularam-se formando grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em saúde da família com a uma abordagem multiprofissional. Nascia a primeira proposta de Residência Multiprofissional norteada pela promoção da saúde, integralidade da atenção e acolhimento (BRASIL, 2004).

Com a intenção de gerar mudanças no antigo modelo de ensino no final da década de 1990, ocorreram vários seminários e debates, entre as Associações de Ensino de diversas áreas, da Federação Nacional dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS),

da Comissão Intersectorial de Recursos Humanos (CIRH) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

E em 2001, após ser constatado a necessidade da adequação de recursos humanos para a saúde, foi publicada pelo Conselho Nacional de Educação as novas diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área da Saúde, que passaram a ter como eixo central a humanização, integralidade no cuidado em saúde e a necessidade do ensino em serviço. E com esse movimento de mudança, em 2002, foram criadas 19 residenciais multiprofissionais em saúde da família (BRASIL, 2006).

O tema das Residências Multiprofissionais em Saúde é “inaugural” por ser recente no meio das discussões do Estado. Ela decorre da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.

Por meio do apoio da SGTES, houve a promulgação, da Lei nº 11.129/2005, que instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Esta lei criou a modalidade de Especialização em Área Profissional em ambientes de trabalho da saúde, segundo a chancela das políticas públicas de ensino e de saúde, criando a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), uma nova instância no sistema educacional e sanitário brasileiro e em novembro do mesmo ano com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117/2005, criou a Residência Multiprofissional em Saúde.

Nesse mesmo ano é realizado o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde que traçou estratégias para a Construção da Multidisciplinaridade dentro das ações de saúde, visando atender o preceito constitucional da integralidade. O documento gerado por esse evento foi o ponto de partida do movimento de residência multiprofissional e no ano seguinte em parceria com a SGTES houveram mais três seminários (BRASIL, 2006).

Segundo Ferreira e Olschowsky (2010) no Brasil, existem duas modalidades de ensino de pós-graduação: o *stricto sensu*, que tem por objetivo formar professores e pesquisadores, podendo ser dividido em Mestrado e Doutorado; e o *lato sensu* que divide-se em Especialização, Aperfeiçoamento e Residência.

Hoje, a Residência Multiprofissional em Saúde é instituída definitivamente através da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, sendo uma modalidade em ensino de pós-graduação *lato sensu*, sob forma de curso de especialização, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, pautado nas relações mútuas entre as profissões e no potencial em realizar trabalhos conjuntos, incorporando as bases de

trabalho coletivo na área da saúde e nos princípios do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009).

A proposta das RMS possui em sua perspectiva teórica pedagógica os princípios e diretrizes do SUS com destaque para as ações de integralidade da atenção e da intersetorialidade, além de se vincular com as demais políticas que incidem nos determinantes e condicionantes sociais da saúde.

O modelo de formação da RMS promove o contato com o mundo do trabalho e da formação em um contexto de ensino em serviço e possibilita mudanças no modelo tecnoassistencial a partir da atuação multiprofissional, constituindo um processo de Educação Permanente em Saúde.

Segundo Ceccim (2010), o modelo de formação em serviço proporcionado pela Residência representa uma estratégia para se repensar o processo de formação em saúde e se para conformação de trabalhadores comprometidos e aptos para intervir com sua ação técnica, política e gerencial para a construção das mudanças necessárias nas práticas em saúde bem como uma modalidade na qualificação dos trabalhadores que atuam na área da saúde.

A Residência Multiprofissional propõe a integração entre trabalho e formação ao situar as necessidades de saúde da população usuária como eixo norteador de suas ações, tomando o cotidiano dos serviços do SUS como lócus de ensino e aprendizagem. Além disso ela procura superar a fragmentação e a especialização em áreas, congregando diferentes profissões numa formação pautada pelo trabalho em equipes multiprofissionais.

Para os signatários fica a compreensão de que a especialização em área profissional para esses trabalhadores deve incidir fortemente na noção de trabalho em equipe e sob o estatuto da Educação Permanente em Saúde, de modo que as particularidades de programas instituições e quadros docentes e discentes possam ser motivos de recriação coletiva em cada ambiente de trabalho, de acordo com as articulações entre atenção, gestão e acolhimento da participação presentes em cada local (CECCIM, 2010).

Afirma este autor que o estudo dessa temática se faz importante uma vez que, a organização da formação e do trabalho em saúde promove a fragmentação dos saberes em áreas profissionais ocasionado pela divisão social do trabalho. Além disso existe a “dificuldade do trabalhador de saúde em compreender seu papel de protagonista na relação entre os serviços seu processo de trabalho e as necessidades de saúde da população” (CECCIM, 2010, p.21).

A proposta da RMS possui em sua perspectiva teórica pedagógica os princípios e diretrizes do SUS com destaque para as ações de integralidade da atenção e da intersectorialidade do SUS além de se vincular com as demais políticas que incidem nos determinantes e condicionantes sociais da saúde.

A intrínseca característica da multidisciplinaridade confere caráter inovador aos programas de Residência Multiprofissional em Saúde, demonstrado principalmente por meio da inclusão das catorze categorias profissionais da saúde (Resolução CNS nº 287/1998). Este modo de operar a formação 'inter-categorias' visa à formação coletiva inserida no mesmo 'campo' de trabalho sem deixar de priorizar e respeitar os 'núcleos' específicos de saberes de cada profissão (BRASIL, 2006).

Em 2010, foi implantado em Manaus no Hospital Universitário Getúlio Vargas – HUGV, a Residência Multiprofissional em Saúde – RMS. As profissões que fazem parte do programa da RMS pela Universidade Federal do Amazonas são: Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia e Serviço Social.

Por realizar cirurgias de alta complexidade em pacientes acometidos por doenças neurológicas o Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) é referência para a área da neurocirurgia no estado do Amazonas e demais Estados da região Norte. Estas patologias por suas características podem gerar sequelas que provocam alterações motoras, cognitivas e emocionais, geralmente irreversíveis, causando um grande impacto e implicações negativas na independência funcional, financeira e na qualidade de vida do indivíduo.

O objetivo da equipe é promover a atenção integral em saúde para pacientes com doenças neurológicas. Desenvolvendo práticas interdisciplinares que ofereçam um serviço diferenciado a esses pacientes, uma vez que trabalha o indivíduo de forma integral na fase hospitalar e busca preparar para a alta hospitalar o paciente e seus familiares.

Segundo o Projeto Pedagógico do Programa, a implantação deste programa pelo Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV), justifica-se, principalmente, pela inexistência de programas de Residência Multiprofissional no Amazonas, a qual a Universidade Federal do Amazonas é referência para ações de ensino-pesquisa-extensão e assistência à saúde. Além de oportunizar a integração das instituições de ensino e serviços, fazendo com que a proposta do programa de Residência seja articulada na perspectiva do SUS.

Deste modo, o Hospital Universitário Getúlio Vargas, que muito tem contribuído para o desenvolvimento da região e por concentrar o maior número de profissionais e tendo como parceria a Secretaria Municipal de

Saúde de Manaus, estarão articulados para atender às expectativas do Programa da Residência e as diretrizes do SUS, por meio de ações e trocas de conhecimento entre os Gestores, os programas, os serviços e os profissionais, favorecendo a melhoria e fortalecimento na qualidade do sistema e serviços de saúde da região que pode futuramente contribuir com a implantação e implementação de modelos assistenciais de serviços como: Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (PROJETO PEDAGÓGICO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL, 2013).

Com base no Projeto Pedagógico (2013), o objetivo geral do PRMS volta para Atenção Integral na Saúde Funcional em Doenças Neurológicas é: Proporcionar um processo de qualificação diferenciada a profissionais da saúde (enfermeiros, psicólogos, educadores físicos, fisioterapeutas e assistentes sociais) para atuar em diferentes níveis da atenção – básica até hospitalar - integrando diversos cenários públicos de saúde de forma interdisciplinar e resolutiva, promovendo a realização de pesquisas afinadas com as diretrizes da integralidade propostas pelo SUS.

E o Objetivo Geral do PRMS volta para Atenção a Paciente adulto Neurocirúrgico em UTI é proporcionar um processo de qualificação diferenciada a profissionais das áreas de enfermagem, nutrição e farmácia para atuar na integralidade do atendimento ao usuário do SUS em seus níveis de complexidade integrando diversos cenários públicos de saúde de forma interdisciplinar, resolutiva e humanizada, promovendo a realização de pesquisas baseadas nos princípios e diretrizes propostas pelo SUS.

Alguns objetivos específicos são iguais para as subáreas destacamos algumas que embasaram a busca desta pesquisa:

- Fomentar o aperfeiçoamento teórico, metodológico, operativo, ético e político no campo da saúde, proporcionando a troca de saberes entre as áreas focos da atuação, visando o conhecimento das especificidades, similitudes e diferenças na abordagem do fenômeno saúde/doença/cuidado.
- Habilitar equipe multiprofissional para o uso adequado de tecnologias de saúde, promovendo a melhoria da assistência prestada, numa perspectiva que tome o paciente em sua totalidade, considerando sua história de vida, debilidade física e/ou mental, o contexto socioeconômico, cultural o meio ambiente e suas implicações a saúde.
- Capacitar os profissionais da saúde para trabalhar de forma interdisciplinar e intersetorial, viabilizando as condições favoráveis à promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde da população.

Como pode ser notado por meios de tais objetivos, o programa de RMS em Manaus está pautando sob os princípios e diretrizes do SUS, da PNEP e das discussões

da reforma sanitário. Posto isto, a pesquisa segue buscando entender a aplicabilidade de tais objetivos.

### **2.3 Ensino em Serviço: Uma Avaliação do Suporte Teórico Metodológico da RMS/HUGV**

A formação baseada no ensino em serviço se distingue da forma tradicional ofertada pelas pós-graduações oferecidas no Brasil tendo em vista que promove de forma prática a integração entre o saber técnico e o saber popular ao proporcionar o contato direto e permanente com os usuários do sistema. Exerce função de encorajamento e apoio para que pessoas e grupos sociais assumam maior controle sobre sua saúde e suas vidas (VASCONCELOS, 2001).

Em outra perspectiva autores como Oliveira e Guareschi (2010), afirmam que o ensino em serviço relaciona-se com a divisão do trabalho na lógica estrutural capitalista, revelando as limitações de cada área do conhecimento na forma de atuação e na capacidade reprodutiva das práticas. Para que existam mudanças as autoras afirmam que existe a necessidade da entrada de outras disciplinas no campo da saúde que possibilitem a construção de práticas diferenciadas na organização dos serviços.

Definindo educação em serviço as autoras supracitadas apontam que este modelo é uma importante estratégia usada pela RMS, “pois coloca aos trabalhadores o exercício contínuo de análise do sentido das práticas nos locais de produção, o que propicia o estabelecimento de ações questionadoras na ressignificação para aprendizagem” (OLIVEIRA; GUARESCHI 2010, p.101).

Aqui se encontra o ponto central de nossa pesquisa, assim como as autoras apontam, a proposta da RMS ao se fundamentar na integração de diferentes saberes torna o campo de formação em serviço um espaço privilegiado de trocas de experiências.

Oliveira e Guareschi (2010, p. 102), apontam que “a inserção nos territórios de atuação coloca os profissionais mais próximos da realidade a ser considerada nos atendimentos e planejamentos em saúde, podendo ser dispositivo de quebra da reprodução e construção de práticas baseadas na integralidade”.

Explicitam ainda que a perspectiva da integralidade no desenvolvimento das práticas assistenciais direciona-se para a valorização da vida removendo o foco da erradicação de doenças somente de modo que esse espaço dá a liberdade ao residente para o desenvolvimento e rupturas com reprodução de práticas hegemônicas.

O enfrentamento direto dos problemas trazidos pelos usuários aos espaços de educação em serviço exige tolerância à falta de respostas prontas e imediatas, pois demanda o questionamento do saber estagnado que o trabalhador/residente traz como modelo de conhecimento instituído academicamente. As dúvidas e dificuldades na resolução de problemas complexos, colocados como demanda pelos usuários, devem buscar uma compreensão ampliada. Faz-se necessário valorizar a troca entre os diferentes núcleos de saber e somar as experiências dos diferentes profissionais em uma ação de produção de saúde (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010, p.102).

Essa afirmação das autoras foi detectada na fala dos residentes, o fato de estarem em mesmo espaço físico e desenvolverem algumas atividades em equipe, gera a troca de informações e aumento de conhecimento da área do outro, que consequentemente leva a mudança de visão do profissional, que passa a usar tais informação em seu atendimento.

Quando você decide estar em uma residência multiprofissional, você sabe que vai ter que trabalhar com profissionais de outras profissões, não dá para entrar e pensar: eu quero atuar só na minha área de psicologia hospitalar. A ideia que eu entendo de multiprofissional, apesar de não ter essa obrigatoriedade de trabalhar em conjunto e trocar ideais, eu acho que ser uma residência multiprofissional, ajuda, nas ações integrais porque trabalha com todos os aspectos do paciente, no caso do nosso padrão é assistência ao paciente neurológico, então assim o paciente não tem só depressão ele não tem só problemas emocionais, ele precisa recuperar as funções neurológicas dele, melhorar a marcha, a questão da força muscular, precisa auto cuidado da enfermagem, questões de medicamentos, se é hipertenso, diabético, as questões funcionais, então assim, tudo isso precisa ser integralizado, então a ação integral é um todo do paciente, não é só a cabeça, os membros, não é só a parte física, a parte emocional, e isso trabalha para o que o paciente saia daqui com uma melhor qualidade de vida boa (ARAÇA, 2015).

O paciente não vai precisa sair do leito e ficar pedindo pelo amor de Deus para que o resto se revolva ai sozinho, aquele problema emocional que ele tá apresentando ou aquele problema de ele não ter um cuidador ou não tem pra onde ir depois porque não tem quem cuide da parte social, você não precisa ficar preocupada, você pode chegar pro seu colega e falar para ele: assim, assim, assim, eu preciso da sua ajuda, ai você trabalha todas as esfera daquele paciente, ai é muito mais fácil trabalhar, assim a parte emocional (do paciente) não vai afetar a minha parte, assim como a parte física não vai afetar a parte dela (FIGUEIRA, 2015).

Sim, com certeza, a gente consegue ver o paciente de uma forma mais global, multi mesmo, porque a gente acaba conhecendo o que o outro profissional faz e isso ajuda bastante na mudança do nosso olhar porque a gente vai ver, fulano pode tá ajudando nessa questão, então por mais que a gente esteja sozinha a gente já sabe trabalhar em multi. A gente consegue ter um resultado melhor do que se a gente estivesse sozinha (CASTANHEIRA, 2015).

Sim, eu acho que com o decorrer das atividades, ficou uma sintonia bem legal da equipe, e eu acho que até se expande para os outros profissionais, mas os que estão dentro da residência, então se eu tenho alguma dúvida, sobre algum paciente, que foge sobre algum conhecimento do serviço social, que seja de farmácia, alimentação ou algum medicamento, eu pergunto dos profissionais e a partir disso eu tento conciliar com as minhas intervenções (ANANI, 2015).

Facilita muito. Por exemplo lá no CTI. Eu tenho mais contato com o médico, o enfermeiro, o nutricionista e os outros farmacêuticos. Só de ter esse contato, eu já posso falar, olha foi administrado tal medicamento. E as vezes eu fico com dúvida, realmente foi administrado? Porque as vezes não bate com o quadro do paciente, aí eu vejo com a enfermeira, outra medicação que pode ser administrada. A gente vai conversando e fazendo as intervenções em equipe, fazendo os links (CEDRO, 2015).

Aqui encontramos a mudança na forma de olhar o usuário e os serviços, que os residentes desenvolvem ao longo dos dois anos, em contrastes com os preceptores que os acompanham que foram formados na visão hegemônica flexinariana.

Isso porque como núcleo profissional, produz uma forma distinta de compreender o processo saúde-doença, e possui meios diferente de atender a demanda que chegam a eles, indicando o desenvolvimento do cuidado integral como um mecanismo para minimizar os efeitos da fragmentação do conhecimento. Assim, faz-se necessário que os trabalhadores tenham espaço para a analisar sua atenção à saúde e organização dos serviços.

Na pesquisa foi questionado se haviam reuniões de planejamento, exatamente para que esses espaços de trocas, críticas, análise fossem abertos aos residentes. A resposta foi surpreendente ao se verificar que não foi possível identificar esses espaços salvo quando há iniciativa dos próprios residentes. Se perguntou: As ações e atividades eram planejadas a partir de reuniões interdisciplinares com os residentes, preceptores e tutores?

<b>Respostas</b>	<b>N</b>	<b>Percentual</b>
Não Concordo	12	37%
Concordo Pouco	10	30%
Sem Opinião	1	3%
Concordo Parcialmente	9	27%
Concordo Totalmente	1	3%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabela 4: Planejamento das atividades interdisciplinares.  
FONTE: Pesquisa, 2015.

As respostas de “não concordo” 37% e “concordo pouco” 30%, somam mais da metade 67%, demonstrando uma avaliação negativa e indicado a ausência de reuniões de planejamento em equipe envolvendo coordenação e residentes.

Essa questão demonstra uma deficiência relevante no programa tendo em vista a importância de tais espaços no processo para formação de profissionais dotados de senso crítico, reflexivo e principalmente como cenário de troca de saberes. Isso demonstra a

falta de interdisciplinaridade partindo da própria gestão do programa ao não promoverem tais reuniões que possibilitariam a abertura do diálogo entre a equipe. Criando assim uma barreira invisível na qual os residentes se veem como mão de obra barata.

Teve, mas foi por iniciativa própria. Não teve a iniciativa do preceptor. Eu acho que eles nem planejam, pelo menos falo do meu serviço. Eu pelo menos nunca tive, eu chegava no serviço e eles diziam o que tinha que fazer (CIPRESTE, 2015).

Aqui dentro do hospital não. Na realidade é assim, nossa preceptora de R2, ela fez duas ou ter reuniões para nos explicar como seria a nova fase, ela é bem acessível, no sentido de dizer quais as atividades que ela gostaria que a gente desenvolvesse, o que poderia implantar. Os ex-residentes conquistaram um espaço no serviço e ela frisa bastante para gente manter o que eles conquistaram no início da residência, e tentar implantar outras coisas (AROEIRA, 2015).

Enquanto R1 isso não acontecia, ia começar alguma coisa, colocam um aviso e pronto, esse ano que já mudou de coordenador de intesivismo, que agora a gente já se reuni, já vê o que tem que fazer, o que tem que melhorar e ele tá sempre tentando conversar com a gente. Quanto coordenador ele faz essas reuniões. Quanto preceptor não tem reunião não. Onde tiver carente de serviço a gente tá lá. Não tem planejamento e nada disso (CASTANHEIRA, 2015).

Não, ano passado isso foi uma das grandes dificuldades, nós entramos aqui e nós tivemos duas mudanças de gestões, e consequentemente nós pagamos o pato em relação a. Isso atrasou o cenário de prática, no caso da atenção primaria, era para ter sido ano passado, ontem que nós finalizamos a última atividade na UBS, e no PROAMDE. E isso para gente é uma consequência muito grande, erramos para ter finalizado todas atividades de R1 ano passado, e nós iniciamos o ano pendente. Agora está havendo reunião de planejamento, de dois meses e meio para cá, porque mudou os preceptores, esses novos preceptores conseguem realizar as atividades em conjunto e essas reuniões (ANANI, 2015).

Entre os residentes existiam reuniões de planejamento e discussão das estratégias em relação as necessidades dos pacientes. Reuniões com preceptores e tutores em parte, alguns, na verdade apenas uma preceptora realizava reuniões de planejamento e analisava cada caso (CAJUEIRO, 2015).

Não houveram tais reuniões (BREÚ BRANCO, 2015).

Nunca aconteceu reunião de planejamento (ANGELIM, 2015).

As reuniões mais frequentes eram entre os residentes, em alguns casos com os preceptores, quanto aos tutores havia pouca participação (SAMAÚMA, 2015).

Não, eu falo por mim, eu pelo menos nunca tive, eu chegava no serviço e eles diziam o que tinha que fazer. Teve reunião, mas foi por iniciativa própria. Não teve a iniciativa do preceptor. Eu acho que eles nem planejam, pelo menos falo do meu serviço (IPÊ, 2015).

Fica claro que ao longo desses cinco anos de existência o programa de residência multiprofissional não desenvolveu a cultura de espaços de conversas como uma atividade rotineira do programa. Oliveira e Guareschi (2010, p.107), apontam que é importante garantir ao residente e sua equipe um espaço de construção dialógica, definido como um espaço de diálogo ressignificador, no qual a “interação dos sujeitos permita a construção de sentido por ambas as partes envolvidas na comunicação”.

As autoras enfatizam que diante de uma relação dialógica é possível dar sentido ao trabalho desenvolvido por meio da subjetividade do trabalhador/residente ao construir suas práticas, reflexões e discursos sob uma nova ótica. Além de que, “pode-se entender o sujeito da saúde sob uma ótica multifacetada, em que cada área de formação responsabiliza-se por um cuidado específico, mas que nem sempre produz uma resposta efetiva frente às necessidades demandadas” (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010, p. 103).

Conforme afirma Ceccim (2010), os espaços que promovam a multiprofissionalidade com interdisciplinaridade podem gerar a defesa da integralidade da atenção à saúde em uma formação profissional de qualidade para o SUS. Assim, a especialização em modalidade de residência multiprofissional é um espaço para formação e atuação com integralidade e interdisciplinaridade de seus discentes através de práticas que incentivem a interação entre as disciplinas por meio da troca de saberes. Visto que, essas trocas entre os diferentes saberes geram uma nova configuração interna que cria uma possibilidade de ações integrais em saúde.

Nesse sentido, o autor afirma que para ocorrer a integralidade de forma efetiva no cenário de residência são necessárias duas ou mais disciplinas com seus diferentes saberes buscando e querendo a interação e a comunicação entre si.

A importância de espaços como estes é ressaltado por Oliveira e Guareschi (2010), quando afirmam que essa prática pode levar a mudança a partir do rompimento com os saberes tradicionais promovendo inovações na formação dos trabalhadores.

A questão sobre a formação em saúde e seu impacto na qualidade dos serviços é inquietante por isso a presente pesquisa buscou respostas na literatura, vale ressaltar que a temática é ampla e não pretendemos esgotar a discussão aqui.

Citando Campos (2003), Ceccim e Feuerwerker (2004a), colocam o trabalho em equipe como o portal organizacional da saúde que deve dar apoio aos usuários para que ampliem sua capacidade de pensar seu contexto social e cultural. Levam a um repensar os modelos de atenção e educação em saúde, no sentido de ampliar a autonomia e a capacidade das pessoas sobre suas decisões e vidas

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004a), o setor saúde vem sendo submetido ao um intenso processo de reforma do Estado, daí a necessidade do avanço do movimento de Reforma Sanitária, na busca de mudanças no campo das práticas de saúde como no campo da formação profissional para assegurar a concretização do SUS.

Afirmam que a formação profissional em saúde percorre um caminho oposto a organização da gestão setorial e ao debate crítico sobre os sistemas de estruturação do cuidado, perpetuando os modelos conversadores centrado em aparelhos, equipamentos de apoio, diagnóstico e tecnologias altamente especializadas.

Ceccim e Feuerwerkwe (2004b, p. 1400), afirmam que “uma das áreas menos problematizadas até hoje na formulação de políticas do SUS é a da formação”. Outro agravante é a falta de discussão sobre a docência e o ensino-aprendizagem voltados para os profissionais de saúde.

Em sua análise os autores buscam no princípio de integralidade o eixo norteador da necessidade de mudança na formação em saúde. Apontam que há um consenso entre os críticos da educação em relação a formação por ser hegemônica a abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada na doença.

O modelo pedagógico hegemônico de ensino é centrado em conteúdo, organizado de maneira compartimentada e isola, fragmentando os indivíduos em especialidades da clínica, dissociando conhecimento das eras básicas e conhecimentos da área clínica, centrando as oportunidades de aprendizagem da clínica no hospital universitário, (...)incentivando a precoce especialização, perpetuando modelos tradicionais de prática em saúde. (CECCIM; FEUERWERKWE, 2004, p. 1402).

Os autores afirmam que dentro da formação em saúde o diagnóstico, tratamento, prognóstico, etiologia e etc., das doenças e agravos não pode ser tomado como referências únicas. “Deve buscar desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas e das populações (...)” (CECCIM; FEUERWERKWE, 2004b, p.43).

Afirmam ainda que a formação para a área da saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Portanto, defendem a mudança da formação em saúde na busca de novas práticas e serviços.

Segundo Rossini e Lampert (2004), existe um consenso entre os observadores da reforma sanitária brasileira de que a formação de recursos humanos para o setor é um dos graves problemas do SUS, dentre outros fatores, destaca-se o fato de alguns professores e profissionais de área de saúde não conhecerem com profundidade a estrutura e o

funcionamento do sistema de saúde de modo que se faz necessário a aproximação da comunidade acadêmica com os cenários do SUS.

O distanciamento da realidade e compreensão do SUS no período da graduação foi percebido nas falas dos residentes na pesquisa que buscou identificar se o Programa de Residência Multiprofissional proporcionou aos residentes um adequado conhecimento sobre o Sistema de saúde. Assim foi perguntado: As disciplinas estudadas promoveram um real entendimento sobre os princípios e diretrizes do SUS?

Por meio dos questionários a pesquisa obteve-se os seguintes dados:

<b>Respostas</b>	<b>N</b>	<b>Percentual</b>
Não Concordo	1	3 %
Concordo Pouco	1	3 %
Sem Opinião	0	0%
Concordo Parcialmente	12	36 %
Concordo Totalmente	19	58%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabela 5: As disciplinas, os princípios e diretrizes do SUS

FONTE: Pesquisa, 2015.

Somando a pontuação (4 e 5) obtemos 94% dos pesquisados avaliando de forma positiva a base teórica do SUS. Esse dado é confirmado através das falas dos entrevistados.

Aprendi muito com as diretrizes do SUS estudadas (ARAÇÁ, 2015).

Na faculdade eu tive uma matéria sobre o SUS, mas era tipo prova de vestibular só decoreba, então eu não aprendi nada na faculdade, aqui que eu vim aprender (CEDRO, 2015).

Em relação as disciplinas que eu tive até hoje, eu posso falar com que sim, principalmente ao que diz sobre o serviço social, porque nas disciplinas de eixo comum, nós tivemos avaliação, gestão, humanização, a de segurança do paciente, então todas essas abordaram os princípios do SUS, e as específicas puderam estender um pouco mais essa temática, então no serviço social nós temos essa visão ampliada do que é o Sistema Único de Saúde. Hoje com as disciplinas, já me sinto mais preparada do que quando eu entrei aqui para atuar no SUS. (ANANI, 2015).

Posso dizer que sim, ajudou bastante para abrir nossa mente, principalmente nós que somos recém formados, é interessante sim ter essa visão sobre o SUS que é onde a gente está atuando hoje em dia (CASTANHEIRA, 2015).

Nós tivemos uma disciplina específica voltada para esse assunto e eu achei que foi de grande valia porque, eu só havia estudado para a prova da residência, mas na faculdade eu não tive nenhum contato durante a graduação, então eu aprofundi mais o assunto na residência (AROEIRA, 2015).

Ceccim e Feuerwerkwe (2004b) lembram que a formação envolve aspectos subjetivos em sua produção como habilidades técnicas e o adequado conhecimento sobre o SUS.

Na formação clássica em saúde o ensino é tecnicista e preocupado com procedimentos, equipamentos, diagnósticos. “A perspectiva tradicional do ensino na educação superior desconhece as estratégias didático-pedagógicas ou modos de ensinar problema-pedagógicas ou com protagonismo ativo dos estudantes” (CECCIM; FEUERWERKWE, 2004b, p. 1402).

Um dado relevante é o que Rossini e Lampert (2004), afirmam sobre as novas diretrizes curriculares dos cursos de saúde que foram elaboradas em meados da década de 1990, mas só foram homologados em 2001 e 2002. Diretrizes estas que apontam para um maior e melhor conhecimento sobre o SUS. Partindo desse pressuposto pode-se afirmar que todos os entrevistados formaram sob as guias das novas diretrizes tendo em vista que todos afirmaram serem recém formados. O ponto de divergência é identificado nas falas que apontam o distanciamento entre sua prática e os princípios do SUS.

Mesmo entendendo que esta é uma amostra de pesquisa muito pequena, a mesma revelou a deficiência no ensino superior para os cursos de saúde. Isso se explica nas palavras de Rossini e Lampert (2004, p.88), que a aprovação das novas bases curriculares para os cursos de graduação não é suficiente “para que seus eixos norteadores sejam incorporados ao ensino, porque isto vai se dar na prática da implantação de cada currículo em cada escola e na forma como vai ser avaliado o resultado dessas mudanças”.

Segundo Ceccim e Feuerwerker (2004a), a formação em saúde é uma potência na interposição e lógicas, diretrizes e processos organizados desafiadores dos modos de fazer. E em 2003, foi realizado um levantamento dos programas de educação em saúde voltados para o SUS e foi constatado que estes mantiveram a lógica programática das ações e não conseguiram desafiar os atores para uma postura de mudança e problematização de suas práticas e os autores relembram, que formar sempre foi diferente de informar.

Citando Deleuze (1992), Ceccim e Feuerwerker (2004a, p.45) afirmam que: 1

A formação como política do SUS poderia se inscrever como um “micropotência” inovadora do pensar a formação, agenciamento de possibilidades de mudança no trabalho e na educação dos profissionais de saúde e invenção de modos no cotidiano vivo da produção dos atos de saúde.

Os autores indicam uma proposta de estratégia de ação na transformação da organização dos serviços e dos processos formativos, que seria uma formação para além

do modelo hegemônico voltado para um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras, ou seja, a formação em saúde construída sob a base da educação em serviço/educação permanente em saúde. Contudo, esse modelo ainda tem ficado relegado como produto secundário nas políticas.

Ao longo de todas as entrevistas foi exaltado o fato da atuação nos três níveis de saúde e como isso contribuiu para a ampliação de sua compreensão sobre o SUS, além de fixar os conceitos estudados nas disciplinas afins.

O relatório da 11ª Conferência Nacional de Saúde de 2000, afirma que o modelo assistencial do Brasil não condiz com a equidade, caracterizando-se por modelos assistencialistas, com profissionais que não respeitam os direitos e as necessidades dos usuários. A equipe de saúde é fragmentada, tendo como centro o profissional médico. Existe a necessidade de reconstrução da relação de poder das equipes de saúde, onde todos sejam atores responsáveis pelo desenvolvimento de seus papéis, assim como a reconstrução da assistência voltada para a prevenção e educação da população (BRASIL, 2000).

Eu tive contato com a legislação do SUS na graduação, mas eu acho que agora que a gente pode passar pelos três níveis de atenção, podemos compreender muito mais como funciona. A diferença da graduação para a residência nesse tipo de modalidade é essa, quando você passa pelos três níveis de atenção, você compreende muito mais a rede de atenção em saúde (CEREJEIRA, 2015).

Na divisão dos campos de atuação, eu acho que a residência proporcionou que a gente passasse pelos três níveis de complexidade. Apesar de a maioria dos alunos não gostarem disso, mas acho que no fundo eles tem razão, a gente tem que sair com uma visão de todo, talvez menos tempo em umas áreas e mais tempo em outras, mas realmente a gente tem que sair com essa visão. Nessa questão eu acho que ta tudo ok. (AROEIRA, 2015).

Segundo Ceccim e Feuerwerkwe (2004a), estar inserido na realidade desvela os elementos necessários para a mudança nas práticas em saúde, a realidade com sua constante dinâmica, os sujeitos com suas demandas desafiadoras, enfim estar inserido em vários cenários de saúde e ter o paralelo de aprofundar a teoria pode transformar o agir profissional em ganhos tanto qualitativos quanto quantitativos.

Segundo os autores “a educação permanente entende que o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática” (IDEM, p.50).

Segundo Ceccim e Feuerwerkwe (2004a), a educação permanente parte do pressuposto de que a aprendizagem significativa deve promover e produzir sentidos a partir da realidade vivida, as práticas profissionais devem estar baseadas na reflexão crítica sobre as práticas reais em ação na rede de serviços.

Ainda falando sobre formação os autores questionam que a mesma não poder estar atrelada aos valores tradicionais e sim ao movimento dialético da realidade viva e dinâmica da sociedade, daí a importância da autonomia do trabalho vivo ao buscar atender os interesses coletivos e construir novos saberes em práticas.

A residência multiprofissional possibilitou uma experiência nos níveis de atenção do SUS e dentro do HUGV nos seus diversos cenários, o que potencializou um conjunto diversificado de experiências práticas e teóricas, possibilitando um profissional com, pelo menos, conhecimento mínimos sobre o SUS (SAMAUMA, 2015).

A formação em saúde não se restringe apenas em gerar profissionais que possam ser inseridos nos postos de trabalho, mas requer um profissional que “escute” as demandas do usuário, pois é nesse ponto que a qualidade do serviço é determinada. “A incorporação de novidade tecnológica é premente e constante, e novos processos decisórios repercutem na concretização da responsabilidade tecnocientífica, social e ética do cuidado, (...). A área da saúde requer educação permanente” (CECCIM; FEUERWERKWE, 2004a, p. 49).

Os processos de qualificação em saúde deveriam ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. Seu objetivo deveria ser a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho tomando como referências as necessidades de saúde das pessoas.

Os autores apontam para importância e necessidade da educação em serviços, pois sua lógica é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, podendo promover o trabalho em equipes, melhora permanente na qualidade do cuidado à saúde.

Portanto, transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde são questões tecnopolíticas, que devem ser trabalhadas em consonância com a diretriz constitucional da Integralidade do atendimento de saúde.

Apesar de ter sido muito bem avaliada a questão teórica sobre o SUS, o Programa de Residência Multiprofissional ainda possui falhas, como pode ser visto, apesar de ser pequena, 6% da amostra dos que avaliaram de forma negativa o processo de formação voltado para SUS em sua base teórica, sinaliza o alerta de ser reavaliado o conteúdo programático das matérias envolvendo a política de saúde.

Um dos entrevistados em sua fala sugere algo para que haja ganhos na formação dos residentes:

As disciplinas foram muito importantes, mas penso que faltou um aprofundamento e maior correlação na sua execução em serviço (SAMAUMA, 2015)

Essa interatividade entre teoria e prática é um dos pontos mais defendidos e discutidos entre os teóricos de saúde, como afirmam Ceccim e Feuerwerkwe (2004b), que o maior eixo integrador dos processos educativos são práticas profissionais organizadas a partir das necessidades que a realidade populacional coloca.

Para haver essa iniciativa há a necessidade de se conhecer a retomada histórica sobre a trajetória da saúde pública no Brasil, entender o movimento de reforma sanitária, sua estrutura, princípios e diretrizes. Discussão essa aparentemente repetitiva e maçante, mas se mostra fundamental ao ser constatado o distanciamento desses elementos com a formação em saúde que os entrevistados relatam.

Portanto como afirma Bertani *et al* (2008), a Política de Educação Permanente em Saúde, coincide com a estratégia do movimento sanitário na contracorrente do projeto neoliberal adotado pelos governos nacionais. A iniciativa dos programas de residências multiprofissionais propõe exatamente um caminho oposto ao do sistema capitalista.

Franco (2013), aponta que o guia das propostas pedagógicas para o SUS devem promover mudanças no nível organizacional, técnico-assistencial das relações em equipe e da participação do usuário.

O autor traz para a discussão a constatação de um paradigma em saúde que diz respeito ao grande investimento feito em recursos e esforços de processos educacionais em saúde e o baixo impacto nos serviços.

Ao levar em consideração o alto investimento que o governo federal faz para a formação de cada residente por meio do pagamento de 24 bolsas, buscamos verificar, após compreender uma parte da formação teórica proporcionada a eles, qual a qualidade do suporte teórico metodológico oferecido no referido programa. Foi interrogado se: Ao longo do processo de formação foi proporcionado aos residentes um suporte teórico-metodológico para a condução de um trabalho voltado para a atenção integral e interdisciplinar em saúde?

<b>Respostas</b>	<b>N</b>	<b>Percentual</b>
Não Concordo	2	6%
Concordo Pouco	12	36%
Sem Opinião	2	6%
Concordo Parcialmente	14	43%
Concordo Totalmente	3	9%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabela 6: O processo de formação e o suporte teórico-metodológico

FONTE: Pesquisa, 2015.

As respostas se dividiram entre concordo pouco 36% e concordo parcialmente 43% indicando que na avaliação sob a ótica dos residentes o suporte teórico-metodológico não alcançou as expectativas dos mesmos. Buscando na literatura compreender a gravidade desse dado encontramos em Franco (2013), alguns empecilhos que levam a ineficácia educacional em saúde: práticas assistenciais que operam a partir de relações hierárquicas, velando cada trabalhador a confinar-se em seu espaço de saber-fazer, criando uma grande dificuldade de interagir e desenvolver uma prática multiprofissional.

Aponta que ainda persiste nos serviços de saúde um processo de trabalho fragmentado com saberes que se isolam uns dos outros onde há a dificuldade de interação entre os membros da equipe; além do não reconhecimento de que o conhecimento gerado a partir das vivências cotidianas se destaca na relação educação-saúde.

Essa fragmentação educacional se reflete no agir dos profissionais de saúde ao permanecerem individualizados no cuidado e na assistência. Essa postura que se consolidou por décadas no Brasil necessita ser reconfigurada por meio de propostas de educação em saúde que proporcione a troca das falas entre as várias disciplinas e sujeitos que compõe uma equipe de saúde.

Franco (2013), usa três pressupostos para que haja a mudança necessária nos modelos de formação em saúde: I) a educação não se mostra como um objeto em si, mas sempre para um fim; II) a educação é operacionalizada a partir do ser humano com toda sua complexidade e subjetividade; III) na educação o trabalho é muito relacional ao indivíduo ter um grande autogoverno em seu processo de trabalho.

Pontos estes refletidos nas falas dos entrevistados: Vocês conseguiram colocar em prática o que aprenderam com as matérias?

Parcialmente, quando a gente trabalha com eles que estão na residência, a gente consegue fazer. Mas quando a gente tá inserido em outro serviço, como por exemplo, agora a gente tá inserido na clínica médica, não necessariamente eu trabalho só com elas, com os outros profissionais é bem mais difícil fazer, não é com todos que isso é possível, apenas parcialmente. (FIGUEIRA, 2015).

No hospital não, mas o cenário que a gente conseguiu visualizar isso, foi na atenção primária. A gente fez construção de grupo operativo. Acho que lá com a equipe e com os preceptores nós conseguimos visualizar melhor isso, quanto a metodologia aqui não (IPÊ, 2015).

Concordo parcialmente, porque a gente que buscou trabalhar em multi, a gente teve mais oportunidade no cenário de ambulatório de neuro-clínica e na atenção básica, que foi bem multi mesmo, mas agora, como a gente está nas clínicas, a gente está trabalhando mais cada um por si, as vezes, por causa da sessão clínica, a gente acaba interagindo mais com os outros profissionais (CIPRESTE, 2015).

### Nas matérias havia o incentivo de se trabalhar em equipe?

Nas matérias de eixo comum sim, batem muito nessa tecla, mas na prática, foi só nesses momentos no ambulatório e na atenção básica mesmo, mas aqui, agora que ta começando a desenvolver mais com a sessão clínica (CIPRESTE, 2015).

Assim, em se falando de um Projeto Pedagógico bem estruturado, eu acho que não, eu acho que é muito amplo, no plano ta escrito, profissional tal, quando ele se formar ele estará apto para isso, isso e isso, então fica tudo muito amplo. Mas assim, durante o tempo dele na residência, o que ele vai desenvolver, isso não existe, porque é uma coisa bem ampla, o profissional vai ser capacitado para isso e isso, mas como é que vai ser a vida dele enquanto residente, uma coisa bem organizada não tem. (AROEIRA, 2015).

Em relação a metodologia nós tivemos até um problema na UBS que a gente foi trabalhar, porque a gente foi encaminhada para UBS e a gente tinha a visão de aluno Intensivista, então a gente se perguntou, o que a gente vai fazer lá? Ficou uma dúvida do que nós iríamos fazer, como não tínhamos essa metodologia. E a própria UBS era de profissionais recém contratados, também não sabiam muito o que eles iriam fazer. Então ficou meio... o que vocês estão fazendo aqui? O que a gente tem que fazer com vocês? Quais os objetivos de vocês? Então a gente vai fazer isso e isso e vocês isso e isso. (CEDRO, 2015)

Nós começamos a residência, mas as matérias começaram bem depois e, também, tem matérias que a gente ainda não teve. Então dizer que nos deram conteúdo, para que a gente aplicasse na prática, posso dizer que, que não foram bem colocados. Primeira coisa, as matérias que foram dadas para todos, a carga horária é pouquíssima, e muitas vezes, só passam exercícios, resumos e a gente não aproveita muito. E, também tem a questão das disciplinas específicas, que são pra gente aplicar na nossa prática, são coisa tipo, vídeos de *youtube*, coisas que a gente já viu antes, eu posso dizer que eu não tive um suporte teórico metodológico para estar atuando aqui, que eu estaria mentido. (CASTANHEIRA, 2015).

Avalio que o suporte teórico-metodológico foi pouco satisfatório, não houve planejamento para identificar limites e possibilidades das metodologias aplicadas. (SAMAUMA, 2015)

Não houve condução de trabalho interdisciplinar no eixo intensivismo. (BREÚ BRANCO, 2015).

É importante aqui informar que desde o início do programa no HUGV existe a dificuldade em se obter professores da Universidade Federal do Amazonas - UFAM para ministrarem as aulas de eixo comum e específicas, devido ao programa não oferecer remuneração extra para tal ou diminuição de carga horária em seus departamentos e a resposta demonstrou a baixa qualidade das matérias.

Tive disciplinas e, no caso, eu tive tutoria, tive preceptorial e quando tinha uma dúvida eu perguntava deles ou ia buscar nos livros mesmo. Então isso foi um trabalho diário com os outros profissionais, a dificuldade era mais da parte deles, do que dos próprios assistentes sociais, eu acho que a nossa própria formação, nos permite esse trabalho coletivo, só que para outros profissionais não, têm uma grande dificuldade. Existe um grande problema por parte da COREMU, por parte da infraestrutura, a parte de operacionalização do projeto pedagógico, eles não conseguem desenvolver e, isso é uma questão administrativa, então eu acho que é mais uma questão técnica do que metodológica. Eu concordo parcialmente, por conta desse problema técnico que acaba prejudicando, porque acaba dependendo muito do profissional, se ele tem a iniciativa, mas se ele não possui, a formação dele acaba sendo prejudicada. (ANANI, 2015)

Franco (2013), aposta nos processos educacionais para a produção de sujeitos com capacidade de intervir na realidade por meio do coletivo com o objetivo de transformá-la. Afirma que “educar ‘no’ e ‘para o’ trabalho é o pressuposto da proposta de Educação Permanente em Saúde. Assim, as políticas de saúde e educação dependem da ação dos sujeitos e dos grupos na micropolítica que se opera em cada cenário.

As propostas educacionais para a saúde formuladas, devem objetivar a formação de profissionais capazes de produzir sujeitos que protagonizem as mudanças nos serviços de saúde que são tão necessárias.

Segundo Santos (2006), a partir destes pressupostos, entende-se que é emergente a necessidade de ações de educação em saúde no ambiente hospitalar, para desenvolver nos profissionais de saúde, a capacidade de analisar de forma crítica a sua realidade.

Assim como de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações, de modo a organizar e realizar a ação e de avaliá-la com espírito crítico e, assim auxiliar no alcance do conceito de saúde ampliada. Devem ser capazes de adotar mudanças de comportamentos, práticas e atitudes, além de dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças.

Neste sentido Oliveira (2004), afirma que a educação em saúde significa contribuir para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar a sua vida.

Oliveira e Guareschi (2010), apontam que a inserção de profissionais das áreas das Ciências Humanas e Sociais no campo da Saúde pelos programas de RMS, trazem a

possibilidades de rupturas nos modelos hegemônicos impostos pelo paradigma médico-centrico. “As RMS são programas de formação de profissionais para o SUS reconhecidas pelo desafio de criar a possibilidade de construção de práticas comprometidas com a concepção de saúde proposta pelo SUS” (p. 97).

Apontam que a expansão das RMS se mostra fundamental, quanto as mudanças necessárias das práticas em saúde, que incluem os determinantes sociais da saúde em sua atuação no sistema público, exigindo a entrada de novas ciências para dar conta da produção de saúde.

Ainda segundo Oliveira e Guareschi (2010, p.97) “o objetivo geral das RMS é a formação de trabalhadores das diversas profissões para atuação em equipe multidisciplinar com capacidade de intervenção interdisciplinar nos planos técnico, administrativo e político”. Salientado a Resolução nº 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde que determina as categorias profissionais de saúde de nível superior que podem atuar como profissionais de saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

No plano técnico possibilita o aperfeiçoamento profissionais de sua área de atuação com o diferencial da rica troca de conhecimento com outras áreas do saber, permitindo ir além dos antigos paradigmas acadêmicos de sua profissão.

No plano administrativo, há oportunidade de ampliar a análise e a discussão sobre novas maneiras na organização dos serviços assistenciais. No plano político a produção de práticas que promovam a melhoria na vida dos usuários com a produção de práticas mais humanizadas pautadas nas políticas de saúde. Se engajando na conformação do sistema por meio do pensamento crítico frente as formas de assistência à saúde e oportunizando a abertura do campo pautado a partir das demandas em saúde.

Segundo as autoras, a RMS ganha notoriedade por sua importância no desejo de construir um sistema de saúde, desenvolvido pelo comprometimento de profissionais de saúde, que não apenas compreendam, mas que estejam comprometidos na concretização propostas na legislação da saúde pública brasileira.

### **2.3.1 Formação Multidisciplinar ou Interdisciplinar? A visão dos residentes**

Em conformidade com a discussão anterior sobre formação de recursos humanos na área da saúde na busca pela consolidação e implementação satisfatória do SUS, dentre outros fatores, é necessária uma mudança nas bases educacionais em saúde.

Ao considerar que o contexto que a saúde está inserida se caracteriza pela divisão do trabalho intelectual, fragmentação do conhecimento e pela excessiva especialização do saber, fica notório a importância do conceito da interdisciplinaridade.

Segundo Saupe et al (2005), a interdisciplinaridade é um dos conceitos nucleares para a consolidação do SUS, define este como sendo uma competência que resulta de um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes por partes dos profissionais de saúde, pois a relação interdisciplinar estimula de forma permanente a comunicação horizontal entre os componentes de uma equipe.

A interdisciplinaridade pode ser considerada como uma estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde, pois exige dos profissionais uma visão plural buscando soluções compartilhadas para os entraves em saúde.

Segundo Miranda (2008), o termo interdisciplinaridade é cercado por vários significados de interpretação e ação, desde a década de 1960, inúmeras tentativas foram para se definir os limites epistemológicos que achassem uma unidade conceitual. No que diz respeito dos conceitos de multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade, há quase um consenso quanto às bases conceituais, já os termos interdisciplinaridade e transdisciplinaridade são os que demonstram maior diversidade de sentidos. Sendo definidos como:

- Multidisciplinaridade é a prática de reunir os resultados de diversas disciplinas científica em torno de um tema comum, sem visar um projeto específico. Muitos currículos ou programas de ensino se limitam a ser multiprofissionais, quer dizer, a reunir um conjunto do ensino de diversas disciplinas sem articulação entre elas. (FOUREZ, 2011 *apud* MIRANDA, 2008, p. 114).
- A pluridisciplinaridade é a existência de relações complementares entre disciplinas mais ou menos afins. É o caso das contribuições mútuas das diferentes histórias (...) ou das relações entre diferentes disciplinas das ciências experimentais (ZABALA, 2002, p. 33 *apud* MIRANDA, 2008, p. 114). Chamamos com frequência de pluridisciplinaridade a prática que consiste em examinar as perspectivas de diferentes disciplinas sobre uma questão geral, ligada a um contexto preciso sem ter como objetivo a construção da representação de uma situação precisa (FOUREZ, 2002, *apud* MIRANDA, 2008, p. 114).
- A interdisciplinaridade é uma nova atitude diante da questão do conhecimento, de abertura à compreensão de aspectos ocultos do alto de aprender e dos aparentemente expressos, colocando-os em questão. Exige, portanto, na prática

uma profunda imersão no trabalho cotidiano (FAZENDA, 2000, p. 7, *apud* MIRANDA, 2008, p. 119).

- No que concerne à transdisciplinaridade, trata-se frequentemente de esquemas cognitivos que podem atravessar as disciplinas, às vezes com tal virulência, que nos deixam em transe (MORIN, 2001, p. 115, *apud* MIRANDA, 2008, p. 116).

Elucidando melhor o tema, Eulália e Munhoz (1996), fazem uma distinção entre multidisciplinaridade e pluridisciplinaridade tendo em visto que muitas vezes são utilizados como sinônimos embora existam diferenças. As autoras se embasem em Hilton Japiassu (1976) para distinguir os termos. Afirmam que tanto o multi quando o pluridisciplinar são apenas agrupamentos de certas disciplinas, mas não há relação entre as mesmas. O que difere o pluri está no fato de existirem algumas relações entre as disciplinas. No multi exista a tentativa de construir um sistema disciplinar de apenas um nível e com diversos objetivos. No pluri a construção do sistema se faz em um só nível e com objetivos distintos dando margem a certa cooperação, mas sem nenhuma coordenação.

A distinção entre os termos se dá na realidade dos sistemas de saúde, enquanto o multidisciplinar e/ou pluridisciplinar se realiza apenas por um agrupamento intencional ou não, de disciplinas, a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração entre as diferentes profissões.

Portanto, devido à vasta polissemia dos termos estudados nesse item, Fazenda (2014), aponta os quatro conceitos básicos como sendo os mais utilizados: pluri, multi, inter e transdisciplinaridade; a autora afirma que existe uma gradação nesses conceitos, que se estabelece na esfera de coordenação e cooperação entre as disciplinas.

Fazenda (2014) explica que no âmbito da pluri e/ou da multidisciplinaridade, existe apenas a justaposição de conteúdos de disciplinas heterogêneas. Na interdisciplinaridade dar-se-ia em uma relação de reciprocidade, cooperação e interação possibilitando o diálogo entre os interessados partindo do interesse de se estabelecer uma certa intersubjetividade. “A interdisciplinaridade depende então, basicamente, de uma mudança de atitude perante o problema do conhecimento, da substituição de uma concepção fragmentária pela unitária do ser humano” (p.39).

O nível mais alto das relações de multi, pluri e interdisciplinar é a transdisciplinaridade, a autora chama de utópica e incoerente está última, “pois a própria ideia de uma transcendência pressupõe uma instância científica que imponha sua autoridade às demais, e esse caráter impositivo da transdisciplinaridade negaria a

possibilidade do diálogo, condição (...) para interdisciplinaridade” (FAZENDA, 2014, p.39).

Tendo em vista a contribuição que a formação voltada para a interdisciplinaridade promove para a qualidade dos serviços de saúde ao inventivar a integralidade nos serviços contemplamos os quatro itens listados por Fazenda (2014), para contribuição desse modelo de ensino. A interdisciplinaridade pode ser considerada:

- Como meio de conseguir uma melhor formação geral, pois somente um enfoque interdisciplinar pode possibilitar certa identificação entre o vivido e o estudado, desde que o vivido resulte da inter-relação de múltiplas e variadas experiências;
- Como meio de atingir uma formação profissional, já que permite a abertura a novos campos do conhecimento e a novas descobertas;
- Como incentivo à formação de pesquisadores e de pesquisas, pois o sentido das investigações interdisciplinares é reconstituir a unidade dos objetos que a fragmentação dos métodos separou e, com isso permitir análise das situações globais, dos limites de seu próprio sistema conceitual e o diálogo entre as disciplinas;
- Como condição para uma educação permanente, posto que pela intersubjetividade, característica essencial da interdisciplinaridade, será possível a troca contínua de experiências (FAZENDA, 2014, p.39).

Vasconcelos (2000, p.47), afirma que a interdisciplinaridade é entendida como um enriquecimento mútuo com relações de poder horizontalizadas. Partindo da identificação de um problema em comum, coloca-se princípios em comum e os conceitos fundamentais “esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos e, assim, gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por uma recombinação de elementos internos”.

Segundo Saupe *et al* (2005), a interdisciplinaridade é um tema que sempre está em pauta nas discussões sobre a prática em saúde. Embora a palavra possa tomar sentidos amplos e diversos usos. Neste trabalho seu significado se dará no interior de um objeto específico que se restringe ao âmbito da prática em saúde. Assim, chamaremos de interdisciplinaridade a relação articulada entre as diferentes profissões de saúde.

Contudo, segundo os autores essa relação se dá de forma imbricada pois cada profissão de saúde compões distintos, coletivos de pensamentos que levam a construção de novos fatos diante de problemas comuns.

Afirma também, que apesar de a interdisciplinaridade se concretizar apenas na realidade das ações, o estudo e sua compreensão teórica não é dispensada de forma alguma. A pesquisa procurou identificar a dimensão do conhecimento dos residentes sobre o tema, foi perguntado aos participantes: 2. Ainda sobre as disciplinas estudadas, os

conceitos de: multidisciplinaridade; interdisciplinaridade; transdisciplinaridade foram apreendidos de forma eficaz?

<b>Respostas</b>	<b>N</b>	<b>Percentual</b>
Não Concordo	2	6%
Concordo Pouco	6	18%
Sem Opinião	0	0%
Concordo Parcialmente	13	39%
Concordo Totalmente	12	37%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabela7: Os conceitos multidisciplinaridade; interdisciplinaridade; transdisciplinaridade.

FONTE: Pesquisa, 2015

Os residentes avaliaram de forma positiva os matérias teóricas que tiveram sobre multidisciplinaridade; interdisciplinaridade; transdisciplinaridade. Saupe et al (2005, p. 530), afirma que o conhecimento teórico “auxilia numa abordagem reflexiva, em base epistemológica, da autoimagem da equipe e suas práticas”.

Fica nítido pelos dados da tabela que a base teórica referente a compreensão dos conceitos de multidisciplinaridade; interdisciplinaridade; transdisciplinaridade, possui um percentual um pouco menor em relação ao conceito dado as matérias referentes ao SUS . Nas falas é possível entender o porquê:

Eu confesso que eu tenho muita dificuldade de diferenciar, a gente bateu muito nessa tecla, a gente trabalhou bastante essas questões mas, ainda tenho uma certa dificuldade para diferenciar uma da outra. Tivemos só duas matérias que trataram sobre isso (CASTANHEIRA, 2015).

A transdisciplinaridade ainda é um conceito que ainda não é aplicável, na multidisciplinaridade você tem o médico como cabeça, você tem uma equipe que acaba que a participação dos outros profissionais não é horizontal, diferente da interdisciplinaridade, ela agrega os outros profissionais, é onde tem a clínica ampliada. Acho que o tempo foi adequado, demorou até demais (IPÊ, 2015).

Olha eu acho que a transdisciplinaridade eu ainda não consigo, essas matérias que envolvem psicologia eu tenho mais dificuldade, mas nessa matéria não tive dificuldade ANGELIM, 2015).

Acredito que poderia ser mais clara, com aplicação de exemplos práticos (BREÚ BRANCO, 2015).

É possível notar nas falas uma certa falta de clareza quanto os conceitos. Saupe *et al* (2005), em sua pesquisa ao buscar identificar a interdisciplinaridade na prática profissional categorizou três dimensões: conhecimentos, habilidade e atitudes. A primeira dimensão diz respeito ao conhecimento das políticas públicas, as mudanças no modelo de atenção, os princípios dos SUS e da Reforma Sanitária, estes “podem contribuir na

execução de práticas interdisciplinares sobre tudo dentro da perspectiva da integralidade, eixo da reforma que justifica o trabalho em equipe” (p.530).

Como foi visto anteriormente os estudos sobre os conceitos de multidisciplinaridade; interdisciplinaridade; transdisciplinaridade traz a compreensão de sua potencialidade na prática e não apenas estes conceitos mais também as outras profissões ao passo que o conhecer as outras profissões leva a conhecer suas diferenças culturais e sociais.

Ainda nas linhas dos autores para que a interdisciplinaridade seja efetiva na prática, além do conhecimento há a necessidade de se ter habilidades das quais destacamos a capacidade de relacionar-se e de reconhecer situações interdisciplinares. E isso só pode ser realizado na prática. Nas falas a seguir dos entrevistados é destacado a necessidade de se criar estratégias para se efetivem em atividades práticas tais conceitos.

Eu consegui entender os princípios parcialmente, porque eu penso que deveria ser contemplada mais uma matéria. Porque no caso ela trabalhou os conceitos, mas poderia ter uma disciplina que contemplasse os cenários de prática (ANANI, 2015).

A gente teve uma disciplina voltada para esses conceitos, a parte do multi fica mais fácil de entender porque a gente vê na prática. Pelo menos uma parte da nossa gente tenta trabalhar o multi nem todos os nossos campos de atuação a gente trabalho multi. A gente tenta correlacionar o conceito com a prática, mas agora o inter e o trans fica realmente complicado de entender, só por conceito (AROEIRA, 2015).

Por meio dos dados foi verificado uma defasagem no aprendizado desses conceitos, tão fundamentais para o trabalho em equipe e para a geração de mudanças nas práticas em saúde. Os residentes mostraram domínio no conceito de multidisciplinaridade como explicam as autoras a seguir.

Oliveira e Guareschi (2010) afirmam que apesar da multidisciplinaridade se apresentar de forma benéfica por problematizar as fronteiras disciplinares porém este conceito não ultrapassa as fronteiras necessárias para a construção de um sujeito integral para a saúde. Desvelando uma das limitações do modelo de trabalho multidisciplinar que, apesar de oferecer e possibilita encontros entre objetos e núcleos de saberes diferentes, ainda assim não efetiva o rompimento das fronteiras que dificultam a comunicação entre os profissionais.

Questionando não só as formas de organização, mas exigindo uma postura diferenciada de trabalhadores e gestores em sua implicação no cotidiano de trabalho, a efetivação deste modo de atuação exige uma postura de aceitação do trabalho coletivo, da partilha de informações e da problematização das fronteiras disciplinares e, principalmente, da colocação da integralidade como uma meta a ser desenvolvida neste tipo de trabalho (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010, p.102).

As autoras explicam a deficiência que o trabalho multiprofissional possui ao pontuarem que apesar de conseguirem entender o sujeito da saúde sob uma ótica multifacetada, na prática cada área de formação responsabiliza-se por um cuidado específico, mas que nem sempre produz uma resposta efetiva frente às necessidades demandadas.

De acordo com o Merquior (2009), um atendimento em saúde multiprofissional é colocar a serviço do usuário por meio de várias especialidades conforme necessite oferecendo um serviço fragmentado. Em contra partida, para oferecer um serviço interdisciplinar, além da existência das diferentes especialidades é necessária uma atuação de forma articulada, integrada. Profissionais com essa visão dialogam sobre os casos pensam e refletem juntos sobre os diversos aspectos envolvidos do tratamento e cura do doente.

Segundo Merquior (2009), a proposta interdisciplinar se apoia na compreensão da realidade em todas as suas formas para que seja possível impedir a reincidência dos sintomas e reinternações, promovendo o uso mais responsável dos recursos investidos. Para isso os profissionais de saúde devem se aproximar da humanidade dos usuários, objetivando uma melhor leitura das necessidades pessoais e sociais, compreendendo o contexto pessoal, econômico e familiar que o paciente está inserido.

Segundo Eulália e Munhoz (1996), para se falar em interdisciplinaridade deve-se tem em mente a intersubjetividade o que remete a necessidade de relação entre os sujeitos, “isso porque as diferentes disciplinas/profissões se expressam no real, na prática, como singularidades, através de sujeitos” (p.167).

As autoras ressaltam um ponto fundamental nessa discussão, o fato de que o plano teórico a interdisciplinaridade é perfeitamente aceita e viável na prática, contudo a realidade é composta por sujeitos singulares que podem ou não ultrapassar o terreno da simples vizinhança pacífica que é expressa na multidisciplinaridade que em geral não ultrapassa a individualidade.

Para ascender ao plano da interdisciplinaridade, que vai além do estar ao lado, implicando na troca, na reciprocidade, na discussão, e no conhecer o outro profissional na sua alteridade, buscando as trocas e as complementações. Assim, “a interdisciplinaridade se alicerça no entendimento do outro como consciência que tem percepções e visões de mundo compatíveis ou não com as nossas, mas com quem podemos discutir” (EULÁLIA; MUNHOZ, 1996, p.167).

Assim, foi perguntado aos respondentes: “O conhecimento do papel das outras profissões auxilia no desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar e integral?”

<b>Respostas</b>	<b>N</b>	<b>Percentual</b>
Não concordo	0	0%
Concordo Pouco	0	0%
Sem Opinião	1	3%
Concordo Parcialmente	2	6%
Concordo totalmente	30	91%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabela 8: O conhecimento do papel das outras profissões.  
FONTE: Pesquisa, 2015.

Quase unanime (91%) o conceito entre os residentes que o conhecimento de outros saberes promove o desenvolvimento da interdisciplinaridade nos serviços.

Saupe *et al* (2005), afirma que a condição primária para existir a prática interdisciplinar está nas atitudes dos membros da equipe como o respeito à disciplina do outro para que haja o entendimento dos potenciais e limitações de sua própria disciplina e das demais isento de um julgamento hierárquico tendo em mente a importância do papel de cada membro da equipe no processo de construção das ações de saúde.

Sim, porque a gente acaba sabendo a demanda do paciente, sabendo a quem encaminhar a que profissionais buscar. Acaba fazendo você visualizar outras necessidades e não apenas a minha (CIPRESTE, 2015).

Sim, no início é bem difícil, porque tem algumas profissões que você acha que conhece mas no dia a dia algumas coisas vão se esmiuçando e isso facilita a tua intervenção, e principalmente para você trabalhar em equipe, você precisa conhecer o outro profissional, e se você não conhecer, você não tem como trabalhar em equipe (ANANI, 2015).

Eu acredito que sim, hoje depois de conviver um ano junto, e apesar de ter convivido mais com algumas profissões do que outras, hoje em dia, se o paciente começa a falar alguma coisa da vida dele, meu cérebro já começa pensar o que ele precisa, eu já penso nos profissionais que podem intervir e solucionar o problema dele. Hoje eu já tenho essa visão. Hoje eu já pego a prescrição e não vejo que o que ele está tomando, eu já penso, será que ele tem dinheiro para comprar? Será que ele tem uma renda? Será que ele tem um BPC, um auxílio? Será que tem isso por causa do lado psicológico dele? Será que a família está apoiando? Será que tem que fazer um trabalho com a família para poder a questão fisiológica dele melhorar? Será que a parte família não está influenciando nisso? (AROEIRA, 2015).

Em um trabalho em equipe é importante, respeitar as limitações é o ponto de partida para entender que o outro pode estar com razão, entender os pensamentos na perspectiva do pensamento coletivo, buscando negociar até se encontrar consensos. Levando a aceitação de sugestões exercitando a tolerância. “Significa permeabilizar o meu discurso com o discurso do outro membro da equipe e entender que as contribuições

teórico-práticas de outros coletivos de pensamentos constituem elementos de uma construção coletiva” (SAUPE *et al*, 2005, p.532).

Sim, porque você acaba conhecendo até onde você pode ir e a partir dali quem poderia continuar o atendimento, você consegue visualizar isso (IPÊ, 2015).

Sim, você consegue saber o trabalho do outro, tipo isso não condiz com a minha profissão, mais eu sei que há outra pessoa (CEREJEIRA, 2015).

Sim, é justamente a interdisciplinaridade, que é conhecer o que o outro faz (ANGELIM, 2015).

Sim, você passa a saber mais até onde você pode ir (AMORA, 2015).

A partir da uma visão interdisciplinar a própria complexidade do objeto de intervenção que é a saúde/doença gera nos profissionais a consciência de suas limitações, impulsionando o trabalho em equipe, se tornando uma alavanca para o trabalho cooperativo. “A interdisciplinaridade exige um certo desprendimento corporativo, sobretudo quando se parte do princípio da integralidade como eixo nuclear nas mudanças do modelo de atenção” (SAUPE *et al*, 2005, p.533).

Cabe aqui ressaltar que nem todos os momentos vivenciados em uma unidade de saúde são interdisciplinares. Como afirma Saupe *et al* (2005), não se é interdisciplinar o tempo todo e com todos os membros da equipe. “Há espaço para o trabalho disciplinar quando o realizo dentro da especificidade do meu coletivo de pensamento” (p.531). Os autores enfatizam que a capacidade de reconhecer situações interdisciplinares é uma habilidade necessária e deve ser desenvolvida.

Apontam que está habilidade se justifica a partir do contexto das práticas cotidianas da equipe de saúde afinada a realidade e as situações/problemas. São estes últimos que formam os núcleos articuladores da relação interdisciplinar. Identificar dificuldades para a prática interdisciplinar é fundamental para a manutenção da equipe.

A pesquisa buscou desvelar se ao longo da formação na RMS os residentes desenvolveram a habilidade de identificar situações interdisciplinares no cotidiano dos serviços de saúde:

<b>Respostas</b>	<b>N</b>	<b>Percentual</b>
Não Concordo	0	0%
Concordo Pouco	0	0%
Sem opinião	0	0%
Concordo Parcialmente	10	30%
Concordo Totalmente	23	70%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabela 9: A capacidade de reconhecer situações interdisciplinares no cotidiano de saúde.  
Fonte: Pesquisa de campo 2015.

Segundo Saupe *et al* (2005), essa capacidade está associada a habilidade de conhecer a equipe, de aproximasse e conhecer o outro entender suas diferenças culturais e sociais para que haja comunicação, pois a interdisciplinaridade se dá no cotidiano da clínica por meio do relacionamento e comunicação entre a equipe. Esses elementos pode levar a reflexão crítica, frente as dificuldade encontradas, buscando a superação e o crescimento interno. “Não existem fundamentos prescritivos para a prática interdisciplinar; é na vivência, nos acertos e erros e na identificação das dificuldades que se constrói um cotidiano de equipe” (p. 532).

Portanto foi questionado entre os residentes e egressos como eles avaliavam sua equipe quanto uma equipe interdisciplinar nas práticas dos serviços de saúde. “Sua equipe era interdisciplinar nas práticas dos serviços de saúde?”

<b>Respostas</b>	<b>N</b>	<b>Percentual</b>
Não Concordo	1	3%
Concordo Pouco	2	6%
Sem Opinião	0	0%
Concordo Parcialmente	19	58%
Concordo Totalmente	11	33%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabela 10: Interdisciplinaridade nos serviços de saúde.

FONTE: Pesquisa, 2015.

Pela definição de que a interdisciplinaridade acontece a partir das trocas de saberes muitos residentes avaliaram que suas equipes conseguiram desenvolver um trabalho interdisciplinar, 58% concordaram parcialmente e 33% concordaram totalmente, por acreditarem que o fato de dialogarem sobre determinados pacientes caracterizaria uma equipe interdisciplinar.

Contraditoriamente durante as entrevistas foi possível observar que cada profissional, com seu preceptor de área desenvolve seu trabalho de forma separada e sem cooperação direta. Saupe *et al* (2005, p. 524), afirma que “numa perspectiva interdisciplinar a abordagem do problema seria vista conjuntamente, bem como a busca de soluções criativas para resolvê-la”.

Apesar de as notas obtidas por meio dos questionários terem recebido um conceito positivo (concordo parcialmente e totalmente) as falas revelam uma realidade diferente. Pois como relatado nas entrevistas os residentes se consideram como uma equipe que desenvolve um trabalho interdisciplinar pelo fato de encaminharem ou solicitarem ajuda

um do outro categorizando esse tipo de iniciativa como sendo interdisciplinar como ver-se-á nos dados a seguir:

Eu concordo parcialmente, justamente porque aqui no serviço (HUGV) não rola isso, a gente teve nesses momentos, NEUROCLINICA, PROAMDE, deu até para desenvolver (CIPRESTE, 2015).

Eu acho que eu consigo fazer esse trabalho interdisciplinar, mas eu acho que tem colegas do intensivismo que não conseguem fazer isso (CEREJEIRA, 2015).

Na UBS sim, mas na UTI é mais complicado, porque é muita correria e a gente atua em situações diferentes, eu acho que ainda tem uma barreira que precisa ser quebrada. A gente precisa sentar para conversar sobre os casos e isso não acontece, eu chego lá, vejo como tá a prescrição do dia, desço (para o setor de nutrição) não tenho tempo de conversar com o enfermeiro, com o farmacêutico, então nessa questão de UTI isso não foi alcançado ainda, uma vez ou outra a gente ainda conversa, mas é difícil por conta da nossa rotina, a gente precisava ter um tempo (CASTANHEIRA, 2015).

Não houve condução de trabalho interdisciplinar no eixo intensivismo (BREÚ BRANCO, 2015).

Eulália e Munhoz (1996), afirmam que a interdisciplinaridade “vai além do simples monólogo de especialistas ou do diálogo paralelo e tem como horizonte o campo unitário do conhecimento”. Intensão não encontrada dentro do PRMS, alguns fatores cooperam para isso, como a divisão do programa em duas áreas de concentração, os cenários de práticas principalmente o hospital, os preceptores divididos por profissão, o embasamento teórico raso, a falta de estímulo do próprio programa de uma serviço interdisciplinar e etc. A soma destes fatores, levam a uma convivência multiprofissional com diálogos simples entre as profissões, uma convivência de vizinhança pacífica mas que não ultrapassa a barreira que levaria para um conhecimento objetivado e unitário em suas ações.

Os entrevistados indicaram que:

Eu acredito que sim, tanto na parte da saúde funcional hoje, quanto da equipe da UBS, tem uma harmonia muito grande da equipe. Um trabalho muito próximo é o trabalho do serviço social e da psicologia, mas que também interage com a educação física, com a fisioterapia, com a enfermagem. Na UBS também foi assim, com a diferença que tínhamos os profissionais de intensivismo como nutrição e farmácia, e isso proporcionou um contato maior com aquele profissional (ANANI, 2015).

Em muitas ações foi possível identificar a interação entre os profissionais e a construção de metodologias que proporcionavam uma ação interdisciplinar, contudo esse processo não foi linear, dependia do cenário de prática, do comprometimento e identificação do profissional com a demanda (SAMAUMA, 2015).

Segundo Oliveira; Guareschi, (2010, p.102), apesar de este modelo de formação organizar o trabalho em um espaço propício para as trocas de saberes, nem sempre isto é possível, “devido à postura profissional de valorização da herança das formações acadêmicas, em que prevalece a lógica dos saberes especializados e fragmentados.

Isso porque como núcleo profissional produz uma forma distinta de compreender o processo saúde-doença, e possui meios diferente de atender a demanda que chegam a eles. Indicam o desenvolvimento do cuidado integral como um mecanismo para minimizar os efeitos da fragmentação do conhecimento. É necessário que os trabalhadores tenham espaço para a analisar sua atenção à saúde e organização dos serviços.

Sim, consegue, de vez em quando a gente se reuni para tratar de um paciente, a gente conversa, a gente sempre discute. A equipe tem um olhar do todo (AMORA, 2015).

Miranda (2008, p. 117), conceitua dois tipos de interdisciplinaridade aqui vamos destacar a “interdisciplinaridade do tipo pluridisciplinaridade”, a classifica como fraca, e “aparecerá quando o predominante das equipes multiprofissionais for a transferências de métodos de uma disciplina para a outra ou “uma série de monólogos justapostos”

Contudo, a RMS/HUGV não está fadada ao não alcance da interdisciplinaridade, Eulália e Munhoz (1996), afirmam que para que esse nível seja atingido é necessário a passagem de graus, e esses são sucessivos pois são pautados na cooperação e coordenação crescentes até o alcance de interações propriamente ditas. Há a necessidade de intercâmbios para que no final do processo cada disciplina saia enriquecida.

E esses intercâmbios se traduzem, por exemplo, na incorporação dos resultados de uma especialidade por outra (s), no empréstimo mútuo de certos “instrumentos e técnicas metodológicos”, possibilitando relação crítica para integração consciente e efetiva entre diversos ramos do saber (JAPIASSU, 1976, P. 73-75, apud EULÁLIA; MUNHOZ, 1996, p. 168).

Portanto para se desenvolver uma interdisciplinaridade forte deverá existir o senso de que o prioritário não é a transferência de métodos, mas de conceitos e em vez de uma série de monólogos justapostos, “houver um verdadeiro diálogo, o que requer o favorecimento das trocas intersubjetivas, (...) onde cada um reconheça em si mesmo e nos outros não só os saberes teóricos, mas os saberes práticos e os saberes existências” (MIRANDA, 2008, p. 117).

Foi percebido uma tímida mas importante mudança no pensar profissional para o caminhar em direção a um trabalho interdisciplinar nas falas dos seguintes participantes:

Assim hoje, eu sinceramente, se eu sair daqui eu fico preocupada, o que eu vou fazer da vida depois que eu sair daqui? Porque o fato de trabalhar sem suporte pra mim não existe mais, porque eu realmente trabalho com o suporte das meninas, tá cansada de me acompanhar em atendimento porque eu acho que a visão dela pode ser mais reflexiva que a minha, eu vou no atendimento, depois falo para ela, ou quem dar alta eu vou lá com a assistente social e digo para ele querem dar alta pro paciente, mas ele não tem para onde ir. Eu não sei mais trabalhar sozinha. A partir do momento que você consegue enxergar o paciente como todo, e não só mais como uma perna ou um braço, mas sim como um ser humano, não existe mais a possibilidade de trabalhar sozinha (FIGUEIRA, 2015).

Eu tava nesse conflito recentemente, eu to trabalhando tanto com vocês que eu já esqueci a psicologia, assim eu esqueci as ferramentas da minha área, eu já to saindo da minha área, meu deus eu já tô tendo um conflito interno mesmo. Já cheguei com minha preceptora e disse: eu já não to mais me sentindo tão psicóloga. Foram 6 anos de técnicas e eu não consigo mais aplicar porque eu chego com o paciente, começo a conversar e já começo a pensar em encaminhar para fisioterapia. E eu fico, cadê a minha área? Agora que eu já voltei pro meu mundo, a psicologia já me puxou de volta. Mas isso é uma consequência de atuar tanto em equipe, como ela falou: o que que eu vou fazer depois que sair daqui? (ARAÇÁ, 2015).

Portanto, como foi colocado pelos autores anteriormente citados, a interdisciplinaridade é um processo que deve ser iniciado com a presença de uma equipe multiprofissional e como pode ser notado nos dados da pesquisa o programa de residência apesar de não ter recebido um conceito bom nos itens da grade curricular e na qualidade das disciplinas demonstrou possuir algo inovador que é a promoção de um espaço multiprofissional que instiga os residentes a trabalharem juntos e assim descobrir na realidade do cotidiano como é trabalhar em equipe.

A construção da interdisciplinaridade é formada por várias etapas e o que foi constatado é que a residência oferece o primeiro nível desse processo que é o trabalho multiprofissional. Contudo isso já indica um passo em direção as mudanças tão necessários para o sistema público de saúde. No item a seguir veremos as contribuições que esse modelo de ensino proporcionou aos seus participantes.

## **2.4 A Residência Multiprofissional e sua Contribuição para o SUS**

Com o propósito de colher subsídios para verificar a contribuição que esta modalidade de educação continuada em saúde trouxe aos profissionais envolvidos registramos e refletimos sobre o mesmo neste subitem.

Segundo Silva e Caballero (2010), os processos pedagógicos para formação de trabalhadores em saúde – especialmente na dimensão do Sistema Único de Saúde (SUS), norteado pela integralidade da atenção – ganham papel estratégico no tensionamento ao modelo criticado e na invenção de linhas de fuga no encontro educação-trabalho-saúde.

Oliveira e Guareschi (2010), lembram que objetivo da Residência é entender o processo de saúde-doença como um único objeto e buscar a construção de práticas assistenciais e de gestão que respeitem a complexidade e estejam embasadas na partilha de ideias posturas e práticas que provoquem a quebra paradigmática colocada pela racionalidade da ciência moderna. As autoras acreditam que a RMS pode ser um efetivo dispositivo de formação de profissionais capacitados na construção de práticas em saúde orientadas pelas diretrizes do SUS.

Desse modo ao buscarmos compreender a contribuição da RMS para a formação de trabalhadores para SUS sob a ótica da integralidade e da interdisciplinaridade, foi perguntada aos participantes: “14. A organização das atividades práticas e teórico-práticas na residência contribuíram para a formação de profissionais capacitados para atuarem no SUS?”

<b>Respostas</b>	<b>N</b>	<b>Percentual</b>
Não Concordo	1	3%
Concordo Pouco	3	9%
Sem Opinião	1	3%
Concordo Parcialmente	16	49%
Concordo Totalmente	12	36%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabela 11: Formação de profissionais capacitados para atuarem no SUS.

Fonte: Pesquisa, 2015.

Apesar de ter sido avaliado de forma positiva (49% e 36%) muitos demonstraram o medo de não terem uma equipe multiprofissional nos novos locais que forem atuar.

Porque a gente vê na teoria do Sistema único de Saúde é uma coisa e o que a gente vê na prática do SUS é outra coisa diferente. E a gente não pode dizer que a gente está capacitada para trabalhar em todo sistema único, porque a gente trabalha em uma instituição, é em uma atenção que a gente enquanto grupo faz a diferença, mas quando eu for tirada do meu grupo e for jogada em uma outra realidade, eu não sei se eu vou encontrar pessoas com essa mesma capacitação com a mesma capacidade de receber dessa forma (FIGUEIRA, 2015).

Aqui a gente encontrou um grupo com o mesmo objetivo, mas quando a gente for para uma outra instituição com um outro quadro de pessoal que tem sua maneira de trabalhar, e a gente chegar lá com essa cabeça. E quando eu falo, parcialmente, eu falo principalmente da UBS, porque eu realmente não sei

como a gente poderia trabalhar de uma maneira multidisciplinar ali dentro, na teoria eu sei, mas lá a gente teve que se encontrar entre a gente mesmo, porque nem o NASF sabia como a gente poderia atuar quando residente ali dentro (ARAÇÁ, 2015).

Conforme as falas surge o seguinte questionamento: Será que os residentes não formaram uma visão de alcance mais longo e nítido dos desafios e possibilidades dentro dos diversos níveis de saúde? Isso mostra uma falha da formação, posto que a legislação é clara em afirmar que o objetivo do programa é capacitar em todos os níveis e ficou nítido que isso não ocorreu talvez por falta de uma base teórica-metodológica mais densa associado a isso a falta de orientação e monitoramento de preceptores e tutores.

Pode ser melhorado, a gente tem muita coisa para melhorar aqui, mas avaliando os profissionais que entraram e os que vão sair, nós vamos sair muito melhores, mas devido a prática, porque teoria a gente vai procurando por conta própria e a gente vai buscando melhorar cada vez mais. Acho que a equipe multiprofissional tem esse diferencial e, a gente busca fazer isso de sentar e discutir, e eu acredito que conforme a gente vai levando a residência e até acabar a gente consegue sair um profissional mais qualificado para atuar no SUS como um todo (CASTANHEIRA, 2015).

Segundo Oliveira e Guareschi (2010), acredita-se que não há como um residente colocar-se realmente a serviço da formação para o sistema enquanto não puder desenvolver uma visão ampla e integrada das partes que o compõem. Em relação à formação em serviço, deve-se aproveitar de maneira integral o que a experimentação nos diferentes níveis que o sistema oferece entendendo que a complexidade está colocada na relação a ser estabelecida com a saúde e não na divisão hierárquica proposta pelo desenho do SUS.

Eu acredito que sim, mas eu acho que se a parte técnica administrativa ela conseguisse organizar, tudo isso de forma harmônica, e poderia potencializar esse aprendizado, porque a gente não teve de uma forma harmoniosa foi tudo de uma forma muito grosseira, atropelada, uma hora acaba aqui, e não vão pra lá, não vem pra cá, não tem que voltar. Então isso acaba prejudicando o residente psicologicamente, porque não é fácil você estar 12 horas aqui, desenvolvendo as atividades, e você ainda não ter um planejamento por parte da coordenação, e até porque você precisa se organizar, para o que você vai desenvolver, porque são muitas atividades, não é fácil. A base teórica é pesada e os cenários de prática são extremamente pesados. Cada cenário de prática, são coisas que você não teve na graduação, então você tem que estudar para estar desenvolvendo aquelas atividades, então você vai acumulando material de estudo e, você não tem um tempo específico para estudar e acaba extrapolando as 12h e aindaleva pra casa, vira a madrugada para dar conta daquilo que a residência propõe. Então falta organização, porque eles têm uma obrigatoriedade mas eles não dão estrutura para desenvolver essas atividades para gente. (ANANI, 2015)

A residência multiprofissional possibilitou uma experiência nos níveis de atenção do SUS e dentro do HUGV nos seus diversos cenários, o que potencializou um conjunto diversificado de experiências práticas e teóricas, possibilitando um profissional com pelo menos, conhecimento mínimos sobre o SUS. Mas necessita reforçar o papel da preceptoria e reorganizar a rotina, possibilitando que o residente também disponha de tempo para produção científica e reflexão de suas práticas, logo uma formação mais qualificada para o SUS (SAMAUMA, 2015).

Cunha, Vieira e Roquete (2013), apontam que o modelo de formação da Residência Multiprofissional visa preservar as especialidades de cada profissão contudo buscar criar uma área comum orientada por valores como: a promoção de saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento.

Segundo Oliveira e Guareschi (2010), as estruturas organizativas dos programas como a Residência que oferecem formação em serviço e inserção em equipes multidisciplinares dão condições favoráveis para trocas entre as disciplinas, os programas podem ser compreendidos como espaços para produção de conhecimento livre dos antigos paradigmas da ciência moderna.

Segundo Silva e Caballero (2010), a formação em saúde pode ser mais potencializada a partir da multiprofissionalidade e interdisciplinariedade, norteadas pela busca de cuidados integrais,

A visão interdisciplinar desenvolvida ao longo de dois anos de atuação permitiu aos residentes perceberem o indivíduo como um todo, ou seja, sob uma visão holística e não mais como um indivíduo fragmentado. A interdisciplinaridade significa reciprocidade e mutualidade e exige relações horizontais e neste contexto é necessário criar uma cultura de trabalho coletivo associado à troca de saberes (TEIXEIRA, 2008).

A pesquisa buscou saber como os residentes avaliavam o PRMS do HUGV: Avaliando sua formação no Programa de Residência Multiprofissional, você acredita que esta alcançou o objetivo de formar um profissional que compreenda e desenvolva a atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar em saúde?

<b>Respostas</b>	<b>N</b>	<b>Percentual</b>
Não concordo	0	0%
Concordo Pouco	4	12%
Sem Opinião	2	6%
Concordo Parcialmente	9	27%
Concordo Totalmente	18	55%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>

Tabela 12: Avaliação da formação no PRMS/HUGV  
Fonte: Pesquisa 2015.

Apesar dos percalços dificuldades e limitações de recursos humanos e materiais como foi possível identificar ao longo da pesquisa. Ao término da avaliação os residentes avaliaram de forma positiva (55%) a formação proporcionada pelo PRMS/HUGV. Conforme as falas:

De certa maneira com pernas tortas e meio assim, tá conseguindo, está indo conseguindo com certeza (FIGUEIRA, 2015).

Em relação a esta parte de trabalho multi e inter, acho que sim (IPÊ, 2015).

Eu concordo parcialmente, porque o programa tá conseguindo fazer com que as pessoas que entram na residência saiam diferentes é claro, mas eu acho que a atual condição do sistema e das outras pessoas que já se formaram na residência que não é multi, tem esse fator conflitante. O programa consegue, mas vão ter pessoas que vão entrar e sair do jeito que entrou. (CEREJEIRA, 2015).

Trabalho multi e inter vai ser complicado, não é fácil você trabalhar o multi e o inter, se você pegar uma equipe que não trabalhou o inter, vai ser complicado (ANGELIM, 2015).

A atuação em equipe interdisciplinar, desenvolve entre os profissionais um novo entendimento sobre o usuário e distancia-se da visão focada na doença e aponta para os aspectos de suas individualidades e das relações familiares e sociais (MATOS, 2009).

A gente não tem mais aquela visão, tem diferença entre a gente e os outros profissionais de farmácia que vem a prescrição assim: tem ou não tem, a gente não pensa mais assim, tem ou não tem, a gente já pensa no paciente de como ele está, o que a falta daquele medicamento pode ocasionar para o paciente. Não mais, não tem no estoque, pronto e acabou. A gente tem uma visão a mais, tentar por outras vias conseguir aquele medicamento. Porque farmacêutico só dispensa o que tem, o que não tem, não é mais responsabilidade dele (CEDRO, 2015).

Isso ai já é um pouco mais complicado, por causa desses furos que eu te falei, tem muita coisa para melhorar, a residência ela estava tendo muito problema de coordenação, de organização e planejamento. Então assim, se você busca com a sua equipe ter essa visão dos princípios, você consegue sair um profissional completo, mas isso vai muito de você (CASTANHEIRA, 2015).

Matos (2009) em sua pesquisa sobre a atuação de equipes interdisciplinares, aponta que esse tipo de mudança relatada na fala dos entrevistados maximiza a potencialidade para a realização de mudanças que geram benefícios aos usuários e aos profissionais de saúde, bem como reorganiza o modo de fazer a assistência à saúde. Essa abordagem aproxima o olhar da equipe para a multidisciplinaridade do indivíduo enquanto sujeito com sua cultura, história e condição social, além de utilizar os recursos institucionais de forma mais racional.

Sim, eu não sou a mesma de quando eu entrei, literalmente porque tem algumas disciplinas que extrapolam nossa área de conhecimento, como epidemiologia, a parte de anatomia, então a gente é forçado literalmente, a conhecer as outras profissões, de certa forma isso é muito bom, porque a gente só tem que levar as coisas boas, então isso me abriu outros caminhos, outros conhecimentos, então hoje eu entendo o trabalho das outras profissões e eu reconheço a importância delas para o meu trabalho e assim a importância do meu trabalho para eles. Apesar de todas as dificuldades operacionais (ANANI, 2015).

Salienta a fala da pesquisa Cunha, Vieira e Roquete (2013) em sua pesquisa sobre o impacto da RMS na formação profissional dos residentes em um hospital de ensino de Minas Gerais, identificou dado semelhante ao exposto a cima. Afirmam que, no que diz respeito a prática multiprofissionais esta promoveu nos residentes uma melhor capacidade de trabalhar em equipe ao entenderem a importância da integração com outros profissionais, alcançando um dos objetivos da residência que é possibilitar a inter-relação entre as diversas categorias profissionais em suas práticas.

Segundo Oliveira e Guareschi (2010), é importante pensar que as RMS oferecem possibilidades diversificadas nas ênfases de formação sendo localizadas em vários pontos da rede assistencial tanto nos níveis primários quanto nos secundários e terciários. Além disso oferecem a possibilidade de o residente circular em diferentes serviços existentes na rede de assistência à saúde e este espaço beneficia o amadurecimento das práticas de gestão e cuidado a serem desenvolvidas.

Segundo Oliveira e Guareschi (2010), a partir de sua integração entre ensino e serviço proporcionado na RMS os residentes passam a ter a oportunidade de pensar em novas propostas, nas quais o foco seja realmente uma responsabilidade compartilhada entre trabalhadores, usuários e gestores públicos e explicita que:

A autonomia colocada nos trabalhadores proporciona espaço para que se corram riscos, que as quebras paradigmáticas podem oferecer para reconfiguração tanto dos espaços de trabalho, quanto das teorias produzidas com embasamento nas práticas cotidianas (p.111).

Por conseguinte, a formação interdisciplinar incentivada através do programa de Residência Multiprofissional em Saúde é importante para a atuação profissional dos residentes, através do conhecimento prático do funcionamento dos serviços de saúde que proporciona uma visão ampliada em saúde, apontando para a possibilidade da implantação de uma assistência fundamentada na interdisciplinaridade na humanização e na integralidade.

As consequências das medidas neoliberais adotadas para as políticas sociais de educação e de saúde rebatem na formação dos profissionais e, conseqüentemente na qualidade dos serviços. Neste cenário permeado pelo contexto de capitalismo mundial, nascem desafios para todos os setores da sociedade, acadêmicos, professores, profissionais de saúde e etc., na luta por políticas públicas que sejam universais e integrais saindo da lógica do mercado.

Ao relacionar as consequências geradas pelo modelo neoliberal na educação e analisar a referida política de educação permanente, a partir da residência multiprofissional, é evidente a necessidade do investimento por parte do governo nesse modelo de serviço/ensino gerando assim uma maior qualidade nos serviços do sistema público de saúde.

Em suma, através dessa experiência demonstrou-se que os benefícios e a qualidade nos serviços de saúde podem ser efetivados por meio de programas de educação em saúde como da residência multiprofissional, concretizando assim a política de saúde e, mudando os modelos assistencialistas e, reconstruindo as relações de poder dentro da equipe de saúde, onde todos sejam atores responsáveis pelo desenvolvimento na construção de uma assistência interdisciplinar voltada para a prevenção e educação da população.

Agora vamos fazer uma pausa para deixar unicamente os residentes falarem, foi feito uma pergunta extra aos entrevistados que não estava no questionário sobre quanto atribuíam ao programa e quanto cabe a eles a responsabilidade na qualidade de sua formação que proporcionou a mudança na prática profissional relatada durante as entrevistas.

Ao programa daria 80% porque fui ter essa visão, aqui dentro mesmo, porque antes era só fisioterapia. (CIPRESTE, 2015).

Interessante notar que este foi a única fala que atribuiu um valor tão alto ao programa, mostrando que mesmo com as falhas e as deficiências que o programa enfrenta ainda assim demonstrou ser um meio de formação em saúde inovador, ao proporcionar a inserção dos residentes em três níveis de saúde e pela convivência “obrigatória” com outras áreas de saberes.

Eu acho que o próprio programa incentivou a isso, tipo a quebrar essa certa resistência. Eu particularmente nunca tive problema nenhuma em trabalhar em outras áreas, mas eu tinha um certo... preconceito não é a palavra, mas por exemplo, eu tinha uma certa resistência em relação a médicos. Médico tem aquela postura, então assim, a gente chegou na clínica médica a gente já está super amigo, inclusive dos residentes de lá. A gente já se conhece. Tinha

paciente que vivia dopada e não podia fazer fisioterapia, eu fui com o residente médico, conversei e ele diminuiu a dose. Eles realmente escutam a gente, eles ajudam a gente entender muito nas questões do diagnóstico, eu questiono se a paciente está depressiva, indico a suspensão de alguns medicamentos, eles atendem. Então, a gente conseguiu trabalhar de uma maneira multi, que conseguiu envolver inclusive a medicina. Eu também dou, 80% para o grupo e 20% pro programa, na parte teórica, mas na prática a gente tem que adaptar à nossa realidade. (ARAÇÁ, 2015).

Eu não daria a nota para mim, eu daria para o grupo que eu trabalho hoje, para o grupo eu daria 8, e 2 para o programa. Porque o programa ele prega isso, mas o programa não te mostra isso na prática, ele não te incentiva a fazer isso. Você buscou? A gente buscou. O grupo se quebrou, se matou, tivemos lutas épicas aqui entre todo mundo. Então 8 pro grupo (FIGUEIRA, 2015).

70% para eu, 30% para residência porque a parte de melhorar quanto profissional fui eu busquei (ANGELIM, 2015).

Eu acredito que a maior parte cabe a mim mesmo porque, eu vou dizer 60% para mim e 40% para o programa porque como a gente está em um campo, que na rotina você vê coisas novas e buscar conhecimento, mas a residência ainda não dá esse suporte que a agente precisa, nem estimula, mas no campo que você está inserido te estimula a estudar, para que você seja um profissional melhor. Essa parte de SUS eu gostei, mas a minha parte específica não (CEREJEIRA, 2015).

40% para a residência, 60% para eu, porque essa parte do SUS, do inter e do trans eles deram bem, agora minha formação quanto enfermeiro eu acrescento muito a mim, porque eu fiz e busquei por conta própria. (IPÊ, 2015).

Nessas falas as participantes enfatizaram a importância da equipe no processo de formação dentro da residência indicando a mudança no agir profissional ao compreender que para existir qualidade e mudanças nos serviços e para que as necessidades do paciente sejam alcançadas é necessária a atuação de uma equipe.

As falas demonstram que a busca por mais conhecimento partiu deles próprios e isso contribuiu para o aumento do senso crítico profissional. A nota baixa ao programa demonstrou que no processo de formação alguns residentes valorizaram mais a dinâmica entre a equipe do que o suporte teórico metodológico oferecido pelo programa, ou seja, foi no cotidiano que eles se descobriram quanto profissionais que podem no seu agir contribuir para melhoria na qualidade dos serviços.

Eu não digo que eu sou uma profissional completa, eu sinto que melhorei bastante, porque aqui na residência tem que melhorar muita coisa, eu não tenho tempo para sentar e estudar. As vezes a gente tem matéria que não tem nada a ver, a gente passa a tarde toda naquela matéria, que no final não vai dar em nada. Então eu sinto que eu vou melhorar por conta da experiência que eu vou ter aqui, mas na teoria em neurointensivismo em nutrição eu estou meio estagnada. Muita coisa a gente aprende na prática aqui, mas eu preciso melhorar muito, tanto isso como em relação a rede. Na questão na área específica precisa melhorar mais, tem muita coisa que precisa melhorar. Eu

entrei na residência pensando, nossa que coisa legal, agora é que vou sair “topzona” do neurointensivismo, mas isso não aconteceu infelizmente, por conta dessas falhas, eu espero que melhore mais com os anos que virão. Dou 50% para cada (CASTANHEIRA, 2015).

Eu daria 50% para cada, eu gosto de analisar para onde posso encaminhar a pessoa, mas eu não tinha fundamento teórico para isso. Eu busquei, em cima disso o programa deu o suporte teórico- prático para isso (AMORA, 2015).

Dou 50%, 50%, porque como já foi dito, é claro que o programa não é o ideal no modelo de estruturação, ele precisa ser bem organizado, mas pelo menos no que tange os cenários de prática, a gente tem oportunidade de conviver pacientes diferentes, profissionais diferentes, são situações diferentes. A partir desse cenário de prática que nós somos inseridos, cabe a nós procurar aprender mais, tentar se relacionar com os demais colegas, tentar aprender não só em relação ao paciente, mas também em relação a profissão do outro. Como eu posso, onde eu posso melhorar. Está utilizando os recursos? Então cabe da pessoa, porque por mais que o programa ele fosse, um modelo ideal, jamais ele entregaria ao aluno tudo de mão beijada, o aluno também tem que buscar, porque quando o aluno não quer, pode ser o melhor modelo, não adiante tem que quer (AROEIRA, 2015)

Para mim é 50%, 50%, porque aqui tem a possibilidade de o aluno sair daqui sem ser multi tem, tem como uma pessoa entrar aqui, passar dois anos e não aprender nada, e vai ter gente que vai sair assim, porque é possível, porque o programa dá umas brechas, para pessoa ir e sair assim, mas ele também dá a oportunidade da pessoa ir além, depende da pessoa, se ela quiser, ela vai e procura trabalhar em equipe, tenta ver coisas que não é só da sua profissão e tenta englobar outras, depende muito da pessoa, por isso acredito ser 50, 50. Ele dá oportunidade, se a pessoa vai aceitar e tentar mudar, aí é individual (CEDRO, 2015).

Reclamação frequente, pode ter sido notada no que eles apontaram como deficiência da formação específica, muitos relataram que o suporte teórico de sua área específica foi fraco, e indicam a mudança na grade curricular,

A última fala foi a que mais nos chamou a atenção, tendo em vista o reconhecimento dos limites que o programa possui mas também reconhece a necessidade do comprometimento que o profissional/residente deve ter diante dos desafios impostos pela realidade do sistema público de saúde.

A formação em saúde não depende exclusivamente das disciplinas e teorias, mas do comprometimento, da iniciativa do querer aprender, mudar inovar. A mudança nasce de um espírito crítico.

Portanto, o PRMS/HUGV nitidamente é uma estratégia na luta pelo SUS, a pesquisa indicou que esse modelo não só dá certo como merece atenção por parte das autoridades para que possa ser ampliado.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por fim, a pesquisa objetivou destacar a formação dos profissionais de saúde devido compreender que é no cotidiano das instituições que os serviços são executados e a política de saúde efetivada.

É de fundamental importância a compreensão do processo de construção e implementação do SUS que foi permeado por segmentos populares que estiveram diretamente ligados na luta pela garantia de um direito único e universal. É nesse processo que o Movimento de Reforma Sanitária teve papel preponderante e foi este quem iniciou o questionamento sobre o preparo de profissionais para que tivessem uma visão ampliada de saúde assim como era proposto no 3º artigo da Lei Orgânica da Saúde – LOS de 1990.

Partindo desse debate inúmeras propostas foram feitas em relação a formação desses sujeitos. A formação de trabalhadores efetivamente capacitados para atuarem no SUS é de fundamental importância além de estar presente em forma de artigo na LOS e nas inúmeras discussões sobre saúde, humanização, integralidade, qualidade de vida, redução de custos no sistema, e etc.

Posto isto, a pesquisa buscou, dentro d proposta inovadora de ensino em serviço da Residência Multiprofissional de Saúde compreender o programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas na condução de uma formação voltada para capacitar trabalhadores para o SUS.

Assim, inicialmente a pesquisa conheceu as bases teóricas oferecidas aos residentes na condução de uma formação voltada para o SUS e para os princípios de integralidade e interdisciplinaridade. Foi constatado por meio das avaliações que as disciplinas que tratavam sobre o SUS foram as com melhores conceitos. Interessante notar que muitos afirmaram que foram estudar melhor ou pela primeira vez sobre o SUS e suas diretrizes na Residência. E que o fato de atuarem nos três níveis de atenção ampliou sua compreensão sobre a rede de serviços.

A menor nota foi atribuída as disciplinas que trataram dos conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade. Reclamação frequente esteve no fato da aplicabilidade dos conceitos e/ou de atividades práticas que relacionasse a teoria na prática. Todos de forma unanime apontaram com conceito de transdisciplinaridade, como o menos compreendido principalmente por não existir nada em sua vivencia que se remeta a este conceito. Pressupõe-se que dois fatores são determinantes para isso: a falta de uma melhor compreensão dos conceitos por meio de exemplos e aplicações na realidade vivida, ou seja, o sair das quatro paredes com

atividades práticas nesse sentido; um maior estímulo por meio de uma melhor estrutura física e organizacional para o desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar.

A análise sobre o suporte teórico metodológico oferecido aos residentes foi negativo. Alguns pontos fracos foram indicados como a falta de estrutura física, de preceptores e tutores. A base metodológica foi apontada como vaga ou inexistente. Consequência dessa defasagem se materializa nas ações práticas que muitas vezes não demonstram promover a integralidade em saúde.

Compreendido a base teórica proporcionada pela residência, a pesquisa prosseguiu investigando como o princípio de integralidade e a interdisciplinaridade foram vivenciados no ensino e no serviço da RMS/HUGV.

A frase: “mas não é obrigatório”, se referindo ao trabalho em equipe e ao diálogo entre o grupo foi muito repetida nas entrevistas ao serem interrogados quanto ao desenvolvimento de ações integrais e interdisciplinares os residentes indicavam que os preceptores e coordenação da RMS, não cobravam isso e que partia dos residentes a tentativa de interatividade.

Chama-nos a atenção o fato dos residentes acharem que deveria existir alguém lhes cobrando o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar e integral contudo esse tipo de ação nasce na realidade dos serviços de saúde e se concretiza a partir da iniciativa dos membros da equipe ao se deslocarem de seu conhecimento especializado e estarem dispostos a trocar saberes buscando um único objetivo, o bem estar do usuário.

Foi notado também por meio das falas a insegurança dos residentes em saber o momento em que buscar o outro, isso demonstra o quão afastado ainda estão de um saber incomum e que ainda não saíram do trabalho multidisciplinar. A construção de um saber unificado se faz por meio de um processo. A falta de um diálogo mais aberto e abrangente entre as profissões leva a falta de integralidade no desenvolvendo das ações no dia a dia.

Possíveis falhas nesse processo: a falta de estímulo de um trabalho sob o eixo da integralidade e interdisciplinaridade, buscando de forma gradativa a quebra das barreiras do simples trabalho multiprofissional para um interdisciplinar. Sabendo que um leva ao outro, para que haja a interdisciplinaridade é necessário a reunião de várias disciplinas em uma equipe multiprofissional. Um melhor esclarecimento sobre o que é, quais as propostas, estruturas, sequência e lógica estrutural das atividades práticas e teóricas da residência, seria fundamental. Afinal, eles entendem o que é, e qual o objetivo do programa? Onde está a falha?

Ao serem questionados sobre suas ações, planejamentos e trabalho em equipe, todos enfatizaram a atenção básica como sendo o melhor espaço no desenvolvimento de

um trabalho integral e interdisciplinar. Pois houve planejamento em equipe das ações. Ou seja, a atenção básica facilitou a promoção de um espaço interdisciplinar. Contudo, foi relatado nas falas dos entrevistados que os mesmos se sentem como mão de obra barata e não conseguem desenvolver um trabalho integral dentro do hospital devido a hierarquia dos serviços.

Por fim foi verificada a contribuição da RMS para a formação de trabalhadores para SUS sob a ótica da integralidade e da interdisciplinaridade. Muitos relataram ter havido mudanças no seu agir profissional e na ampliação de sua visão sobre saúde, o sair de sua área de conhecimento e identificar outras necessidades do paciente/usuário que não necessariamente são de sua área do saber. Apontaram como contribuição o fato de aprenderem mais sobre as outras profissões e novos saberes como acontece com os residentes de ciências humanas que passam a conhecer muito mais sobre as ciências biológicas e vice versa.

Assim, a partir dos dados foi constatado que o objetivo do programa: “capacitar os profissionais da saúde para trabalhar de forma interdisciplinar e intersetorial”, não foi plenamente alcançado, mas que existem alguns pontos positivos no programa como o esforço por parte dos residentes em desenvolver um trabalho em equipe objetivando a melhora do paciente. Os cenários de prática – apesar de todos os contratempos relatados, em relação ao atraso do início das atividades na atenção básica – levaram os residentes a desenvolverem uma visão mais ampliada sobre o sistema e sobre o conceito ampliado de saúde

Portanto, para se compreender a proposta da residência, ou qualquer outro modelo de formação que propõe o trabalho em equipe sob o eixo da integralidade e da interdisciplinaridade, precisa ser entendido de dentro para fora, a leitura de tais conceitos é importante, mas a compreensão plena das reais possibilidades de transformações que esse espaço possui só pode ser entendido sendo vivenciado na realidade.

Um questionamento que temos é por que o sistema não está reaproveitando esses profissionais que se dedicaram cinco mil e seiscentas horas em um programa voltado para a formação de profissionais capacitados para atuarem no SUS?

Deixamos como proposta a necessidade de ampliação desse modelo de ensino em saúde. O Ministério da Educação e da Saúde necessitam estimular a interdisciplinaridade desde o nível de graduação e ampliar os programas de residências tendo em vista que este é eficaz na promoção de mudanças do modelo hegemônico.

## REFERENCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** São Paulo: Cortez, Ed. UNICAMP, 2003.

ARRETCHE, Marta T. (1995). **Emergência e Desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas.** In: BIB, Rio de Janeiro, n. 39, 1º. Semestre, pp.3-40.

BARBALHO, Célia Regina Simonetti. **Guia para normalização de teses e dissertações.** Manaus: UFAM, 2003.

BATISTA, Tatiana Wargas de Faria. **O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema de saúde e o que esperamos dele.** In: Escola policlínica de saúde. Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro. Editora Fio Cruz 2005, p. 11-41. Série: Trabalho, Formação e saúde.

BATISTA, Tatiana Wargas de Faria. **O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema de saúde e o que esperamos dele.** In: Escola policlínica de saúde. Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro. Editora Fio cruz 2005, p. 240. Série: Trabalho, Formação e saúde.

BERTANI, I. *et al.* **Aprendendo a construir saúde: desafios na implantação da política de educação permanente em saúde.** Franca: Ed. Unesp/FHDSS, 2008.

BRASIL, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988.

BRASIL, 1990. Lei Nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990 – Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências

BRASIL, Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº. 8080/90. Brasília: Diário Oficial da União, n. 182, p. 18055-9, seção I, 20 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Anais. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Anais. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução CNS nº 287/1998. Inclusão das catorze categorias profissionais da saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS): Brasília, 2005, p.1-129.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. **A saúde e seus determinantes sociais**. Physis, Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1. 2007, p. 77-93,.

CECCIM, Ricardo Burg. **Diretrizes do SUS constitucional e considerações fundamentais para novos aliados**. Logos, Canoas, v. 5, n. 1, jan./jul. 1993.

CECCIM, Ricardo Burg. FERLA, Alcindo Antônio. **Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde**. IN. PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben Araujo (org). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2007. p. 213 a 228.

CECCIM, Ricardo Burg. FEUERWERKER, Laura C. M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1): 2004a. p. 41- 65.

CECCIM, Ricardo Burg. FEUERWERKER, Laura C. Macruz. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade**. Caderno de Saúde Pública. Rio e Janeiro, 20(5): set-out, 2004b, p. 1400-1410.

CECCIM, Ricardo Burg. **Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS.** In: FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia. (ORG). Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Ministério da Saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

CECILIO, LUIZ Carlos de Oliveira. **As necessidades de Saúde como conceito Estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** In. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 117 – 130.

CLOSS, Thaísa Teixeira. **O Serviço Social nas Residências Multiprofissionais em Saúde na Atenção Básica: formação para integralidade?** Porto Alegre, setembro 2010. Dissertação (para obtenção do título de mestre em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

COHN, Amélia; *et al.* **A saúde como direito e como serviço.** 4º edição. São Paulo: Cortez, 2006.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre. *et al.* **Prática Sanitária, Processo Saúde-Doença-Adoecimento e Paradigmas de Saúde.** In. Políticas de Saúde: desenhos, modelos e paradigmas. Viçosa, MG. Ed. UFV, 2013. p. 15-38.

CRESWELL, Jonh W; CLARK, Vicki L. Plano. **Pesquisa de métodos mistos;** tradução Magda França Lopes. 2º ed. Porto Alegre, Penso, 2013.

CUNHA, Yasmine Fernanda Ferreira; VIEIRA, Adriane; ROQUETE, Fátima Ferreira. **Impacto da residência multiprofissional na formação profissional em um hospital de ensino de Belo Horizonte.** X Simpósio de excelência em gestão e tecnologia. Outubro de 2013; Rio de Janeiro - JR. Disponível em: <http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos13/15318312.pdf>.

EULÁLIA, Divani. MUNHOZ, Naréssi. **Trabalho interdisciplinar: realidade e utopia.** In. Revista Quadrimestral de Serviço Social. Ano XVII – nº 51- agosto 1996. Editora Cortez. P. 167- 171.

FERREIRA, Silvia Regina. OLSCHOWSKY, Agnes. **Residência: uma Modalidade de Ensino.** In. FAJARDO, Ananyr Porto; ROCHA, Cristianne Maria Famer; PASINI, Vera Lúcia. (ORG). Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Ministério da Saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010, p. 23-38.

FEUERWERKER, Laura C. M. **Estratégias atuais para a mudança na graduação das profissões da saúde.** Cadernos da ABEM - vol. 2 - junho 2006. [Internet] [acesso 22 abri 2014]. Disponível em [http://www.fnepas.org.br/pdf/publicacao/estrategia\\_mudancas.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/publicacao/estrategia_mudancas.pdf)

FRANCO, Túlio Batista. **Produção do cuidado e produção pedagógica: integração dos cenários do SUS.** In. FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias (org). Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. 1º edição, São Paulo; Hucitec, 2013. p. 183 -197.

IAMAMOTO, Marilda. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 12. Ed. Cortez, São Paulo, 2007.

MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa *et al.* **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual.** Ciência & Saúde Coletiva. 2007. 12(2):335-342

MATTOS, Ruben Araujo de. **Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** In. PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8º ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p. 42-68.

MENDES, Eugenio V. **Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde.** In. Uma agenda a Saúde. São Paulo 2º ed. Hucitec, 1999. p. 233-300

MENICUCCI, Telma. **A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política.** In. HOCHMAN, Gliberto (org). Políticas públicas no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p. 303 – 325.

MERHY, Emerson Elias. **Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde.** In. FRANCO, Túlio Batista. MERHY, Emerson Elias. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. 1º ed. São Paulo. Hucitec, 2013, p. 19 – 67.

MERHY, Emerson Elias. FRANCO, Túlio Batista. **Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado de saúde.** In. FRANCO, Túlio Batista. MERHY, Emerson Elias. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. 1º ed. São Paulo. Hucitec, 2013, p. 109 – 137.

MERQUIOR, Márcia. **Converso, logo existo: reflexões sobre a conversa como instrumento de humanização da saúde.** In. MAIA, Marisa Schargel (org). Por uma ética do cuidado. Rio de Janeiro: Grammond, 2009. p. 285- 303.

MINAYO Maria Cecilia de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 5 ed, Hucitec – Abrasco, São Paulo, 1998.

MIRANDA, Raquel Gianolla. **Da interdisciplinaridade**. In FAZENDA, Ivani (org). O que é interdisciplinaridade? Cortez, 2008. p. 113-123.

NETTO, José Paulo. BRAZ, Marcelo. **Economia política: uma introdução crítica**. 5.ed. São Paulo; Cortez, 2009.

NETTO, José Paulo. **Cinco Notas a propósito da “questão social”**. In. ABEPSS. Revista Temporalis nº 3. Ano II. Janeiro a junho, 2001, p. 41-49.

NUNES, Everardo Duarte. **A doença como Processo Social**. In. MENDES, Eugenio V. Uma agenda a Saúde. São Paulo 2º ed. Hucitec, 1999. p. 217-229.

OLIVEIRA, Cathana Freitas de. GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **Formação de profissionais para o SUS: Há brechas para novas formas De conhecimento?** In. FAJARDO, Ananyr Porto. ROCHA, Cristianne Maria Famer. PASINI, Vera Lúcia (ORG). Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde; Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

FAJARDO, Ananyr Porto. ROCHA, Cristianne Maria Famer. PASINI, Vera Lúcia (ORG). Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde; Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de. GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. **Educação em saúde: uma experiência transformadora**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, nº 57. Nov/Dez; 2004. p. 761-763.

PAIM, Jairnilson Silva. **Reforma Sanitária brasileira: contribuições par a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PINHEIRO, Roseni. **Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar a ação na construção de práticas eficazes de integralidade**. IN. PINHEIRO, Roseni.

MATTOS, Ruben Araújo de. Razões Públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 2º ed. ABRASCO, Rio do Janeiro, 2009. p. 15-28.

PRATA, Lucília Alciome. **Um novo locus de formação das Políticas de Saúde: o diagnóstico da saúde pela política judiciária do Conselho Nacional de Justiça**. In.

SMANIO, Gianpaolo Poggio. BERTOLIN, Patrícia Tuma Martins. (org). O Direito e as Políticas Públicas no Brasil. São Paulo: Atlas, 2013.

RODRIGUES, Andréia Cristina. **O Serviço Social na Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM.** Revista Triângulo; Ensino, Pesquisa, Extensão. Uberaba, n. esp. Dezembro 2011, Minas Gerais, 2011, p. 65-73.

ROSSONI, Eloá. LAMPERT, Jadete. **Formação de Profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares.** IN. Boletim da saúde. Porto Alegre. Volume 18. Número 1. Jan./Jun. 2004. P. 87- 98.

SANTOS, Daniela dos. GRACIANO, Maria Inês Gândara. GARCIA, Regina Célia Meira. **A prática do Serviço Social em Unidades de Internação de Hospital da Universidade de São Paulo: enfoque ao projeto ético-político.** In. Serviço Social Hospitalar. Volume 10 e 11, FMUSP, São Paulo, 2006. p. 16 – 29.

SAUPE, Rosita *et al.* **Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar.** Interface, v. 9, n.18, p. 521-536, set./dez, 2005.

SILVA. Quelen Tanize Alves da. CABALLERO, Raphael Maciel da Silva. **A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência.** In. FAJARDO, Ananyr Porto. ROCHA, Cristianne Maria Famer. PASINI, Vera Lúcia (ORG). Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde; Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

SIMÕES, Carlos. **A Seguridade Social.** In. Curso de direito do serviço social. São Paulo. Cortez, 2007, p. 87 – 131.

TEIXEIRA, Solange Maria. **O envelhecimento do trabalhador na sociedade do trabalho abstrato e as históricas formas de proteção social.** In: Envelhecimento e trabalho no tempo de capital: implicações sociais no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008, p. 76-84.

VARGAS, Tatiane Moreira. BELLINI, Maria Isabel Barros. **O Serviço Social no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.** V Mostra de Pesquisa de Pós-graduação. Pontifca Universidade Católica do Rio Grande de Sul - PUCRS, Rio Grande do Sul, 2010.

VASCONCELOS Ana Maria. **A prática do Serviço Social: Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde.** São Paulo: Cortez, 2002.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000. p. 328-361.

\_\_\_\_\_. **Educação Popular e a Atenção a Saúde da Família**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, Sobral: Uva, 2001.

VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. **Processo saúde-doença**. Curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS|UNIFESP, 2011. Endereço: <[http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca\\_virtual/esf/1/modulo\\_politico\\_gestor/Unidade\\_6.pdf](http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_6.pdf)> Acessado em: 08 de junho de 2013.

ZANELLI, José Carlos. SILVA, Narbal. **Programa de Preparação para Aposentadoria**. Florianópolis. Insular, 1996.

## ANEXO – A TERMO DE ANUÊNCIA HUGV

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA



EBSERH

### TERMO DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do Projeto de Pesquisa intitulado “A Integração de saberes e práticas no Programa de Residência Multiprofissional em saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas,” que tem por pesquisadora Danielle Bezerra Maia, a ser realizado no Hospital Universitário Getúlio Vargas, no período de abril a maio de 2015.

Manaus, 26 de março de 2015

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Mihar'.

Dra. Mihar Maguinoria Matsuura Matos  
Gerente de Ensino e Pesquisa do HUGV

## APÊNDICE – A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE



UFAM

#### ANEXO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E SUSTENTABILIDADE  
 NA AMAZÔNIA

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Convidamos o (a) S.r. (a) para participar da Pesquisa por título: **A INTEGRAÇÃO DE SABERES E PRÁTICAS NO PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GETÚLIO VARGAS**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Danielle Bezerra Maia** e sua orientadora **Yoshiko Sasaki**.

A pesquisa se JUSTIFICA por meio do paradigma que existe entre o grande investimento feito em recursos e esforços nos processos educacionais em saúde e os baixos impactos nos serviços, além da ausência de mudanças nas práticas assistenciais. Este estudo nasceu da sensibilização da autora para a discussão de questões que envolvem educação em saúde e a integração de saberes e práticas no contexto da formação da modalidade de pós-graduação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – PRMS.

OBJETIVA Analisar a integração de saberes e práticas, no programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas, na condução de um trabalho voltado para a atenção integral e interdisciplinar. Tendo por objetivos secundários: Caracterizar as metodologias utilizadas para a integração dos diversos saberes/profissões nas práticas em saúde; Identificar como o princípio de integralidade e a interdisciplinaridade são vivenciados no ensino e no serviço da RMS; Conhecer como os sujeitos da pesquisa, planejam e desenvolvem ações para implementar os princípios e diretrizes do SUS sob a ótica da integralidade e da interdisciplinaridade.

SUA PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA e se dará por meio de uma entrevista semiestruturada áudio gravada que será conduzida pela pesquisadora com a intenção apenas de alcançar os objetivos da pesquisa.

Metodologicamente trata-se de uma pesquisa de abordagem dialético-crítico, O método de procedimento escolhido para esta pesquisa será o Estudo de caso pois pretende investigar o tema escolhido de forma aprofundada. Quanto a técnica utilizada será a documentação indireta, por meio da pesquisa bibliográfica e documentação direta com o uso das técnicas de entrevista com roteiro semiestruturado (residentes e profissionais) sendo todas as entrevistas áudio gravadas, e por meio de questionários com perguntas abertas (residentes egressos). Os dados obtidos serão analisados por meio da técnica de análise do conteúdo sob a perspectiva qualitativa. A população será composta por sujeitos que se envolveram diretamente nas atividades práticas e/ou teóricas do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS) do HUGV. A Amostra será intencional. O critério de Inclusão: Sujeitos envolvidos diretamente em atividades práticas e/ou teóricas da RMS/HUGV. Critério de Exclusão: Sujeitos que não tenham envolvimento direto nas atividades práticas e/ou teóricas do Programa de Residência; Qualquer sujeito que se recusar a fazer a pesquisa por não concordar com o instrumental de coleta de dados ou por outros motivos pessoais. A coleta de dados ocorrerá após prévio agendamento de dia e hora para as entrevistas, onde será solicitado aos participantes que assinem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Todos os sujeitos envolvidos serão esclarecidos antecipadamente sobre os objetivos da pesquisa, sendo a participação livre, atendendo aos cuidados éticos com pesquisas desenvolvidas com seres humanos. Todas as entrevistas serão áudio gravadas com uso de gravador de voz, sendo posteriormente transcritas em sua íntegra, visando compreender por meios das falas como se materializa a integração entre os saberes e as práticas no PRMS. A análise dos dados será realizada com a técnica de análise de conteúdo que constitui em uma metodologia de pesquisa usada para descrever e interpretar o conteúdo das falas dos entrevistados.

Os RISCOS decorrentes de sua participação na pesquisa são os inerentes aos projetos dessa natureza. Uma vez realizados com a observância das normas preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisas em Seres Humanos, obedecendo o sigilo ético, pode-se afirmar

que os riscos são próximos de zero. Contudo não são nulos ao considerar que poderá mexer com sentimentos vivenciados no passado que tanto podem ser bons quanto ruins. Assim qualquer demonstração de desconforto percebido pela pesquisadora a entrevista será interrompida.

**FORMAS DE REPARAÇÃO/INDENIZAÇÃO.** Se por algum motivo algo prejudicial acontecer aos participantes as responsáveis pela pesquisa providenciaram os meios para que seja reparado o possível dano, providenciando acompanhamento psicológico ou uma possível indenização se assim for o caso.

Os **BENEFÍCIOS** de você aceitar participar, estará ligado a contribuição para a com os pesquisadores, profissionais e estudantes da saúde, comunidade científica pois através de seus resultados será possível conhecer como se materializa os princípios de integralidade e interdisciplinaridade no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do HUGV.

Se depois de consentir em sua participação o Sr (a) desistir de continuar participando, **TEM O DIREITO E A LIBERDADE DE RETIRAR SEU CONSENTIMENTO EM QUALQUER FASE DA PESQUISA**, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas **SUA IDENTIDADE NÃO SERÁ DIVULGADA**, sendo guardada em sigilo.

**ESTE DOCUMENTO SERÁ EMITIDO EM DUAS VIAS QUE SERÃO AMBAS ASSINADAS PELO SR(A) E PELA PESQUISADORA, FICANDO UMA VIA COMIGO E OUTRA COM A PESQUISADORA.**

**O (A) SR (A) NÃO TERÁ NENHUMA DESPESA E TAMBÉM NÃO RECEBERÁ NENHUMA REMUNERAÇÃO.**

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com as responsáveis pela pesquisa no endereço Av. General Rodrigo Octávio, 6200, Coroado I, UFAM, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, pelo telefone (92) 99156-1789, ou pelos e-mails: [daniellebmaia@hotmail.com](mailto:daniellebmaia@hotmail.com) ou as [sassakiyo@uol.com.br](mailto:sassakiyo@uol.com.br) (orientadora), ou também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, telefone (92) 3305-5130.

#### Consentimento Pós-Informação

Eu, \_\_\_\_\_, fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador Responsável



## APÊNDICE – B

### QUESTIONÁRIO DE PESQUISA 2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E  
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA

**Objetivo da pesquisa:** Analisar a integração de saberes e práticas, no programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Getúlio Vargas, na condução de um trabalho voltado para a atenção integral e interdisciplinar.

**Identificação:** Nome: \_\_\_\_\_ Graduação \_\_\_\_\_  
em: \_\_\_\_\_ Ano que iniciou a RMS: \_\_\_\_\_

PROCESSO DE FORMAÇÃO	Não concordo 1	Concordo pouco 2	Sem Opinião 3	Concordo Parcialmente 4	Concordo totalmente 5
1. As disciplinas estudadas promoveram um real entendimento sobre os princípios e diretrizes do SUS?					
2. Ainda sobre as disciplinas estudadas, os conceitos de: multidisciplinaridade; interdisciplinaridade; transdisciplinaridade foram apreendidos de forma eficaz?					
3. Ao longo do processo de formação foi proporcionado aos residentes um suporte teórico-metodológico para a condução de um trabalho voltado para a atenção integral e interdisciplinar em saúde?					
4. Em relação aos Docentes, Tutores e Preceptores, estes compreendiam e promoviam o princípio de integralidade, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade?					
ENSINO EM SERVIÇO					
5. As ações e atividades eram planejadas a partir de reuniões interdisciplinares com os residentes, preceptores e tutores?					
6. Havia reuniões semanais, quinzenais ou mensais para avaliar as ações da equipe?					
INTEGRALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE					
7. Quanto equipe, existia o esforço em traduzir e atender as necessidades dos pacientes?					
8. Existia de forma eficiente o desenvolvimento de ações/práticas/serviços integrais voltadas as reais necessidades dos usuários atendidos?					
9. Em suas ações, você acha que conseguia atender as necessidades dos pacientes?					

10. O fato de atuarem em uma equipe multiprofissional facilitava o desenvolvimento de ações integrais?					
11. O conhecimento do papel das outras profissões auxilia no desenvolvimento de um trabalho interdisciplinar e integral?					
12. Sua equipe era interdisciplinar nas práticas dos serviços de saúde?					
13. A formação na RMS lhe proporcionou a capacidade de reconhecer situações interdisciplinares no cotidiano dos serviços de saúde?					
CONTRIBUIÇÕES					
14. A organização das atividades práticas e teórico-práticas na residência contribuíram para a formação de profissionais capacitados para atuarem no SUS?					
15. Avaliando sua formação no Programa de Residência Multiprofissional, você acredita que esta alcançou o objetivo de formar um profissional que compreenda e desenvolva a atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar em saúde?					

Informações sobre o preenchimento do Questionário.

Todas as perguntas dizem respeito a uma avaliação individual do processo de formação de cada egresso.

Onde:

1 (não concordo) quer dizer que a resposta a tal questão representa Não, ou seja, que não aconteceu ou não se aplica.

2 (concordo pouco) quer dizer que a ação não foi realizada de forma eficaz.

3 (sem opinião) quer dizer que a resposta não se aplica a realidade vivenciada por você

4 (concordo parcialmente) quer dizer que a resposta SIM se aplica em parte, ou seja a ação foi realizada de forma parcial ou ineficaz.

5 (concordo totalmente) quer dizer que a resposta é sim e que se aplica plenamente a realidade vivida.

Se houve alguma questão que queria ir além das repostas propostas, você pode ao término do questionário escrever sua opinião. A mesma será relevante para o enriquecimento dos dados.

Destarte solicito que se as alternativas escolhidas compreenderem da 1 a 4, haja um breve comentário para entendermos melhor a particularidade de cada opinião.