



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

CAROLINA MILENA DOMINGOS

**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O
OLHAR DO TRABALHADOR DE SAÚDE**

LONDRINA

2012

CAROLINA MILENA DOMINGOS

**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O
OLHAR DO TRABALHADOR DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima
Polo de Almeida Nunes.

**LONDRINA
2012**

Catálogo elaborado pela Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central da
Universidade Estadual de Londrina.

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

D671r Domingos, Carolina Milena.
A Residência Multiprofissional em Saúde da Família : o olhar do trabalhador
de saúde / Carolina Milena Domingos. – Londrina, 2012.
127 f. : il.

Orientador: Elisabete de Fátima Polo de Almeida Nunes.
Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade
Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.
Inclui bibliografia.

1. Educação sanitária – Teses. 2. Recursos humanos na
saúde pública – Teses. 3. Família – Saúde e higiene – Teses.
4. Saúde pública – Teses. I. Nunes, Elisabete de Fátima Polo
de Almeida. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de
Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde

CAROLINA MILENA DOMINGOS

**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O
OLHAR DO TRABALHADOR DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima
Polo de Almeida Nunes.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Elisabete de Fátima Polo de Almeida
Nunes.
Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dr^a. Célia Regina Rodrigues Gil
Universidade Estadual de Londrina

Prof^a. Dr^a. Laura Macruz Feuerwerker
Universidade de São Paulo

Londrina, 02 de abril de 2012.

DEDICATÓRIA

À minha mãe Célia Domingos, que sempre esteve ao meu lado em todos os momentos da minha vida, felizes ou tristes, fáceis ou difíceis, me apoiando de uma maneira tão especial que ninguém jamais conseguirá fazer igual, pois esta habilidade era somente dela. Este apoio continuou durante o meu ingresso no mestrado, que para ela, era uma conquista. Infelizmente a minha querida mãe teve que ir embora muito cedo, não pode presenciar o momento de ver a sua filha se tornar Mestre em Saúde Coletiva. Mães não poderiam ir embora tão cedo, deveria ser proibido, mas Deus precisava de uma alma alegre, com sorriso fácil e escolheu dentre seus filhos, esta filha tão amada e adorada por aqueles que a conheceram. Sinto-me privilegiada e honrada por ter feito parte de sua breve passagem por este mundo. Amorosa esposa, mãe e avó, uma verdadeira guerreira que acreditou na vida até o último momento. A minha mãe querida e suas sábias palavras de incentivo me impulsionaram a continuar o mestrado, a seguir em frente, despertaram em mim a força para chegar até aqui. Mãe eu te amo para sempre, você será eterna em meu coração. Meu consolo é a certeza de que um dia nos encontraremos novamente.

AGRADECIMENTOS

À Deus, Pai eterno, pela vida, pela saúde e por conceder, a cada dia, uma nova oportunidade de recomeçar.

À Nossa Senhora Aparecida, por abençoar e iluminar meu caminho para alcançar a graça de obter o título de Mestre em Saúde Coletiva.

Ao meu pai João pelo amor, apoio e conversas nos momentos em que mais precisei. Vocês é um exemplo de vida que levo sempre comigo.

Às minhas irmãs Thais e Daiane por fazerem dos momentos que estamos juntas sempre uma alegria e descontração.

Ao meu querido namorado Rafael pela paciência e amor incondicionais, e por compreender meus momentos de ausência para execução deste trabalho. Obrigada por ser meu ombro amigo nos dias de escuridão. Sem você não teria forças para finalização desse sonho. Te amo.

À minha querida orientadora Fátima por ser uma inspiração para o meu trabalho, por sua condução, dedicação, segurança, carinho, amizade, simpatia, afeto e orientação. Soube compreender os momentos difíceis como ninguém. Agradeço a Deus por ter colocado esta pessoa tão especial no meu caminho, minha querida “mãe torta”.

À minha amada amiga Flávia pela união sincera e amizade fraterna, juntas estudamos, sorrimos, choramos e enfrentamos muitos desafios, com você tudo fica mais fácil, agradeço a Deus por tê-la encontrado.

Aos trabalhadores de saúde das Unidades de Saúde da Família participantes do estudo, sem vocês este estudo não seria possível.

À banca examinadora pelas contribuições marcantes na construção do trabalho.

Às amigas e professoras do Departamento de Saúde Coletiva pelo auxílio e compreensão nos períodos de ausência.

Aos professores do mestrado por tornarem o aprendizado um processo dinâmico, acessível, participativo, intrigante e possível.

Aos queridos amigos do mestrado, importantes companheiros de aprendizado, que tornaram essa trajetória mais suave e divertida.

À Secretaria de Pós-Graduação e ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESCO) pelo apoio técnico e amizade durante esses anos.

À Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão da bolsa de estudo.

RESUMO

DOMINGOS, Carolina Milena. **A Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde**. Londrina, Paraná. 2012. p. 127. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Paraná.

RESUMO

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) surge como uma das possibilidades de integração ensino-serviço com vistas a formação dos profissionais de saúde para atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF). Para a consolidação da proposta da RMSF, uma vez que ela forma os profissionais no ambiente de trabalho real, torna-se imprescindível a participação do trabalhador de saúde na produção de serviços integrada ao ensino. Nesse sentido, este estudo buscou revelar a percepção dos trabalhadores das Unidades de Saúde da Família (USF) sobre a RMSF e sobre a atuação destes profissionais na formação dos residentes. Trata-se de um estudo qualitativo, realizado com trabalhadores de saúde atuantes em Unidades de Saúde da Família (USF) contempladas com a inserção dos residentes da RMSF, em Londrina-PR. Os dados foram coletados entre janeiro e fevereiro de 2011 por meio de entrevistas semi-estruturadas e submetidos a análise de discurso proposta por Martins e Bicudo. Da análise das entrevistas emergiram três categorias: concepções e contribuições da RMSF para mudança do processo de trabalho do trabalhador de saúde da USF; dificuldades percebidas no processo de inserção da RMSF nas USF e participação do trabalhador de saúde no processo de formação do residente. Os discursos revelaram que o significado da RMSF para o trabalhador de saúde permeou o âmbito das concepções sobre o curso, como o fortalecimento das ações pautadas na integralidade, na realização do trabalho em equipe multiprofissional, na potencialização da escuta qualificada, do vínculo, da prevenção, com junção da teoria com a prática. Estas concepções desencadearam a percepção sobre o projeto como uma contribuição que transcende a formação do residente para também mudar as práticas do trabalhador de saúde, consolidando a ESF de acordo com os ideários do SUS. Apesar do significado da residência para os trabalhadores, houve dificuldades no processo de inserção dos residentes nas unidades. Os participantes do estudo enfatizam dentre os percalços sentidos durante o primeiro ano do curso, as formas de inserção dos residentes de Enfermagem e Odontologia nas USF, que aconteceu mediante a saída de profissionais do serviço já atuantes nas equipes para dar lugar aos alunos, e a indefinição do papel dos residentes das categorias profissionais que não atuavam na unidade anteriormente. A principal dificuldade percebida no decorrer dos anos foi o fato do residente assumir a responsabilidade pela assistência e pela USF como um profissional com vínculo empregatício. Ficou evidente na fala dos participantes, a sua grande participação na formação do residente, constituindo-se em um dos atores do curso com maior envolvimento nas atividades cotidianas dos alunos, principalmente por sua experiência e vivência na prática do processo de trabalho de uma unidade. Espera-se que os resultados deste estudo colabore para o conhecimento do cenário de atuação do projeto da RMSF em Londrina, além de enriquecer as produções científicas sobre o tema para manutenção do curso como estratégia na formação do trabalhador para atuar na ESF.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Saúde da Família. Recursos humanos em saúde.

ABSTRACT

DOMINGOS, Carolina Milena. **Multiprofessional Residency in Family Health: the health worker's view.** Londrina, Paraná. 2012. p. 127. Dissertation (Master's Degree in Public Health) – Londrina State University, Paraná.

ABSTRACT

The Multiprofessional Residency in Family Health arises as a possibility for integrating teaching and assistance to qualify health professionals in the Family Health Strategy. The participation of the health worker while delivering assistance integrated to teaching is paramount to accomplish the conception of this Residency Program, hence it qualifies professionals at their actual workplace. As such, the objective of this study was to unfold the perceptions of workers from Family Health Centers towards the Multiprofessional Residency in Family Health and to understand how these professionals may influence the residents' qualification. This qualitative study included health workers from Family Health Centers, in Londrina – PR, where residents were assigned to. Data were collected in January and February 2011 through semi-structured interviews further submitted to Martins and Bicudo's discourse analysis. The analysis of interviews engendered three categories: conceptions and contributions from the Residency Program to the change in the work process of the health worker in the Family Health Center; difficulties in the process of implementing the Residency Program into Family Health Centers; and the participation of the health worker in the residents' qualification process. The discourses revealed the significations of the Residency Program to the health workers regarding the program's conception, the strengthening of actions guided by integrality, the work accomplishment by the Multiprofessional team, the empowerment of reflective listening and interaction and prevention, along with theory combined to practice. These conceptions unfolded the perception of the Program as a contribution that overcomes the residents' qualification in order to change the health worker's attitude, therefore consolidating the Family Health Strategy according to the ideology preconized by the Unified Health System. Despite the respect paid by the health workers to the Residency Program, there were some difficulties once the residents started to attend the Health Centers. The participants highlighted some adversities experienced during the first year of the Program. As nurse and odontology residents started to attend the Centers, some experienced health professionals had to quit their job to give room to the students. Another problem was the confusion about the professional role of students whose occupations did not exist in the Health Center prior to this situation. The main crisis ascertained in the two-year Program was the fact the resident had to take responsibility for the care assistance and the Health Center as a formal employment. It was evident that health workers had major influence over the residents' qualification, to the extent of becoming the character most involved in the students' daily routines, especially due to the workers' expertise and experience regarding the work process. We expect the results of this study may collaborate to better understand the scenario that involves the Multiprofessional Residency in Londrina. Moreover, the results might be added to other scientific findings over this theme, as to keep this Program as a strategy for Family Health Center work qualification.

Key words: Health Education. Family Health. Health Manpower.

LISTA DE FIGURAS

LISTA DE FIGURAS

	<i>Página</i>
Figura 1 - Sistematização das categorias de análise.....	50

LISTA DE TABELAS

LISTA DE TABELAS

	<i>Página</i>
Tabela 1 - Caracterização dos participantes do estudo segundo a categoria profissional, Londrina-PR, 2011.....	49
Tabela 2 - Sistematização das atividades desenvolvidas pelos residentes referidas pelos trabalhadores participantes do estudo, Londrina-PR, 2011.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CEP/UEL	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
DESC	Departamento de Saúde Coletiva
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OSCIP	Organização da Sociedade Civil e de Interesse Público
PSF	Programa Saúde da Família
R1	Residentes Aprovados em Recente Processo Seletivo
R2	Residentes Aprovados em Processo Seletivo Anterior
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UEL	Universidade Estadual de Londrina
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	20
1.1 DESPERTANDO PARA O TEMA.....	20
2 INTRODUÇÃO	22
2.1 FORMAÇÃO DO TRABALHADOR DE SAÚDE: A ARTICULAÇÃO DO ENSINO COM O SERVIÇO DE SAÚDE.....	25
2.2 O PROJETO DA RMSF.....	28
3 OBJETIVOS	33
3.1 OBJETIVO GERAL	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4 O CAMINHO DO MÉTODO	35
4.1 ABORDAGEM QUALITATIVA.....	37
4.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO.....	38
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA.....	41
4.4 PRODUÇÃO DE DADOS	42
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	46
4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	47
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	49
5.2 APRESENTAÇÃO DAS CATEGORIAS DE ANÁLISE.....	50
5.2.1 O SIGNIFICADO DA RMSF.....	51
5.2.1.1 CONCEPÇÕES E CONTRIBUIÇÕES DA RMSF PARA MUDANÇA DO PROCESSO DE TRABALHO DO TRABALHADOR DE SAÚDE DA USF.....	51
5.2.1.2 EXPERIÊNCIA NA PRÁTICA DO COTIDIANO DE TRABALHO DA USF.....	65
5.2.2 PARTICIPAÇÃO DO TRABALHADOR DE SAÚDE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO RESIDENTE.....	79

5.2.3 DIFICULDADES PERCEBIDAS NO PROCESSO DE INSERÇÃO DA RMSF NAS USF.....	85
5.2.3.1 DIFICULDADES VIVIDAS NA CHEGADA DOS RESIDENTES NAS USF.....	85
5.2.3.2 DIFICULDADES VIVIDAS NO DECORRER DOS ANOS COM A PRESENÇA DOS RESIDENTES NAS USF.....	95
6 TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107
APÊNDICES.....	122
APÊNDICE A	123
APÊNDICE B	124
ANEXOS.....	125
ANEXO A.....	126
ANEXO B.....	127

1 APRESENTAÇÃO

1.1 Despertando para o tema

Há nove anos ingressei na Universidade sem saber exatamente os caminhos que trilharia. Os estágios nos serviços de saúde, realizados enquanto graduanda do curso de Enfermagem, me despertaram para a existência de contradições entre as ações de saúde encontradas no real cotidiano de trabalho e o preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ao mesmo tempo que surgia a idéia da dicotomia entre a prática e o preconizado, foi possível experienciar a conformação da equipe de saúde da família e me aproximar da proposta da Estratégia Saúde da Família (ESF). Foi um processo de encantamento, e assim se consolidou a minha percepção sobre a importância da implementação desta estratégia como reorganizadora da Atenção Básica para o alcance do cuidado integral. Senti a necessidade de complementar a minha formação, precisava vivenciar ainda mais a ESF. Foi então que a RMSF se apresentou como uma modalidade de formação e possibilidade de suprir esta necessidade sentida.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família – UEL (RMSF) foi a minha primeira experiência de trabalho. Como integrante da primeira turma de residentes, participei ativamente do primeiro contato da RMSF com o serviço, vivenciando o processo de inserção da residência, o que desencadeou inquietações que me acompanharam durante esta especialização em serviço.

Sempre entendi a RMSF como uma proposta de educação pelo trabalho que me capacitaria para uma atuação diferenciada no SUS. Apesar da minha vivência enquanto graduanda nas Unidades de Saúde da Família (USF), a minha expectativa quase utópica sobre a residência, era de que durante os dois anos eu teria a oportunidade de experienciar a prática da humanização, do acolhimento, da ação multiprofissional e interdisciplinar, do trabalho em equipe centrado nas necessidades de saúde da população. Além disso, esperava vivenciar a educação permanente, a resolutividade nos serviços de saúde e desenvolvimento de processos de produção de autonomia do cuidado, ou seja, a residência era a oportunidade que surgiu para me preparar para atuar na ESF, diante da necessidade da formação de novos perfis profissionais.

Assim como a maioria das demais residências multiprofissionais pelo Brasil, a RMSF-UEL teve início em uma realidade em que a formação na modalidade residência era compreendida como particularidade da categoria médica, acontecendo dentro do hospital. Além de estarmos partindo para atividades fora dos muros do hospital, na atenção básica, para atuar em uma estratégia em processo de consolidação (ESF), os trabalhadores das unidades de saúde não tinham vivenciado anteriormente o projeto da residência multiprofissional. A nossa chegada na unidade foi uma novidade. Era uma nova proposta, com inserção de novos atores no cotidiano de trabalho.

Durante as primeiras semanas de trabalho em uma Unidade de Saúde, me deparei com o dia a dia de trabalho e de minha inserção na unidade que desencadeou a seguinte convicção: a maneira como o trabalhador de saúde percebe a residência, contribui para as atividades da mesma e se relaciona com o residente, constitui-se em elemento fundamental para a formação do aluno.

Este fato não foi observado apenas pela minha experiência na prática, sendo também evidenciado como questão primordial nos relatos das atividades desempenhadas nas unidades pelos demais residentes durante os encontros semanais entre docentes e discentes da residência, com o propósito de refletir acerca do processo de trabalho no campo de atuação.

Assim, a minha grande inquietação foi o seguinte questionamento: Qual o significado da residência para o trabalhador de saúde? Ao revelar o que pensa o trabalhador sobre a residência, já que ele constitui elemento fundamental para o sucesso deste projeto, busca-se contribuir para o conhecimento do cenário de atuação do projeto da RMSF em Londrina, para a sua consolidação, pois não se trata de um fenômeno estático e pontual, e sim de uma realidade em construção, sendo influenciado pelos diferentes contextos em que a RMSF esta inserida. A socialização das experiências evidenciadas no contexto da residência neste município pode contribuir para a reflexão dos atores de outras residências alocadas em outros cenários, em outros municípios.

2 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal de 1988, tem como base um conjunto de princípios doutrinários e de organização para orientar os serviços de saúde em todo o território nacional. Dentre os doutrinários estão a universalidade, equidade e integralidade, como princípios organizativos a regionalização, descentralização e participação popular. A operacionalização destes princípios deve considerar as peculiaridades locais das diversas regiões do país, pois o Brasil é caracterizado por sua importante diversidade cultural, econômica e social que inviabilizam formas de pensar em organizar o sistema sem levar em conta estas diferenças (CUNHA, 2001).

A construção do SUS tem sido resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, travados por diferentes atores sociais ao longo dos anos. A sua implantação legal pela Constituição Federal foi um passo importante, mas não uma garantia de mudanças.

Ao longo da década de 90 o SUS foi considerado excludente pelos significativos obstáculos impostos para a sua efetivação (ANDRADE; DIAS, 2010; FAVEREST; OLIVEIRA, 1997). O acesso aos serviços públicos era difícil, suas instalações e equipamentos eram insuficientes e sucateados, marcados por enormes filas e pelo baixo nível de qualidade e resolubilidade (COTTA *et al.*, 1998; SILVA, 1995). Além disso, as práticas dos profissionais de saúde eram tidas como impessoais e fragmentadas. Ademais, de acordo com Cecílio (1997), a rede de atenção primária em saúde não conseguia tornar-se a porta de entrada do sistema, que continuava a ser o hospital. Os pronto-socorros estavam sempre lotados, com a evidência de que os problemas da clientela atendida nestes serviços poderiam ter resolubilidade ao nível primário.

No entanto, são inegáveis os avanços que o SUS vem conseguindo alcançar, superando obstáculos importantes em seu processo de implantação: os serviços públicos de saúde foram ampliados, cresceu o número de trabalhadores no setor, a saúde chegou a praticamente todos os municípios do país. Além disso, hoje em dia há um sistema descentralizado, que conta com mecanismos democráticos de funcionamento, que incluem instâncias de pactuação entre os gestores e mecanismos de controle social (FEUERWERKER, 2005a). Pode-se ressaltar conquistas na mudança do perfil epidemiológico da população, como a queda vertiginosa da mortalidade infantil, a longevidade que aumentou rapidamente e a diminuição ou eliminação de várias doenças infecciosas. Conta-se com um

importante sistema de informação, e consegue-se ter maior clareza das necessidades, dos problemas e dos caminhos de solução (MINAYO, 2008).

Nas últimas décadas, encontra-se uma série de medidas governamentais orientadas para o fortalecimento deste sistema, ressaltando a atenção básica como ponto primordial, o que se expressa com o início do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, que tinha como premissa reorganizar as práticas de saúde sob novas bases e novos critérios. Mais tarde este programa passou a ser denominado Estratégia Saúde da Família, constituindo-se em uma das respostas do Ministério da Saúde para o enfrentamento do modelo de assistência predominante no país, marcado pela concepção hospitalocêntrica, individualizante e de baixa resolutividade (FRANCO; MERHY, 2003).

As equipes de Saúde da Família trabalham em um determinado território com toda a complexidade das relações sociais e econômicas estabelecidas nas suas áreas adscritas. Tem a epidemiologia como principal instrumento de planejamento local e identificação de problemas. A ESF é inovadora por trazer o trabalho centrado nas famílias e não na unidade. Também inova pela capacidade de ampliar o diálogo com a população, fortalecendo o vínculo e a responsabilização (SOUZA, 2001).

A ESF vem sendo priorizada pelo Ministério da Saúde por meio de incentivos para implantação de equipes e capacitação do trabalhador de saúde. Sua expansão na cobertura populacional saltou de um milhão de pessoas em 1994 para 93 milhões em 2008 (ROOSLI; ATHAYDE, 2011). Em 2008, a ESF já estava presente em 94% dos municípios (29 mil equipes e cobertura populacional de 48%), todavia, as experiências em curso revelam grandes disparidades inter e intraregionais e desigualdades da sociedade brasileira (VIANNA *et al.*, 2008).

No entanto, nem sempre a ampliação de cobertura das equipes de saúde da família corresponde à mudança do modelo assistencial preconizada pela estratégia (VIANNA, 2008), pois o modelo de atenção não se define apenas pelo modo como se organiza a atenção básica, ele pressupõe que a concepção ampliada da saúde esteja presente em todos os níveis do sistema de saúde, para que se alcance a continuidade do cuidado por meio da articulação do nível primário com os demais serviços de saúde de média e alta complexidade (FEUERWERKER, 2005a).

Apesar dos avanços direcionados para o fortalecimento das diretrizes do SUS, a formação dos trabalhadores de saúde, constitui-se em um dos principais desafios para a efetivação deste sistema universal. Para que o modelo hegemônico seja

substituído pelo modelo contra-hegemônico, caracterizado pela integralidade, humanização e promoção da saúde, ou seja, para que o SUS se torne vigente, se faz necessário que haja mudanças no perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde (FEUERWERKER, 1998; ALMEIDA *et al.*, 2007).

2.1 Formação do trabalhador de saúde: a articulação do ensino com o serviço de saúde

A formação dos trabalhadores, bem como a prática real do mundo do trabalho, são fortemente influenciados pelos modos hegemônicos de pensar e fazer saúde dos profissionais. As vivências, concepções, idéias sobre saúde, histórias de vida, valores, princípios políticos e culturais, dentre outros, vão moldando indivíduos que exercem o cuidado em saúde de diferentes modos. Assim, se estabelece uma disputa entre o ideário do sistema e a prática cotidiana dos profissionais de saúde. É uma disputa societária a que o SUS tem perdido cotidianamente pelo não reconhecimento da necessidade de seu enfrentamento (FEUERWERKER, 2012).

O atual cenário da relação ensino–serviço também é atravessado por este processo de disputa, o qual desencadeia uma gama de fatores que se expressam na dificuldade da articulação entre academia e serviço de saúde como: o não comprometimento da gestão, a falta de preparo dos docentes para um novo enfoque da aprendizagem, a atenção básica como aprendizagem marginal nos currículos, a resistência dos estudantes ao contato com a comunidade, a resistência da população à presença dos alunos, dificuldade das diferentes profissões se relacionarem entre si, a resistência dos profissionais dos serviços às mudanças, a formação dos trabalhadores não fazer parte da agenda de trabalho da unidade, e ainda a estrutura física inadequada para acolher os estudantes (OLIVEIRA, 2003).

Existe um descompasso entre as políticas, projetos do SUS e os projetos pedagógicos das instituições de ensino (CAMPOS *et al.*, 2001). Ceccim & Biblio (2004), afirmam que esta desarticulação constitui-se em um dos problemas prioritários para a consolidação do SUS. O modelo pedagógico-hegemônico de ensino na educação superior é pautado na especialidade clínica em detrimento aos temas referentes a atenção básica, com enfoque na transmissão de conteúdos e especialidade, de maneira compartimentada/fragmentada, não valoriza o aprendizado por meio da prática real do serviço de saúde. Além disso, os modos de

ensinar de forma problematizadora, com protagonismo ativo dos estudantes ainda são incipientes no ensino da educação superior (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

O modelo de formação fragmentador dos saberes e práticas em saúde anteriormente citado, voltado para as especialidades, vai contra o propósito da integralidade, que se constitui como eixo norteador para o alcance do amplo atendimento e necessidades de saúde da população e, ao mesmo tempo, constitui um desafio na construção do SUS (MATTOS, 2010). O esvaziamento do princípio da integralidade na prática do cotidiano remete a refletir o modo como vem acontecendo os processos de formação dos profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

Embora existam Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de ensino superior em saúde, aprovadas entre 2001 e 2002, que colocam o sistema de saúde vigente, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde como premissas a serem consideradas na formação do profissional de saúde, isto ainda não se concretizou. (ALMEIDA, 2003; BRASIL, 2002).

A responsabilidade do setor da saúde na ordenação da formação da força de trabalho em saúde já estava indicada na Constituição Federal de 1988. A Lei Orgânica da Saúde, no título IV referente a Recursos Humanos, coloca que a política para os trabalhadores desta área tem como objetivo organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento pessoal (BRASIL, 1988; BRASIL, 1996a). Cabe ao setor da saúde garantir que a educação esteja atrelada à realidade do mundo do trabalho e às questões sociais em saúde para o desenvolvimento pleno do educando para o trabalho e exercício da cidadania (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Para que o SUS ganhe a disputa referida anteriormente, não são suficientes capacitações que reformem o pensamento do trabalhador, mas sim que trabalhadores da saúde se sintam protagonistas dos processos de mudanças, mais críticos, reflexivos, que problematizem o cotidiano participando da desconstrução do modelo hegemônico e da produção de novas alternativas para se fazer saúde. O ensino problematizador atrelado a realidade do serviço de saúde é alcançado quando o processo de formação é situado e condicionado às condições do processo de trabalho, caso contrário a proposta formadora estará fadada ao insucesso, pois nada transformará. A realidade vivida pelo educando no dia a dia das práticas em saúde, forçam o estudante a se deparar com problemas que o obrigam a pensar,

aprender, trabalhar e viver, descobrindo diferentes modos de agir de acordo com o inesperado, com as diferentes demandas e contextos que podem surgir no serviço (BARROS, M.; BARROS, R., 2010).

Assim, pensando na saúde como um interesse social e nas políticas públicas como respostas às demandas sociais, o alcance da transformação do ensino para o cumprimento das diretrizes curriculares nacionais e das diretrizes do SUS, necessita da formulação de políticas públicas para o desenvolvimento universitário institucional e para a produção de conhecimento (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). Um novo modo de se pensar e ensinar em saúde deve vir acompanhado de políticas voltadas para mudanças na formação em saúde que consigam envolver todos os atores implicados (gestores de saúde e educação, docentes, controle social) (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Isto se torna essencial, pois com o crescimento expressivo das equipes de saúde da família e a melhoria dos indicadores de saúde, um dos desafios a ser transposto para a efetiva consolidação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) esta na formação do trabalhador de saúde, sendo fundamental o investimento em políticas para a capacitação da força de trabalho em saúde voltadas aos profissionais das equipes. Profissionais atuantes no serviço não aptos ao desempenho das ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação priorizadas na atenção integral, já era uma situação evidenciada em relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos 1986 e 1993 (BRASIL, 1986; BRASIL, 1993).

Desde a década de 90 tem havido uma grande expansão de empregos em saúde na esfera municipal associada a uma flexibilização contratual sem preocupação com os trabalhadores, ou seja, sem uma efetiva política para a força de trabalho em saúde compatível com a concepção universalista do SUS. Nesta década, o tema gestão do trabalho foi negligenciado, uma quantidade expressiva de trabalhadores não possuía direitos trabalhistas, não havia perspectiva de carreira profissional, havendo ocupação das equipes de saúde sem regulamentação de acordo com o SUS e havia ausência de critérios de qualificação do trabalho, mesmo com expansão de novos cursos de saúde (BRASIL, 2006a).

Em uma avaliação normativa de caráter qualitativo realizada pelo Ministério da Saúde, de junho a agosto de 2002 e publicada em 2004, a questão da força de trabalho em saúde se destacou como uma das fragilidades da estratégia (BRASIL, 2004a). Este e outros estudos apontam dentre os problemas da ESF, a qualificação

do profissional de saúde, a insatisfação da contratação, o inadequado perfil e a rotatividade dos profissionais (ROOSLI; ATHAYDE, 2011).

Segundo Senna (2002), além da capacidade técnica, os participantes das equipes precisam se identificar com uma proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo. Portanto, a ESF exige uma mudança estrutural na formação e nas práticas dos profissionais de saúde, que deve começar nos centros formadores.

A gestão da educação na saúde (formação e desenvolvimento) é percebida não mais como uma questão simplesmente técnica, mas de natureza tecnopolítica, uma vez que envolve mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde, nas organizações e nas pessoas. Implica, portanto, na necessidade de articulação entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde e educação e do controle social, valorização da integração ensino-serviço, do enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença (BRASIL, 2008a).

Nesse sentido, foram criadas parcerias entre Ministério da Saúde, Secretarias Municipais de Saúde e Instituições de Ensino, com repasse de recursos financeiros pelo Ministério da Saúde, desde 2000, às universidades para a implementação da oferta de programas de pós-graduação lato sensu nas modalidades de especialização e Residência Multiprofissional em Saúde da Família (GIL, 2005).

2.2 O projeto da RMSF

Embora o financiamento da RMSF tenha recebido incentivo a partir do início deste século, o primeiro programa de Residência Multiprofissional em Saúde foi criado pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, no Centro de Saúde-Escola Murialdo, em 1978, época de grandes mobilizações contra a ditadura militar e a favor da Reforma Sanitária no Brasil (CAMPOS, 2006).

A RMSF é uma das possibilidades de integração ensino-serviço com vistas ao desenvolvimento de competências profissionais necessárias para a consolidação do SUS. Esta especialização em serviço abrange a idéia de trabalho em equipe transdisciplinar, atenção integral à saúde, articulação entre as diferentes redes de gestão, de serviços de saúde, de educação e do controle social, assim, possibilita o

enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade das ações de saúde e educação.

Vale ressaltar que a Residência Multiprofissional em Saúde é uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* caracterizada pela capacitação em serviço, em regime de dedicação exclusiva, sendo os residentes orientados por profissionais do serviço de saúde e docentes das universidades (BRASIL, 2006a).

Dentre as bases legais para a criação das RMSF, estão a Portaria nº198/GM/MS de fevereiro de 2004 que trata da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente, a qual propõe eixos de ação para a formação de trabalhadores na área da saúde na modalidade de Residências Multiprofissionais em Saúde, e a promulgação da Lei 11.129 de junho de 2005, que institui a Residência por área profissional em saúde (pois até então apenas a residência médica era regulamentada) (BRASIL, 2004b; BRASIL, 2008a). Mediante a ampla articulação entre as instâncias de gestão do SUS, o Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Educação, cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS que responde pelo credenciamento, avaliação e certificação da Residência Multiprofissional (HADDAD, 2007).

O Ministério da Saúde, em seu papel de gestor, cria por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) portarias que regulamentam e subsidiam o financiamento da Residência Multiprofissional em Saúde, a saber: Portaria nº 1.111/2005, Portaria nº 1.143/2005 e Portaria Interministerial nº 2.117/2005 (BRASIL, 2008a).

Em 2005, havia 22 programas de residência multiprofissional em funcionamento no Brasil financiados pelo Ministério da Saúde, totalizando 1.558 residentes de várias categorias com um investimento de quase 50 milhões de reais. Estes programas estavam distribuídos em vários estados do Brasil e apresentavam categorias profissionais, estruturas e características variadas, orientadas pela realidade, demanda local e pelo projeto das instituições formadoras (CLEMENTE *et al.*, 2008).

Como os cursos de graduação têm apresentado fragilidades na formação de profissionais, a especialização

[...] por meio da Residência, transformou-se em complementação indispensável para a prontidão para o exercício profissional, pois é somente

ai, depois da graduação, que existe a possibilidade de aquisição de habilidades e a incorporação de conhecimentos específicos acompanhados dos necessários critérios de importância, relevância e de maneira articulada com a prática [...] (FEUERWERKER, 2009)

O projeto político da RMSF como modalidade de pós-graduação busca preparar, aperfeiçoar, atualizar e aprofundar os conhecimentos e a prática dos profissionais para atuarem na ESF e conseqüentemente na atenção básica. Deste modo, diminui o descompasso entre as políticas e projetos do SUS e os projetos pedagógicos das instituições de ensino. Diante do que já se construiu na direção da formação do trabalhador de saúde, tanto no que se refere à legislação pertinente como no envolvimento dos atores com as questões de saúde, não investir nesse projeto político, tanto financeiramente quanto na garantia de sua qualidade, seria uma contradição.

Atualmente, apesar do alto investimento do Ministério da Saúde nesta modalidade de pós-graduação, os trabalhadores formados nesses programas recebem certificação de curso de especialização e não a certificação de residência como nos demais cursos de residência na área médica. Entretanto, o Ministério da Educação, antes praticamente um expectador, coloca-se mais ativamente no cenário, propondo a criação de programas multiprofissionais, articulados com o SUS, no âmbito dos hospitais universitários, dispendo-se a financiar bolsas para sua efetivação (BRASIL, 2006b).

O discurso sobre a residência como um produto a ser almejado, não somente pelos profissionais diplomados nas universidades, mas também pelas instituições formadoras e pelos serviços, divide espaço com as realidades dos serviços que abrigam as residências, aparecem enunciados divergentes, de construção e de conquista e outros de desqualificação (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009).

Há iniciativas interessantes, experiências inovadoras, mas também captura, repetição. Apesar de todas as vantagens já colocadas anteriormente, a residência multiprofissional constitui um projeto em construção, que precisa de ações e mudanças para acontecer na prática, no cotidiano dos serviços, em conjunto com os trabalhadores de saúde e não se deve restringir a discursos e mais discursos sobre o tema (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009).

As opiniões contrárias às RMS, são veiculadas em sua maioria por artigos médicos. Tais opiniões são decorrentes da disputa por modalidades pedagógicas, a qual tenta manter o poder da corporação como única categoria a quem pertence a modalidade residência, caracterizam a residência médica como um modelo de sucesso e um diferencial muito grande em relação a todos os outros profissionais das demais RMS (DALLEGRAVE; KRUSE, 2009).

A RMSF esta inserida em um campo de grandes disputas, em um projeto contra hegemônico, o que exige dos sujeitos envolvidos na luta pela mudança na formação, uma permanente mobilização para a sua manutenção como estratégia na formação do trabalhador para o SUS.

Em 2005 começa a ser discutida a proposta da RMSF no município de Londrina-PR, a qual foi desencadeada pelo Departamento de Saúde Coletiva (DESC) da Universidade Estadual de Londrina (UEL), junto a Secretaria Municipal de Saúde, tendo em vista a necessidade de qualificação das 102 equipes de saúde da família atuantes no município naquele momento. Assim, a elaboração da proposta da RMSF pela UEL juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde, surge com o objetivo de colaborar com a implementação e consolidação da ESF no município (CARVALHO *et al.*, 2006).

O projeto da RMSF–UEL busca a formação de profissionais capacitados para atuar na atenção básica, no cuidado integral à saúde das pessoas, das famílias, de comunidades e na gestão do trabalho e sua organização, com enfoque multiprofissional, fortalecendo o desenvolvimento do trabalho em equipe de maneira interdisciplinar, objetivando a melhoria da saúde e qualidade de vida (CARVALHO *et al.*, 2006).

Para a consolidação da proposta da RMSF, uma vez que ela forma os profissionais no ambiente de trabalho real, torna-se imprescindível a participação do trabalhador de saúde já atuante no serviço na inserção do profissional residente na Unidade de Saúde da Família, para a prática multiprofissional, para a efetividade do seu processo de formação e a conseqüente consolidação e alcance dos objetivos da RMSF. A participação dos trabalhadores do serviço na pesquisa e produção de serviços integradas ao ensino é destaque do projeto político pedagógico de estruturação das RMSF (FEUERWEKER, 2008).

Diante deste contexto e da inquietação gerada durante a experiência da autora do estudo como um dos sujeitos participantes da implantação do projeto da

residência, que vivenciou o trabalhador como elemento fundamental em seu processo de formação, as questões que emergem são: Qual é a percepção dos trabalhadores de saúde acerca da RMSF? Qual o significado da atuação dos residentes na USF para eles? Como eles se sentem em relação ao processo de formação dos residentes?

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Revelar a percepção dos trabalhadores das Unidades de Saúde sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e sobre a atuação destes profissionais na formação dos residentes.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a visão do trabalhador sobre o processo de inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família nas Unidades de Saúde da Família.
- Analisar o significado da Residência Multiprofissional em Saúde da Família para esses sujeitos.
- Identificar as ações desenvolvidas pelos residentes no trabalho cotidiano das equipes das Unidades de Saúde da Família.
- Identificar como o trabalhador de saúde percebe a participação do profissional atuante na Unidade de Saúde da Família na formação dos residentes.

A pesquisa é requerida nas situações em que a informação disponível encontra-se desorganizada ou não responde suficientemente ao problema proposto. É considerada como um procedimento sistemático que envolve a utilização de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos desenvolvidos em um longo processo, na busca de conhecer pela própria satisfação ou com vistas a fazer algo de maneira mais eficiente e eficaz (GIL, 2002).

Demo (2000) salienta que a pesquisa, tanto como produtora de conhecimento quanto como procedimento de aprendizagem, constitui parte integrante de todo o processo reconstrutivo do conhecimento, em que reconstruir significa pesquisar e elaborar.

A aprendizagem acontece na relação entre os sujeitos que se comunicam em um contexto em que o conhecimento não é apenas repassado ou reproduzido, mas construído, que sempre implica na interpretação de sujeitos culturalmente contextualizados (DEMO, 2000).

Luna (2000) explicita a importância e necessidade cada vez maior do papel social das pesquisas. Estas são tratadas não como simples constatações do pesquisador, mas como demonstração do conhecimento produzido de forma fidedigna teórica e socialmente. A busca da verdade vem sendo substituída pela tentativa de aumentar o poder explicativo das teorias.

Portanto, este estudo não tem a pretensão de construir um novo conhecimento, de determinar soluções, solucionar questões ou esgotar o assunto, mas de contribuir para a abertura de maiores possibilidades de compreensão sobre a experiência do trabalhador de saúde frente ao processo de formação dos residentes da RMSF. Sendo o trabalhador um ator fundamental para a concretização do curso como transformador das práticas, refletir sobre o tema é uma forma de contribuir para a consolidação de uma proposta de mudança na formação de novos profissionais de saúde.

4.1 ABORDAGEM QUALITATIVA

Este estudo utiliza uma abordagem qualitativa de caráter descritivo e exploratório que favorece a exploração sobre as percepções dos profissionais de saúde acerca da RMSF. A pesquisa qualitativa surge na antropologia quando os pesquisadores percebem a necessidade de interpretar muitas informações sobre os povos que não podem ser explicadas quantitativamente (TRIVIÑOS, 1987). Segundo Minayo (2010):

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam [...] as abordagens qualitativas se conformam melhor nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para a análise de discursos e documentos.

A abordagem qualitativa não deve ser entendida como aquela que não utiliza elementos quantitativos como números, tabelas, cálculos, bem como não deve ser atribuído o conceito simplificado que a caracteriza como um método usado para estudar a qualidade do objeto de estudo. O método qualitativo utiliza a concepção trazida pelas ciências humanas, segundo a qual busca-se entender o significado individual e coletivo de um determinado fenômeno para os indivíduos. Dependendo do significado que as pessoas dão para uma determinada situação ou fenômeno, estruturam o modo como organizam as suas vidas e ações diante dos mesmos. Assim, o importante para os pesquisadores não é o fenômeno, mas o significado que eles ganham, porque este tem um papel organizador dos seres humanos (TURATO, 2005).

De acordo com Minayo e Sanches (1993):

A abordagem qualitativa realiza uma aproximação fundamental e de intimidade entre sujeito e objeto, uma vez que ambos são da mesma natureza: ela se envolve de empatia aos motivos, às intenções, aos projetos dos atores, a partir dos quais as ações, as estruturas e as relações tornam-se significativas.

A observação do fenômeno estudado realizada no ambiente natural em que ele acontece, sem o controle de variáveis, constitui uma das características da pesquisa qualitativa. O pesquisador é o próprio instrumento da pesquisa. A sua consciência, que apreende e interpreta o objeto de estudo, possibilita que este se aprofunde e compreenda a questão de estudo na sua essência (TURATO, 2005).

A pesquisa qualitativa não tem como propósito a generalização dos resultados, o consumidor da pesquisa deve verificar se as reflexões alcançadas poderão ser utilizadas para o entendimento de novos casos em outras situações. Para Martins e Bicudo (2005) o pesquisador “[...] substitui as correlações estatísticas pelas descrições individuais e as conexões causais objetivas pelas interpretações subjetivas oriundas das experiências vividas”.

A modalidade de pesquisa qualitativa utilizada neste estudo foi a estrutura do fenômeno situado, em que o pesquisador investiga e compreende o fenômeno por meio da vivência dos sujeitos (MARTINS; BICUDO, 2005). Neste sentido, acredita-se que a pesquisa qualitativa abre maiores possibilidades para o entendimento da experiência do profissional do serviço frente à inserção da RMSF. Refletir sobre este tema é uma forma de contribuir para a implementação de políticas que ajudem na mudança da formação de profissionais de saúde para atuarem na atenção básica e na ESF.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DO CENÁRIO DE ESTUDO

Este estudo foi realizado na zona urbana do município de Londrina, no norte do Estado do Paraná–Brasil. Londrina constitui município sede (pólo estadual e pólo microrregional) da 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. Conta com uma população de 510.707 habitantes, atendidos por 84 equipes de Saúde da Família, distribuídas em 51 Unidades de Saúde da Família (BRASIL, 2009a).

A rede de atenção básica de Londrina é destaque no cenário nacional como uma das primeiras a estruturar suas ações em nível primário de saúde juntamente com a Universidade, o que proporciona uma parceria com a academia através de estágios e internatos, favorecendo a inserção da residência (GIL; MARTIN; GUITIERREZ, 2001).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UEL abriu sua primeira turma em 2006, em parceria com o Ministério da Saúde e com a Autarquia

do Serviço Municipal de Saúde de Londrina (ASMS). Até o período da produção dos dados deste estudo, a residência contava com duas turmas de residentes formadas (um total de 42 profissionais) e com uma terceira turma atuando no processo de trabalho das USF contempladas com a RMSF. Para todas as turmas a proposta de duração desta especialização em serviço foi de dois anos.

A primeira turma iniciou suas atividades em abril de 2007, com a oferta de 13 vagas (cinco para enfermagem, duas para odontologia, duas para fisioterapia, duas para psicologia, uma para educação física e uma para assistente social) distribuídas em cinco USF de Londrina. Os representantes da academia e do serviço de saúde de Londrina utilizaram para a escolha dessas Unidades critérios como: maior complexidade da população atendida em relação às necessidades de saúde e situações de risco e maior carência por profissionais de saúde.

Para o segundo processo seletivo em 2008, em decorrência de diversas solicitações provenientes do município de Londrina para a ampliação de vagas e de dois municípios que fazem fronteira com Londrina para a inclusão da residência, houve um aumento do número de vagas, totalizando 30 profissionais. Também incluiu-se a categoria farmácia e expandiu-se a residência para USF localizadas nos municípios de Cambé (três USF) e Ibiporã (uma USF).

Desta forma, a segunda turma (2008) foi aberta com a oferta de 30 vagas assim distribuídas: 11 para enfermagem; seis para odontologia; três para psicologia; três para fisioterapia; duas para educador físico; duas para assistente social e três para farmácia. Como houve pouca procura para a vaga de farmácia, duas delas foram remanejadas, sendo uma para a educação física e uma para o serviço social.

Os profissionais do terceiro e último processo seletivo foram aprovados em 2009. Assim, no período deste estudo, havia um total de 30 profissionais atuando em cinco USF de Londrina, três USF de Cambé e uma USF de Ibiporã. A quantidade de oferta de vagas por categoria profissional foi remanejada de acordo com as necessidades percebidas nos serviços de saúde em que havia a atuação dos residentes, sendo redistribuídas da seguinte forma: seis para enfermagem, três para odontologia, cinco para fisioterapia, cinco para psicologia, quatro para educação física, quatro para assistente social e três para farmácia.

Este estudo foi realizado em cinco USF contempladas com a inserção da RMSF-UEL, localizadas no município de Londrina. Definiu-se como critério de inclusão das Unidades como local de estudo, a atuação de residentes na mesma

USF desde a primeira turma (2007/2008), uma vez que um dos critérios para a seleção do local a ser estudado foi a convivência entre trabalhadores do serviço e residentes.

Assim, as cinco USF selecionadas para o estudo foram as seguintes:

- USF Centro de Saúde M. W. K. Kellog (Unidade Itapoã) - localizada na região sul de Londrina, presta atendimento de segunda à sexta-feira, das 7 às 19 horas. Possui em sua área de abrangência uma população de aproximadamente 12.000 habitantes (SIAB, 2006). Em janeiro de 2011, atuavam 44 funcionários, sendo composta por três equipes de saúde da família.
- USF Centro de Saúde Orlando Cestari (Unidade União da Vitória) - localizada na região sul de Londrina, presta pronto atendimento de segunda à sexta-feira, das 7 às 23 horas. Possui em sua área de abrangência uma população de aproximadamente 10.000 habitantes (SIAB, 2006). Em janeiro de 2011, atuavam 60 funcionários, sendo composta por três equipes de saúde da família.
- USF Centro de Saúde Municipal Professora Maria Anideje de Mello (Unidade Aquiles Stenghel) - localizada na região norte de Londrina, presta atendimento de segunda à sexta-feira, das 7 às 19 horas. Possui em sua área de abrangência uma população de aproximadamente 12.000 habitantes (SIAB, 2006). Em janeiro de 2011, atuavam 35 funcionários, sendo composta por três equipes de saúde da família.
- USF Centro de Saude Municipal Irmã Maria Osvalda Kneer (Unidade Lindóia) - localizada na região leste de Londrina, presta atendimento de segunda à sexta-feira, das 7 às 19 horas. Possui em sua área de abrangência uma população de aproximadamente 11.000 habitantes (SIAB, 2006). Em janeiro de 2011, atuavam 40 funcionários, sendo composta por três equipes de saúde da família. .
- USF Centro de Saúde Municipal Dr. Paulo Roberto Moita da Silva (Unidade Armindo Guazzi) - localizada na região leste de Londrina, presta atendimento de segunda à sexta-feira, das 7 às 19 horas. Possui em sua área de abrangência uma população de aproximadamente 10.000 habitantes (SIAB,

2006). Em janeiro de 2011, atuavam 30 funcionários, sendo composta por três equipes de saúde da família.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

O processo de escolha dos participantes da pesquisa teve início com o levantamento, junto às coordenadoras das cinco USF em estudo, dos nomes dos trabalhadores de saúde das categorias incluídas na pesquisa que atuavam na unidade por período superior a dois anos. Dos nomes fornecidos pela coordenação, foram selecionados um trabalhador de cada categoria participante do estudo que atuava na unidade há mais tempo. O número de trabalhadores entrevistados foi determinado pela saturação das informações coletadas.

A seleção dos trabalhadores ocorreu de forma intencional nas diferentes categorias profissionais que compõem a equipe da ESF, por atuarem mais intimamente com os residentes, a fim de conhecer a visão geral dos mesmos. Thiollent (2004) afirma que a amostragem intencional proporciona a seleção de pessoas com maior relevância em relação ao problema do estudo.

Foram entrevistados até seis trabalhadores em cada USF nas categorias profissionais que atuam na ESF: médico; enfermeiro; auxiliar de enfermagem; agente comunitário da saúde (ACS); dentista; auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, totalizando 25 sujeitos entrevistados .

Considerando a importância que as opiniões das pessoas têm em uma pesquisa qualitativa para o alcance da diversidade de informações, a realização de uma maior quantidade de entrevistas, em termos numéricos, não garante a qualidade do estudo. As opiniões dos indivíduos são originadas de processos sociais e, portanto, existem em número limitado. A quantidade satisfatória de entrevistas é aquela em que o pesquisador explora o fenômeno sob várias dimensões (GASKELL, 2004; MINAYO *et al.*, 2000).

Nos casos em que mais de um profissional de uma mesma categoria se enquadrasse nos critérios de seleção do estudo com iguais tempos de atuação na unidade, definiu-se que a escolha do sujeito ocorreria por sorteio. Houve duas USF em que aconteceu o sorteio na categoria profissional de auxiliar de enfermagem.

Em situações em que o sujeito selecionado não se encontrava na unidade devido a férias ou licença trabalhista, uma nova seleção de trabalhadores foi

realizada seguindo o mesmo processo da primeira seleção dentro da mesma categoria profissional desse sujeito.

A participação dos sujeitos do estudo foi voluntária. Todos os trabalhadores de saúde selecionados concordaram em participar da pesquisa. As coordenadoras das unidades foram excluídas do estudo por atuarem como tutoras de campo desde o início da residência, pois estão diretamente envolvidas com esta especialização em serviço.

4.4 PRODUÇÃO DE DADOS

Como instrumento de levantamento de dados, foram utilizadas entrevistas com os profissionais de saúde. A entrevista consiste em uma das estratégias mais usadas no trabalho de campo de pesquisas qualitativas; trata-se de um instrumento de conhecimento interpessoal no encontro face a face, caracterizando-se principalmente pela conversa a dois ou entre vários sujeitos para abordar temas pertinentes ao problema em estudo (MINAYO, 2010).

Tal técnica permite identificar práticas, crenças, valores e sistemas classificatórios de universos sociais específicos, nos quais conflitos e contradições não se encontram explicitados de forma clara. A entrevista permite que o pesquisador se aprofunde no modo como cada participante do estudo percebe e significa a sua realidade por meio de informações que possibilitem descrever e compreender as relações que se estabelecem no interior dos grupos, determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas, o que geralmente torna-se difícil de ser alcançado com outros instrumentos de coleta (MINAYO, 1996; DUARTE, 2004).

Quando comparada ao questionário, a entrevista demonstra certas vantagens: maior adesão dos sujeitos pesquisados em participar da pesquisa do que responder a um questionário; maior flexibilidade dada ao entrevistador no esclarecimento do significado das perguntas e na adequação às circunstâncias em que a entrevista se desenvolve; possibilidade de captar expressões corporais do entrevistado que, diferentemente de responder a um questionário, não precisa saber ler e escrever (SILVA *et al*, 2006).

Dentre os possíveis tipos de entrevista, optou-se pela entrevista semi-estruturada, a qual combina perguntas abertas e fechadas e obedece a um roteiro,

apropriado e usado pelo pesquisador, que possibilita discorrer sobre o tema proposto. Caracterizada como uma das formas mais utilizadas de entrevista nas ciências sociais, este tipo de entrevista permite que o entrevistado alcance liberdade e espontaneidade necessárias ao enriquecimento do estudo, proporciona a valorização do entrevistador, o qual pode dirigir a discussão no momento em que achar oportuno para o assunto de interesse ou ajudar a recompor o contexto da entrevista, por meio de perguntas adicionais para o tema que não tenha sido amplamente entendido (MINAYO, 2010; TRIVIÑUS, 1987; BONI, 2005).

Vale lembrar que a pesquisa qualitativa não se detém a interpretações estanques e se desenvolve reformulando-se constantemente. No momento da coleta, acontece a interpretação dos dados que geram informações, as quais podem sinalizar a necessidade de inclusão de outros sujeitos ou mesmo outros tópicos ainda no período da realização das entrevistas, para o esclarecimento do problema de estudo (TRIVIÑUS, 1987).

Boni (2005) destaca que a entrevista semiestruturada produz uma melhor amostra da população de interesse, pois a interação entre o pesquisador e o sujeito do estudo acontece de forma mais intensa e espontânea, o que favorece que assuntos de maior complexidade sejam abordados visando o alcance dos significados pessoais de atitudes e comportamentos. Também possibilita que questões surjam de forma inesperada, as quais podem ser de grande valia.

Neste estudo, foram observadas algumas considerações práticas que devem ser contempladas na realização das entrevistas (Minayo, 2010). Assim, em um primeiro momento, o entrevistador apresentou-se ao entrevistado, oportunidade em que este foi informado sobre o interesse da pesquisa e a instituição a qual o pesquisador está vinculado. Em seguida, o pesquisador explicou a escolha do entrevistado sob a garantia do anonimato e sigilo, o motivo da pesquisa e esclareceu todas as dúvidas. Em um segundo momento, foi realizada uma conversa inicial buscando estabelecer um ambiente descontraído e propício para o desenvolvimento de uma interação que possibilitasse a percepção da disponibilidade do sujeito entrevistado para fornecer informações.

A entrevista foi conduzida a partir de um roteiro com questões voltadas à caracterização do sujeito de estudo, sobre a unidade de saúde e sobre as atividades que este desempenhava na mesma (Apêndice A), adentrando paulatinamente às questões geradoras do discurso, as quais estão dispostas a seguir:

- Conte-me como foi o seu primeiro contato com a residência nesta USF.
- Na sua opinião, como foi o decorrer dos anos com a presença da residência nesta USF?
- Fale-me sobre as atividades desenvolvidas pelos residentes nesta USF.
- O que significa a RMSF para você?
- Você se sente participante do processo de formação dos residentes? Se sim, como você percebe esta participação?

De acordo com Minayo (2010), o roteiro deve funcionar como um guia para uma conversa que contemple as faces do objeto de estudo e facilite que novos temas apareçam durante a produção dos dados. Este deve conter poucas questões e apresentar tópicos suficientes para induzir a conversa referente à experiência do entrevistado, de modo que, em conjunto, alcancem os objetivos do estudo e os aspectos envolvidos na realidade dos informantes.

Com a finalidade de aprimorar as questões do instrumento, foi feito pré-teste por meio de duas entrevistas, a primeira realizada com um trabalhador com formação superior e a segunda com um trabalhador com formação técnica, atuantes em UBS que não haviam sido selecionadas para o estudo. Também foram feitas adequações do roteiro durante o desenvolvimento da produção dos dados. Minayo (2010) enfatiza que o roteiro pode e deve ser modificado não somente mediante a realização do pré-teste, mas durante o processo interativo que ocorre no decorrer da coleta dos dados, pela identificação de temas significantes não previstos anteriormente.

As entrevistas foram realizadas entre janeiro e março de 2011 por esta pesquisadora. As mesmas ocorreram mediante agendamento realizado por meio de contato telefônico com as coordenadoras, e visita nas unidades para a definição do dia e horário de início com os participantes do estudo. Estabeleceu-se uma sequência das unidades para a realização das entrevistas de acordo com o número de funcionários e tempo de trabalho, que teve início naquelas com maior número de funcionários com maior tempo de trabalho. O tempo médio de duração de cada entrevista foi de aproximadamente 35 minutos, variando de 21 minutos e 18

segundos a 60 minutos e 07 segundos. A autora deste estudo atuou como residente na primeira turma da RMSF/UEL e preocupou-se em apropriar-se teoricamente do tema de pesquisa. Schraiber (1995) refere que o pesquisador deve ter domínio sobre sua pesquisa para tornar “[...] seus procedimentos uma forma viva de exercício de subjetividade teoricamente fundamentada, isto é, o próprio pesquisador como instrumento de investigação e não apenas um mero portador de impressões pessoais”. Martins e Bicudo (2005) também evidenciam a necessidade do desenvolvimento da entrevista com base nos conhecimentos que o pesquisador possui sobre a realidade a ser estudada.

Observando as recomendações de Minayo (1996), houve a preocupação de se estabelecer um ambiente cordial, favorecendo uma comunicação clara e simples com os trabalhadores de saúde, com a finalidade de assegurar a compreensão dos objetivos do estudo.

Como instrumentos de registro, foram utilizados o gravador digital e o caderno de campo. Este último, também conhecido como diário de campo por alguns autores, é usado para o registro cronológico das atividades do pesquisador, bem como das pessoas envolvidas na pesquisa, quanto às observações, experiências e sentimentos vividos (VICTORIA, 2000).

Nesta pesquisa, o caderno de campo foi usado para anotar diferentes tipos de dados, operação realizada sempre ao final de cada entrevista, identificando-a no caderno. Foram feitas anotações referentes à experiência vivenciada na entrevista relacionada à técnica de abordagem e à obtenção dos relatos; também se registraram informações referentes ao entrevistado quanto ao comportamento geral e em particular quanto aos temas e, em algumas ocasiões, registraram-se informações que o próprio entrevistado fornecia fora das gravações.

Diferente de outro meio, a gravação permite um alto poder de registro das informações fornecidas pelo sujeito, contendo aspectos importantes como a entonação de voz, pausas, entusiasmos, surpresas. Quando acompanhada por anotações sobre o comportamento e reações do entrevistado, como aconteceu neste estudo, potencializa sua contribuição para o alcance de esclarecimentos do problema pesquisado (TRIVIÑUS, 1987; SCHIRAIKER, 1995). Antes de se iniciar a entrevista, os sujeitos do estudo foram esclarecidos quanto ao uso do gravador.

Terminadas as entrevistas, a entrevistadora agradeceu a participação dos profissionais e comprometeu-se a apresentar os resultados do estudo aos mesmos.

Os discursos gravados foram transcritos na íntegra pela própria pesquisadora. Após as leituras, retiraram-se possíveis vícios de linguagem e realizou-se a correção ortográfica para a proteção dos participantes. Os dados foram utilizados para a produção dos resultados, e as gravações destruídas após sua transcrição.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise das entrevistas foi realizada utilizando-se a proposta de Martins e Bicudo (2005), a qual pode ser melhor compreendida caracterizando duas fases.

A primeira fase corresponde à análise individual ou ideográfica. Nesta, foram realizadas leituras dos discursos dos entrevistados sem buscar qualquer interpretação, para que o pesquisador se apropriasse do conteúdo dos mesmos. Após leituras exaustivas, discriminaram-se palavras e/ou frases que possuísem algum sentido na perspectiva do fenômeno estudado, caracterizando-se, desta forma, as unidades de significado. Depois de identificadas, as unidades de significado foram interpretadas em uma linguagem de fácil compreensão para melhor explicitar o sentido transmitido, e feitas convergências dessas unidades dentro do discurso de cada entrevistado.

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

Buscando assegurar o sigilo da identidade dos participantes, estes foram identificados por códigos compostos por uma letra e um número. A letra corresponde as iniciais do nome da categoria profissional do trabalhador e o número à ordem da realização da entrevista. Portanto, a última entrevista realizada com um participante pertencente à categoria profissional agente comunitário da saúde, recebeu o código ACS25.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os princípios éticos que norteiam esta pesquisa estão contemplados na resolução 196/96, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996b).

O projeto de pesquisa deste estudo foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina–EP/UEL, e aprovado por meio do parecer nº257/10 de 24 de novembro de 2010 (Anexo A). Esta pesquisa também foi autorizada pela Autarquia Municipal de Saúde do Município de Londrina (Anexo B).

Após a explanação escrita e sua leitura pelo participante, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) em duas vias, ficando uma via com o (a) entrevistado (a) e outra com a pesquisadora. A aplicação do roteiro somente aconteceu mediante assinatura e aprovação do participante.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Dos 25 participantes do estudo, 23 eram do sexo feminino e a idade variava entre 31 e 57 anos. quanto ao processo de formação, três enfermeiros e três dentistas eram pós-graduados em saúde coletiva e um médico em saúde da família. Um ACS e um auxiliar de odontologia possuíam formação em nível superior em outra área não relacionada com a saúde. Os demais técnicos e auxiliares de enfermagem completaram o curso técnico e os ACS realizaram a capacitação de agentes comunitários dois anos antes.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo segundo a categoria profissional, Londrina-PR, 2011.

Categoria Profissional	Número de participantes	
	n	%
ACS	05	20
Auxiliar de Enfermagem	05	20
Enfermeiro	04	16
Médico	04	16
Dentista	03	12
Auxiliar de Odontologia	04	16
Total	25	100

Os trabalhadores entrevistados possuíam de 3 a 20 anos de tempo de atuação nas unidades do estudo. O tempo de formação na área da saúde desses trabalhadores variou de 2 a 25 anos.

5.2 APRESENTANDO AS CATEGORIAS DE ANÁLISE

Da análise das entrevistas emergiram as seguintes categorias: o significado da RMSF; dificuldades no processo de inserção da RMSF e a participação do trabalhador na formação do residente. A seguir, é apresentada a sistematização das categorias e subcategorias de análise (figura 1). Ressalta-se que esta construção foi determinada pela compreensão do pesquisador sobre o fenômeno estudado.

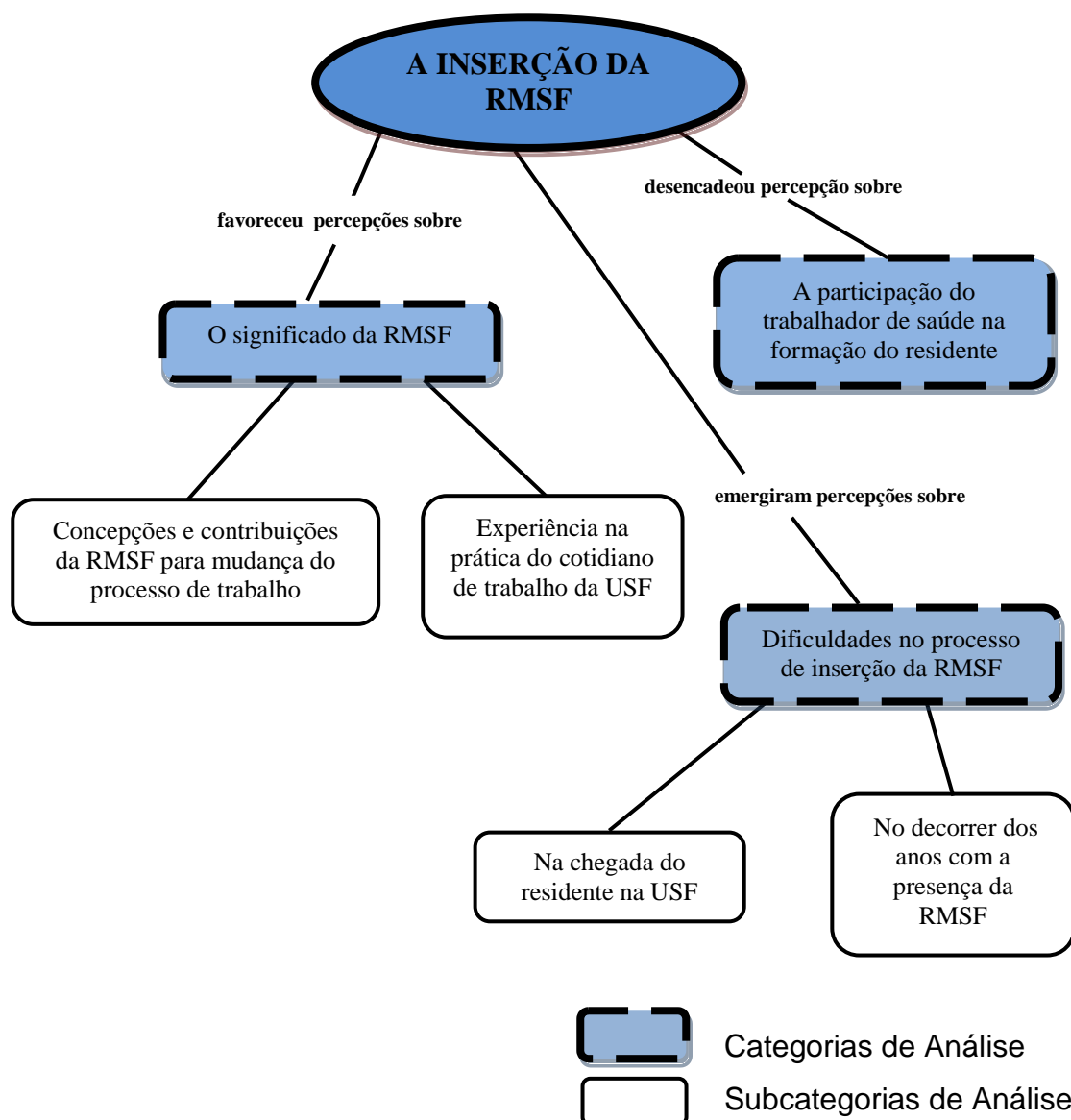


Figura 1: Sistematização das categorias de análise.

5.2.1 O SIGNIFICADO DA RMSF

Na primeira categoria, que trata das percepções dos trabalhadores de saúde sobre o significado da RMSF, foram construídas duas subcategorias: as concepções e contribuições da residência para a mudança do processo de trabalho e a experiência na prática do cotidiano de trabalho da USF.

5.2.1.1 Concepções e contribuições da RMSF para mudança do processo de trabalho do trabalhador de saúde da USF.

Com base nos discursos dos trabalhadores, a RMSF se revelou como uma perspectiva de inclusão de diversas categorias profissionais que não atuavam nas USF anteriormente. Os residentes da RMSF de Londrina iniciaram suas atividades em unidades com equipes de saúde da família compostas pelo mínimo de profissionais recomendados pelo Ministério da Saúde: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e ACS. Também atuavam no serviço a equipe de saúde bucal e o fisioterapeuta. As três turmas da RMSF proporcionaram a entrada de dentistas, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, profissionais de educação física e assistentes sociais nas equipes, que atuavam como profissionais realizando outros atendimentos ou ampliando os já existentes nos serviços (LONDRINA, 2009).

Apesar de já existirem enfermeiros, dentistas e fisioterapeutas atuando nas unidades, a residência possibilitou a ampliação do atendimento devido às seguintes situações existentes nas USF: a quantidade insuficiente de enfermeiros; a maioria das unidades não prestava atendimento odontológico para o adulto, o atendimento do dentista era voltado para a prática clínica que acontece na cadeira odontológica, dentro da unidade; o profissional de fisioterapia atuava em mais de uma USF e com atendimento voltado para os aspectos clínicos da criança.

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

de decisão para a realização do cuidado em saúde entre diferentes categorias profissionais.

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

A necessidade de referenciar o usuário para outros serviços evidencia a insuficiência da oferta do cuidado e a dificuldade que muitas vezes as equipes de saúde da família, estruturadas na perspectiva da equipe mínima da ESF, têm para atender as necessidades de saúde dos usuários.

A atuação de profissionais de várias áreas, na modalidade do trabalho em equipe para o alcance da construção de saberes e práticas que contemplem as diversas dimensões da saúde, constitui condição necessária para o alcance da integralidade da atenção (PEDUZZI, 2001). De acordo com Mattos (2004), a concepção de integralidade da atenção dada à saúde, intensificada na década de 90, aponta para possibilidade de atender as necessidades de saúde dos usuários e da população de um determinado território.

A necessidade de uma abordagem de atenção primária mais ampla e qualificada, o que sustenta a inclusão de outros profissionais para o desempenho do ‘trabalho de equipe’ nos diversos países, é confirmada pela mudança do perfil epidemiológico, como o envelhecimento da população, aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas, com grande impacto nos indicadores de saúde da população (STARFIELD, 2002).

Para dar respostas a essas necessidades, a Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, durante o desenvolvimento do curso, em agosto de 2008, implantou 10 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), núcleos estes constituídos por farmacêuticos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas e educadores físicos. O NASF constitui uma proposta que busca

apoiar a atuação da ESF por meio da ampliação e aperfeiçoamento das ações em saúde na atenção básica. Esse núcleo é formado por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e opera na lógica do matriciamento. No apoio matricial, as equipes de saúde da família devem buscar as equipes NASF para o suporte assistencial (clínica direta com os usuários) e técnico-pedagógico (aporte educativo para a equipe) atuando no apoio e em parceria com os profissionais das equipes (BRASIL, 2009c). Cada equipe NASF/Londrina ficou responsável pelo apoio às equipes de saúde da família de cinco USF.

Entretanto, mesmo com a entrada dessas equipes, os trabalhadores entenderam que os profissionais do NASF, *que apesar de ter muita boa vontade, ficava difícil estar em todos os lugares ao mesmo tempo, passam pouco tempo na unidade (E8)*, por isso não conseguiam desempenhar um trabalho contínuo na unidade, em que houvesse espaços para as discussões de casos e formação de vínculo com o paciente, pois atuavam em mais de uma USF. Essa situação gerou a percepção de que a residência, com as diversas categorias de profissionais exclusivas da unidade, *tinha um outro diferencial, eles trabalham junto com a gente, nas visitas realizadas nas casas das famílias, conversam sobre os pacientes, enfim, está na unidade todos os dias, tem vínculo com o paciente e a equipe tem um caminho a seguir (E8)*.

Segundo dados da pesquisa, a configuração da RMSF, caracterizada pela inserção de profissionais de várias áreas, em regime de dedicação exclusiva e fixos em uma mesma unidade de saúde, contribuiu para melhorar a interação entre os sujeitos das diversas áreas profissionais com o trabalhador de saúde durante o trabalho cotidiano, para fortalecer o vínculo desses sujeitos com a comunidade e para conhecer a realidade onde atuavam.

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

De acordo com as falas dos participantes, quando os residentes iniciaram suas atividades na unidade, havia o predomínio de uma prática marcada pela excessiva divisão de trabalho com a fragmentação de tarefas, estas estritamente técnicas, em que cada categoria profissional desempenhava determinado conjunto

de atividades e atribuições. Tal concepção está de acordo com o que acontece na maioria dos serviços de saúde na atualidade (MARTINS; DAL POZ, 1998; CAMPOS, 2000).

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

Peduzzi (2001) conceitua o trabalho em equipe multiprofissional como um trabalho coletivo caracterizado pela relação recíproca entre as condutas técnicas e interações dos profissionais de diversas categorias, mediadas pela comunicação, para a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação.

O trabalho em equipe também é compreendido como o conjunto das relações entre os trabalhadores no cotidiano de trabalho, envolvendo relações entre pessoas, relações estas de poderes, saberes, afetos e desejos (FORTUNA, 1999; FORTUNA *et al.*, 2005).

Os entrevistados sinalizaram que a residência oportunizou a busca da integralidade associada ao trabalho em equipe multiprofissional, *pois eram profissionais de diferentes profissões, com diferentes contribuições, atuando de forma integrada, se comunicando* (ACS13). Os vários olhares dos diferentes profissionais da equipe potencializam para que a abordagem integral ocorra e que haja resolução dos problemas que interferem no processo saúde-doença. Para Araújo e Rocha (2007), o trabalho em equipe é ressaltado como elemento essencial para o alcance da integralidade da atenção, a qual busca uma apreensão ampliada das necessidades de saúde da população, sendo de extrema importância para a consolidação do SUS.

A atuação em equipe entre os residentes *possibilitou resolver uma maior quantidade de problemas, atender o usuário de forma integral* (ACS13). Com a residência, o enfoque do cuidado passou a ter um maior direcionamento para a família. Desta forma, a partir dessa percepção, à medida que os trabalhadores foram conhecendo os residentes,

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

Para Peduzzi (2001), as características do processo de trabalho em saúde, como a complexidade dos objetos de intervenção, a importância da relação profissional-usuário e da interdisciplinaridade, evidenciam a necessidade do cuidado em saúde prestado por uma equipe em detrimento da atuação profissional isolada. A prática do cuidado começou a ser desenvolvida de modo diferente pelos trabalhadores, a partir do momento que estes foram atribuindo um novo significado para o trabalho em equipe.

Peduzzi (2001), ao estabelecer uma tipologia para o trabalho em equipe, conceitua esta forma de configuração que os entrevistados referiram como uma equipe integração, caracterizada pela integração das relações e práticas, consoante a proposta da integralidade, diferente da outra concepção estabelecida pela autora que é a equipe agrupamento, que se caracteriza pela fragmentação das ações, ou seja, um simples agrupamento de profissionais de diversas categorias.

Campos (1997) sugere o conceito de campo e núcleo no âmbito da existência de responsabilidades e competências no desempenho do trabalho em equipe. O autor afirma que é preciso considerar que cada profissional tem habilidades e capacidades inerentes à determinada especialidade, não podendo haver igualdade em todas as ações dos agentes de diferentes categorias. Neste sentido, o conceito campo se refere aos conhecimentos e responsabilidades comuns às diversas especialidades da área da saúde. O conceito núcleo seria o conjunto de conhecimentos e responsabilidades específicos de cada profissão.

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

Diante dessa concepção, para os profissionais atuantes nas unidades em estudo, com a inserção e trabalho dos residentes na unidade, as práticas de saúde

predominantemente curativas foram oportunizando a entrada de novas práticas centradas na atenção integral à saúde e *assim modificou e melhorou o processo de trabalho* (E14). Esta mudança do processo de trabalho por meio das ações integrais foi bastante citada pelos trabalhadores em relação à avaliação de enfermagem, a qual foi referida principalmente pelos enfermeiros e auxiliares de enfermagem entrevistados que começaram *a ver o paciente e não encaminhar só para o médico* (E14).

A atividade de avaliação constitui o primeiro atendimento prestado ao usuário nas USF em estudo, que geralmente é realizada pelos auxiliares de enfermagem para a identificação de problemas de saúde e possíveis encaminhamentos. Antes da chegada dos residentes, este atendimento era focado na identificação de queixas clínicas, uso de medicações, avaliação esta que resultaria ou não na consulta médica. Os problemas de saúde eram reconhecidos como aqueles dependentes da consulta e da prescrição de medicamentos feitas pelo médico. Após a entrada dos trabalhadores aprendizes, a equipe de enfermagem passou a buscar a identificação dos problemas de saúde do indivíduo por meio da escuta qualificada, criatividade no enfrentamento dos problemas de saúde e criação de vínculo, sem estar condicionada ao atendimento médico: *Ao fazer a avaliação de enfermagem lembrei da importância de parar e ouvir* (E14).

Segundo Figueiredo *et al.* (2006), a assistência de enfermagem não pode estar restrita ao conjunto de procedimentos focados na doença isolada dos sujeitos nos quais ela se manifesta, pois isso dificulta a percepção das singularidades e diversidades que são próprias de cada um. Para isto, é necessário que a avaliação de enfermagem seja desenvolvida a partir do estabelecimento de vínculos com os usuários, permitindo que o profissional conheça a realidade em que o indivíduo vive, ampliando o olhar sobre o sujeito.

Campos (2007), ao propor a clínica ampliada, sugere a reformulação da prática clínica atual. A clínica ampliada elege, dentre as ferramentas prioritárias na relação entre o profissional de saúde e os usuários dos serviços, o diálogo interativo com cada indivíduo de modo singular, para a criação de vínculos e responsabilização conjunta sobre o processo de cuidado, proporcionando espaços de ensino-aprendizagem em que os saberes possam ser produzidos e partilhados coletivamente (NASCIMENTO *et al.*, 2008).

A RMSF foi criada para contribuir para a reorganização do processo de trabalho nas unidades, e constitui uma estratégia para o cumprimento dos princípios previstos na Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, a qual aprova a organização da atenção básica para a Estratégia Saúde da Família. Essa portaria aponta para a importância do cuidado contínuo dos indivíduos e das famílias, adotando sempre uma postura ativa frente aos problemas de saúde-doença da população. Deve haver a valorização da atenção integral e resolutiva, para a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito (BRASIL, 2006c).

Além disso, a residência fez emergir práticas voltadas para a prevenção dos agravos em saúde, pois *os residentes trabalharam muito com a prevenção (E15)*, por meio do trabalho em equipe, do vínculo com o usuário e maior resolutividade dos problemas de saúde: *o residente conhece e cria vínculo com o paciente, o paciente tem confiança no residente, resolve os problemas de saúde da pessoa e previne que outros problemas aconteçam (M19)*.

Considerando a taxonomia adotada por Cecílio (2001), vale ressaltar que o vínculo, já apontado como presente nas ações dos residentes, constitui uma necessidade de saúde a ser apropriada e trabalhada pelos trabalhadores de saúde em sua prática cotidiana. A criação de vínculo se consolida na relação de confiança do usuário com o serviço, a qual acontece ao longo do tempo, com caráter pessoal, intransferível, de forma solidária.

Com a presença dos residentes nas unidades, o acolhimento foi potencializado e incentivou-se o cuidado prestado pelos profissionais da USF aos usuários. O trabalho em equipe multiprofissional, a escuta qualificada, e o interesse dos residentes em realmente resolver os problemas de saúde do usuário, aumentando a integralidade da atenção e a criação de vínculo, configuraram-se nas principais contribuições dos trabalhadores aprendizes para estimular a prática do acolhimento nas unidades: *o residente se envolve com o problema do usuário, conhece e cria vínculo com o paciente, não vê somente o problema biológico, mas também o social e todos os meios possíveis para resolver este problema, o paciente tem confiança no que o residente faz, o residente escuta o paciente, conversa com ele (M15)*.

Esta forma de pensar e fazer diminui a ideia ainda predominante nos serviços de saúde de que o acolhimento se constitui em ações relacionadas à recepção do indivíduo, limitadas ao estabelecimento de um ambiente confortável e realização de

uma triagem para o adequado encaminhamento para serviços especializados (BRASIL, 2006d).

Segundo o Ministério da Saúde, o acolhimento é entendido como uma ação que permite acolher, aceitar, dar ouvido ao paciente, garantir a universalidade do acesso pela construção de vínculos solidários entre os profissionais e a população, por meio de diálogos permanentes que alcancem a corresponsabilização do usuário no processo de produção da saúde (BRASIL, 2006d).

Outra concepção sobre a residência, referida principalmente pelas auxiliares de odontologia, foi a contribuição do projeto para a expansão da assistência em saúde bucal à população adulta. Antes da entrada dos residentes, as equipes de saúde bucal de algumas das unidades em estudo, prestavam atendimento direcionado a crianças, adolescentes e gestantes: *até então a gente trabalhava com escola e a partir daí nós começamos a trabalhar com a família também, e a realidade mudou totalmente* (AO18). A ampliação do atendimento à família proporcionou a articulação da equipe para modificar a rotina do processo de trabalho da odontologia tanto em relação à estrutura física, como à aquisição de novos olhares para a população: *nós tivemos que tirar do nada o nosso tudo e o residente também, e ele nos ajudou muito, só faltou mexer na estrutura física do posto* (AO18). Essa situação proporcionou o *conhecimento sobre a realidade dos problemas de saúde da população* (AO18) de forma geral em todas as faixas etárias.

Desse modo, houve maior organização das equipes de saúde bucal de acordo com a regulamentação do Ministério da Saúde, em que a realização da atenção integral individual e coletiva a todas as famílias é uma atribuição comum a todos os profissionais componentes da equipe de saúde bucal (BRASIL, 2006c).

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

De fato, a capacidade de refletir constitui a primeira condição do ato comprometido do trabalhador. Para tal, precisa conhecer e reconhecer a realidade em que se encontra. O ato de conhecer se dá na indivisibilidade da reflexão e da ação, da teoria e da prática (FREIRE, 1983).

O aporte teórico trazido pela RMSF contribuiu para a formulação e reformulação dos valores e ideias que cada profissional tinha sobre o SUS por meio *de ideias novas que provocam a mudança de uma prática antiga da unidade* (M25). Para Merhy (2002), o trabalhador realiza opções tecnológicas ou políticas a favor ou contra o SUS a todo o momento, pois a relação entre o profissional e o cenário em que ele se encontra acontece em um mundo não estruturado e com alta capacidade inventiva, conferindo ao trabalhador a liberdade de agir no cotidiano.

Para os trabalhadores de saúde, a residência ampliou o conhecimento dos trabalhadores das unidades sobre o território de abrangência por meio do levantamento e organização de dados epidemiológicos (morbidade, morbimortalidade, demográficos) referentes às microáreas, realizados pelos residentes juntamente com os funcionários, *então houve uma troca muito grande de conhecimentos, os trabalhadores começam a aprender isso, houve uma integração entre a equipe da unidade* (AO18). Esse processo resultou em um maior planejamento das ações de saúde voltadas para as reais necessidades da comunidade: *as ações eram pautadas em pesquisas. Melhorou a organização da unidade. Modificou o processo de trabalho principalmente pela organização* (AO12).

Devido à existência de características específicas das condições de vida e saúde de uma determinada população, que varia de acordo com o passar do tempo e de uma população para outra, o conhecimento dos fatores que contribuem para o adoecimento é fundamental para o enfrentamento dos mesmos. A apropriação do território é importante para o planejamento e gestão do serviço de saúde, na busca da construção de um modelo assistencial voltado para a realidade (SILVA *et al.*, 2001).

De fato, o Ministério da Saúde prevê como característica do processo de trabalho para a busca pela reorganização da atenção básica, por meio da ESF, o diagnóstico situacional e o conhecimento detalhado da área de atuação, os quais são necessários para o planejamento do cuidado com foco na família e comunidade (BRASIL, 2006c).

Os entrevistados referiram que a inserção dos residentes nas unidades possibilitou o aprimoramento do conhecimento técnico na prestação do cuidado. Tal aporte técnico *facilitou o processo de trabalho, houve muito aprendizado, trazem ensinamentos, aproveitam as reuniões de grupo para ensinar coisas novas* (AE9). Esta contribuição foi referida principalmente pela equipe de enfermagem em relação ao atendimento dos grupos prioritários (crianças, hipertensos, diabéticos, dentre outros) e também em relação a alguns procedimentos (com enfoque na técnica de curativo) como sinaliza a fala a seguir: *ajuda com os pacientes, eles vêm e passam coisas novas para a gente. Já aprendi sobre debridamento, pé diabético. Contribuem para a coleta de preventivo que estavam atrasados. Aprendi com o residente* (AE3).

Para Merhy (1997), quanto maior o conjunto de saberes que se dispõe para a ação de produção dos atos de saúde, utilizado para a conformação do cuidado pelos trabalhadores de saúde, individualmente ou em equipes, maior será a possibilidade de se compreender o problema de saúde e maior a capacidade de enfrentá-lo de modo adequado, tanto para o usuário do serviço quanto para a própria organização dos processos de trabalho (MERHY,1997).

Assim, deve-se pensar constantemente em como acontece esse trabalho em busca de um novo modo de operar os modelos de atenção à saúde. Segundo Merhy (1997), a busca de uma nova maneira de agir em saúde, a ser desempenhada pelo trabalhador, a qual necessita estabelecer uma relação mais solidária entre trabalhador e usuário na produção da responsabilização do trabalhador pela população atendida, é um grande desafio.

Os trabalhadores também entenderam a residência como uma *especialização em determinada área em que o profissional tem afinidade* (AE3). O Ministério da Saúde, por meio da Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde, caracteriza a RMSF como uma modalidade de ensino de pós-graduação lato-sensu destinada às profissões da saúde, que busca a sua capacitação para atuar na atenção primária e ESF: *o residente é um profissional que já é formado, não estagiário e está fazendo uma residência, uma especialização, estudando mais um pouquinho* (AO12). Apesar de reconhecerem a característica de profissionais aprendizes dos residentes, para os entrevistados eram *como profissionais contratados para atuar no PSF (D5)*, eles achavam *que viriam só para aprender, mas vieram trabalhar mesmo, como um integrante da equipe da unidade, eles assumem este papel* (AE11).

Devido à complexidade do cenário onde a residência ocorre, caracterizado por unidades com áreas de abrangência que contemplam populações com características diversificadas, em que grande maioria utiliza a unidade na busca de cuidados de saúde, nas mais variadas situações que necessitam de atenção e resolutividade, a residência foi percebida pelos entrevistados como uma *especialização para a vida* (AE3). Esta especialização em serviço foi definida pelos participantes do estudo como uma capacitação que vai além do preparo do indivíduo para determinada especialidade, *porque no saúde da família, ele enfrenta todas as dificuldades que vai trazendo aquele conhecimento, aquela vivência que realmente todo o profissional tem que ter para ser um bom profissional* (AE3) proporcionando o desenvolvimento de habilidades que colaboram na resolução de problemas vividos no cotidiano, na forma de lidar com os indivíduos, preparando o residente para atuar em todas as áreas relacionadas ao setor saúde: *porque teoria precisa sim, mas a vivência traz um peso tão grande* (AE3).

Considerando a fala dos trabalhadores entrevistados, diante das concepções sobre a especialização em serviço com enfoque na integralidade, vínculo e prevenção, a RMSF foi entendida como uma contribuição para que a Estratégia Saúde da Família se torne um dispositivo de mudança do modelo de assistência à saúde na atenção básica, pois a convivência diária dos trabalhadores com os residentes e suas práticas proporcionou *constantemente discussões entre eles e o trabalhador, os residentes conseguem integrar e mudar o trabalho* (M1). A fala a seguir reflete o significado da residência como potencializadora da ESF: *é uma forma de não acabar o PSF, segura para ele não acabar, os residentes fazem PSF e acabam influenciando outros profissionais a fazerem durante o trabalho multiprofissional* (ACS17).

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

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

dentre suas ferramentas a territorialização e o vínculo. Essas “prescrições” não modificam a forma de produção dos serviços de saúde, mantendo a prática do trabalho médico-centrado. No entanto, o trabalhador tem autonomia, no cotidiano do serviço, para ignorar tais prescrições, aceitá-las como um compromisso com o serviço e não com o usuário ou ignorar parte das recomendações e dedicar-se à população para a melhoria das condições de vida (possibilidades menos frequentes) (FRANCO; MERHY, 2003).

Os trabalhadores possuem autopoder e autogestão na micropolítica do trabalho, podendo ou não aderir às propostas do sistema. Para Franco (2007), a micropolítica é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na produção do cuidado em saúde no dia-a-dia, nas relações entre os trabalhadores e entre estes e os usuários.

Assim, a consolidação da ESF no serviço de saúde como estratégia de reorganização da atenção básica e mudança do modelo de assistência é viabilizada a partir da reestruturação da micropolítica do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde, no sentido da valorização da relação trabalhador-usuário. Deve haver o constante predomínio do uso das tecnologias leves pautadas pelo acolhimento através do estabelecimento de vínculo, escuta qualificada, compromisso e resolutividade dos problemas de saúde da população (FRANCO; MERHY, 2003).

Tais tecnologias são definidas por Merhy (2002) ao caracterizar o trabalho em saúde como aquele produzido em ato, chamado de trabalho vivo, em um processo no qual interagem diversos tipos de tecnologias, definidas como tecnologias duras (máquinas, normas, estruturas organizacionais), leve-duras (conhecimento técnico e forma de aplicar este conhecimento) e leves (relações interpessoais, como o vínculo e o acolhimento). A articulação dessas tecnologias para produzir saúde define a ocorrência do cuidado em saúde em busca da integralidade da atenção.

Desse modo, pode-se pensar na RMSF como desencadeadora de um processo de singularização dos profissionais, o qual se caracteriza pela possibilidade de se automodelar dos sujeitos, por meio da captação de elementos do processo de subjetivação, de se afetar e constituir uma nova forma de agir (GUATTARI; ROLNIK, 2005).

A residência inseriu novos trabalhadores aprendizes no cotidiano do serviço e inovou com a possibilidade de realização do trabalho de outras categorias

profissionais que não atuavam na unidade anteriormente. A entrada desses atores desencadeou o novo, as idéias novas que mobilizaram os trabalhadores a ressignificar sua concepção sobre as ações em saúde, a ESF, enfim, sobre o cuidado prestado. Assim, a estabilidade das atividades cotidianas da unidade foi estremecida para dar início a perspectivas diferentes no modo de agir em saúde. A presença dos residentes provocou mudanças, gerou desconfortos, pois trouxe para a cena pessoas que passaram a questionar a rotina de trabalho, sujeitos que colocaram em evidência alguns incômodos dos trabalhadores com determinadas práticas.

Segundo Feuerwerker (2005b), o novo desencadeia no indivíduo duas possíveis atitudes: a de valorização, por suscitar nos profissionais a curiosidade de trilhar caminhos diferentes, ou a atitude de rejeição, pelo medo do desconhecido. Sendo assim, os trabalhadores devem enfrentar as novidades e produzir tecnologias e ferramentas necessárias para lidar com os desafios que as novas formas de agir impõem.

A abertura para o novo favoreceu a construção coletiva do enfrentamento de problemas, por meio da criação de espaços de discussão entre residentes e trabalhadores. Discutir o processo de trabalho implica em assumir responsabilidades, o que gera desconforto, por trazer à tona rotinas já estabelecidas que necessitam ser mudadas, que precisam de uma ação. Campos (2000) enfatiza a importância da existência de espaços coletivos para a coprodução de sujeitos. O espaço coletivo, caracterizado pelo encontro entre sujeitos, é destinado a comunicação, escuta, expressão de desejos, interesses, discussão de aspectos da realidade e análise, e elaboração de estratégias para a solução de necessidades.

Compartilhado por residentes e trabalhadores, nesse espaço acontece a aproximação do objeto de ensino à realidade do trabalho. Como apontado por Freire (2002) e Vasconcellos (1992), a motivação para as mudanças surge, sobretudo, da identificação do objeto do conhecimento com a realidade dos sujeitos. Segundo Roschke (2006), os indivíduos não substituem e nem somam seus conhecimentos, mas os constroem com base em conhecimentos prévios; assim, só existirá a incorporação de novos conhecimentos que fizerem parte da realidade e necessidades do sujeito.

A mudança vai além das práticas, é preciso mudar valores, uma vez que a prática do profissional está intimamente relacionada aos valores pessoais. Segundo

Rosa (2003), a mudança é um processo complexo, pois representa uma ameaça ao que já está estabelecido e acomodado, ou seja, uma nova proposta abala uma organização já estruturada. Entretanto, ela acontece devido às insatisfações com a realidade. Por mais acomodado que o homem esteja, ele é dotado de sensibilidade para reconhecer o mundo onde vive, o que o impulsiona para a busca de mudanças. Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006) também destacam a importância de perceber os incômodos com as práticas atuais. Para eles, as insatisfações só podem ser percebidas a partir da vivência e da reflexão sobre as práticas do trabalho.

Os diversos resultados expostos anteriormente, revelados pelos participantes, vêm ao encontro do projeto político-pedagógico da RMSF da UEL, o qual valoriza o programa como uma das principais estratégias de articulação ensino-serviço, buscando a formação de profissionais capacitados para atuar na atenção básica, no cuidado integral à saúde das pessoas, das famílias, de comunidades e na gestão do trabalho e sua organização, com enfoque multiprofissional (CARVALHO *et al.*, 2006; LONDRINA, 2009; BRASIL, 2009b).

No entanto, apesar de todo o significado e sentido atribuídos à residência representado pelos trabalhadores, um profissional Médico (M6) referiu desconhecer esta especialização em serviço e suas características, mostrando-se surpreso no momento em que a pesquisadora revelou que se tratava de uma modalidade de formação: *eu não tinha essa informação, todos eles vêm do saúde da família e dá pra fazer uma pós-graduação?* (M6). Apesar de conhecer os residentes, acreditava que estes eram componentes da equipe de trabalho, como os demais funcionários da unidade, sem estar na condição de estudante, e estudante de pós-graduação: *isto é uma pós-graduação?* (M6).

O entrevistado M6 atribuiu esse desconhecimento sobre a RMSF à configuração do seu trabalho na unidade, o qual se encontrava totalmente centrado na realização de consultas e atendimento a uma grande demanda, o que dificultava o seu conhecimento sobre a unidade, seus aspectos e recursos: *olha, na realidade o nosso contato, o contato nosso com o pessoal, não tem tanto tá, porque a gente vem e volta para o trabalho, e o paciente chega, e você vê que é assim, é corrido pra gente* (M6.)

Esse resultado reflete o modelo assistencial definido como médico-hegemônico ou “procedimento-centrado”. Tal modelo, centrado no conhecimento especializado, em equipamentos, fármacos e seu desenvolvimento tecnológico,

compromete-se com a grande produção de consultas, exames e medicalização da sociedade. Esta modalidade emperra o ato de assistir à saúde comprometido com as necessidades dos usuários, que busca o cuidado em saúde para a defesa pela vida como sua maior finalidade (FRANCO; MERHY, 2003).

A mudança desse modelo assistencial está condicionada à mudança do processo de trabalho de todos os profissionais, principalmente do médico que, muitas vezes, desenvolve um trabalho mecânico, não utilizando as tecnologias leves, a prática do acolhimento, o estabelecimento de vínculo, que acontecem nas relações entre trabalhador e usuário, de maneira articulada, como sujeitos do mesmo processo de produção da saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

5.2.1.2 Experiência na prática do cotidiano de trabalho da USF.

A RMSF foi compreendida pelos trabalhadores como uma estratégia de formação *de profissionais capacitados para atuar na ESF por proporcionar o enfrentamento da realidade para um profissional saindo da faculdade, fazendo com que ele se depare com a prática, porque teoria é uma coisa e a prática é outra, e na residência ele é obrigado a associar a teoria com a prática* (AO7). Esta relação ensino-serviço *resulta da própria vivência no trabalho do cotidiano da unidade* (E8). A característica de ensino em e para o serviço constitui eixo norteador do programa conforme o proposto pelo Ministério da Saúde quando dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (BRASIL, 2009c; CARVALHO *et al.*, 2006).

Desta forma, os residentes adquiriram *experiência em relação ao processo de trabalho no dia-a-dia da unidade* (ACS10), o qual é caracterizado por sua *complexidade, diversidade, sendo criativo e dinâmico* (E16). A produção do cuidado envolve um complexo conjunto de atividades. Os trabalhadores obedecem a uma distribuição física e organizacional acordada entre os mesmos em uma conversa mediada pelo trabalho. Atuam em locais específicos para produzir determinados produtos, em diferentes unidades de produção, como a sala de vacinas, recepção e outros (BRASIL, 2005a).

A experiência diária nas diversas situações que acontecem em uma USF *faz com que o residente modifique o processo de trabalho enquanto é modificado* (M25). Segundo Morin (2006), a educação deve ser vista como transformadora da realidade do sujeito que é educado e não como uma simples aquisição de conhecimentos, de

modo a despertar a responsabilidade e solidariedade. Para Freire (2002), o aspecto transformador da educação não deve ser limitado à simples transmissão de conhecimentos gerando acúmulo de informações. No ato de ensinar, os educandos são estimulados a refletir sobre a prática, a partir da prática social; neste processo, é essencial que ocorra a integração da prática com a teoria por meio da compreensão teórica da prática dos sujeitos.

À medida que os residentes vivenciavam os problemas do cotidiano, aproximaram-se da denominada aprendizagem significativa, a qual constitui a base da Educação Permanente em Saúde (EPS). É neste tipo de aprendizagem que ocorre a produção de sentidos, uma vez que utiliza o dia-a-dia do trabalhador como cenário de reflexão para a transformação das práticas que acontece quando o indivíduo se sente motivado a aprimorar seus conhecimentos considerando os conhecimentos prévios do trabalhador e o contexto local (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2005c).

Em um cenário de constantes discussões sobre a formação e desenvolvimento dos trabalhadores de saúde, colocado como uma das pautas do Ministério da Saúde, a EPS se consolida enquanto política pública para o ordenamento da formação dos trabalhadores de saúde, considerando a produção de conhecimento como um processo inacabado, que deve ser mantido após a graduação, durante a vida profissional, ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, comunidade, mediante articulação entre órgão de gestão, serviços de saúde, controle social e instituições de ensino (BRASIL, 2004b).

Os sujeitos são tomados como atores reflexivos da prática e construtores de conhecimento e alternativas de ação, o trabalho em ato é fonte de problemas a partir da problematização do próprio fazer, ou seja, do que se fez e o que se faz e assim repensar as experiências vividas no contexto em que elas acontecem. A Educação Permanente considera a prática como determinada por uma gama de fatores como valores, relações de poder, organização do trabalho e outros, e está centrada nas relações entre os sujeitos (BRASIL, 2004b; FEUERWERKER *et al.*, 2007).

Assim, a RMSF é uma forma de operar o proposto na Política de Educação Permanente em Saúde para a formação inacabada dos profissionais de saúde. O projeto político-pedagógico da RMSF coloca o SUS como interlocutor na formação dos trabalhadores para que as práticas sejam condizentes com os princípios do

sistema. Dentre tais princípios, destaca-se a integralidade como diretriz fundamental para os projetos de formação (BRASIL, 2004b).

Ferla e Ceccim (2003) entendem que a educação pelo trabalho é uma das alternativas para o desenvolvimento de novos perfis profissionais que visem à integralidade da atenção. Ressaltam que a presença contínua nos locais de produção de ações e o estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional podem ser eficientes na formação dos trabalhadores para a integralidade: *o residente experiencia o trabalho em equipe e sai apto a trabalhar em qualquer lugar, pois vive a integração das diversas disciplinas (M25).*

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

Desta forma, os residentes aprenderam a identificar as necessidades de saúde dos usuários, que abrangem uma ampla gama de dimensões (BRASIL, 2005a). Cecilio (2001) sugere uma organização para as necessidades de saúde em quatro grandes grupos: ter boas condições de vida; ter acesso às tecnologias de saúde; criar vínculo com a equipe e ter crescente autonomia sobre sua vida. Os princípios e diretrizes do SUS perpassam continuamente por esses grupos, os quais evidenciam a complexidade dos problemas de saúde que envolvem desde aspectos biológicos do corpo até a dimensão subjetiva e social do indivíduo.

O trabalho em saúde se realiza no encontro entre aquele que demanda por atenção e o profissional de saúde que pode oferecer essa atenção. Neste momento, ambos trazem consigo *valores, crenças, histórias de vida (AE3)* e sentimentos que permeiam uma complexa comunicação para identificar as necessidades de saúde de quem requer cuidados. Para além dos conhecimentos técnicos e científicos, o comprometimento do trabalhador com o usuário, seu ideário sobre o sistema de saúde e o direito do usuário interferem no atendimento prestado ao indivíduo. Assim, o profissional de saúde precisa acolher a pessoa, contemplando a sua singularidade por meio da escuta e do vínculo para realmente levantar os problemas de saúde do sujeito (BRASIL, 2005a).

Sabe-se que a relação trabalhador-usuário encontra-se enviesada por uma prática hegemônica voltada para a cura de doenças, focada no corpo doente, distanciando o profissional da pessoa atendida e de seu sofrimento, fato que compromete o processo terapêutico na identificação das várias dimensões relacionadas ao adoecimento no campo da subjetividade de cada indivíduo (BRASIL, 2005a). De 50% a 60% dos atendimentos na atenção básica e serviços ambulatoriais dizem respeito a problemas de saúde sem relação direta com uma doença (entidade nosológica específica), relacionando-se com a singularidade do indivíduo para o diagnóstico e resolutividade (ALMEIDA, 1998).

Merhy (1998) utiliza o termo intersecção para designar o espaço estabelecido entre o trabalhador de saúde e o usuário, o qual sempre existirá nos encontros durante o processo de trabalho em ato. O autor caracteriza o espaço de intersecção em saúde como do tipo partilhado, no qual o sujeito assistido compartilha e é escutado na maneira de sentir e elaborar as suas necessidades de saúde. Este tipo de relação usuário-trabalhador contribui para a ruptura do modelo hegemônico médico-centrado, ou seja, fortalece o modelo usuário-centrado, em busca da autonomia dos usuários sobre suas vidas.

Os trabalhadores participantes do estudo perceberam que *a residência consegue preparar para atuar na saúde da família devido ao desenvolvimento, na prática, de diversas atividades preconizadas para a estratégia pelos residentes (M6)*. Para os participantes do estudo, *a residência tem muito conhecimento teórico sobre as atividades desempenhadas na saúde da família e vem aplicar esta teoria na prática (E14)*.

Ao descrever as atividades realizadas pelos residentes, os entrevistados ressaltaram a dificuldade de relatá-las devido *à sua ampla quantidade e diversidade, pois os residentes fazem de tudo na unidade, acho que não conseguiria lembrar de tudo, vou falar e falar e ainda vamos correr o risco de esquecer algo, eles fazem de tudo relacionado com a estratégia (E16)*. Os entrevistados referiram as atividades que consideraram específicas de cada categoria profissional e aquelas desenvolvidas pelo grupo de residentes de forma multiprofissional (Tabela 2).

Tabela 2 – Sistematização das atividades desenvolvidas pelos residentes referidas pelos trabalhadores participantes do estudo, Londrina-PR, 2011.

ATIVIDADES ESPECÍFICAS DE CADA CATEGORIA PROFISSIONAL	
Categoria profissional	Atividade
Enfermeiro	Coordenação, supervisão e organização do processo de trabalho da USF; organização das reuniões de equipe; organização das visitas domiciliares; planejamento e organização de campanha de vacinação; organização de ações programáticas; realização de consulta e inscrição dos usuários, de acordo com protocolos, nos programas de puericultura, pré-natal, planejamento familiar, controle de câncer de colo de útero e mama, hipertensão arterial, asma. Realização de consulta de enfermagem para o paciente diabético; contínua realização de capacitação de funcionários; resolução de conflitos.
Assistente social	Resolução de problemas relacionados aos casos de óbitos na família e à previdência social; encaminhamento para o auxílio bolsa-família, bolsa-escola, para alimentação; encaminhamento para a Secretaria do Idoso e para o Conselho Tutelar.
Dentista	Atendimento ao paciente adulto com enfoque no indivíduo e na família. Obtenção do perfil dos pacientes atendidos pelo serviço de odontologia em relação às morbidades crônicas, risco de cáries e condições socioeconômicas.
Fisioterapeuta	Organização e acompanhamento de grupos denominados grupo da coluna e grupo da asma. Organização e realização de ginástica laboral. Realização de atendimentos individuais a pacientes encaminhados pela equipe da USF.
Psicólogo	Organização e acompanhamento de grupos denominados grupos da depressão e grupo do fuxico. Realização de

	atendimentos individuais a pacientes encaminhados pela equipe da USF.
Profissional de Educação Física	Organização e acompanhamento de grupos de caminhada.
Farmacêutico	Reorganização da farmácia.

ATIVIDADES MULTIPROFISSIONAIS

Categoria profissional	Atividades
Todas as categorias profissionais componentes da RMSF.	Organização e execução de ações educativas para funcionários e usuários; incentivo à implementação do acolhimento na USF; realização de visita domiciliar; levantamento do perfil epidemiológico para subsidiar suas ações; conhecimento do território; estímulo à criação de horta comunitária; organização de campanha de vacinação; realização de reuniões de equipe; realização das denominadas “reuniões ampliadas” com a participação de trabalhadores, alunos e professores; participação no conselho local de saúde e atuação junto às lideranças comunitárias; organização da farmácia. Organização e acompanhamento de grupos denominados: grupo da terceira idade; grupo da hipertensão arterial; grupo do Diabetes Mellitus; grupo da caminhada; grupo da obesidade; grupo da coluna; grupo do braço; grupo da perna; grupo da gestante; grupo da convivência; grupo da ginástica laboral; grupo da nutrição e grupo do adolescente.

De modo geral, a sistematização das atividades desenvolvidas pelos residentes, referidas pelos trabalhadores, chama a atenção para alguns aspectos que são visivelmente percebidos, colocados a seguir.

A análise da tabela 2 evidencia a maior quantidade de atividades atribuídas ao residente de enfermagem quando comparada às demais categorias profissionais.

Os trabalhadores referiram maior facilidade em descrever as ações que consideraram como específicas da categoria profissional enfermeiro, principalmente porque ao *assumir a administração de uma equipe de saúde da família, a enfermeira faz de tudo, acho melhor perguntar o que ela não faz, faz o papel de tudo, é a que mais trabalha, é a categoria que mais cria vínculo com o profissional* (ACS17).

Este resultado pode ser atribuído a algumas características da profissão, como a longa trajetória da enfermagem na atenção básica, tendo ao longo dos anos assumido uma série de atribuições nas USF. Esta profissão faz parte da equipe mínima recomendada para a formação da equipe de saúde da família desde a concepção da ESF (BRASIL, 2006c). Além disso, o enfermeiro possui uma formação voltada para o trabalho em equipe, para a gerência do cuidado e assistência do indivíduo (CUNHA; NETO, 2006). Assim, vai incorporando elementos de liderança, motivação, comunicação, capacidade de lidar com conflitos e avaliar as necessidades de saúde de uma população (ALVES, 2007). Essas atividades possibilitam que esse profissional se insira na assistência, na organização de uma determinada equipe de saúde da família, abrangendo um amplo campo de atuação em um serviço de saúde.

Além disso, apesar das outras profissões da área da saúde terem a sua dimensão cuidadora, a enfermagem é a profissão que coloca o cuidado como objeto epistemológico e como o enfoque da configuração da profissão, que a denomina enquanto disciplina e orienta o seu agir profissional (PIRES, 2009). A mesma autora, ao falar sobre os atributos da profissão, coloca a enfermagem como detentora de um campo de conhecimento que lhe dá competência para cuidar das pessoas em todo o seu processo de viver. São destacadas três dimensões básicas do processo de cuidar na enfermagem: o cuidar de indivíduos e grupos em todo o processo saúde-doença; o educar intrínseco no ato de cuidar e a produção de conhecimento que subsidie as práticas do profissional e a dimensão administrativo-gerencial, onde acontece a coordenação do trabalho coletivo de enfermagem e a participação no gerenciamento institucional e da assistência a saúde. Estas características da enfermagem confere seu potencial para uma maior aproximação com as múltiplas dimensões do objeto de trabalho em saúde e favorece a estruturação do trabalho no serviço centrada nas atividades desse profissional (PIRES, 2009).

Isto contribui para que exista um grande contingente de profissionais de enfermagem atuando nos serviços de saúde. No Brasil, segundo dados dos últimos anos, do Ministério do Trabalho e Emprego, a enfermagem tem representado cerca de 60% do conjunto das profissões de saúde (BRASIL, 2000).

A descrição, pelos participantes do estudo, de uma maior quantidade de atividades específicas do residente de enfermagem reflete a organização do trabalho do Enfermeiro nas USF do município, que constitui a categoria de formação mais elevada dentre a equipe de enfermagem e ocupa um espaço hierarquizado de poder no processo de trabalho em saúde, na estruturação das atividades da equipe e na organização e gestão dos serviços.

Nas USF em estudo, existia uma divisão técnica e social entre os próprios enfermeiros que atuavam em uma mesma unidade; geralmente, cada unidade possuía de dois a quatro enfermeiros, sendo conferido a um deles o cargo de coordenador da unidade. Os demais enfermeiros ficavam responsáveis pelas equipes de saúde da família, estando um lotado em cada equipe. Estes tinham o enfoque nas ações assistenciais e eram responsáveis tanto pela organização das atividades dos profissionais da equipe em que foi inserido bem como pela população da área de abrangência desta.

Esta breve apresentação da forma como acontecia o trabalho do enfermeiro nas unidades em que foram inseridos os residentes, ressalta o expressivo papel desse profissional no serviço, o qual ocupava um lugar central na organização da lógica do processo de trabalho na unidade, sendo-lhe atribuída parte importante da responsabilidade pela unidade, pelas equipes. Além disso, o lugar central desse profissional no serviço é potencializado por ocupar cargos de coordenação nas USF que receberam residentes. Esta característica representa o cenário das USF do município de Londrina, em que os cargos de coordenação da unidade eram ocupados predominantemente por enfermeiros.

A análise da tabela 2 reflete a restrita descrição das atividades específicas do residente de farmácia, pois apenas a reorganização da farmácia foi percebida pelo trabalhador, com foco na aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos. No entanto, pensar na assistência farmacêutica de modo a contemplar a integralidade da atenção, significa pensar em atividades para além da logística de medicamento.

O Ministério da Saúde, por meio do Manual Técnico para a Assistência Farmacêutica na Atenção Básica, apresenta como finalidade dessa assistência a contribuição para a melhoria da qualidade de vida da população, integrando ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Para isso, prevê algumas atividades além da aquisição, armazenamento e distribuição de medicamentos que incluem: articular a integração com os serviços, profissionais de saúde, áreas interfaces, coordenação dos programas, entre outras; desenvolver sistema de informação e comunicação e capacitar recursos humanos; promover ações educativas para prescritores, usuários de medicamentos, gestores e profissionais da saúde (BRASIL, 2006e).

O NASF prevê como atuação do profissional farmacêutico: a realização de intervenções diversas (individuais ou coletivas) para orientação quanto ao uso correto dos medicamentos, à prevenção e ao tratamento da dependência química, à utilização de plantas medicinais, à viabilização da dispensação de medicamentos de alto custo e outras ações específicas da sua formação de base, bem como intervenções que dizem respeito a qualquer profissional de saúde, independentemente do seu núcleo de saber, de acordo com os princípios da clínica ampliada e da saúde coletiva (BRASIL, 2009c). As atividades do farmacêutico a serem desempenhadas na perspectiva do trabalho em equipe multiprofissional ganham maior visibilidade com a estruturação do NASF.

Dentre as atividades percebidas pelos trabalhadores, principalmente as realizadas de forma multiprofissional, destacou-se o acompanhamento de grupos, os quais constituem estratégias de intervenção em saúde. Na ESF, o trabalho em grupo apresenta como característica marcante os chamados grupos programáticos para o cuidado de questões prevalentes na saúde, como os grupos de hipertensão e diabetes e os de gestantes. Esses grupos buscam a promoção e a prevenção da saúde por meio de um caráter informativo e acontecem em um número determinado de encontros (BORGES; CARDOSO, 2005).

Entretanto, considerando os vários grupos, é possível identificar que muitos deles foram organizados a partir do diagnóstico ou localização física de seu agravo (grupo do braço, grupo da perna, grupo da coluna). Tal resultado chama a atenção para a reprodução da lógica biologicista e curativa na organização dessas atividades que reduz o usuário a partes do corpo. O cuidado fica focado em partes físicas do indivíduo e não na complexidade da sua vida.

Partindo para uma análise mais específica das atividades de cada categoria profissional dos residentes, colocam-se as seguintes discussões:

O Ministério da Saúde através da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, ao estabelecer diretrizes para a organização da ESF, descreve as atribuições específicas de cada categoria profissional componente da equipe multiprofissional mínima preconizada para atuar na ESF e da equipe de saúde bucal (BRASIL, 2006c). Assim, dentre as categorias que atuam na residência, apenas o enfermeiro e o dentista têm as suas atribuições mínimas pontuadas na referida portaria. As atividades percebidas pelos trabalhadores em relação ao enfermeiro se enquadram na maioria das atribuições preconizadas, como a realização da consulta de enfermagem, a realização de atividades de educação com a equipe, participação do gerenciamento da unidade, entre outras. Apenas a atribuição preconizada referente à solicitação de exames e prescrição de medicações de acordo com as disposições legais da profissão e normativas técnicas estabelecidas, não foi citada pelos trabalhadores. Em relação ao dentista, as atividades referidas contemplam parte das atribuições específicas para esse profissional, dentre as quais estão o conhecimento do perfil da população para o planejamento em saúde bucal e a realização da atenção para todos os indivíduos e famílias das diversas faixas etárias. Já outras atribuições preconizadas, como apoiar e desenvolver atividades referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe, atividades de educação, supervisão e gerenciamento de insumos não estiveram presentes nas falas dos participantes.

Em relação às atividades realizadas especificamente pelo fisioterapeuta, os profissionais perceberam que *avançou muito a forma destes profissionais abordarem o paciente, principalmente por desenvolverem grupos, além de atender individualmente na unidade, e isso é por eles estarem na residência, o trabalho deles é muito importante para a unidade e para o saúde da família* (ACS 10).

Barros (2002) coloca a participação do fisioterapeuta no Programa Saúde da Família como condição fundamental para a conquista da assistência à população baseada na inclusão social, para o alcance das condições necessárias para o desenvolvimento da saúde, mais do que recuperar e curar pessoas.

Embora essa categoria profissional ainda não faça parte da composição básica da equipe da ESF, Ragasson *et al.* (2005) e Silva, Trelha e Almeida (2005), a partir da vivência prática de fisioterapeutas em Residência em Saúde da Família,

elaboraram um perfil com as atribuições desse profissional na equipe. As atividades percebidas pelos trabalhadores se enquadram em algumas das seguintes atribuições do fisioterapeuta na ESF: prescrever atividades físicas, principalmente exercícios aeróbicos, em patologias específicas e desenvolver programas de atividades físicas, condicionamento cardiorrespiratório (RAGASSON *et al.*, 2005). Essas atividades foram realizadas por meio dos grupos.

Dentre as demais atribuições descritas por Ragasson *et al.* (2005) e Silva, Trelha e Almeida (2005), não citadas pelos trabalhadores estão: realizar atendimentos domiciliares a pacientes portadores de enfermidades crônicas e/ou degenerativas, pacientes acamados ou impossibilitados; prestar atendimento pediátrico a pacientes portadores de doenças neurológicas e orientar pais ou responsáveis, contando com a dedicação e colaboração da família. Ao pensar sobre as ações desenvolvidas de forma multiprofissional pelos alunos, o fisioterapeuta consegue exercer, ainda, a atribuição que prevê o cuidado prestado de forma integral às famílias por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais.

Quanto à atuação dos residentes em serviço social, os entrevistados identificaram o assistente social como *contribuidor para a resolução dos problemas da população porque, nas unidades, a saúde da família envolve muitos problemas sociais* (M25). De acordo com o Conselho Federal de Assistência Social, por meio do documento intitulado “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde”, que trata da intervenção dos profissionais de serviço social na área da saúde, o assistente social tem ampliado sua ação profissional, abrangendo, além do atendimento direto prestado aos usuários, o planejamento, a gestão, a assessoria, a investigação, a formação de recursos humanos e a participação em conselhos e conferências. Assim, considera-se o desenvolvimento das ações do assistente social nas seguintes dimensões: assistencial; em equipe; socioeducativa; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional (BRASIL, 2009d).

Ao considerar as atividades citadas pelos participantes, as ações do assistente social contemplam as dimensões assistencial e em equipe, dentre essas: criar mecanismos e rotinas de ação que facilitem e possibilitem o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social; realizar abordagem individual e/ou grupal, tendo como objetivo trabalhar os

determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes; elaborar, junto com a equipe de saúde, a organização e realização de treinamentos e capacitação do pessoal; realizar, em conjunto com o médico, o atendimento à família e/ou responsáveis em caso de óbito, cabendo ao assistente social o apoio necessário para o enfrentamento da questão e, principalmente, esclarecer a respeito dos benefícios e direitos referentes à situação, previstos no aparato normativo e legal vigente, tais como os relacionados à previdência social, ao mundo do trabalho e aos seguros sociais, além de fornecer informações sobre sepultamento gratuito (BRASIL, 2009d).

As atividades do psicólogo, percebidas pelos trabalhadores, vêm ao encontro das ações já consagradas pela psicologia na sua imersão no âmbito da saúde, como o trabalho com grupos (SOUZA; CARVALHO, 2003; CARDOSO, 2002). Segundo Lancetti (2003), o trabalho da saúde mental, na ESF, tem se dado através de estudo de casos, supervisão continuada, orientação e capacitação no cuidado e acolhimento dos casos de saúde mental.

Embora a atuação da psicologia na atenção básica seja pontual, com experiências dispersas em alguns serviços, a psicologia social da saúde traz propostas de ações que muito se aproximam dos pressupostos de trabalho da ESF, por tratar as questões psicológicas com o enfoque social, coletivo e comunitário, tendo como ponto fundamental a contextualidade das situações relacionada à saúde e a interação com ações construídas coletivamente a partir das imprevisibilidades do cotidiano. Esse campo da psicologia privilegia o processo de produção de conhecimento e o planejamento do cuidado pautados no conhecimento do contexto em que se insere o indivíduo a ser cuidado, tanto familiar como social e cultural. O vínculo e o acolhimento também são focos de atuação dessa categoria profissional (BORGES; CARDOSO, 2005).

A atuação do psicólogo como parte de uma equipe multiprofissional ganha maior visibilidade com a instituição do NASF, na lógica de um trabalho compartilhado de suporte às equipes de saúde da família por meio do desenvolvimento do apoio matricial em saúde mental pelos profissionais (BRASIL, 2009c)

O acompanhamento dos denominados “grupos de caminhada” foi percebido pelos trabalhadores como atividade específica dos profissionais de educação física. De acordo com o referido pelos participantes do estudo, esses grupos são formados

por moradores das áreas de abrangência das unidades, portadores de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial. Suas atividades são realizadas de duas a três vezes por semana, focadas em caminhadas monitoradas pelo profissional de educação física, o qual pode incluir ainda a prática de alongamento.

Entretanto, o trabalho do profissional de educação física na atenção básica deve ir além das atividades contempladas em centros esportivos, clubes e academias (FREITAS, 2007). Essa prática deve envolver ações que minimizem riscos à saúde, incentivem o autocuidado e estimulem a inclusão social por meio da atividade física regular, esporte, lazer e práticas corporais, com ampliação e valorização dos espaços públicos de convivência. O profissional de educação física deve, ainda, participar da supervisão das atividades desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais e detectar as necessidades de saúde (BRASIL, 2008b).

De modo geral, as atividades desenvolvidas pelos residentes, percebidas pelos trabalhadores, contemplam a maioria dos objetivos propostos pelo projeto da RMSF da UEL, estando dentre estes: organizar, coordenar, planejar e avaliar as ações de saúde da equipe de saúde da família e processo de trabalho em saúde da USF; gerenciar conflitos e manejar situações de crise, contribuindo para o trabalho em equipe; compreender a noção de território observando o perfil epidemiológico e as necessidades de saúde da população; realizar trabalho em equipe multiprofissional e educação em saúde; desenvolver as potencialidades de cada profissão para o cuidado das necessidades individuais e específicas dos usuários; atuar junto a movimentos populares e lideranças comunitárias; desenvolver habilidades atitudinais, cognitivas e procedimentais que contribuam para o desenvolvimento das ações preconizadas para a Saúde da Família e, com os diferentes grupos que formaram, contribuir para a disseminação de experiências no trabalho em Saúde da Família (LONDRINA, 2009). As atribuições comuns ou específicas das categorias profissionais não estão descritas no projeto da RMSF, as quais são direcionadas pelos objetivos desta especialização em serviço e acordadas junto aos tutores e preceptores dos alunos.

As ações desempenhadas pelos residentes, relatadas pelos participantes, também são coerentes com a maioria das atribuições comuns a todos os profissionais previstas pelo Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, estando dentre essas: o conhecimento do território para o planejamento local a partir da utilização de dados disponíveis sobre a população;

realização do cuidado em saúde à população adscrita no âmbito da unidade de saúde e no domicílio; atendimento às necessidades de saúde dos indivíduos previstas como prioridades nos protocolos de gestão local e realização de ações programáticas e de vigilância em saúde (em relação aos grupos específicos criança, mulher, hipertensos, diabéticos e saúde bucal); realização da escuta qualificada das necessidades do usuário, proporcionando o atendimento humanizado e estabelecimento de vínculo através da prática do acolhimento; busca efetiva do controle social e realização de outras atividades e ações a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Diante dos resultados apresentados, a formação dos residentes pautada na associação da prática com a teoria durante a realização do trabalho, bem como as atividades realizadas pelos residentes, principalmente as relacionadas ao trabalho multiprofissional, de forma a envolver as várias categorias profissionais em atividades para além da abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada, caracterizam a RMSF como uma estratégia que caminha no sentido da qualificação do profissional para atuar na ESF, e conseqüentemente, ao considerar essa estratégia como reorganizadora da atenção básica, contribui para a sedimentação do SUS.

Desta forma, pode-se inferir que a residência diminui a distância entre o ideário do sistema e a prática cotidiana dos profissionais de saúde. Tal prática decorre em grande medida do descompasso entre aos preceitos do SUS e os projetos pedagógicos das instituições, pelo fato, dentre vários aspectos, destes possuírem ensino fragmentado em inúmeras disciplinas que resultam na formação de profissionais cada vez mais despreparados para uma atenção generalista (RODRIGUES; REIS, 2002).

Como reflexo das tendências nacionais e internacionais que propõem inovações na formação dos profissionais de saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos da área da saúde, em geral, também propõem a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva desses profissionais, assim como competências e habilidades para o trabalho em equipe multiprofissional na busca pela integralidade da assistência (ROSSONI; LAMPERT, 2004). Para tanto, as estratégias didático-pedagógicas devem contemplar um modo de ensinar problematizador, possibilitando o protagonismo ativo dos estudantes, considerando a produção e a construção de saberes contemporâneos. O centro formador deve

oportunizar ao aluno cenários diversificados de prática na realidade local (OLIVEIRA, 2003).

Nesse sentido, a residência se confirma como uma complementação para o exercício profissional, em que os conhecimentos são articulados com a prática, para o alcance da terminalidade da formação não contemplada pela graduação (FEUERWERKER, 2009). O SUS tem sido apresentado nos currículos tradicionais como um dado isolado, fato que possibilita ao aluno estabelecer um contato reduzido com a proposta. Surge então um paradoxo, pois é nesse sistema que os profissionais estarão desempenhando as suas funções bem como possíveis papéis de lideranças tecno-científicas e gestoras (CECCIM; BILIBIO, 2002).

5.2.2 PARTICIPAÇÃO DO TRABALHADOR DE SAÚDE NO PROCESSO DE FORMAÇÃO DO RESIDENTE

A segunda categoria trata da percepção do trabalhador de saúde da sua participação no processo de formação do residente. Em sua mais ampla concepção, o termo formação profissional se refere aos processos educativos que possibilitam que o indivíduo adquira e desenvolva conhecimentos técnicos, teóricos e operacionais relacionados à produção de bens e serviços, é um conceito recente usado para caracterizar processos históricos a respeito da capacitação para e no trabalho (CATANNI, 1997).

De acordo com a fala dos entrevistados, o trabalhador *se sente totalmente participante da formação do residente* (E16), principalmente pelo fato do residente chegar na unidade com o conhecimento teórico mas sem a vivência da prática do processo de trabalho dentro de uma USF: *apesar da formação acadêmica deles, o dia-a-dia dentro de um bairro, de uma casa de família é outra conversa* (AE23). Além disso, *o residente e o trabalhador atuam constantemente juntos* (ACS13) porque a prática do serviço, que caracteriza a capacitação do residente para o trabalho profissional assim o exige, ou seja, o trabalhador aprendiz *convive muito com o profissional da unidade* (AE23) e *frequentemente o procura para tirar dúvidas do dia-a-dia do trabalho* (ACS2)

Este resultado corrobora o entendimento da residência como uma proposta que caminha no sentido da mudança da formação do trabalhador, voltada para integração ensino-serviço. Albuquerque *et al.* (2008) definem tal integração como o

desempenho do trabalho coletivo, de forma articulada e pactuada, entre professores, estudantes dos cursos formadores na área da saúde e os trabalhadores das equipes dos serviços de saúde. Para que a relação ensino-serviço seja efetiva é preciso investir nos atores inseridos no cenário do processo ensino-aprendizagem. Deste modo, o profissional do serviço participa do processo por meio de espaços de discussões educacionais e de formação, para que se sintam corresponsáveis pela capacitação dos alunos. A relação do ensino com o mundo real do trabalho, como um movimento em busca da articulação dos contextos da universidade com o do serviço, aparentemente desconectados, busca superar os velhos modelos de ensino incapazes de cumprir o seu papel de formação de indivíduos capacitados para responder às necessidades da população de forma qualificada (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008).

Freire (2002) afirma que a integração da prática com a teoria faz parte do ato de ensinar, a qual é entendida como o desafio dos estudantes a pensar a sua prática a partir da prática social, deve haver a compreensão teórica da prática que os sujeitos possuem.

Com base nos discursos dos trabalhadores, verifica-se que a participação dos profissionais das USF no processo educativo do residente foi percebida principalmente por Enfermeiros, ACS e Auxiliares de Enfermagem. Este resultado pode estar associado a características de trabalho dessas categorias profissionais, as quais possuem uma história de atuação e organização das atividades com participação na organização do processo de trabalho da USF. Assim, conseguem responder às necessidades dos residentes mais ativamente, por meio do desempenho de atividades junto aos alunos.

Segundo os entrevistados, a experiência e vivência que possuem colaboram para a tomada de decisão dos residentes frente às várias situações relacionadas ao cuidado em saúde, que exigem uma conduta do profissional responsável pelo cuidado: *porque eu tenho experiência com a comunidade, sei que a atividade que vale a pena desempenhar ou não vale, ou seja, que vai funcionar ou não nesta população ou neste serviço* (M24).

O termo experiência diz respeito ao que o ser humano apreende no lugar que ocupa no mundo e nas ações que realiza (HEIDDEGER, 1980). A experiência é fonte da reflexão e se expressa na linguagem permeada pela cultura que precede a narrativa do narrador; desse modo, a experiência pode ser a mesma para vários

indivíduos. Já a vivência resulta da experiência pessoal, ou seja, a vivência de cada pessoa sobre uma mesma situação é única, depende da personalidade e da história de cada indivíduo (MINAYO, 2010).

Ao contribuir para a tomada de decisão frente a um problema de saúde por meio da vivência e da experiência do profissional de saúde atuante na USF, o trabalhador proporciona um cenário de aprendizagem para o residente permeado de reflexões sobre o contexto real em que o cuidado em saúde ocorre. No processo de ensino-aprendizagem orientado pela proposta de integração ensino-serviço, o estudante deve refletir sobre a realidade em que está inserido, problematizar os acontecimentos do cotidiano, os quais devem ser a base para a busca de sua qualificação na perspectiva da aprendizagem crítico-reflexiva (CHIRELLI, 2002).

Outra contribuição referida pelos trabalhadores, relacionada à sua participação no processo formativo do residente, foi o conhecimento que eles têm do serviço de saúde. São os trabalhadores que ensinam a rotina de trabalho da unidade, que discutem o processo de trabalho, alertando o residente para situações inesperadas que podem ocorrer no dia-a-dia e já sugerindo e orientando as possíveis condutas. Também, todas atividades administrativas e burocráticas de uma USF são apresentadas aos residentes por aqueles que as executam cotidianamente.

O Ministério da Saúde enfatiza que a formação deve acontecer a partir do processo de trabalho para transformar as práticas profissionais e organizar o trabalho por meio da sua problematização, avaliando a sua capacidade de prestar atendimento qualificado que contemple as diversas dimensões das necessidades de saúde individual e coletiva (BRASIL, 2004c).

O trabalhador compartilha seus conhecimentos acerca da realização de procedimentos técnicos de rotina em uma unidade, *como em relação às atualidades na realização de vacinas, na realização de consultas, no funcionamento da farmácia, a qual sempre está mudando, constantemente chegam informes e são realizadas capacitações dos funcionários em relação a mudanças no atendimento* (E8).

Os ACS se consideram como a categoria de trabalhadores da unidade que possui a maior participação na formação do residente, devido ao fato *dos ACS passarem mais tempo com os residentes do que eles com outras pessoas da equipe, eles vivem em função daquilo que podemos oferecer* (ACS2). Para esses profissionais, o fato do ACS ser

o profissional do serviço que possui maior envolvimento com a história de vida e de saúde de cada paciente, o torna importante para o trabalho do residente, pois como o usuário é o principal enfoque do trabalho do trabalhador aprendiz, conhecê-lo é fundamental para o planejamento das atividades do residente: *quando o aluno chega, ele não sabe nada sobre o paciente e nós sabemos tudo, eu posso ajudar a descobrir o problema de saúde do paciente, o porquê ele está assim (ACS2).*

Além das contribuições para a qualificação dos residentes, o envolvimento dos profissionais atuantes na unidade no âmbito da formação dos trabalhadores aprendizes, também representou uma contribuição para a continuidade da formação do trabalhador de saúde. Os sujeitos do estudo salientam que o trabalho junto com o residente aconteceu *sempre como uma troca de conhecimentos, de informação referente aos pacientes, ao serviço, à equipe, trabalhamos juntos na resolução de conflitos, houve discussão de casos, nada ficava perdido, sem discussão, nós aprendemos e ensinamos ao mesmo tempo (E8).*

Nessa troca referida pelos participantes, a principal colaboração dos residentes diz respeito ao conhecimento teórico atualizado enquanto que a principal contribuição dos profissionais se constitui na experiência e vivência do cotidiano do serviço de saúde. O trabalho em conjunto com o residente é considerado *importante na formação do residente porque eles conseguem tirar dúvidas e na formação do trabalhador porque nós conseguimos tirar dúvidas também (M24).*

Segundo Henriques (2005), a importância da criação de espaços de articulação entre ensino-serviço transcende o âmbito da aprendizagem. O conhecimento produzido a partir da reflexão sobre o que se vive no cenário em que ocorre o aprendizado pode ser difundido pelos estudantes, tornando-se locais privilegiados para a transformação e consolidação dos modelos de atenção à saúde, pautados pelos valores do SUS. Não é raro encontrar situações em que os profissionais do serviço se envolvem de maneira tão intensa com as atividades rotineiras do dia-a-dia do trabalho que colocam a educação permanente em segundo plano, tornando-se profissionais pouco atualizados (PADILHA, 1991).

Pensar em relacionar o ensino com o serviço remete a pensar na Educação Permanente em Saúde, uma vez que esta considera a aprendizagem no trabalho, ou seja, realizada a partir de problemas enfrentados na realidade, leva em consideração os conhecimentos que as pessoas já têm, transforma as práticas porque possibilita aos estudantes e trabalhadores a reflexão sobre o trabalho que

realizam (MERHY *et al.*, 2006). Os atores envolvidos no movimento de integração ensino-serviço devem estar inseridos em estratégias de Educação Permanente em busca do fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS no cotidiano do trabalho. A EPS resulta no desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar dos profissionais de saúde, estudantes e docentes, buscando soluções criativas para os problemas encontrados (MERHY *et al.*, 2006).

Para Freire (2002), no processo educativo, o educador e o educando possuem o compromisso de serem transformados, constituindo um ato intencional que não permite a ocorrência da simples transmissão de conhecimentos ou acúmulo de informações. Para esse autor, o educador e o educando são diferentes. Ao educador compete educar; entretanto, este jamais deve deixar de ter consciência que, ao se educar, também se educa (FREIRE, 2002).

Neste estudo, os resultados demonstraram que os trabalhadores e os residentes interagem e se colocam como sujeitos com suas subjetividades, produzindo cuidado através de seus contatos, encontros cotidianos, diálogo e vínculos construídos. Merhy e Franco (2005) ressaltam que todo o lugar onde se produzem as práticas de saúde opera no campo dos processos de subjetivação, assim, ocorre a construção de territórios de subjetividades comprometidos com a produção de sentidos das práticas, pois no processo de trabalho existem relações entre sujeitos portadores de subjetividade que, passando por processos de subjetivação durante o trabalho em saúde, os torna produtores de novas potências no modo de caminhar a vida.

Os entrevistados destacaram o interesse do residente em aprender como o grande facilitador da participação do trabalhador de saúde em sua formação: *o residente pergunta por que tem interesse, ele quer aprender e isso entusiasma o profissional a ensinar* (E16). O envolvimento do profissional passou a ganhar maior proporção, pois este se sentiu responsável pelo aprendizado do trabalhador aprendiz e em muitos momentos exigiu o correto desempenho das habilidades relacionadas aos conceitos já ensinados, os residentes eram avaliados de forma constante pela equipe da unidade: *eu participo porque todos eles trabalham comigo, eu ensino e cobro conhecimento, cobro toda a formação que eu estou proporcionando, quero que eles saiam daqui capacitados, que sejam bons profissionais* (AE23).

Este interesse acontece porque os residentes reconhecem no trabalhador a sua função no desenvolvimento das ações em saúde, fato que é percebido pelos profissionais da unidade e os motiva a contribuir cada vez mais para o conhecimento do residente. Ao ser valorizado, o trabalhador estimula a sua autoimagem, se sente útil, produtivo e desencadeia um orgulho pelo trabalho feito, o que resulta em sua realização profissional (MENDES; TAMAYO, 2001).

Os resultados revelaram algumas especificidades acerca da participação do trabalhador de saúde no processo de formação do residente, relatadas por alguns representantes das categorias profissionais odontologia e medicina participantes do estudo. Para parte dos dentistas entrevistados, a sua participação na formação do residente acontece apenas com o residente de odontologia, com as demais categorias profissionais a participação é pequena.

Esta percepção pode estar relacionada com a característica de isolamento das atividades da odontologia em relação à USF, ou seja, é comum encontrar o atendimento relacionado à saúde bucal acontecendo em um espaço físico delimitado, com sala de espera própria, com uma organização do processo de trabalho própria, como se fosse um serviço à parte da unidade, sem uma articulação evidente com a rotina da unidade.

Parte dos médicos entrevistados acredita que a sua participação ocorre quando encaminham os usuários que previamente avaliaram no momento da consulta de rotina para o residente da categoria profissional que consideraram adequada para a resolutividade de um problema específico identificado durante a consulta: *o fato de atender o paciente, ver as necessidades, tirar as conclusões daquele paciente e encaminhar para cada área de atuação, de cada especialidade do residentes, é uma forma de participar, até pego casos interessantes (M6).*

Esta forma de participação referida por alguns médicos entrevistados, contribui para a valorização do modelo médico-centrado com enfoque nas especialidades, nos saberes e cuidados específicos de cada profissão, em detrimento do trabalho em equipe. Com frequência os profissionais da área da saúde não vivenciam, ao longo de sua formação, estratégias que articulem suas atividades e saberes com as de outros profissionais da equipe (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). Entretanto, a proposta de trabalho em equipe multiprofissional já é colocada como uma realidade na área da saúde, ela é citada como potencializadora

da qualidade do trabalho e consta tanto das diretrizes para a formação dos profissionais da saúde quanto das diretrizes para o exercício profissional no SUS (CECCIN, 2005).

5.2.3 DIFICULDADES PERCEBIDAS NO PROCESSO DE INSERÇÃO DA RMSF NAS USF.

A terceira categoria explora as percepções dos trabalhadores de saúde sobre as dificuldades no processo de inserção da RMSF. Esta categoria é constituída de duas subcategorias: dificuldades na chegada dos residentes nas USF e dificuldades no decorrer dos anos com a presença da RMSF nas USF.

5.2.3.1 Dificuldades vividas na chegada dos residentes nas USF.

Os discursos revelaram dificuldades vividas durante a chegada dos residentes nas USF, presentes principalmente no primeiro ano de atuação dos residentes da RMSF, as quais foram sendo amenizadas no decorrer dos anos. Dentre estas, ressalta-se a indefinição do papel dos residentes das categorias profissionais que não faziam parte da equipe de profissionais da unidade (fisioterapeuta, psicólogo, educador físico, farmacêutico e assistente social).

Antes da chegada dos residentes nas unidades, estas dispunham de equipe de profissionais atuantes no dia-a-dia da unidade composta apenas por trabalhadores das categorias profissionais constituintes da equipe mínima da ESF e da Equipe de Saúde Bucal (ESB). Desta forma, não havia uma história de trabalho das demais categorias não componentes da equipe mínima da ESF e ESB. Assim, as atividades e a inserção desses residentes no processo de trabalho estavam para ser construídas.

O Projeto Político Pedagógico da RMSF da UEL, vigente em 2007, ano da entrada dos residentes nas unidades, não havia descrito as atribuições de cada categoria profissional a serem desempenhadas na unidade, apenas descrevia os objetivos gerais, para um direcionamento das atividades, com o enfoque multiprofissional, característica que permanece no atual projeto, reescrito em 2009 (LONDRINA, 2005; LONDRINA, 2009).

Pensando nas categorias profissionais contempladas pela RMSF, apenas o enfermeiro e o dentista desempenhavam papéis mais sistematizados na unidade: *o Enfermeiro é um profissional que já sai da faculdade sabendo o que fazer na unidade, ele conhece tudo, trabalha mesmo, o Dentista também, parece que ou outros residentes não chegam com o conhecimento do que fazer em uma unidade (M1).*

Para os participantes do estudo, os residentes que possuíam uma maior definição de seus papéis na unidade, decorrente da presença anterior de profissionais atuantes da mesma categoria, puderam dar início às suas atividades de imediato, *os demais ficaram meio perdidos no início, não sabiam o que fazer, no começo ficavam sentados ou desempenhavam as atividades de forma isolada (M1).*

Ressalta-se que o início da inserção dos profissionais aconteceu em um ambiente de tensão entre a fragmentação e a integração do processo de trabalho. Tal ambiente gera o risco de que os profissionais se isolem em seus “núcleos de competência”, ou de que as ações sejam realizadas de forma isolada e justaposta (FRANCO; MERHY, 1997). São reproduzidos, assim, vários planos de fragmentação, tanto na organização do trabalho e dos saberes quanto na interação entre sujeitos, entre os profissionais e destes com os usuários (PEDUZZI; PALMA, 1996). O trabalho em saúde da maioria das instituições responsáveis por essa prática encontra-se compartimentalizado, os profissionais dominam o conhecimento necessário para o desempenho das atividades específicas de sua qualificação. (PIRES, 1999).

As categorias que não atuavam nas USF antes da entrada dos residentes enfrentam um processo de organização e consolidação de seu espaço de atuação nas unidades. A idéia da inclusão de outras categorias profissionais na atenção básica surge em meados dos anos 1970 para estimular a atuação multiprofissional em contrapartida da formação especializada e curativa que não atendia as necessidades de saúde da população brasileira (PEDUZZI, 2001). Nos anos 1990, a forte concepção sobre a organização do sistema de saúde pautada na integralidade, aponta para a necessidade do trabalho em equipe, o qual daria resposta ampliada às múltiplas dimensões da saúde, com um leque variado de profissionais na busca da construção de saberes e práticas que vão além do modelo biomédico (PEDUZZI, 2001).

Essas diversas categorias profissionais que não estavam inseridas nas equipes já tiveram uma atuação na atenção básica em alguns lugares do país antes da implantação da ESF. Entretanto, a idéia de equipe mínima trazida nos anos de inserção da estratégia, numa política que tinha como base diminuir os custos para apoiar a produção de novas equipes, reduziu a quantidade dessas categorias atuantes nas unidades. E, assim, as experiências que se haviam acumulado sobre o trabalho desses outros profissionais na atenção básica ficou perdida.

A recente inserção desses profissionais na saúde coletiva não foi acompanhada de mudanças no processo de formação acadêmica. Para Almeida (1999), por mudança no processo de formação entendem-se alterações nas relações e nos conteúdos de educação. Almeida (1999) e Feuerwerker (2002), ao analisarem a educação médica, distinguem três planos de profundidade de mudanças: a inovação, a reforma e a transformação. O primeiro plano relaciona-se à concepção tradicional de educação e à concepção biologista em saúde. O segundo relaciona-se à concepção humanista (libertária) de educação e ao conceito ampliado de saúde. E o terceiro plano corresponderia à concepção pedagógica crítico-reflexiva e ao pensamento estratégico em saúde. Esses planos de mudança ainda acontecem de forma diferenciada nas várias instituições de ensino e/ou cursos da área da saúde.

Fonseca e Seixas (2002), ao discutir sobre a política referente à força de trabalho em saúde, enfatizam a necessidade de se trabalhar questões relativas à formação para o trabalho e as referentes ao mundo do trabalho. Apontam, dentre as principais necessidades na preparação de profissionais para a saúde, a insuficiência na formação de nível superior e a especialização profissional, gerando um “mix” de especialistas.

Pensando na integralidade, a formação deveria acontecer contemplando as dimensões sociais, econômicas e culturais da vida da população. A capacitação profissional deve ser direcionada para o enfrentamento dos problemas de forma contextualizada e multiprofissional, com concomitante respeito aos princípios do SUS. Assim, se alcançaria o equilíbrio entre a excelência técnica e a relevância social na construção pedagógica (LAMPERT, 2002).

O entendimento das causas que levam às dificuldades de organização das atividades das profissões que não atuavam na unidade anteriormente, se relaciona com uma acentuada complexidade de explicações para o problema. Mesmo as

profissões que já tinham uma atuação anterior nas USF, em que existe um acúmulo em relação à discussão conceitual em torno do seu perfil profissional, dos problemas encontrados, da insuficiência do modelo pedagógico tradicional, ainda enfrentam limitações na sua capacidade de produzir mudanças efetivas. Entretanto, existem alguns aspectos pontuados por diferentes autores sobre o desenvolvimento histórico de cada profissão que sinalizam algumas das limitações impostas para a inserção de algumas categorias profissionais na atenção básica/ESF:

- De acordo com Soares (1994), desde o tempo da ditadura, sob os preceitos higienistas, moldada pelos anseios sociais da época, a atuação do profissional de educação física tinha enfoque no fortalecimento dos corpos e atividade física, fato que direcionava a sua formação essencialmente técnico-científica, utilitarista, alienada e alienante. Como resquícios desses primórdios, o modelo de formação em educação física, em descompasso com as tendências da saúde, tem privilegiado o trabalho individual e o espaço privado apesar de suas expectativas irem além das atividades desenvolvidas nos centros esportivos, clubes e academias (FREITAS, 2007);
- No Brasil, a psicologia tem uma história recente. Com a regulamentação da profissão em 1962, o psicólogo passou a exercer suas atividades com enfoque em quatro áreas de atuação: da clínica, escolar, industrial e no magistério (BORGES; CARDOSO, 2005). A ênfase dessa profissão nas décadas seguintes à sua criação foi centrada no trabalho autônomo, clínico, individual, curativo e voltado para uma clientela de maior poder aquisitivo.
- Segundo o Conselho Federal de Serviço Social, em relação ao assistente social, o dilema reside quando esse profissional passa a exercer outras atividades dentro da área da saúde como a terapia familiar e individual insistindo no reconhecimento do campo terapêutico enquanto ampliação do espaço ocupacional do assistente social, qualificando-o de serviço social clínico; ou mesmo o controle de dados epidemiológicos que não estão dentre as atribuições da profissão (BRASIL, 2009d). O assistente social acaba exercendo um conjunto de ações que historicamente lhe é dirigido na divisão do trabalho coletivo em saúde, o qual enfatiza apenas a ação direta com o usuário, com enfoque nas formas de abordagens tradicionais funcionalistas e pragmáticas que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações

sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente (BRASIL, 2009d).

- O fisioterapeuta, além de estar inserido no mesmo contexto dos demais profissionais da saúde com formação direcionada à doença, padece desse infortúnio de forma mais acentuada, já que é visto como “o profissional da reabilitação”, ou seja, atuando exclusivamente no momento em que a doença, lesão ou disfunção já foi estabelecida (DELIBERATO, 2002). Em sua grande maioria, os fisioterapeutas trabalham em hospitais, clínicas, consultórios, ambulatorios, postos de saúde pública, alguns com plantões nos finais de semana. Todas as atuações citadas seguem um princípio oriundo da formação universitária, ou seja, uma atuação exclusivamente curativa (PRZYSIZNY, 1999).
- Assim como os demais profissionais, a inserção da farmácia na atenção primária ainda é incipiente. Apenas em 2002, com a publicação das Diretrizes Curriculares Nacionais (resolução CNE/CES 02/2002) determinou-se que a formação do farmacêutico deve ter como foco a preparação para atuar no SUS. Araújo, Ueta e Freitas (2005), ao realizar um estudo em farmácias do SUS, demonstrou que o trabalho de farmacêuticos no Brasil está centrado na gestão de medicamentos, focada na disponibilização e garantia de acesso aos fármacos, com orientações voltadas para a predominância de instruções do controle quantitativo do medicamento, no sentido de ditar regras de uso. O documento do Ministério da Saúde referente à assistência farmacêutica na atenção básica, apesar de revisado em 2004 para atualizar os profissionais farmacêuticos que atuam no SUS, traz como enfoque o detalhamento da gestão de medicamentos em detrimento de conceitos fundamentais para a atuação desses profissionais na atenção básica, relacionados à promoção, prevenção, reabilitação em saúde (os quais são apenas citados) e realização do trabalho na perspectiva de equipe (BRASIL, 2006e).

Para os trabalhadores, os residentes gradativamente superaram as dificuldades em relação ao seu papel na unidade: *no decorrer dos anos eles foram se organizando, assim cada novo residente que entrava conseguia melhorar ainda mais o seu trabalho e a unidade foi entendendo e começando a assimilar o papel deles e a trabalhar em conjunto (M25).*

A forma de conectar as diferentes ações e os distintos profissionais constitui na

modalidade de trabalho em equipe requisitada para o alcance da eficiência e eficácia dos serviços (SCHRAIBER *et al.*, 1999).

A residência é um espaço para que as categorias recentemente incluídas na proposta de reestruturação da atenção básica pela ESF construam a sua trajetória na atenção básica. No Brasil, as propostas de capacitação em saúde da família, na forma de especialização ou residência, constituem experiências importantes para o desenvolvimento de uma prática interdisciplinar que geralmente não recebe a ênfase necessária nos cursos de graduação. A possibilidade proporcionada pela RMSF em vivenciar o trabalho em equipe multiprofissional e a interdisciplinaridade capacitam os profissionais para a mudança no modelo assistencial (NECKEL *et al.*, 2009).

Além disso, o enfrentamento das dificuldades vividas durante a entrada das diferentes categorias profissionais de residentes possibilitou que a residência colaborasse para a inserção dos profissionais do NASF no serviço, pois já haviam sido criados alguns espaços de discussão e estruturação das ações dessas áreas profissionais nas USF.

Outra dificuldade referente à chegada dos residentes nas unidades, correspondeu à forma de inserção dos enfermeiros e dentistas nas equipes. Assim, para a entrada desses residentes nas USF contempladas com a residência ocorreram duas situações: o remanejamento do trabalhador que fazia parte das equipes de saúde (dentista ou enfermeiro) para outra unidade ou a entrada do residente em equipes que se encontravam sem este profissional no momento da inserção dos trabalhadores aprendizes, como aponta a fala abaixo:

... teria que ser uma complementação, deveria ter entrado junto com o profissional, um supervisor da equipe que já estava ali, este profissional iria supervisionar e sanar as dúvidas, trabalhar junto, o residente seria subordinado, mas o residente veio substituir o trabalhador do PSF, este precisou sair, e isto foi imposto para a equipe (D5).

A entrada do residente no lugar do trabalhador já atuante foi um choque (AE21) referida principalmente pelos entrevistados dentistas, auxiliares de enfermagem e auxiliares de odontologia. Para estes, não era esperada a saída do Enfermeiro e/ou Dentista já atuante na equipe, a qual possuía uma organização específica do processo de trabalho, um direcionamento das atividades por esse trabalhador, como sinalizado na fala abaixo:

... esta mudança desestruturou a equipe, porque para muitos residentes era tudo novo, eram recém-formados, em processo de crescimento, de aprendizagem, e entraram em uma equipe em que houve a saída da Enfermeira que estava há anos na unidade, especialmente para ele entrar, esta situação gerou conflitos, ele já foi recebido diferente, o residente teve que fazer uma conquista diária e sozinho (AE21).

Esta característica de inserção da residência gerou uma situação de conflito entre os integrantes da equipe e a proposta da residência, pois a ideia da entrada do residente no lugar de um trabalhador foi contrária aos interesses e posições dos auxiliares de enfermagem e componentes da equipe de saúde bucal integrantes das equipes em que o residente iniciou suas atividades. No ambiente das organizações, uma situação de conflito surge e se desenvolve quando há posições contrárias dos envolvidos, estes fazem uma avaliação situacional divergente (CECÍLIO, 2005). Matus (1987) define tal situação como um recorte que o indivíduo faz do contexto real de forma consciente. A apreciação do contexto real depende do lugar em que cada indivíduo envolvido ocupa no local em que o conflito ocorre, este olhar é repleto de intencionalidades, e gera uma diferença de ideias entre os distintos participantes. O conflito é sempre consciente e de caráter intencional, somente os atores envolvidos podem transformá-lo ou deixá-lo como potencial de confronto real (CECÍLIO, 2005).

É importante considerar que a imposição organizacional da saída do profissional da equipe fez com que o trabalhador partisse de uma situação de trabalho já conhecida e desejada, com maior estabilidade, para uma situação desconhecida, de instabilidade, de desconhecimento do trabalho desse novo ator da equipe, ao mesmo tempo que precisava colaborar para a apropriação do residente do processo de trabalho da equipe, *isto dava trabalho e deixava a gente apreensivo, já estávamos acostumados com um jeito de trabalhar (AE21)*. Para Motta (1998), em uma revisão de literatura sobre o conflito, uma das correntes de abordagem do tema nas organizações trata o conflito como resultante essencialmente da personalidade e de percepções de nível individual e de pequenos grupos, ou seja, uma discrepância entre interesses individuais e imposições organizacionais.

O fato de a maioria dos residentes ser recém-formada e jovem foi apontado como dificuldade para a sua interação com a equipe, realização da supervisão,

planejamento das ações e atribuições de cada profissional do serviço, como revela a fala abaixo:

... pois é uma pessoa jovem que conhece menos os pacientes do que a equipe que está subordinada a ela, e assim abre possibilidade para a equipe diminuir o seu respeito em relação a esta pessoa, pois a pessoa ainda não tem como controlar o que deve ser feito na área, ela é novata e não conhece nada da área. Mas o residente foi muito firme, cobrou mesmo, e começamos a respeitá-los. (AE21).

A condição do residente caracterizado como um profissional atuante não contratado pela Autarquia Municipal de Saúde (chamada pelos participantes de “Rede”) foi percebida pelos entrevistados como um dos motivos da falta de articulação entre residentes e trabalhador na realização do cuidado: *porque não sendo pertencente à rede, os funcionários não se sentem estimulados a ouvir o que o residente está falando, porque é jovem, recém-formado e o funcionário é antigo, acha que sabe mais do que a pessoa que está iniciando (M24).*

A conquista pelo espaço do residente na equipe foi percebida pelos participantes do estudo como um processo solitário, o residente teve que desencadear a conquista dos trabalhadores da equipe para desenvolver o trabalho multiprofissional, como sinaliza a fala a seguir:

... os orientadores do curso não estavam preparados para ajudar o residente nesta situação, estes professores deveriam ter participado mais, conversado mais com os funcionários da unidade, com a equipe, o PSF requer muito dos residentes, ele teve que trilhar o seu caminho sozinho, conseguiu, mas foi um caminho árduo (AE21).

O projeto da residência estabeleceu como responsáveis pelo acompanhamento e avaliação da prática profissional dos residentes durante sua formação, os denominados “preceptores acadêmicos” e “tutores do serviço”. Os preceptores acadêmicos eram os docentes da UEL, responsáveis pelo acompanhamento dos residentes nos serviços e pela articulação de estratégias da prática aliadas à reflexão teórica. A carga horária da preceptoria acadêmica por residente variava de 8 a 16 horas semanais.

Já os tutores do serviço eram os tutores de campo e os tutores de núcleo, referências para os residentes no cotidiano do trabalho, responsáveis pelo

acompanhamento e supervisão do trabalho dos residentes incluindo a promoção da integração desses trabalhadores aprendizes com as equipes de saúde local e com a população usuária da USF. Os tutores de campo eram as coordenadoras das USF e os tutores de núcleo os profissionais da rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde (LONDRINA, 2009).

Os tutores de núcleo, apesar de serem profissionais da “rede”, não atuavam nas equipes de saúde da família das USF. Já o tutor de campo, como coordenador das unidades, estava presente no cotidiano de trabalho dos residentes. O projeto não descreve as diferenças entre as atribuições das duas categorias de tutores do serviço. Havia um tutor de núcleo para cada categoria profissional de residentes e um tutor de campo por USF.

Apesar dos tutores de campo serem profissionais atuantes nas USF, grande parte dos coordenadores não assumia as atividades da equipe de saúde da família da unidade, priorizando as responsabilidades advindas da coordenação, ou assumia equipes diferentes das equipes da qual o residente era inserido e responsabilizado. Assim, apesar desses coordenadores estarem presentes no cotidiano de trabalho do residente, encontraram dificuldades em desempenhar a função nominada de “supervisor da equipe” referida pelos participantes do estudo, ou seja, não houve supervisão do trabalho prático do residente. Os entrevistados chamaram de “supervisor da equipe” o trabalhador responsável pela assistência, credenciado pela instituição, que deveria acolher, acompanhar, supervisionar a prática e trabalhar junto com o residente. Essas atribuições estão coerentes com o estabelecido como responsabilidades dos tutores do serviço pelo projeto da RMSF. Vale lembrar que todos os coordenadores-tutores de campo do curso eram enfermeiros, fato que dificultava ainda mais o acompanhamento necessário, referido pelos entrevistados em relação aos trabalhadores aprendizes das demais categorias profissionais da RMSF.

Verifica-se, pelas dificuldades apontadas, a importância da articulação entre ensino e serviço no processo de planejamento, programação e inserção dos residentes. A comunicação entre ensino-serviço deve ocorrer constantemente, pois no cenário da residência surgem várias situações inesperadas. A parceria entre universidade e serviço de saúde possibilita um compartilhamento entre poderes, saberes e recursos que não pode ser alcançada por essas instituições isoladamente para a realização das mudanças a que se pretende. As forças favoráveis a

mudanças que existem no ensino e no serviço aumentam a governabilidade dos processos de mudança e auxiliam no enfrentamento de desafios que exigem comunicação, negociação e tantas outras questões que abrangem a natureza complexa dos problemas reais das equipes (FEUERWERKER; SENA, 2002).

Para os participantes, embora os responsáveis pelos residentes fossem pessoas *inteligentes, de vontade, com sensibilidade* (AE21), também estavam em processo de aprendizagem, eles compreenderam que o enfrentamento das situações emergidas da prática cotidiana dos residentes exigia constante reflexão e estratégias complexas. Os trabalhadores referiram momentos de desencontros entre as orientações dadas pelos diferentes atores responsáveis pelos residentes, principalmente em relação ao orientado pela coordenação da unidade e o orientado pelos docentes da universidade.

Os residentes que faziam parte da primeira turma foram superando as dificuldades no decorrer do primeiro ano da RMSF. Para os estudantes aprovados em novo processo seletivo (denominados R1), os percalços sentidos já não foram tão significativos, pois estes tinham os trabalhadores aprendizes do primeiro processo seletivo atuantes na unidade (denominados R2) como referência para a sua inserção no serviço, tanto pelas possibilidades de atuação e agendas na USF mais organizadas e estabelecidas pelo R2, quanto pelo cumprimento do papel do tutor do serviço por meio da discussão da prática cotidiana realizada pelos R2 para os R1: *a gente teve muitas dificuldades no início, a partir do momento em que o residente anterior explica como acontece o trabalho e atua junto com o novo residente, fica mais fácil de explicar como é a equipe, como são os funcionários, a população e, assim, evita conflitos* (M24).

Mesmo as situações de conflitos podem ter contribuído para diminuir as dificuldades em relação à inserção dos residentes na unidade. Para os atores envolvidos, o conflito representa um desafio que leva à reflexão sobre os acontecimentos, na busca de compreendê-los. Aprende-se a lidar com sentimentos, vontades, repensar atitudes e situações. Os indivíduos envolvidos são levados ao confronto com suas fragilidades e deste confronto surge o despertar para as suas maiores capacidades. Quanto maiores a reflexão e tentativa de conhecimento sobre conflito, maior o entendimento das causas do contexto que o gerou, maior a habilidade para evitar que este se repita e maiores as possibilidades de se criar um

novo contexto, livre de divergências entre os trabalhadores que compõem as organizações (CECÍLIO, 2005).

É importante contextualizar a situação vivenciada por grande parte dos profissionais atuantes nas UBS, para que se entenda o que pode ter desencadeado uma série de situações apontadas pelos trabalhadores. Durante o momento de inserção dos residentes, o município utilizava-se da terceirização dos contratos dos trabalhadores de saúde da ESF mediante a contratação de uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), para o gerenciamento da força de trabalho em saúde nas UBS. Os profissionais contratados por essa Oscip vivenciavam um momento de rescisões trabalhistas de contratos individuais, o que gerou um sentimento de instabilidade em relação à manutenção do emprego e tensões entre os componentes das equipes. Em 2010, houve o rompimento do contrato com a Oscip e em caráter emergencial duas outras Oscip foram contratadas, as quais ficaram responsáveis pelos pagamentos de quase 1000 funcionários, estando entre esses trabalhadores os atuantes nas USF.

5.2.3.2 Dificuldades vividas no decorrer dos anos com a presença dos residentes nas USF.

Os trabalhadores também perceberam dificuldades que permaneceram no decorrer dos anos com a presença dos residentes na unidade. A mais frequente nos discursos dos participantes foi o fato de o residente assumir a responsabilidade pelas atividades assistenciais e gerenciais da unidade como um profissional efetivo da instituição de saúde, principalmente em relação aos residentes de enfermagem e odontologia.

Assumir o lugar de um profissional contratado despertou nos trabalhadores *a impressão de que isso foi pensado para suprir a carência de profissionais do setor de recursos humanos, dão muita responsabilidade para uma pessoa não contratada, empurram coisas demais para eles* (D4).

Para os entrevistados, essa forma de inserção dos residentes nas equipes das USF gerou atividades na rotina diária desses alunos para além das que deveriam ser realizadas enquanto especializando. Em muitos momentos, ficaram

presos a questões burocráticas que deveriam ser resolvidas por profissionais responsáveis pela unidade, como sinalizado na fala abaixo:

... eles extrapolaram a sua função, o posto sugou esse pessoal, eles vieram com uma proposta e tiveram que fazer mais, principalmente a enfermeira que precisou ficar mais tempo no posto, resolvendo burocracia, dando conta dos relatórios, dos problemas da unidade e para mim isto não é função do residente (ACS10). O residente vem para tocar a unidade e isto não está certo (ACS17).

Os trabalhadores entendem que o residente, como um profissional que está se capacitando dentro de uma especialidade voltada para a saúde da família, deve ter obrigatoriamente o desempenho de suas funções focado para o cuidado da família, alcançado principalmente pelas visitas domiciliares, organização de grupos e de estratégias para o desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais e coletivos. A parte burocrática do trabalho (realização de relatórios referentes às ações programáticas da unidade; manipulação de papéis e sistemas de registro de atividade próprios da unidade) e de responsabilização pela demanda deveriam ser responsabilidades da equipe própria dos serviços.

O projeto prevê como atribuição do residente o desempenho do papel complementar na responsabilidade assistencial dos serviços, a qual é pontuada no projeto como a característica diferenciadora do papel dos residentes em relação aos trabalhadores componentes das equipes de saúde próprias dos serviços, a quem cabe a responsabilidade assistencial direta (LONDRINA, 2009). Assim, a forma de inserção dos residentes na unidade, assumindo a posição de um trabalhador contratado, gera um descompasso com a responsabilização complementar do residente proposta pelo projeto da RMSF e fragiliza a metodologia da estratégia pedagógica que propõe a inserção do trabalhador aprendiz no serviço de saúde de forma efetiva (LONDRINA, 2009).

Outra situação relatada pelos entrevistados que dificultou a realização dos compromissos assumidos pelos residentes junto às equipes refere-se aos períodos em que eles tinham que se ausentar para participarem dos momentos teóricos e atividades previstas para serem realizadas fora da unidade. O trabalhador aprendiz possui um cronograma semanal composto por quatro períodos na semana dedicados à teoria, chamados momentos temáticos, em que o residente se ausenta da unidade para ter aulas na universidade ou para conhecer outros serviços. Assim,

embora ele tenha a responsabilidade de um profissional da rede, permanece menos tempo com a equipe do que esse trabalhador.

O projeto da RMSF prevê 80% da carga horária (60 horas semanais) desenvolvidos não somente nas USF, como também em maternidades, hospitais regionais, centros de apoio psicológico, ambulatórios de especialidades, pronto-atendimento, unidades de internação domiciliar, em unidades de atendimento de urgência e emergência, além das instituições asilares, escolas, creches, centros comunitários e associações de bairros (LONDRINA, 2009).

Esses momentos de ausência foram entendidos como um *transtorno* para os trabalhadores, devido à restrição da *disponibilidade de tempo deste profissional para desempenhar as suas atividades dentro da unidade, muitas vezes, houve momentos em que o aluno extrapolou a sua carga horária para cumprir todas as atividades de sua responsabilidade* (AE23).

O cronograma semanal diferenciado do residente devido aos momentos teóricos geraram *alguns transtornos, muitas vezes houve uma mudança dos dias previamente estabelecidos para os encontros teóricos, sendo necessário um remanejamento das consultas pré-agendadas* (M24). Uma das atividades dos residentes consiste no atendimento individual, organizado por meio de agendamentos prévios de datas e horários das consultas. Com as ausências dos residentes não previstas nos agendamentos, *as consultas tinham que ser agendadas novamente para outras datas, todos os pacientes eram avisados, e isso ficava para os funcionários fazerem, além do transtorno de realizar novos agendamentos, muitos pacientes reclamavam pelo atraso das consultas* (AE23).

O residente é um profissional graduado que atua na unidade por um período limitado de dois anos, e a cada ano ocorre a entrada de um novo residente (R1) proveniente de um processo seletivo da RMSF que acontece anualmente. O R1, gradualmente, assume as atividades do R2. Esta característica da residência, para os trabalhadores, representou uma grande rotatividade de profissionais nas equipes em um curto período de tempo. Para os participantes, esta mudança constante dificulta a continuidade das ações planejadas pela equipe, pois cada chegada de um R1 gera a necessidade de ele se apropriar do processo de trabalho da equipe. Segundo um dos entrevistados:

... para o residente esta situação é favorável porque ajuda ele a crescer, amadurecer, mas desestrutura muito a equipe, quando a equipe já está habituada com um residente, entra outro que tem que aprender tudo de novo, tem que estar interado na rotina da equipe, estabelecer vínculo com a

equipe e com a comunidade, conhecer os usuários atendidos e isto demanda tempo (ACS21).

Essas dificuldades foram referidas principalmente em relação ao enfermeiro, pois *apesar dele ser ótimo, ele que mais assume a responsabilidade pela equipe e pela unidade, ele tem mais atribuições e consultas agendadas que as outras categorias, é muito difícil para a unidade e principalmente para a equipe organizar o processo de trabalho com a sua ausência (ACS17).*

Outra dificuldade percebida pelos trabalhadores consiste nas características individuais de alguns residentes, o que, em alguns momentos, gerava conflitos com a equipe. Para os entrevistados, alguns residentes (um a dois residentes por USF) conduziram as suas atividades na unidade sem estabelecer uma comunicação com os demais trabalhadores da equipe, principalmente em relação à organização do processo de trabalho para atender determinado paciente, como evidenciado na fala a seguir:

... foram muito poucos, mas teve alguns que entraram querendo impor e mudar toda a organização da equipe, se achavam autossuficientes, não estabelecia uma comunicação (A07). Não queriam saber qual a rotina clínica, não questionou ninguém, não quis fazer reunião para expor o desenvolvimento do seu trabalho, chegou querendo fazer do seu jeito e mudar a rotina da gente que está ali há anos (D5).

Para os entrevistados, essa dificuldade estava relacionada à personalidade de cada um, à formação de cada indivíduo. Muitos se sentiram vigiados e avaliados por esses residentes, *a impressão é que eles ficavam olhando a gente trabalhar para ver se estava trabalhando certo (A07). Outros se achavam donos da unidade, ficavam fazendo intrigas, questão pessoal, ficavam cuidando do trabalho dos outros, e isto atrapalhava (M6).*

Para uma ACS e uma auxiliar de enfermagem, participantes do estudo, a dificuldade em se relacionar com os residentes foi sentida intensamente como o maior entrave gerado pela inserção desses novos personagens. Para a ACS, a falta de comunicação foi percebida como uma desqualificação do seu trabalho e gerou nela um sentimento de desvalorização de suas atividades pois era solicitada somente para convocar os pacientes para serem atendidos na unidade. Esta situação foi referida *em relação às outras categorias profissionais da RMSF além do enfermeiro, o enfermeiro é ótimo, tem amor pelo que faz, eu aprendi muito com ele, mas os outros me trataram como um ninguém, eu tenho a impressão que eles estão aqui só pela bolsa de estudos (ACS17).*

Para uma auxiliar de enfermagem, a qual tem certa representatividade perante a equipe, com uma história de ativa participação dos processos decisórios no planejamento das ações para o cuidado na unidade, os residentes com dificuldade de se relacionar com os trabalhadores foram percebidos como *invasores do processo de trabalho* (AE23), pois eles chegaram querendo realizar mudanças sem ter a participação do trabalhador da unidade, *quando chegam eles são metidos, pessoa arrogante que humilhava* (AE23). Entretanto, no decorrer dos anos, com a convivência e a experiência diárias na unidade, o comportamento dos residentes melhorou gradualmente.

Cabe salientar que o trabalho em equipe desenvolvido pelos residentes com os trabalhadores da unidade não exclui a singularidade de alguns indivíduos. Segundo Morin (2006), existe o princípio de inclusão e o princípio de exclusão entre os quais o sujeito oscila. No princípio de inclusão, o indivíduo compartilha ou incorpora ideais de um outro indivíduo, ou seja, inclui na sua subjetividade um outro sujeito e cria a oportunidade de comunicação. Já no princípio da exclusão, ressalta-se a singularidade do sujeito, ou seja, não existe uma pessoa no mundo que pensa e age de um mesmo modo que outra.

Este comportamento de alguns residentes e trabalhadores pode estar relacionado à própria dificuldade de se abrirem para o novo. De acordo com Morin (2006), o novo desperta rejeição para muitas pessoas, as quais se encontram entrelaçadas a antigas teorias e idéias, incapazes de acolher o novo. No entanto, existe a necessidade de se abrir para o novo, pois o homem e seu conhecimento são inacabados (FREIRE, 2006; MORIN, 2006).

Os trabalhadores perceberam os conflitos gerados pela personalidade de alguns residentes como uma dificuldade. Matsumoto, Fortuna e Santos (2006) afirmam que existe nos coletivos a idéia de viver em constante harmonia, em que falas e ações são constantes e similares; assim, os conflitos são entendidos como algo ruim, prejudicial ao grupo e, portanto, deve ser eliminado. Campos (2000) acredita não ser possível eliminar interesses particulares de determinados sujeitos componentes do coletivo em busca de anular os conflitos, pois os interesses, vontades e necessidades são inerentes ao ser humano.

Diante da inevitabilidade do conflito no trabalho em equipe, é preciso lidar com ele por meio da abertura do sujeito a diferentes opiniões e o estabelecimento de

compromissos e acordos entre os diferentes atores do coletivo (RIBEIRO, MOTTA, 2005; CAMPOS, 2000). O Ministério da Saúde ressalta a necessidade de enfrentar os conflitos como possibilidade de mudança, potencializando a transformação em detrimento da conservação das práticas (BRASIL, 2005c).

6 TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

O significado da RMSF para o trabalhador de saúde permeou o âmbito das contribuições para a mudança do processo de trabalho de acordo com a perspectiva da atenção básica. As concepções presentes nos discursos sobre a residência como o fortalecimento das ações pautadas na integralidade, na realização do trabalho em equipe multiprofissional, na potencialização da escuta qualificada, do vínculo, da prevenção, com junção da teoria com a prática, ressalta a Residência Multiprofissional como uma proposta educativa para o fortalecimento e implementação do SUS.

Os resultados deste estudo revelam que para os profissionais do serviço enquanto o residente era capacitado por meio de sua inserção na realidade do serviço, o modo de agir do trabalhador também era modificado. A constante convivência com o residente propiciou a reflexão da prática cotidiana estimulando os trabalhadores a se mobilizarem e, junto com os residentes, a mudarem as práticas. Spink (2004), afirma que o homem só apreende o objeto à sua frente a partir do significado que este objeto tem para ele. Assim os trabalhadores conseguem dar significados a partir do momento que faz sentido para o seu trabalho.

Na primeira categoria de análise, aparece o subsidio teórico como contribuição da residência para o serviço e o aporte prático do dia a dia do serviço como contribuição do serviço para com a RMSF. Este resultado nos leva a pensar na construção do senso comum que coloca a academia como detentora da teoria, e o serviço como detentor da prática, como se os profissionais do serviço fossem destituídos do saber teórico e a academia por sua vez da experiência prática, como se fossem características separadas, que acontecessem isoladamente, quando na verdade, a relação teoria-prática não ocorre separadamente, não existe a prática sem a teoria, estas caminham junto.

Apesar de os trabalhadores terem referido que a residência oportuniza e desperta para a concretização dos ideários do SUS, houve dificuldades durante a inserção dos residentes nas unidades. As dificuldades percebidas pelos sujeitos no decorrer do primeiro ano de RMSF podem ser relacionadas à falta de experiência e preparo dos atores envolvidos com a proposta (tutores; preceptores; residentes e trabalhadores), pois era o primeiro ano de residência na universidade, o primeiro contato das USF com uma proposta de especialização na modalidade de residência e para a grande maioria dos residentes, a primeira experiência de trabalho. Este resultado ressalta a importância do envolvimento do gestor local e municipal no

preparo dos trabalhadores para a inserção da RMSF no serviço. Tal participação deve acontecer ao longo de todo o processo de formação, não apenas na chegada dos residentes, mas de forma constante.

Além disso, havia residentes de outras categorias profissionais que não atuavam na unidade anteriormente (Psicólogo, Farmacêutico, Profissional de Educação Física, Fisioterapeuta e Assistente Social), em que as dificuldades em definir e organizar seu trabalho na unidade era acentuada, situação que pode ser relacionada com a fragilidade dos trabalhadores em descrever as atividades específicas destas categorias profissionais dos residentes. Esta dificuldade percebida reflete a inserção incipiente destes profissionais na atenção básica, o que compromete a sua concreta participação na realização do cuidado que contemple todas as dimensões das necessidades de saúde do indivíduo por meio do trabalho em equipe.

A residência foi inovadora por inserir no serviço de saúde as categorias profissionais que não atuavam na unidade anteriormente, o que contribuiu para evidenciar a insuficiência da equipe técnica da ESF e a importância de uma equipe multiprofissional composta por várias áreas de atuação profissional. Apesar da RMSF não ter configurado a sua atuação no serviço na lógica do apoio matricial, as falas evidenciaram que os residentes desempenharam as atividades em conjunto com os demais profissionais da unidade, foram um apoio, possibilitou que os profissionais conhecessem as condutas das diferentes especialidades frente a um problema de saúde, ou seja, houve atividades na lógica do matriciamento. É interessante lembrar que como os residentes foram inseridos em unidades desprovidas destas especialidades, havia uma demanda reprimida destes atendimentos, bem maior do que a capacidade de atendimento do profissional. Assim, assumir sozinho a agenda e a carga de atendimentos seria algo impossível, sendo necessário o envolvimento dos outros profissionais, até mesmo porque assumir para si o cuidado dos indivíduos seria comprometer o princípio da integralidade e do trabalho em equipe.

O diferencial da RMSF em relação as equipes do NASF pode estar associado ao maior tempo dedicado a unidade de saúde pelo residente, o que proporcionou maior envolvimento deste com a equipe, oportunizando a participação do residente no dia a dia da unidade, nas reuniões, no planejamento, na realização de intervenções conjuntas e visitas domiciliares. Estes são requisitos importantes para

que se consiga trabalhar com o apoio matricial, e perpassam pelas tecnologias necessárias para que se desenvolva o matriciamento, como a consulta conjunta e visita domiciliar, as quais exigem uma relação de confiança e apoio entre os residentes e os demais profissionais da unidade (BALLESTER, 2011).

Além disso, a dedicação exclusiva do residente na unidade, que se traduz no atendimento assistencial e no suporte técnico-pedagógico para a equipe, facilita a interação do aluno com a população. Desta forma, por meio da relação com o usuário, fundamental para o desenvolvimento de ações em saúde pautadas na criação de vínculo, as categorias profissionais não componentes da equipe mínima da ESF possuem maior facilidade em trabalhar em direção ao acolhimento, tecnologia tão importante para a consolidação do modelo de saúde como já exposto anteriormente.

Assumir a responsabilidade pela assistência e pela unidade ocupando o lugar de um profissional com vínculo empregatício em detrimento da complementaridade desta responsabilidade, constituiu-se na principal dificuldade percebida pelos participantes do estudo. Diante dos resultados acredita-se que a proposta da RMSF como capacitação na prática não implica como regra a necessidade de o residente ter que assumir a responsabilidade pela demanda do serviço, tanto assistencial como burocrática, para atingir a sua qualificação pelo trabalho. Ao contrário, de acordo com as falas dos participantes, muitas vezes o residente deixou de cumprir atividades essenciais para o seu processo de formação para dar conta da rotina burocrática do serviço e atendimento da grande demanda assistencial das USF.

Verificou-se a necessidade de se pactuar as competências e atribuições dos residentes, com preceptores (ensino) e tutores (serviço) responsáveis, para que se consiga estabelecer limites na responsabilização total do trabalhador aprendiz em relação as demandas da unidade, e que os residentes assumam o caráter complementar na responsabilidade pelo serviço como proposto pelo projeto. Esta possibilidade é complementada pela participação mais ativa dos tutores do serviço na inserção do residente na unidade e acompanhamento de suas atividades práticas.

Mesmo com os percalços percebidos, muitas vezes relacionados com a personalidade de alguns poucos residentes que limitava a interação destes com os profissionais da unidade, verifica-se na fala dos entrevistados, a sua participação na formação do residente, constituindo-se em um dos atores do curso com maior

envolvimento nas atividades cotidianas dos trabalhadores aprendizes. Os profissionais das USF desempenharam em vários momentos o papel atribuído aos tutores do serviço. A participação do trabalhador de saúde se mostrou imprescindível para a consolidação da RMSF enquanto projeto formador, o que ressalta a importância de priorizar a inclusão destes profissionais em espaços de discussões que permeiam o planejamento e a organização das atividades da residência, deve-se ter cuidado para que não ocorra apenas a inserção dos que assumem a posição de tutores do serviço neste espaço.

A participação da comunidade no processo de formação do residente foi pouco pontuada. A relação do residente com o usuário expressou-se na realização do cuidado no âmbito individual/coletivo e na presença destes nos conselhos locais. Entretanto, a mobilização popular para o compartilhamento dos objetivos e ações da RMSF não apareceu nas falas. Esta situação dificulta o alcance de mudanças a que se pretende com a residência. Para a construção da relevância social da universidade, bem como do serviço, implica na ocorrência da abertura a participação popular, não somente como usuários, mas como cidadãos (FEUERWERKER; SENA, 2002).

Esta pesquisa evidencia a necessidade da parceria entre ensino, serviço e comunidade para que a proposta da residência se confirme como uma das possíveis estratégias de mudanças na formação. As mudanças não podem ser alcançadas isoladamente. Tal parceria possibilita a organização de um terreno favorável ao aumento da governabilidade dos processos de mudança e permite a visualização de limitações no modo tradicional de se enfrentar os problemas (FEUERWERKER; SENA, 2002).

A RMSF deixou marcas para os trabalhadores das USF, mas para algumas categorias profissionais estas foram sentidas mais intensamente. Assim, o ACS referiu-se como o participante mais ativo do dia a dia do residente. Para ele, dentre todas as categorias profissionais da RMSF, a atuação do Enfermeiro foi percebida como a maior contribuição da residência. Outra situação marcante, percebida fortemente pelos Auxiliares de Odontologia, foi o levantamento do perfil epidemiológico da unidade e expansão da assistência em saúde bucal para a população adulta, o que para eles possibilitou a ampliação dos seus conhecimentos destes sobre a população atendida.

A partir da percepção do trabalhador revelada por este estudo, a RMSF como projeto de formação dos profissionais de saúde, diminui a condição da qualificação dos profissionais como um dos pontos mais fragilizados para a implementação da atenção a saúde da família e contribui para a efetivação do SUS no cotidiano do serviço de saúde no momento em que ela é desenvolvida. O residente experiencia a prática do serviço de saúde e o trabalhador apreende um novo olhar sobre o seu trabalho. Assim, influencia na mudança da micropolítica do trabalho ao ressaltar a prática do acolhimento, vínculo, integralidade e demais princípios do SUS, tão necessários e complexos de serem apropriados no processo de trabalho na conjuntura do modelo assistencial atual, pautado pelo procedimento técnico, medicalizante, fragmentado do cuidado.

As discussões desenvolvidas nesta pesquisa dão margem a outros questionamentos. Assim, enfatiza-se a necessidade de realizar outros estudos sobre esta temática, como a percepção que os tutores do serviço, os preceptores e a própria comunidade das USF contempladas com o curso têm sobre a residência, uma vez que também são atores envolvidos com a proposta. Busca-se, desta forma, aprofundar o conhecimento sobre esta realidade em construção para o esclarecimento de determinados fatores que interferem na mesma e a manutenção da RMSF como estratégia na formação do trabalhador para a ESF. Nesse sentido, acredita-se que uma das possíveis contribuições desta pesquisa é colaborar para o conhecimento do cenário de atuação do projeto da RMSF em Londrina, além de enriquecer as produções científicas sobre o tema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, V. S.; GOMES, A. P.; REZENDE, C. H. A.; SAMPAIO, M. X.; DIAS, O. V.; LUGARINHO, R. M. Integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.32, n. 3, p. 356-362, 2008.

ALMEIDA, M. J.; PEREIRA L. A.; TURINI B.; NICOLETTO, S. C. S.; CAMPOS, J. B.; REZENDE, L. R.; MELLO, P. L. Formação dos profissionais de saúde no Paraná e a implantação das diretrizes curriculares nacionais. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.

ALMEIDA, M. (Org). **Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde**. Londrina: Rede Unida; 2003.

ALMEIDA, E. L. V. **Medicina hospitalar - medicina extrahospitalar: duas medicinas?**. Rio de Janeiro, 1998. Dissertação (Mestrado IMS/UERJ) – Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.psy.med.br/textos/racionalidade/alicia.pdf>. Acesso em: 25 set 2011.

ALMEIDA, M. J. **Educação médica e saúde**: possibilidade de mudança. Londrina: Ed. UEL, Rio de Janeiro: ABEM. 1999.

ALVES, L. A. A. R. Perfil gerencial do enfermeiro para atuar na atenção primária à saúde. In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Monole, 2007. Cap. 5, p. 111-122.

ANDRADE, E. I. G.; DIAS FILHO, P. P. S. Padrões de financiamento da saúde do trabalhador: do seguro social ao seguro saúde. In: LOBATO, L. V. C.; FLEURY, S (Org). **Seguridade Social, Cidadania e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes; 2010. p.160-72.

ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.

ARAÚJO, A. L. A.; UETA, J. M.; FREITAS, O. assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária a saúde. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básicas Aplicada**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 87-92, 2005.

BALLESTER, D. A. P. O Matriciamento em saúde mental: uma história em construção. In SOARES, M. H.; BUENO, S. M. V. **Saúde Mental**: novas perspectivas. São Caetano do Sul: Yendis, 2011, p.69-76.

BARROS, F. B. M. (Org). **O Fisioterapeuta na saúde da população**: atuação transformadora. Rio de Janeiro: Fisiobrasil, 2002.

BARROS, M. E. B.; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas**. Rio de Janeiro: CEPES-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010. p. 75-84.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. **Cadernos RH Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS. **I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0116conf_rh.pdf>. Acesso em 20 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Recursos Humanos. Coordenação Geral de Recursos Humanos para o SUS. **II Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde**. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/pub_det.cfm?publicacao=34> Acesso em 20 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=27945> Acesso em 08 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria interministerial nº 45 de 12 de janeiro de 2007**. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e Institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Política Nacional de Humanização. Cadernos Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizaSUS.pdf> Acesso em 10 jul. 2010.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal; 1988.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Dispõe sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1996a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf> Acesso em 20 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde/DAB. **Avaliação normativa do programa saúde da família no Brasil/ Monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família-2001/2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas-IBGE. Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. **Perfil dos municípios brasileiros**. Brasil, 2009a. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em 08 out. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de formação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde. **Relatório de atividades da comissão nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS - Exercício 2007/2009**. Brasília: Ministério da Educação, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4ªed. Brasília: Ministério da Saúde, Séries pactos pela saúde 2006, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ªed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF–Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde . Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**: unidade de aprendizagem-trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde . Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde . Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Curso de facilitadores de Educação Permanente em Saúde**: unidade de aprendizagem-trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, 2009d.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Brasília: Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 43, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Assistência farmacêutica na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. **AprenderSUS: o SUS e as mudanças na graduação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação. **Resolução CNE/CES de 19 de fevereiro de 2002**; Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Farmácia. *Diário Oficial da União*, Brasília, 04 de março de 2002, Seção 1. p.9.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego (BR). **Relação Anual de Informações Sociais/RAIS**. Brasília: Ministério do Trabalho, 2000.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. **Revista Eletrônica de Pós-Graduandos em Sociologia da UFSC**, Santa Catarina, v.2,n.1, p. 68-80, jan-jul. 2005.

BORGES, C. C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a estratégia saúde da família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, Santa Catarina, v. 12, n. 2, p. 26-32, mai/ago.2005.

CAMPOS, F. E. Apresentação. In: Brasil, Ministério da Saúde, SGTES/DEGES. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, E. C.; FERREIRA, J. R.; FEUERWERKER, L.; SENA, R. R.; CAMPOS, J. J. B.; CORDEIRO, H.; CORDONI, JUNIOR L. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 25, n. 2, p. 53-59, mai-ago. 2001. Disponível em: <<http://www.epidemiologia.ufpel.org.br/proesf/13%20Campos%202001.pdf>> Acesso em 10 jul. 2010.

CAMPOS, G. W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre os modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (ORGS. **Agir em Saúde : um desafio para o público**. São Paulo:HUCITEC, 1997, p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S; AMARAL, M. A. A Clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, p. 849-859, jul-ago. 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, B. G.; LIMA, J. V. C., BADUY, R. S. **Movimentos, encontros e desencontros da produção da Residência Multiprofissional de Saúde da Família**. In: Ministério da Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília. 2006. p. 229 – 250.

CARDOSO, C. L. A inserção do psicólogo no Programa de Saúde da Família. **Psicologia, Ciência e Profissão**, n.22, p. 2-9, 2002.

CATANNI, A. D. **Trabalho e Tecnologia**: dicionário crítico. Petrópolis: Vozes, 1997. p. 292.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=en. doi: 10.1590/S0102-311X2004000500036> Acesso em 21 jul. 2010.

CECCIM, R. B.; BIBLIO, L. F. S. Articulação com o segmento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: BRASIL. **VERSUS-Brasil**: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde/SGTES/DEGES, 2004.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva interdisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Cepesc/Abrasco, 2005.

CECCIM, R. B.; BIBLIO, L. F. S. Articulação com o movimento estudantil da área da saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. In: FERLA, A. A.; FAGUNDES, S. M. S. (Org.). **Tempo de inovações**: a experiência da gestão da saúde do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Dacasa, 2002. p. 163-174.

CECCIN, R. B. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, p.975-986, out-dez. 2005.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.. **Os sentidos da integralidade da atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, ABRASCO, 2001. p.113-127.

CECÍLIO, L. C. O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima de gestão em saúde?. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, mar-abr. 2005.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-475, 1997.

CHIRELLI, M. Q. **O processo de formação do enfermeiro crítico reflexivo na visão dos estudantes do curso de enfermagem da FAMEMA**, 2002. (Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto) – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CLEMENTE, A.; MATOS, D. R.; GREJANIN, D. K. M.; SANTOS, H. E.; QUEVEDO, M. P.; MASSA, P. A. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a formação de psicólogos para a atuação na atenção básica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100016&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 08 out. 2009.

COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F.; MUNIZ, J. N. **Descentralização das políticas públicas de saúde: do imaginário ao real**. Viçosa: Editora UFV- CEBES; 1998.

CUNHA, I. C. K. O.; NETO, F. R. G. X. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? **Rev. Texto Contexto Enferm.** v. 15, n. 3, p.479-82, jul./set., 2006.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema único de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Gestão municipal de saúde**. Ministério da Saúde: Brasília, 2001.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a Invenção da Residência Multiprofissional em Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 213-226, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000100018&lng=en> Acesso em 12 ago. 2010. doi: 10.1590/S1414-32832009000100018

DELIBERATO, P. C. P. **Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações**. Barueri: Manole, 2002.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000. p. 74.

DIMENSTEIN, M. D. B.. **O Psicólogo no contexto do Sistema Único de Saúde: perfil profissional e perspectivas de atuação nas unidades básicas de saúde**. 1998. 223 f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar**, Curitiba, n.24, p. 213-225, 2004.

FAVERET FILHO, P.; OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, v.33, n.2, p. 257-283, 1999.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento para a montagem do projeto de integralidade da atenção em saúde. In: **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

FEUERWERKER, L. C. M. **Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil**. São Paulo: Hucitec/RedeUnida, 1998.

FEUERWERKER, L. C. M. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.13, n.28, p. 229-230, jan-mar.2009.

FEUERWERKER, L. C. M. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Construção das competências coletivas e avaliação**. Brasília: Ministério da Saúde, out. 2008. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/fnepas_competencias_coletivas.pdf> Acesso em 08 out. 2009.

FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H. G.; BARBOSA, N.; KHALIL, M. E. O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA. **Portal da Rede Unida**, 2007. Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/producao/div_process.asp>. Acesso em 15 de setembro de 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. **Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados**. São Paulo: HUCITEC; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: ABEM, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.9, n.18, set/dez, 2005a.

FEUERWERKER, L. C. M. Educação permanente em saúde: uma mudança de paradigmas. **Olho Mágico**, Londrina, v.12, n.3, p.13-20, 2005b.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Contribuição ao movimento de mudança na formação profissional em saúde: uma avaliação das experiências UNI. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.6, n.10, p.37-50, 2002.

FEUERWERKER, L. C. M. **Orientação** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <alhunes.3@gmail.com> em 17 fev. 2012.

FIGUEIREDO, R. M.; MASCARENHAS, S. H.; NAPOLEÃO, A. A.; CAMARGO, A. B. Caracterização da produção de conhecimento sobre a sistematização da assistência de enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo. V.40,n.2, p. 299-303, mai. 2006.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E.; MAGALHAES, H.M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003. p. 11-199.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: contradições e novos desafios. In: **10ª Conferência Nacional de Saúde On Line**; Brasília: Tribuna livre. 1997. Disponível em <www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm> Acesso em 25 out. 2011.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários no sistema de saúde no Brasil. **Interface**: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v.11, n.23, p.427-438, set/dez, 2007.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. 10.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FREIRE, P. Sobre Educação popular: entrevista com Paulo Freire. In: TORRES, M. (Org.). **Educação popular: um encontro com Paulo Freire**. 2. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 44 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

FREITAS, F. F. **A Educação Física no serviço público de saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

FORTUNA, C. M. **O Trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – em busca do desejo, do devir e de singularidades**. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, 1999.

FORTUNA, C. M.; MISHIMA, S. M.; MATSUMOTO, S.; PEREIRA, M. J. B. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.13, n. 2, p.262-268, 2005.

FONSECA, C. D.; SEIXAS, P. H. . Agenda nacional de recursos humanos em saúde: diretrizes e prioridades. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Unicamp, 2002.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 3ed. Petrópolis: Vozes, 2004, p.244-270.

GIL, C. R. R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, abr. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 jun. 2006.

GIL, C. R. R.; MARTIN, G. B.; GUTIERREZ, P. R. A organização dos serviços de saúde em Londrina e região: uma experiência concreta do processo de municipalização. In: ANDRADE, S. M.; CORDONI JUNIOR, L.; SOARES, D. A. (Org.). **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: Ed. UEL, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. p. 17.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

HADDAD, A. E. A formação e o trabalho em odontologia. **Jornal do CFO**, ano-15, n.81, dez.2007. Disponível em: < <http://www.cfo.org.br/jornal/n81/debate.asp>> Acesso em 08 out. 2009.

HEIDEGGER, M. **Heidegger**. São Paulo: Abril, 1980 (Coleção Os pensadores).

HENRIQUES, R. L. M. Interlocução entre ensino e serviço: possibilidades de ressignificação do trabalho em equipe na perspectiva da construção social da demanda. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2005.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: HUCITEC/ABEM, 2002.

LANCETTI, A. **Saúde mental e saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 2003.

LONDRINA. Universidade Estadual de Londrina. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Projeto apresentado ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (DEGES/SGETES/MS),p. 06-31, 2009.

LONDRINA. Universidade Estadual de Londrina. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Projeto apresentado ao Departamento de Gestão da Educação na Saúde da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (DEGES/SGETES/MS), 2005.

LUNA, S. V. **Planejamento de pesquisa: uma Introdução**. Elementos para uma análise metodológica. São Paulo: EDUC, 2000. p. 108.

MAGALHÃES, H. M.. Apresentação. In: MERHY, E. E.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. B.; BUENO, W. S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec; 2003. p.111-199.

MARTINS, J. ; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo: Centauro, 2005.

MARTINS, M. I. C.; DALPOZ, M. R. A qualificação de trabalhadores de saúde e as mudanças tecnológicas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.125-146, 1998.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, 2004.

- MATTOS, R. A. Integralidade é o próprio caminho, que vai transformando as pessoas e construindo algo melhor. Entrevista ao **Boletim Integralidade em saúde do LAPPIS - Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde**, 2010. Disponível em: <<http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inoid=163&sid=25>> Acesso em 10 jul. 2010.
- MATUS C. **Planificación, política y gobierno**. Caracas: Fundación Altadir; 1987.
- MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; SANTOS, H. **O papel do facilitador nas rodas de educação permanente: a produção de subjetividade e o processo grupal**. 2006.
- MENDES, A. M.; TAMAYO, A. valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 6, n. 1, p. 39-46, jan./jun. 2001.
- MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación permanente en salud – una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. **DSpace-Universidade do Novo México**. Mexico, v. 2, n. 2, p. 147-160, mai-ago 2006. Disponível em: <https://repository.unm.edu/dspace/handle/1928/6773?mode=full&submit_simple>Show+full+item+record> Acesso em 10 jul. 2010.
- MERHY, E. E. A Perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R.; MALTA, D.C.; REIS, A. T.; SANTOS, A. F.; MERHY, E. E.: organizadores. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.
- MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: TEIXEIRA, S. M. F. **Democracia e Saúde, a Luta do Cebes**. São Paulo: Lemos, 1997. p. 125-142.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Mapas analíticos: um olhar sobre a organização e seus processos de trabalho**. 2005. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-07.pdf>>. Acesso em 21 nov.2011.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1996. p. 244.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010. p. 164.
- MINAYO, M. C. S; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.239-348, 1993.

- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; NETO, O .C.; GOMES, R. (Orgs) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 15 ed. Petrópolis:Vozes, 2000.
- MINAYO, M. C. S. Os 20 anos do SUS e os avanços na vigilância e na proteção à saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 17, n.4, 2008.
- MORIN, E. **A Cabeça bem-feita**: repensar a reforma, reformar o pensamento. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
- MORSE, J. M. Concepts of caring and caring as a concept. **Advances in Nursing Science**, Connecticut . v.13, n.1, p. 1-14, 1990.
- MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. 2a Ed. Rio de Janeiro: Record; 1998.
- NASCIMENTO, K. C; BACKES, D. S; KOERICH, M. S; ERDMANN, A. L. Sistematização da assistência de enfermagem: vislumbrando um cuidado interativo, complementar e multiprofissional. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.42, n.4, p. 643-648, mai., 2008.
- NECKEL, G. L.; SEEMANN, G.; EIDT, E. B. ; RABUSKE, M. M.; CREPALDI, M.A. Desafios para ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, p.1463-1472, 2009.
- OLIVEIRA, M. S. O Papel dos profissionais de saúde na formação acadêmica. **Revista Olho Mágico**, Londrina, v. 10, n. 2, p.37-39, 2003.
- PADILHA, M. I. C. S. Análise crítica das causas de integração e/ou desintegração docente assistencial na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 12, n. 1, p. 33-37, 1991.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.1, p. 103-109, 2001.
- PEDUZZI, M.; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: MENDES, R. B. G.; NEMES, M. I. B; SCHRAIBER, L. B. **Saúde do adulto**: Programas e ações na unidade de saúde. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 234-50.
- PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. **O Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Ed Papa – livros, 1999. p. 25-48.
- PIRES, D. A Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.62, n.5, p. 739-744, 2009.
- PRZYSIEZNY, W. L. **Fisioterapia preventiva**: uma questão de educação em saúde. 1999. Dissertação (Mestrado). Universidade Regional de Blumenau. Blumenau.

RAGASSON, C. A.; ALMEIDA, D.C.S; COMPARIN, K.; MISCHIATI, M.F.; GOMES, J. T. **Atribuições do Fisioterapeuta no Programa Saúde da Família: reflexões a partir da prática profissional.** 2005. Disponível em:<http://72.14.203.104/search?q=cache:aOE9yhjy4jwJ:www.unioeste.br/projetos/saudefamilia/atribuicoes_psf.rtf+fisioterapia+no+PSF&hl=pt-BR>. Acesso em: 09 nov.2011.

RAMOS, A. S.; BÚRIGO, A. C. Residências em Saúde: encontros e desencontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: Brasil, Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf> Acesso em 20 jul. 2010.

RIBEIRO, E. C.; MOTTA, J. I. J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.** 2005. Disponível em <<http://www.saude.pr.gov.br/eepp>>. Acesso em 05 nov. 2011.

RODRIGUES, M. M.; REIS, S. M. A. S. **O ensino superior e a formação de recursos humanos em áreas da saúde: os desafios e tendências atuais da integração e da interdisciplinaridade.** Uberlândia: Programa de Pós-Graduação em Magistério Superior do Centro Universitário do Triângulo (UNIT), 2002.

ROSA, S. S. **Construtivismo e mudança.** 9 ed. São Paulo: Cortez, 2003.

ROSCHKE, M. A. C. Educação permanente – compreensão: alguns conceitos e características essenciais. **Olho Mágico**, Londrina, v.13, n.3, p.32-35, 2006.

ROOSLI, A. C. B. S.; ATHAYDE, M. Gestão, Trabalho e Psicodinâmica do Reconhecimento no Cotidiano da Estratégia Saúde da Família. In: BRITO, A. A. A. J. **Trabalhar na Saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, p. 67-83.

ROSSONI, E.; LAMPERT, J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as Diretrizes Curriculares. **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v.18, n.1, p. 88-98, jan-jun, 2004.

SCHIRAIKER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e da produção de narrativas em estudo sobre profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.29, n.1, p. 63-74, 1995.

SCHIRAIKER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B. ; CASTANHERA, E. R. L; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p.221-42, 1999.

SENNA, M. C. M. Equidade e a política de saúde: algumas reflexões sobre o Programa de Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v. 18, n(Supl) , p.203-211, 2002.

SIAB. Ministério da Saúde. Departamento da Atenção Básica. Prefeitura Municipal de Londrina. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. 2006. Disponível em <<http://home.londrina.pr.gov.br>>, acesso em: 25 de ago. 2007.

SILVA, G. R. F.; MACÊDO, K. N. F.; REBOUCAS, C. S.; ALMEIDA, A. M. V. Entrevista como Técnica de Pesquisa Qualitativa. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Niterói. v.5, n.2, abr. 2006.

SILVA, A. M. R.; OLIVEIRA, M. S. M.; NUNES, E. F. P. A. **A Unidade Básica de Saúde e seu território**. Bases da Saúde Coletiva, EDUEL, 2001.

SILVA, D. W.; TRELHA, C. S.; ALMEIDA, M. J. Reflexões sobre a atuação do fisioterapeuta na saúde da família. **Olho Mágico**, Londrina, v. 12, n. 1, p.15-19, 2005.

SILVA, G. R. O SUS e a crise atual do setor público de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 15-21, 1995.

SOARES, C. L. **Educação Física: raízes europeias e Brasil**. Campinas: Editores Associados, 1994.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da psicologia. **Estudos de psicologia**, v.8, n.3, p.515-523, 2003.

SOUSA, M. F. **A Cor-Agem do PSF**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SPINK, M. J. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:<<http://www.google.com.br/url?sa=t&source=web&cd=3&ved=0CCwQFjAC&url=http%3A%2F%2Fmdajlemos.wordpress.com%2F2008%2F06%2F28%2Flivro-da-barbara-starfield-sobre-aps%2F&ei=vsouTpT4KMPy0gGZy9HUAQ&usq=AFQjCNGONi76wgGrJEBkWmeFdnl-4bsP1Q&sig2=o0v5Wfx2h0dBosfihEG6vA>>, acesso em: 18 de jul. 2011.

THIOLLENT, M. Concepção e organização da pesquisa. In: THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 13 ed. São Paulo:Cortez, 2004, p. 47-72.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987, p. 120.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.39, n. 3, p.507-514, 2005.

VASCONCELLOS, C. Metodologia dialética em sala de aula. **Revista AEC**, São Paulo, v.21, n.83, p. 28-55, 1992.

VIANNA, A. A.; ROCHA, J. Y.; ELIAS, P. E.; IBANEZ, N.; BOUSQUAT, A. A Atenção Básica e Dinâmica Urbana nos Grandes Municípios Paulistas. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.24, n(Supl 1), p. 79-90, 2008.

VICTORIA, C. G.; KNAUTU, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo, 2000. p.72.

APÉNDICES

APÊNDICE A

Roteiro de Entrevista

Profissão: _____ Idade: _____ sexo: _____
Graduação: _____ ano de conclusão: _____
Pós – graduação: _____ ano de conclusão: _____
Curso técnico: _____ ano de conclusão: _____
Local de trabalho: _____

Questões Norteadoras

Conte-me um pouco sobre a sua unidade e as atividades que você desempenha na mesma.

- Como se deu a chegada dos residentes nesta USF?
- Que atividades os residentes desenvolvem na USF?
- Destas atividades, quais as que contribuem para o trabalho das equipes da USF?
- Destas atividades, quais as que não contribuem para o trabalho das equipes da USF?
- Você se sente participante das atividades realizadas pelos residentes na Unidade? Como esta participação acontece?
- Como você percebe a sua participação no processo de formação do residente?
- O que significa a RMSF para você?

APÊNDICE B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PESQUISA “A Residência Multiprofissional em Saúde da Família: O Olhar do Trabalhador de Saúde da Unidade Local”.

- 1 Você está sendo convidado a participar como voluntário em uma pesquisa sobre o olhar do trabalhador de saúde sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) vinculada a Universidade Estadual de Londrina – PR, com o objetivo de **analisar a percepção dos trabalhadores de saúde das Unidades de Saúde da Família acerca da inserção da RMSF da Universidade Estadual de Londrina - PR**. Trata-se de um estudo investigativo e é referente ao projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação Strictu Senso em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina (UEL). No caso de aceitar fazer parte da mesma, você fará uma entrevista que não lhe trará qualquer custo financeiro.
- 2 Gostaria de acrescentar que você terá todas as suas dúvidas esclarecidas, bem como o sigilo das informações garantido e que também poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sua recusa não trará nenhum prejuízo na relação com o pesquisador ou com a instituição a qual a pesquisa está vinculada. É importante estar ciente de que a pesquisa será feita por meio de entrevistas gravadas, mas todos os dados que forem prestados por você serão anônimos e confidenciais. Os dados serão transcritos e utilizados para a produção dos resultados da pesquisa, mas em momento algum seu nome aparecerá na redação, e as fitas gravadas serão destruídas após sua transcrição.

As conclusões que resultarão desta pesquisa serão apresentadas em instancias públicas como congressos, periódicos e afins garantindo o anonimato dos entrevistados. Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las com a autora da pesquisa Carolina Milena Domingos nos telefones (43) 33246763 e (43) 91052041, em horário comercial, ou contatar com o Comitê de Ética em Pesquisa através do telefone (43)3371-2490. Você tem a liberdade de aceitar ou não responder ao questionário ou a quaisquer questões que lhe constanjam.

Enf. Carolina Milena Domingos.

Eu _____ declaro que, após conveniente esclarecimento pelas pesquisadoras responsáveis e de ter compreendido com clareza suas finalidades, procedimentos metodológicos e o destino final das informações recolhidas, consinto em participar livremente do estudo a que se refere este consentimento informado.


_____, _____, _____ de 20 ____.

Pesquisado

ANEXO A



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná
Registro CONEP 268

Parecer de Aprovação Nº. 257/10 CAAE Nº. 5812.0.000.268-10 FOLHA DE ROSTO Nº. 374051	Londrina, 24 de novembro de 2010.
PESQUISADORA: CAROLINA MILENA DOMINGOS UEL/CCS/Depto. de Saúde Coletiva – Mestrado em Saúde Coletiva	
Prezada Senhora: O "Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina/ Hospital Universitário Regional Norte do Paraná" (Registro CONEP 268) – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e Resoluções Complementares, avaliou o projeto: <p style="text-align: center;">“A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DO TRABALHADOR DE SAÚDE”</p>	
Situação do Projeto: APROVADO Informamos que deverá ser comunicada, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa, bem como deverá apresentar ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.	
<p style="text-align: center;">Atenciosamente,</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: center;">Profª. Dra. Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP/UEL</p>	


ANEXO B

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ****C.D.038.2010 - GES/DGTES/AMS/PML**

Informamos para fins de realização da pesquisa:

“A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DO TRABALHADOR DE SAÚDE” na Autarquia Municipal de Saúde da Prefeitura de Londrina pela aluna Carolina Milena Domingos, aluna do curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre. Será orientada pela Professora Dra. Elizabete de Fátima Pólo de Almeida Nunes, e que, por tratar-se de pesquisa com seres humanos, deverá seguir as orientações da Res. CNS 196/96. Desta forma, sua execução nesta Autarquia está autorizada considerando o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, registro CONEP 268 - Parecer nº 257/10 datado em 24 de novembro de 2010, e planejamento prévio com as unidades de serviço envolvidas.

Londrina, 20 de dezembro de 2010.


Rosaria Mestre Marques Okabayashi
Coord. de Educação Permanente/ Estágio/ Pesquisa
Gerência de Educação em Saúde
DGTES/AMSPML