

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PRÁTICAS PEDAGÓGICAS PARA A
EDUCAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE**

Shana Vieira Telo

**Avaliação do processo formativo desenvolvido na Residência Integrada em
Saúde do Grupo Hospitalar Conceição na ênfase Saúde da Família e
Comunidade em relação à Política Nacional de Atenção Básica.**

**Porto Alegre, julho
de 2010.**

Shana Vieira Telo

**Avaliação do processo formativo desenvolvido na Residência Integrada em
Saúde do Grupo Hospitalar Conceição na ênfase Saúde da Família e
Comunidade em relação à Política Nacional de Atenção Básica.**

Trabalho apresentado como pré-requisito de conclusão de curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde.

Orientadora: Lisiane Bôer Possa

**Porto Alegre
2010**

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, pela compreensão das limitações apresentadas e pelos ensinamentos.

Aos meus colegas de trabalho e chefia, pela possibilidade de flexibilização do meu horário de trabalho para conciliar com as atividades do curso.

À colega Kelma, pela parceria e compreensão durante o curso e, principalmente, para o término deste trabalho.

Ao companheiro Anderson, pelo carinho, compreensão e parceria durante o curso e nesta etapa de finalização do trabalho.

DAS UTOPIAS

**Se as coisas são inatingíveis... ora!
Não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
A presença distante das estrelas!**

Mário Quintana

RESUMO

O presente estudo tem como tema a relação entre a formação em Residência em Saúde da Família do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) brasileira. Sabe-se que a Constituição Federal do Brasil define como competência do Sistema Único de Saúde (SUS) a regulação e deliberação das políticas de formação de recursos humanos na área da saúde. A formação em residências multiprofissionais e integradas tem como objetivo favorecer uma inserção qualificada de profissionais de diferentes profissões em áreas prioritárias do SUS, como a atenção básica, seguindo os princípios e as diretrizes deste sistema. Da mesma forma, a Política Nacional de Atenção Básica preconiza a valorização dos profissionais de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante da educação permanente dos profissionais, além de incentivar a qualificação e a formação na modalidade de residência, com articulações nas diferentes esferas de governo. A partir deste cenário, seguindo as premissas do SUS e da legislação vigente, no ano de 2004 inicia no GHC a Residência Integrada em Saúde (RIS/GHC) nas ênfases de Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Intensivismo, na busca de formar profissionais capacitados para um olhar e uma escuta ampliada sobre o processo saúde-doença. No entanto, após seis anos deste início, e algumas adequações, como o surgimento de novas ênfases, agregando novos olhares e diferentes saberes, questiona-se se esta modalidade de formação está em consonância com a política pública de Atenção Básica adotada no país que é a Estratégia de Saúde da Família. Nesse sentido este trabalho tem como objetivo investigar quais as lacunas e potencialidades do processo formativo desenvolvido na residência em saúde da família do GHC em relação à Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia da Saúde da Família. A metodologia é o estudo de caso da formação do GHC. Pretende-se através da triangulação de técnicas de pesquisa verificar se o que está previsto na proposta normativa da Política de Atenção Básica está contemplada na proposta da RIS/GHC. Será realizada análise documental comparativa da Política de Atenção Básica e do Projeto Político-Pedagógico (PPG) da RIS/GHC na ênfase Saúde da Família e Comunidade, bem como, observação e vivência da prática de trabalho numa equipe de saúde da família após a formação em Residência no GHC. As considerações finais sinalizam para uma lacuna importante da formação em relação aos sistemas de informação existente na política e na estratégia da saúde da família, na prática de referência e contra-referência estabelecidas na política e que é distinta no GHC, a inexistência de relação com a gestão do sistema de saúde. As principais potencialidades identificadas são a experiência de trabalho em equipe multiprofissional proporcionada na formação, a experiência de vínculo e responsabilização sobre o cuidado das pessoas e o aprendizado sobre o território e vigilância em saúde.

Palavras-chave: Formação multiprofissional; Saúde da Família e Comunidade; Residência.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	07
1 CAMINHO METODOLÓGICO.....	12
1.1 Delineamento do estudo.....	12
1.2 Local de estudo.....	12
1.3 Coleta de informações	13
1.4 Análise de informações	14
2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E A RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO.....	15
2.1 Política Nacional de Atenção Básica.....	15
2.2 Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.....	16
3 DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GHC.....	18
4 A GESTÃO DO SISTEMA E DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E NA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GHC.....	22
5 INFRA-ESTRUTURA E RECURSOS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E NA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GHC.....	26
6 O PROCESSO DE TRABALHO NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E NA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GHC.....	29
7 ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E CAPACITAÇÃO APONTADAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E NA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GHC.....	34
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS.....	39

INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como tema a relação entre a formação em Residência em Saúde da Família do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e a Política Nacional de Atenção Básica brasileira (PNAB).

A reforma sanitária e a criação do SUS resultam dos questionamentos a respeito do modelo de atenção adotado no país, trazendo a discussão da necessidade de formação de profissionais de saúde identificados com os princípios e diretrizes do Sistema Brasileiro de Saúde. Para Pinheiro e Ceccim (2005, p. 15):

O contexto da reforma sanitária brasileira incluiu no arcabouço jurídico do setor saúde o ordenamento da formação de seus trabalhadores, onde a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) tem uma de suas principais inovações. Tal inovação requer a promoção da interface (interseção) entre saúde, educação e trabalho, entendida como intrínseca às lutas da sociedade brasileira por saúde, sendo a integralidade (princípio constitucional) uma de suas traduções.

Esta diretriz da integralidade, juntamente com a descentralização das ações e a participação popular, foram deliberadas na 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em Brasília, no ano de 1986, que também traz uma concepção do processo saúde-doença muito próximo do que mais tarde estaria na Constituição Federal, Lei 8080/90 e Lei 8142/90 e que deve ser orientadora das políticas de formação. Em seu sentido mais abrangente, saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde, conceito presente na Constituição Federal e Lei 8080/90. Também é o resultado das forças de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. Além disso, de acordo com o relatório da 8ª Conferência a Saúde não é um conceito abstrato, define-se no contexto histórico em determinada sociedade, em um dado momento de seu desenvolvimento, devendo se conquistada pela população em suas lutas cotidianas.

A Constituição Federal do Brasil também define como responsabilidade do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. No âmbito administrativo, a união, os estados, o Distrito Federal e os municípios devem participar na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde através da formação em todos os níveis de

ensino, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. (BRASIL, 1988).

A Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), cujos princípios e diretrizes foram aprovados na 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 2000, define as responsabilidades na política de trabalho na área da saúde, sugerindo que os novos trabalhadores, do setor público tenham acesso a formação adequada para atuarem no novo modelo de atenção a saúde e, que para os trabalhadores antigos, deve-se promover cursos de capacitação (BRASIL, 2001). Pinheiro e Ceccim (2005, p.22).afirmam que a

formação de pessoal específico deve desenvolver o ensino tanto de tecnologias para atenção individual de saúde, como para a saúde coletiva, estando a qualidade do trabalho em saúde relacionada com o ensino dos profissionais e com a formação de novos perfis profissionais

Segundo Uchimura e Bosi (2007), o SUS representa a materialidade de um projeto de saúde para o país, idealizado a partir de uma história marcada por grande reflexão e mobilização política, inspiradas por um arcabouço ideológico-filosófico que confere destaque à centralidade da promoção da saúde na efetivação de um modelo assistencial universal, integral e equitativo. Para sua operacionalização é necessário uma rede constituída de serviços, nos diferentes níveis de complexidade e programas ou estratégias que traduzam ações ou práticas de saúde. Cruz e Santos (2007) descrevem que a configuração do SUS é fruto de um longo processo de construção política e institucional que refletiu na reorientação do modelo assistencial vigente no país, na qual a principal estratégia foi e é a expansão da atenção básica. Neste contexto, a Saúde da Família é uma das estratégias para a efetiva incorporação dos princípios e do ideário do SUS nas práticas de saúde.

Em 1993 é criado o Programa de Saúde da Família, a partir do sucesso da atuação dos agentes comunitários de saúde, e o sistema vai se estruturando pela atenção básica, as prefeituras passam a demandar um profissional qualificado para a função, e vão se evidenciando as contradições entre o sistema de saúde e a formação em saúde. (BRASIL, 2003).

Este processo implicou em mudanças na maneira de acessar os recursos de saúde, na regionalização das ações, na descentralização de recursos e reorganização dos processos de trabalho dos profissionais. Para Cruz e Santos (2007), a necessidade de implementação de um novo sistema se deu mediante o esgotamento do ideário médico-assistencial. Desta forma, com o objetivo de romper

com este modelo e promover uma mudança de paradigma na organização do sistema, a reorganização da atenção básica obedeceu aos princípios e diretrizes do SUS, à lógica territorial e ao perfil epidemiológico e demográfico das áreas de atuação. Além disso, atua através de ações descentralizadas de promoção, prevenção, proteção, recuperação e reabilitação em saúde conforme as demandas locais.

No entanto, pode-se observar uma dicotomia entre o que está previsto na legislação, na política e projetos da área da saúde, na prática profissional e sua formação. Segundo Pasini (2007) apesar da busca pela integralidade da atenção ao usuário nos serviços de saúde, os profissionais que atuam no SUS têm sua formação orientada para o modelo biomédico assistencialista e privatista. Em resposta a isto, a autora afirma que "houve um investimento por parte do Ministério da Saúde em propostas para a graduação e pós-graduação, em diferentes níveis, que pudessem ser estendidas ao maior número possível de trabalhadores da área da saúde" (2007, p. 4).

Desta forma, as residências multiprofissionais e integradas surgem como uma modalidade de formação buscando favorecer a inserção qualificada de profissionais de diferentes profissões em áreas prioritárias do SUS, como a atenção básica, seguindo os princípios e as diretrizes deste sistema. Esta modalidade de ensino, instituída pela lei nº 11.129 (BRASIL, 2005a) e regulamentada pela portaria nº 45 (BRASIL, 2007), é direcionada para a formação em serviços e busca formar profissionais que integram o campo da saúde, a partir da perspectiva da interdisciplinaridade. Um dos objetivos é aproximar a especialização em serviço da realidade do SUS, tencionando uma parceria entre gestores e formadores. Esta proposição conjunta visa desenvolver capacidade de formação nos locais, tendo em vista atrair e fixar profissionais, qualificando a atenção simultaneamente (BRASIL, 2005b).

Pasini e Guareschi (2008, p.104) afirmam que o "processo de aprendizagem tem relação com o local, com a interação entre as pessoas e com o momento vivido pelos sujeitos da educação". Para as autoras, as residências multiprofissionais sistematizam o processo de formação através do paradigma da educação permanente, propiciando a reflexão coletiva sobre o trabalho no SUS, incluindo a integralidade, o trabalho em equipe, a produção do cuidado e a dinamização de coletivos. O foco da educação permanente em saúde são os processos de trabalho

e as equipes, possibilitando a construção de um novo estilo de gestão, no qual os pactos são construídos coletivamente pelos diferentes profissionais integrantes das equipes (BRASIL, 2005b). Segundo Ceccim (2005, p. 167):

para ocupar o lugar ativo da Educação Permanente em Saúde é preciso abandonar (desaprender) o sujeito que somos, por isso mais que sermos sujeitos (assujeitados pelos modelos hegemônicos e/ou papéis instituídos) precisamos ser produção de subjetividade....

As residências também necessitam trabalhar na mudança de padrões e, conforme Pasini e Guareschi (2008, p. 110), a residência como espaço de formação se propõe a “produzir efeitos no sentido de afetação pelo outro” interferindo nos processos de produção do cuidado, promovendo modos de fazer saúde.

Dalegrave e Silva (2006) dizem que as residências integradas vêm buscando ocupar seus espaços na sociedade, moldando-se aos requisitos exigidos pelas corporações profissionais, opondo-se à conjuntura hegemônica de formação de profissionais de saúde e visando suprir as necessidades do SUS.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) normatiza a organização da Estratégia de Saúde da Família e define suas diretrizes, além de preconizar a valorização dos profissionais de saúde por meio do estímulo e acompanhamento constante da educação permanente dos profissionais, incentivando a qualificação e a formação na modalidade de residência, com articulações nas diferentes esferas de governo. (BRASIL, 2006). E, desta maneira, ponderando que a formação é para que os profissionais possam implantar esta estratégia e esta política, é que surge a temática aqui estudada da relação da PNAB com a formação existente no GHC.

Assim, fundamentada nas diretrizes da Política de Atenção Básica e de Educação no SUS, e na mudança nos modos de pensar e agir em saúde, que devem ser convergentes, é que surge a pergunta desta pesquisa. *A modalidade de formação da RIS/GHC está em consonância com a política pública de Atenção Básica adotada no país que é a Estratégia de Saúde da Família?*

Cabe ressaltar, que a ESF é também uma das estratégias de consolidação do SUS, seu lugar são os espaços de troca entre a comunidade e os serviços, é nesse espaço que podemos estimular uma formação articulada com a filosofia do SUS e seus mecanismos de funcionamento. A visão de sujeito, a apropriação das complexidades pedagógicas no processo de ensinar, a organização de serviços tanto de controle como de assistência, os diversos níveis de atendimentos, todas as dimensões da práxis são contempladas na estratégia.

A realização deste estudo comparando a Política Nacional de Atenção Básica e a formação em Saúde da Família no Grupo Hospitalar Conceição justifica-se tendo em vista todo arcabouço político já descrito que assinala para a necessidade de uma formação diferenciada e qualificada para atuação no SUS, e no caso da atenção básica, para a Estratégia de Saúde da Família. Assim como as inquietações advindas de minha trajetória acadêmica e profissional também contribuíram para o interesse em realizar esta pesquisa. O ingresso na primeira turma da Residência Integrada em Saúde do GHC na ênfase de Saúde da Família e Comunidade e, a posterior atuação na Estratégia de Saúde da Família, em um município da grande Porto Alegre, bem como o retorno para a instituição na função de orientadora de núcleo, foram disparadores para estudar sobre o tema.

Desta forma, este trabalho tem como objetivo investigar quais as lacunas e potencialidades do processo formativo desenvolvido na Residência em Saúde da Família e Comunidade do GHC em relação à Política Nacional de Atenção Básica e a Estratégia da Saúde da Família.

1 CAMINHO METODOLÓGICO

A seguir apresento o caminho metodológico utilizado neste estudo.

1.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma análise comparativa, do tipo estudo de caso com enfoque exploratório e descritivo da formação da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição em comparação com a Política Nacional de Atenção Básica.

1.2 Local de estudo

O campo de estudo desta pesquisa foi o Programa da Residência integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição na ênfase em Saúde da Família e Comunidade.

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é uma instituição 100% SUS, vinculada ao Ministério da Saúde, composta por quatro unidades hospitalares e as unidades de saúde do Serviço de Saúde Comunitária (SSC). Esta instituição está em consonância com as diretrizes do SUS - Descentralização, Integralidade da Atenção e Participação da Comunidade, e apresenta um conjunto de diretrizes que permeiam o processo de mudança para a efetiva consolidação do SUS no Estado do Rio Grande do Sul. Tais diretrizes possibilitam a relação entre a Gestão, a Atenção à Saúde e a Formação de Pessoas.

A partir de 1983, o Grupo Hospitalar Conceição organizou a Divisão de Saúde Comunitária, adotando o nome de Serviço de Medicina de Família, iniciando suas atividades com a residência em Medicina Geral e Comunitária e, mais tarde, ampliando sua atuação para Serviço de Saúde Comunitária. Este serviço tinha como eixos estruturantes a medicina geral e a atenção primária, bem como o conceito ampliado de saúde e noções de primeiros cuidados, com ênfase na participação

popular (CORBO; MOROSINI; PONTES, 2007). Desta forma, por ter surgido a partir de um programa de residência, o SSC teve sua criação alicerçada nas práticas de Ensino e Pesquisa (GHC, 2006).

O SSC é formado por 12 unidades de saúde, situadas na zona norte do município de Porto Alegre. Caracteriza-se por ser um serviço de atenção primária à saúde, atendendo aproximadamente 125 mil pessoas que são cadastradas para um permanente acompanhamento de seu estado de saúde, por meio de programas de prevenção e de tratamento feitos por equipe multiprofissional. O serviço também conta com os recursos de uma unidade de internação no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), um núcleo de monitoramento e avaliação, um núcleo de educação e saúde e uma secretaria de apoio administrativo.

O SSC vem atuando em ensino de maneira bastante efetiva, através do Programa de Residência Médica e como campo de estágio para diferentes universidades e cursos técnicos, nas diferentes áreas de formação. Além disso, o serviço também é considerado uma referência para treinamento e capacitação em atenção primária para diversos municípios (GHC, 2006). Com este importante histórico de experiência em formação, o SSC foi escolhido para acolher uma das ênfases da Residência Integrada em Saúde – a Saúde da Família e Comunidade.

A escolha deste programa se deu mediante as características da instituição GHC e a experiência prévia de formação na ênfase Saúde da Família e comunidade. Também foi levado em consideração o momento histórico e político no qual o início desta residência está inserido, tornando a RIS/GHC a primeira Residência Integrada em Saúde quando o Ministério da Saúde volta a incentivar esta modalidade de formação.

Desta forma, justifica-se como campo para realização deste estudo de caso.

1.3 Coleta de informações

As informações foram coletadas através de análise documental da Política Nacional de Atenção Básica, do Projeto Político-Pedagógico (PPG) da RIS/GHC e do documento que regulamenta a formação na ênfase de Saúde da Família e

Comunidade no GHC, bem como, observação e vivência da prática de trabalho em uma equipe de Saúde da Família após a formação em residência no GHC.

1.4 Análise de informações

Para analisar os dados obtidos utilizou-se a proposta de interpretação qualitativa de dados apresentada por Lüdke e André (1986) e denominada de categorização de dados. Este tipo de análise é composta por dois momentos distintos. No primeiro momento, é realizada a construção do conjunto de categorias descritivas, sendo necessário a realização de sucessivas leituras dos documentos utilizados. É preciso que esta análise não se restrinja somente ao que está explícito no material, mas também às mensagens implícitas. No segundo momento, ocorre a passagem da análise para a teorização. Para os autores, esta é a fase mais complexa, na qual a pesquisadora terá que rever suas idéias iniciais, sendo que nesta etapa poderão surgir novas idéias. É necessário que esta análise ultrapasse a descrição, buscando acrescentar algo a temática já existente sobre o assunto estudado, na tentativa de estabelecer conexões e relações que possibilitem novas explicações e interpretações.

Na busca de analisar a convergência entre a PNAB e os documentos que regulamentam a residência em Saúde da Família e Comunidade no GHC surgiram cinco categorias de análise relacionadas às **Diretrizes e estratégias, Gestão do sistema e de serviços de saúde, Infra-estrutura e recursos, Processo de trabalho e Educação Permanente e capacitação.**

2 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E A RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO

Para a realização da análise comparativa da Política Nacional de Atenção Básica e a RIS/GHC faz-se necessário contextualizar o processo de construção de ambos. Neste capítulo pretende-se apresentar o histórico tanto da PNAB quanto da RIS/GHC, bem como as principais características destas iniciativas.

2.1 Política Nacional de Atenção Básica

A Política Nacional de Atenção Básica foi aprovada em 2006 a partir da necessidade de revisar e adequar às normas nacionais que regulam a atenção básica no país. As experiências positivas do Programa de Saúde da Família (PSF), bem como sua consolidação como estratégia também influenciaram na aprovação desta política. Foi fundamentada nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, buscando a descentralização e o controle social da gestão, em consonância com a prioridade aprovada pelo Pacto pela Vida que era “consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção a saúde no SUS” (BRASIL, 2006, p. 3).

A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os princípios do SUS, buscando possibilitar o acesso universal e contínuo em serviços de qualidade e resolubilidade, sendo a porta de entrada preferencial do SUS e ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde. Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, individuais ou coletivas, de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006). Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

A construção do Sistema Único de Saúde avançou de forma substantiva nos

últimos anos, e a cada dia se fortalecem as evidências da importância da atenção básica neste processo. Neste contexto, a Estratégia de Saúde da Família apresenta-se como um importante dispositivo de mudança das práticas assistenciais, historicamente caracterizadas pela desigualdade no acesso aos serviços de saúde, enfoque em ações curativas e hospitalares, baixo vínculo entre as equipes de saúde e usuários, além da baixa resolutividade nas ações. Na busca de romper este paradigma e oferecer outra lógica de assistência, adota um conceito ampliado do processo de saúde-adoecimento e orienta as práticas com enfoque na prevenção, problemas de saúde da população, riscos e determinantes sociais. Nesta perspectiva de reorganização do sistema de saúde e da possibilidade de torná-lo o mais resolutivo possível, a ESF fundamenta-se no trabalho em equipe, competência técnica e reconhecimento pelo território de atuação, valorização dos aspectos culturais, situações de risco e vulnerabilidade social (GHC, 2006).

2.2 Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição

No ano de 2004 iniciou no GHC a Residência Integrada em Saúde (RIS/GHC), através da portaria 109/2004, nas ênfases de Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Intensivismo, na busca de formar profissionais capacitados para um olhar e uma escuta ampliada sobre o processo saúde-adoecimento:

como uma modalidade de ensino pós-graduado de caráter multiprofissional realizada em serviço, pertencente ao âmbito de regulação da educação profissional, acompanhada de atividades de reflexão teórica, orientação técnico-científica e supervisão assistencial de profissionais de elevada qualificação profissional (GHC, 2004b, p.1).

A formação em serviço, através da perspectiva da interdisciplinaridade e da humanização da atenção, objetiva uma melhor atenção ao usuário que necessita de atendimento. A Residência Integrada em Saúde do GHC permite a inserção de profissionais em formação na rede do sistema de saúde, reconhecendo os modos como acessá-lo, em busca da continuidade e a integralidade da atenção. Portanto, conforme o documento que regulamenta a residência “a formação deve ter abrangência suficiente para capacitar os/as residentes a integrar o sistema de saúde

como um todo, qualificando o atendimento ao/à usuário/a através da continuidade da atenção (GHC, 2009, p. 3).

Segundo Pasini (2007) já havia um esforço para iniciar a Residência Integrada em Saúde no GHC desde 2003, momento em que o Ministério da Saúde promoveu a constituição e o financiamento de residências multiprofissionais. A instituição iniciou as negociações e a Gerência de Ensino e Pesquisa o mapeamento dos possíveis campos de formação.

De acordo com o Projeto Pedagógico da RIS/GHC (2009), as áreas de ênfase foram estabelecidas baseadas em aspectos institucionais, de dimensão localregional e do contexto no qual o GHC está inserido. Os campos de formação deveriam ser áreas de conhecimento fundamentais para a formação de profissionais para atuarem no SUS, levando-se em consideração as necessidades de saúde das pessoas e a vigilância no território. O processo de trabalho das equipes também foi considerado nas escolhas dos campos, privilegiando espaços nos quais as práticas de saúde eram constituídas no trabalho em equipe, com atividades organizadas e flexíveis, capazes de acolher e conviver com outros saberes inseridos no processo de formação (GHC, 2009). Na Saúde da Família e Comunidade, a RIS objetiva “buscar a integralidade na formação de recursos humanos para o SUS através de treinamento em serviço, para o desempenho de atividades baseadas no modelo assistencial proposto pela Estratégia de Saúde da Família” (GHC, ano, p.5).

3 DIRETRIZES E ESTRATÉGIAS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E DA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GHC

Entre as categorias identificadas na análise comparativa da PNAB e da RIS/GHC destaca-se as diretrizes e estratégias apresentadas para ambas. Conceitua-se diretrizes e estratégias como “conjunto de instruções ou indicações para se tratar e levar a termo um plano, uma ação, um negócio, etc.” Desta forma, aqui serão analisados as diretrizes e estratégias necessárias para a efetivação da atenção básica e sua convergência com o processo formativo da RIS/GHC em Saúde da Família.

Ao analisar a PNAB percebe-se que existem eixos norteadores para o trabalho na atenção básica, explicitados: os princípios, na concepção das práticas gerenciais, no trabalho em equipe e na adscrição de território.

Em relação aos princípios, ao analisar o documento da PNAB (BRASIL, 2006) e os documentos que regulamentam a RIS no GHC (GHC, 2006 e 2009) é possível verificar que ambos estão em consonância neste aspecto. Segundo o PPG da RIS/GHC na SFC (GHC, 2006) os residentes devem adquirir durante a formação a competência de desenvolver o trabalho em saúde alicerçado nos princípios da integralidade, universalidade e da equidade.

A integralidade pode ser entendida como um conjunto de serviços prestados pela a equipe de saúde visando atender às necessidades mais comuns da população, bem como a responsabilização pela oferta de serviços e o reconhecimento dos problemas do território (MENDES; 2002). O princípio da integralidade emerge como norteador de ambos os textos analisados neste estudo. E também está relacionado à necessidade de responsabilizar os profissionais com a organização dos serviços a partir das premissas do SUS. Conforme o PPG da RIS/GHC (2009, p.5):

para a RIS/GHC, a integralidade é fundamental, pois não se pode limitar a atenção a saúde a uma prática biologicista, desconsiderando a complexidade da vida e os diferentes modos de compreendê-la. Por este motivo, é necessário formar profissionais capazes de entender a multiplicidade das necessidades expressas pelos/as usuários/as dos serviços.

Segundo o princípio da universalidade a saúde é um direito de todos e é um dever do poder público a provisão de serviços e de ações que lhe garanta. A

universalização, diferentemente, coloca o desafio de oferta destes serviços e ações de saúde a todos que necessitem, enfatizando ações preventivas e reduzindo o tratamento de agravos (BRASIL; 2000). A Atenção Básica no SUS deve possibilitar o acesso universal aos serviços de saúde e é a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. A boa qualidade e capacidade resolutiva deste nível de atenção é fundamental para efetivar a integralidade em saúde, diretamente por meio de suas ações, que podem resolver a maior parte dos problemas e necessidades de saúde da população ou pela adequada integração com os demais serviços de saúde de média e alta complexidade de referência do SUS (BRASIL; 2006).

Fraiz (2007) afirma que o SUS cuida da saúde de todos, promovendo a justiça, na medida em que ao planejar suas ações, leva em conta as necessidades das pessoas. Mais do que a igualdade, o que significa atender a todos da mesma forma, o SUS passa a ter por princípio a promoção da justiça. A equidade pode ser considerada o reconhecimento das diferenças e das necessidades especiais dos grupos mais vulneráveis socialmente.

No eixo gerenciamento, a PNAB (BRASIL, 2006) prevê que a atenção básica seja desenvolvida por práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas. Ambos os documentos da RIS no GHC (2006; 2009) trazem a necessidade do residente desenvolver habilidades para planejamento e gestão. A formação na Saúde da Família e Comunidade é regida pela busca de posturas éticas pactuadas entre seus membros, no qual se firmam compromissos de cooperação entre os integrantes da equipe, os usuários e a instituição através da co-responsabilização do cuidado (GHC, 2009). Durante o curso, os residentes vivenciam no Serviço de Saúde Comunitária a gestão colegiada, tanto no colegiado de gestão dos assistentes de coordenação das unidades junto ao gerente e coordenador do serviço, quanto nas unidades que trabalham com esta ferramenta da gestão. Também participam do processo eleitoral na escolha dos assistentes de coordenação, coordenação do SSC e coordenação da RIS na SFC. Estas atividades fortalecem a democracia no serviço e possibilitam ao residente um olhar diferenciado sobre a gestão local dos serviços. O que demonstra uma convergência do processo formativo da RIS/GHC como o estabelecido na PNAB.

O trabalho em equipe está previsto tanto na normativa política da atenção básica quanto no PPG da RIS/GHC e no documento da ênfase saúde da família e comunidade. Segundo Peduzzi (1998), o trabalho em equipe multiprofissional

consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. Neste contexto, a formação na RIS/GHC contempla o preconizado na PNAB no que diz respeito ao trabalho em equipe como uma ferramenta indispensável no fazer saúde, conforme explicitado no PPG da RIS/GHC (2009). O trabalho em equipe abre-se para a interdisciplinaridade através da integração de saberes, consegue-se aproximar da multidimensionalidade dos sujeitos envolvidos e do contexto em que estão inseridos (GHC, 2009).

Conforme a PNAB (2006) as ações das equipes devem ser direcionadas a populações de territórios adscritos, com responsabilidade sanitária. A normativa também prevê que se desenvolva relações de vínculo e de responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações. As unidades do SSC do GHC possuem áreas de atuação delimitadas, possibilitando esta vivência aos residentes durante o processo formativo na RIS/GHC. No que se refere a vínculo e continuidade de cuidado, o fato da formação na residência ocorrer durante dois anos pode ser considerada uma potencialidade desta modalidade de ensino. Faz parte do processo formativo da RIS/GHC se vincular a famílias e acompanhar durante o período em que está na unidade, o que viabiliza que o mesmo exerça a responsabilização entre as equipes e a população adscrita, bem como garante a continuidade das ações e a longitudinalidade do cuidado. A longitudinalidade é definida como o aporte regular de cuidados pela a equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo (MENDES; 2002). Franco, Bueno e Mehry (1999) apontam que em todo lugar onde ocorre um encontro entre um trabalhador de saúde e um usuário, surgem processos tecnológicos que visam produzir relações de escuta e responsabilização que se articulam na construção de vínculos e compromissos.

Além disso, a atenção básica considera as singularidades dos sujeitos na busca da promoção de saúde, prevenção e tratamento de agravos e redução de danos que possam comprometer o bem estar das pessoas (BRASIL; 2006). O texto oficial que normatiza a RIS/GHC (GHC, 2006) preconiza que durante a formação o residente desenvolva suas práticas baseadas na concepção de vigilância a saúde, através de intervenções de promoção, prevenção e de ações curativas. Estas atividades são amplamente desenvolvidas na formação, incentivadas pelos

profissionais que atuam no SSC e influenciam no cuidado prestado a partir da perspectiva da educação em saúde. Cabe ressaltar que na ESF há uma possibilidade concreta da educação em saúde ser mais efetiva, uma vez que as equipes estão dentro das casas das pessoas, vivendo suas angústias e alegrias e os limites entre as equipes e as famílias ficam frágeis. Segundo Teixeira *et al* (1998), a vigilância à saúde parte da territorialização do trabalho em saúde e permite a compreensão dos problemas em seu contexto territorial e o planejamento mais adequado das intervenções necessárias, desde a definição de prioridades ao estabelecimento das ações.

Desta maneira, no aspecto relacionado a diretrizes e estratégias e seus eixos estruturantes (princípios, práticas gerenciais, trabalho em equipe e adscrição de território) a formação em Saúde da Família e Comunidade da RIS/GHC está em consonância com os aspectos previstos na PNAB, e estes aspectos podem ser considerados como uma potencialidade da formação.

O fato do GHC ser uma instituição 100% SUS, nos diferentes níveis de atenção, permite que os residentes vivenciem tais valores durante a formação e possibilita que e os mesmos sejam fortalecidos após a formação na ESF. No entanto, cabe ressaltar que as especificidades técnicas e profissionais dos atores envolvidos com a formação podem proporcionar ou não que estes princípios e diretrizes sejam vivenciados em serviço e reproduzidos nas práticas, pois são construções permanentes e em disputa no cotidiano dos serviços.

4 A GESTÃO DO SISTEMA E DE SERVIÇOS DE SAÚDE NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E NA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GHC

Outra categoria destacada para análise da RIS/GHC e sua relação com a PNAB foi a gestão do sistema e serviços de saúde. Para efeito de entendimento destas funções no SUS torna-se necessário conceituar gerência e gestão. Brasil (2003) define *gerência ou gerenciamento* como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc) que se caracterizam como prestadores de serviços do SUS. Enquanto *gestão* pode ser considerada como a atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional) exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

Na PNAB (2006) preconiza-se uma gestão democratizada, tendo em vista a horizontalização, a construção de espaços coletivos de gestão, apontados como alternativas para possibilitar maior participação dos trabalhadores e usuários.

No que se refere à gestão do sistema, a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006) define a responsabilidade de cada ente federado para efetiva implementação da política nos municípios. O PPG da RIS/GHC (2009, p. 7) traz a possibilidade de desenvolver “conhecimentos e habilidade para o planejamento, a gestão e a avaliação de planos e processos de trabalho dos diferentes serviços de saúde” como um objetivo específico da residência que deve ser alcançado ao longo da formação. No entanto, é possível verificar que durante os dois anos de residência, existe pouca vivência do sistema de saúde, uma vez que o GHC trabalha com a gestão de serviços à parte da gestão do sistema municipal de saúde de Porto Alegre. Tal fato ocorre porque o GHC é uma instituição organizada pelo Ministério da Saúde e, portanto, seus serviços estão sobre a gerência do Ministério da Saúde e não da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Durante alguns anos, os residentes da SFC realizavam estágios na Acessoria de Planejamento e Programação (ASSEPLA), fato que garantia um olhar ampliado sobre a gestão municipal da saúde em Porto Alegre. Nos dias de hoje, o residente só tem esta experiência se buscar esta formação em estágio optativo.

No âmbito municipal, a PNAB (BRASIL, 2006) afirma que compete as

secretarias municipais de saúde a organização, execução e gerenciamento dos serviços e das ações na atenção básica, bem como inserir a ESF em sua rede de serviços, buscando a organização do sistema local de saúde. O fato do GHC ser uma instituição com um sistema de gestão híbrido, impossibilita que estes aspectos sejam contemplados na formação. Outro aspecto de distinção é que as equipes do SSC/GHC ainda não são equivalentes às equipes da ESF, principalmente, no aspecto referente ao número de profissionais e de famílias cadastradas nas unidades de saúde.

A normativa da atenção básica também define neste item a necessidade de desenvolver técnicas e estratégias organizacionais que proporcionem a qualificação de recursos humanos para a gestão, planejamento, monitoramento e avaliação. Em relação a este aspecto, na Saúde da Família e Comunidade (GHC, 2006, p. 6) o residente deve “desenvolver habilidades para o processo de planejamento e gerência local em saúde”. Esta competência é desenvolvida através da participação dos residentes nas reuniões de planejamento e de equipe nas unidades, de um estágio de gerenciamento, no qual assumem a gestão da equipe junto ao assistente de coordenação, bem como nas atividades de reflexão teórica de campo, onde são discutidos os aspectos da gestão em saúde. O SSC utiliza como referencial a metodologia do Planejamento Estratégico em Saúde, proporcionando uma base conceitual e operacional para reorganização dos processos de trabalho das equipes do serviço. Para Silveira (2007, p. 339)

o planejamento estratégico, tanto no nível local quanto nos níveis diretivos das instituições de saúde, é um instrumental poderoso para a consolidação do programa de saúde da família, não pretendendo ser “a resposta” mas ajudando a construir aquela que se fizerem necessárias no processo de construção do SUS.

A formação do GHC na SFC possibilita um amplo conhecimento da gestão da instituição, além de capacitar para gestão local de equipes de saúde, mas ainda deixa desejar no aspecto da relação entre gerência de serviços e a gestão do sistema. Somente no segundo ano de residência, nas atividades teóricas de campo, é que o residente se aproxima da gestão em saúde e da Estratégia de Saúde da Família, no momento em que realiza um exercício como se fosse implantar a estratégia em algum município do Rio Grande do Sul.

Outros aspectos relevantes que devem ser levados em consideração na temática da gestão são as pactuações com a Comissão Intergestores Bipartite (CIB)

e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) nas quais são definidas as diretrizes e normas para a atenção básica que não são conhecidas tanto pelos trabalhadores do grupo, quanto pelos residentes em formação no GHC, visto que se possibilita a vivência dos fluxos e pactuações internos na instituição e não no sistema. Também pode ser considerada uma lacuna, o conhecimento das metas e prioridades estabelecidas no Plano de Saúde Municipal e Estadual, neste item também é experienciado as metas e prioridades estabelecidas pela instituição especificamente.

Além disso, a PNAB (BRASIL, 2006) ainda aponta sobre a necessidade de um sistema de informações que possibilite monitorar e avaliar os indicadores de saúde. O SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) foi desenvolvido como instrumento gerencial dos Sistemas Locais de Saúde e incorporou em sua formulação conceitos como território, problema e responsabilidade sanitária, completamente inserido no contexto de reorganização do SUS no país, o que fez com que assumisse características distintas dos demais sistemas existentes. Tais características significaram avanços concretos no campo da informação em saúde. Este sistema permite compreender e desvendar os modos de vida e as relações saúde-doença que acontecem no território, atuando também como instrumento gerencial para eleição de prioridades e definição de intervenções (SOWEK; 2007). No Serviço de Saúde Comunitária é utilizado um sistema de informações próprio, o *Voiager*, no qual as equipes têm acesso aos seus dados e indicadores de saúde. Embora o SIAB seja um instrumento muito criticado e que necessita de atualizações, ainda é o sistema utilizado na ESF, e possui características bastante específicas que interferem no trabalho na estratégia. O fato do GHC ter um sistema de informações distinto do SIAB, impossibilita ao residente esta experiência. As fichas utilizadas pelos membros das equipes de saúde na ESF devem ser preenchidas, e os dados obtidos em seu fechamento lançados no SIAB, influenciando inclusive no financiamento para saúde.

Em relação à gestão de sistema, a PNAB (BRASIL, 2006) e os documentos da residência no GHC (2006 e 2009) estão em convergência nos itens relacionados à gestão local dos serviços de saúde. No entanto, a formação nessa instituição é falha no aspecto da gestão do sistema. A vivência na gestão das unidades, a apropriação de ferramentas como planejamento estratégico, as discussões nas atividades de campo podem ser consideradas potencialidades da formação. Já o afastamento da gestão de sistema, principalmente, no âmbito municipal, a

divergência existente entre os sistemas de informações e a inexistência de relações entre a formação e a CIB e CIT, bem como o plano de saúde municipal e estadual demonstram o acúmulo existentes na instituição e, portanto, que refletem na formação em SFC na RIS/GHC.

5 INFRA-ESTRUTURA E RECURSOS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E NA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GHC

Outra categoria para análise comparativa é o item sobre a infra-estrutura e os recursos necessários para efetiva implementação da atenção básica e serão analisados em comparação aos documentos que regulamentam a residência na instituição estudada (GHC, 2006, 2009).

Neste aspecto a PNAB (BRASIL, 2006) indica como necessário para a realização das ações Unidades Básicas de Saúde (UBS) com ou sem Saúde da Família inscrita no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) conforme normas sanitárias vigentes. Conforme o PPG da RIS/GHC (2009) as atividades de formação são desenvolvidas nas estruturas dos serviços do GHC nos quais as ênfases estão inseridas, bem como nas estruturas da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP). Na Saúde da Família e Comunidade a residência tem como infra-estrutura as 12 unidades do SSC distribuídas em diferentes pontos da zona norte de Porto Alegre, o Núcleo de Monitoramento e Avaliação, o Núcleo de Educação e Saúde, uma unidade de internação e uma Secretaria de Apoio Administrativo. Em relação ao CNES, é relevante lembrar que o GHC está cadastrando as unidades do SSC, em vistas de um convênio em parceria ao gestor municipal.

A política prevê que as unidades disponibilizem equipes multiprofissionais formadas por médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, auxiliares de consultório dentário (ACD), técnicos em higiene dental (THD), auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Neste aspecto, o documento da SFC indica que as equipes das unidades do SSC são multiprofissionais e compostas pelos mesmos profissionais das equipes mínimas da ESF e também por psicólogas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, farmacêuticas, nutricionistas, auxiliares de serviços gerais e auxiliares administrativas, com formação e experiência em saúde pública (GHC, 2006). Nesta ênfase, a residência é campo de formação para enfermeiros, assistentes sociais, dentistas, psicólogos, farmacêuticos e nutricionistas nas diversas unidades do serviço. A vivência multiprofissional, a possibilidade de exercer a interdisciplinaridade e experimentar o trabalho com equipes de matriciamento nestas unidades podem ser consideradas

potencialidades da residência quando comparadas as equipes mínimas de trabalho nas unidades de saúde da família.

É importante comentar que as assistentes sociais e as psicólogas estão diretamente ligadas às equipes, já as farmacêuticas e nutricionistas realizam supervisão e matriciamento junto às equipes de saúde do serviço. Este aspecto é um diferencial no SSC quando comparado a Estratégia de Saúde da Família, na qual estes profissionais são referência nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). Estes núcleos têm por objetivo a ampliação da abrangência e das ações da atenção básica, apoiando a Estratégia de Saúde da Família e priorizando que os profissionais atuem em parceria no compartilhamento das práticas em saúde desenvolvidas no território de atuação, desenvolvendo a responsabilidade compartilhada com a equipe.

Em relação à formatação das equipes, é necessário o número de ACS suficiente para cobrir 100% da população sob responsabilidade das unidades, sendo este profissional o principal ator na relação que deve ser estabelecida entre as equipes e a comunidade. A supervisão e a capacitação destes profissionais é de responsabilidade das equipes na ESF (BRASIL, 2006). No GHC, o número de ACS não está adequado para o tamanho do território, sendo que não está prevista no PPG da RIS (2009) a supervisão e a capacitação desta categoria, ficando esta responsabilidade apenas para o núcleo da enfermagem (GHC, 2006). No trabalho com o ACS, o fato da instituição não utilizar o SIAB também pode ser considerada uma lacuna da formação, pois o residente não vivencia o preenchimento das fichas, nem o lançamento no sistema e necessitará realizar esta tarefa quando trabalhar na Estratégia de Saúde da Família. Além disso, como os dados são coletados nas áreas de abrangência, permitem a obtenção de indicadores territoriais, com os quais é possível avaliar iniquidades nas áreas de abrangências das unidades.

Neste sentido, a PNAB (BRASIL, 2006) sugere que para atuação destes profissionais, os prédios nos quais as unidades estão instaladas conte com consultório médico, odontológico e de enfermagem. O PPG da RIS/GHC (2009) não discorre sobre esta necessidade, mas apresenta a realização de consultas programadas e de emergência como uma atividade a ser desenvolvida ao longo da formação. Estes consultórios estão contemplados na maioria das unidades, sendo que onde não há consultórios específicos para as categorias profissionais é realizado um rodízio na ocupação das salas pelos membros das equipes.

Além disso, a garantia de fluxos de referência e contra-referência aos serviços especializados, de apoio diagnóstico e terapêutico, ambulatorial e hospitalar é uma necessidade destacada na normativa da atenção básica (BRASIL; 2006). O plano pedagógico da RIS/GHC (2009, pág 3) afirma que formação em residência

possibilita o reconhecimento das diferentes 'portas de entradas' acessadas pelos/as usuários/as e a elaboração de estratégias para a construção de sistemas de referência e contrarreferência entre os serviços, visando garantir a continuidade e a integralidade da atenção à saúde nos diversos âmbitos em que se dão os cuidados.

No entanto, a garantia destes fluxos pode ser considerada uma dificuldade tanto na instituição quanto na formação, tendo em vistas que os mesmos ainda não estão estabelecidos de forma efetiva junto ao gestor municipal que utiliza como ferramenta uma central de marcações desarticulada com o sistema de saúde e existem fluxos de referência e contra-referência específicos do GHC na relação das unidades de saúde com as demais unidades hospitalares do grupo.

Desta forma, no item relacionado à infra-estrutura e recursos, a atuação em equipes multiprofissionais é uma potencialidade proporcionada pela formação em residência do GHC, pois possibilita a prática do trabalho em equipe de maneira interdisciplinar à luz dos princípios e diretrizes do SUS. Por outro lado, o número inadequado de ACS e a não utilização do SIAB, ferramenta importante na avaliação dos riscos no território ainda é uma dificuldade no GHC. Além disso, apesar da instituição dispor de diferentes níveis de atenção, os fluxos de encaminhamentos ainda são considerados como uma lacuna que tem grande influência sobre a formação, pois reflete na prática de referência e contra-referência estabelecidas na política e que é distinta no GHC, bem como a inexistência de relação com a gestão do sistema de saúde.

6 O PROCESSO DE TRABALHO NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E NA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GHC

O processo de trabalho também foi destacado como uma categoria analítica desta análise comparativa. O processo de trabalho em saúde remete à compreensão que ele compartilha características comuns a outros processos de trabalho que se dão na indústria e em outros setores da economia. Evidencia-se a divisão social e técnica do trabalho, resultando em três dimensões básicas: a primeira, de natureza formativa dos profissionais de saúde; a segunda, da gestão e da gerência dos serviços; e a terceira, da produção propriamente dita dos serviços, operando ações promocionais, preventivas e curativas sobre a dor, o sofrimento e as demandas de saúde da população. O foco desta reflexão está direcionado para a última dimensão, ou seja, a produção dos serviços .

A ESF tem características específicas neste item que devem ser contempladas na formação da RIS/GHC na Saúde da Família e Comunidade, uma vez que será o principal campo de atuação para os egressos do programa. A PNAB (BRASIL, 2006) define como características do processo de trabalho das equipes a adscrição do território de atuação das equipes, o mapeamento e reconhecimento da área, com contínua atualização, priorizando a solução de problemas através da programação e implementação de ações resolutivas e de acordo com a demanda da população. Conforme o projeto político-pedagógico da RIS/GHC o residente deve ser capacitado para reconhecer necessidades de intervenção junto ao território, com envolvimento tanto em grupos educativos com enfoque na manutenção e promoção da saúde quanto em movimentos populares para o fortalecimento do controle social (GHC, 2006).

A definição de território, conforme Teixeira, Paim e Villasboas (1998, p. 20) vem “das relações entre as condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde”. Para Corbo, Morosine e Pontes (2007) também é necessário desenvolver um processo de mapeamento do município através de coleta sistematizada de dados sobre a população e as condições sócio-econômicas e sanitárias das localidades. Segundo as autoras, não é à toa que existe um trabalho prévio e concomitante de mapeamento e reconhecimento do território durante a implantação das equipes na ESF. Assim, a habilidade de trabalhar as questões de território torna-

se imprescindível na formação em Saúde da Família e Comunidade.

A PNAB (BRASIL, 2006) também indica que a ESF mantenha um cadastro atualizado das famílias, nos quais os dados possam ser utilizados para fazer um diagnóstico de saúde das mesmas. Além deste aspecto, as equipes necessitam programar e implementar atividades de acordo com os riscos de saúde, priorizando a solução de problemas mais prevalentes no território. De acordo com o documento da RIS/GHC na SFC (GHC, 2006) o residente tem como competência o desenvolvimento de ações na perspectiva da educação em saúde voltadas aos problemas do território e que devem estar de acordo com o planejamento das equipes. O documento também preconiza que o residente deve “desenvolver habilidades pedagógicas para o processo educativo em saúde, enquanto prática social, histórica e política”. No SSC, apesar de não se utilizar o SIAB, o sistema de informações permite a manutenção de cadastro atualizado e os dados estão disponíveis para todos os profissionais das equipes. O núcleo de Monitoramento e Avaliação reúne os dados e produz relatórios trimestrais dos programas e indicadores de saúde e morbidade, o que permite que faça parte do processo de aprendizagem as informações em saúde, sua coleta e sistematização.

Cabe também as equipes desenvolver ações educativas que possam refletir no processo saúde-doença, bem como pensar estratégias voltadas para grupos e fatores de risco para prevenir o surgimento ou manutenção dos problemas de saúde, garantir o atendimento integral, incluindo o apoio diagnóstico e laboratorial (BRASIL; 2006). O PPG da RIS/GHC na SFC (GHC, 2006) prevê o trabalho em equipe multiprofissional, com base na realidade local, desenvolvendo atividades voltadas aos problemas de saúde no contexto individual, familiar ou coletivo. O trabalho desenvolvido com as comunidades, nas unidades do SSC/GHC, possibilita aos residentes o envolvimento com atividades de educação em saúde como grupos, atividades nas escolas e creches, planejamento junto à comunidade, dentre outras atividades. Estas atividades podem ser consideradas como uma potencialidade da formação da RIS/GHC.

Em relação à prática do cuidado familiar, a PNAB (BRASIL, 2006) propõe um cuidado familiar ampliado, no qual é necessário reconhecer como as famílias estão estruturadas e sua funcionalidade no sentido de articular intervenções que sejam significativas para as famílias. Não está previsto no texto oficial que rege a formação em SFC uma habilidade ou competência específica para abordagem familiar. O texto

indica de forma generalizada que é necessário formar profissionais capazes de realizar ações que possibilitem uma atenção integral, buscando a qualificação das ações de saúde no âmbito individual, familiar e coletivo, conforme a área de atuação específica, respeitando o caráter multiprofissional e interdisciplinar (GHC, 2006). No entanto, a abordagem familiar é uma prática das equipes do SSC e, portanto, faz parte da formação em residência na instituição em questão, mesmo não estando contemplada no documento oficial. Em relação à vivência de atuação na ESF, este cuidado é muito utilizado e as ferramentas de trabalho que foram observadas no campo de formação, como as discussões de caso, as terapias de famílias e o uso do genograma possibilitam um olhar diferenciado do profissional ao trabalhar estes aspectos no território.

Outro item preconizado pela normativa política da atenção básica é a busca de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais, de acordo com as prioridades e sob a coordenação do gestor municipal. Neste item, PPG da RIS/GHC na SFC (GHC, 2006, p. 7) ressalta como uma habilidade que o residente deve desenvolver ao longo de sua formação: “conhecer e atuar na rede de apoio institucional social, articulando e promovendo, permanente, possíveis propostas de ações integradas e intersetoriais”. Este aspecto é muito importante na articulação de ações para o território de atuação, no entanto sua prática fica bastante prejudicada uma vez que o campo de formação da RIS/GHC na SFC não está inserido na gestão municipal da saúde, possibilitando que a intersetorialidade seja exercida, principalmente, entre os muros da instituição, não permitindo ao residente a vivência destas atividades em sua plenitude. Na ESF, evidencia-se que esta prática é fundamental para a implementação do processo de trabalho das equipes.

Também é importante ressaltar que os aspectos éticos são citados em ambos os documentos (PNAB e PPG da RIS/GHC na SFC). A política atenta para a necessidade de “valorização dos diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos de confiança com ética, compromisso e respeito” (BRASIL, 2006, p. 26). Já o documento da residência indica a importância de “manter um processo permanente de reflexão sobre os aspectos éticos do processo de trabalho em saúde” (GHC, 2006, p 7). As questões éticas são fundamentais para o trabalho na ESF, uma vez que as pessoas se conhecem, alguns profissionais como os agentes comunitários de saúde são moradores da área, e devem ser reavaliadas e pactuadas entre equipe de forma

sistemática com o intuito de respeitar o indivíduo, suas necessidades e peculiaridades.

A PNAB (BRASIL, 2006) ainda levanta como uma característica do processo de trabalho da estratégia estimular e promover a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na implementação e avaliação das ações. Porém, a participação popular no texto oficial da residência aparece como uma competência muito genérica na qual o residente deve desenvolver ações que estimulem a participação social e surge como uma habilidade específica apenas para o núcleo do serviço social: “reconhecer necessidades de intervenções coletivas nos territórios de abrangência incentivando a participação popular” (GEP; 2006 p. 9). O PPG da RIS/GHC na SFC (2006) indica que os residentes deverão participar das reuniões dos Conselhos Locais nas unidades, nos fóruns distritais e no Conselho Municipal de Saúde. No entanto, em relação a esta temática, tanto o texto que rege a residência quanto a formação em serviço possibilitam uma visão fragmentada, uma vez que o documento trata a participação popular de maneira muito abrangente indicando que o residente deve participar dos fóruns de participação popular sem estipular metas e, desta forma, se residente participar uma vez de cada fórum, esta atividade é contemplada. Este item deveria ser mais valorizado na formação, pois ao ingressar na ESF, muitas vezes é necessário articular junto a comunidade a formação de Conselhos Locais, bem como estimular a participação junto aos demais fóruns para implementação do controle social nas áreas adscritas pelas equipes.

A avaliação sistemática e o acompanhamento das ações implementadas nas equipes, objetivando a melhora do processo de trabalho também surge como uma necessidade da ESF na normativa (BRASIL; 2006). O residente, segundo o PPG da RIS/GHC na SFC (2006), deve desenvolver habilidades no processo de planejamento e gestão local nas equipes em que estão inseridos. Em relação à gestão local e planejamento, os residentes têm uma experiência positiva aqui já citada, uma vez que os campos de formação tradicionalmente proporcionam esta vivência, mas estas atividades ainda são muito voltadas para a realidade e a gestão do GHC, prejudicando o olhar integral sobre o sistema de saúde no qual a atenção básica deve estar inserido.

Para pensar o processo de trabalho nas equipes da Estratégia de Saúde da Família alguns itens devem ser prioritários e necessitam se fazer presentes na formação específica para esta área. A experiência do trabalho e da vigilância no

território, assim como a atualização do cadastro fazem parte do processo de trabalho das equipes do SSC no GHC e, deste modo, estão presentes na formação. Outro aspecto positivo é o trabalho educativo e ético, realizado junto às equipes e a comunidade a partir da perspectiva da educação e saúde, permitindo aos residentes a troca de saberes e valorização do saber popular. Já a abordagem familiar, citada na Política Nacional de Atenção Básica, e não contemplada no documento que regulamenta a residência no GHC, é muito utilizada nas atividades de discussão de casos nas equipes do SSC e imprescindível para atuação em saúde da família.

Neste item, também foram evidenciadas lacunas na formação no que diz respeito à intersectorialidade, participação popular e controle social, e gerenciamento. A intersectorialidade costuma acontecer, principalmente, entre os setores do GHC, impossibilitando a experiência de articulações em rede. No que se refere à participação popular, apesar do GHC ser pioneiro neste aspecto, o fato do documento que regulamenta a residência não estipular metas, junto aos residentes, para a participação nos diferentes fóruns, permite que o residente não realize esta atividade, ou participe de maneira desarticulada, sem se vincular as lideranças comunitárias.

7 ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E CAPACITAÇÃO APONTADAS NA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA E NA RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DO GHC

O Ministério da Saúde preconiza que a Educação Permanente em Saúde leve em consideração aspectos regionais, possibilitando a superação de desigualdades regionais, avaliando as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a educação permanente dos profissionais é de responsabilidade do município e do estado e traz o Curso Introdutório como a principal estratégia (BRASIL; 2006). Por outro lado, o PPG da RIS/GHC (GHC, 2009) no aspecto relacionado à educação permanente trata o tema de maneira mais complexa, baseada na proposta de reorientação do processo de trabalho dos profissionais nas áreas cotidianas de atuação. Neste documento, é entendida como um processo permanente, de caráter participativo em que “a aprendizagem se produz ao redor de um eixo central constituído pelo trabalho habitual dos serviços” (GHC, 2009, p. 6).

A PNAB (BRASIL, 2006) indica que os conteúdos mínimos a serem trabalhados com as equipes de saúde devem priorizar as áreas estratégicas da atenção básica, bem como levar em consideração temas que sejam considerados relevantes para o gestor estadual e municipal. Para a RIS/GHC (GHC, 2009) a educação permanente deve ser considerada uma estratégia para reestruturar os serviços a partir dos determinantes sócio-culturais e econômicos e as práticas dos trabalhadores, buscando oportunizar o processo de ensino-aprendizagem orientado pela integralidade e humanização. Conforme o documento (GHC, 2009, p.6):

a busca da compreensão da realidade social auxilia na prestação de um cuidado mais humanizado, sendo este reconhecido como um das propostas do SUS. Trabalhar a promoção e a atenção integral à saúde, visando ao fortalecimento da autonomia dos sujeitos na produção da saúde, potencializa o trabalho em equipe e qualifica a prestação do cuidado.

Ambos os documentos analisados buscam fortalecer estratégias formativas, descrevendo sobre a criação de incentivos para processos de qualificação profissional, como a liberação de carga horária semanal para atividades em

residência multiprofissional e/ou de medicina de família e comunidade. A PNAB ainda discorre sobre a aplicação de incentivos financeiros para os municípios que aderirem a estratégia de formação de alunos de graduações de enfermagem, medicina e/ou odontologia e de residência médica em Medicina de Família e Comunidade (BRASIL; 2006).

Além disso, o documento da residência também discorre sobre o desafio da formação de profissionais críticos e capazes de aprender a aprender, a partir da educação permanente, com o intuito de modificar as práticas e problematizar processos de trabalho.

Para Ceccim (2005) a educação permanente em saúde pode ser considerada como uma estética pedagógica que possibilita a problematização e a invenção de problemas. Desta forma, Pasini e Guareschi (2008, p. 110) dizem que os espaços de formação da residência possibilitam efeitos sobre si e sobre o outro e, portanto, promovem a “invenção incessante de outros modos de falar, ver e julgar o que se aprende como verdadeiro, para promover novas composições e perspectivas...”.

Do ponto de vista educacional, o que pode determinar a visão de sujeito são as concepções pedagógicas nos quais os profissionais foram formados. Assim, torna-se imprescindível que nos currículos institucionais se lance mão de tecnologias mais inovadoras, com metodologias e pedagogias inclusivas e realistas, como a educação permanente, através da metodologia da problematização como um dos caminhos para a formação do pessoal de saúde. Para Souza (2007) na educação permanente deve estar implícita o processo de cuidar e a preocupação com o processo de aprender e ensinar, bem como com os aspectos relacionados a saúde-doença. A autora entende que o processo de aprender e ensinar implica assumir uma postura reflexiva que leve a pensar sobre como se aprende, rompendo com formas tradicionais de aprendizagem em que se acentuam práticas de transmissão e transferência de conteúdos.

Portanto, neste item a maneira como a educação permanente é pensada na instituição GHC é uma potencialidade da formação na RIS, quando comparada a Política Nacional de Atenção Básica, pois possibilita ao trabalhador e, conseqüentemente, ao residente, a rever suas práticas e repensar seus modos de fazer saúde.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analisar a Política de Atenção Básica em comparação a formação em Saúde da Família e Comunidade da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição foi um grande desafio... Assim como a inversão de papéis a que fui submetida, ora residente cheia de críticas e anseios sobre a formação oferecida pela instituição, ora formadora do modelo que tanto critiquei, na função de orientadora de núcleo. Este vai-e-vem de críticas, questionamentos e pensamentos estiveram presentes em todas as etapas deste trabalho.

Neste estudo, foram analisados os aspectos referentes a **Diretrizes e estratégias, Gestão do sistema e serviços, Infra-estrutura e recursos, Processo de trabalho e Educação permanente e capacitação** pensados na PNAB, como importantes para a ESF e, deste modo, imprescindíveis para a formação específica em Saúde da Família e Comunidade.

Sendo assim, no item referente a diretrizes e estratégias e eixos elencados neste estudo como relevantes, tais quais: princípios, aspectos gerenciais, trabalho em equipe e trabalho na perspectiva de território a formação em Saúde da Família e Comunidade da RIS/GHC está de acordo com os aspectos previstos na normativa política da Estratégia de Saúde da Família. Porém, apesar de garantidos na formação, pela vivência do processo formativo em uma instituição 100% SUS, as especificidades dos profissionais envolvidos com a formação podem proporcionar ou não que estes princípios e diretrizes sejam experimentados durante os dois anos de residência e reproduzidos nas práticas.

No que se refere à gestão de sistema e serviços, ambos os documentos apontam para uma necessidade pertinente de habilidades para gestão. No entanto, pode-se verificar que a formação nessa instituição é mais direcionada para a gestão de serviços e apresenta lacunas no que diz respeito à gestão do sistema e a relação dos serviços com a gestão municipal, estadual e nacional. A residência em SFC proporciona espaços de gestão colegiada, a apropriação de ferramentas como planejamento estratégico, a vivência de um processo democrático na eleição de cargos de chefias e coordenadores, e ricas discussões nas atividades de reflexão teórica. Entretanto, o fato do GHC ser uma instituição híbrida e o distanciamento da gestão de sistema, principalmente, no da gestão plena no âmbito municipal

impossibilitam uma visão de todo o sistema, necessária para o profissional que irá atuar na ESF. A não utilização do SIAB no SSC também sinaliza para uma lacuna importante da formação em relação aos sistemas de informação existente na política e na estratégia da saúde da família.

Para infra-estrutura e recursos, o trabalho em equipe multiprofissional é uma potencialidade da formação em residência do GHC, pois permite a prática da interdisciplinaridade à luz dos princípios e diretrizes do SUS. Além disso, a formatação das equipes da atenção básica tem pontos positivos na questão do número de ACS e sua supervisão e capacitação, mas apresenta também desvantagens quando comparamos sua equipe mínima com a equipe ampliada que atua no SSC e que é formadora destes recursos humanos para o SUS. Outro aspecto não convergente relaciona-se aos fluxos de referência e contra-referência estabelecidos na política e que são distintos no GHC.

No aspecto processo de trabalho, as potencialidades identificadas são a experiência de trabalho em equipe multiprofissional proporcionada na formação, a experiência de vínculo e responsabilização sobre o cuidado das pessoas e o aprendizado sobre o território e vigilância em saúde. A educação em saúde também é bastante valorizada no SSC e, desta maneira, bastante priorizada na formação.

Em relação a este item, no aspecto relacionado à abordagem familiar verificou-se uma situação curiosa, uma vez que tradicionalmente as equipes do SSC trabalham com questões relacionadas a terapias de casais e de famílias, este cuidado aparece nos documentos da residência de forma muito abrangente, e, especificamente, como uma atribuição do Serviço Social, apesar de ser exercido por todos profissionais.

Ainda sobre processo de trabalho, as dificuldades de exercer a intersetorialidade fora os muros do GHC reflete sobre a formação e dificulta o olhar sobre todo o sistema e a articulação de ações em rede.

A análise do PPG da RIS/GHC na SFC (2006) aponta para uma dificuldade na efetivação da participação popular e do controle social, pois não exemplifica como ela deve acontecer, não estabelece metas de participação e o residente acaba se desinteressando (ou somente aqueles que tem interesse participam) e se afastando desta tão importante diretriz do sistema de Saúde do país.

O último aspecto analisado neste estudo foi a Educação Permanente e capacitação na ESF e no Serviço de Saúde Comunitária no GHC. É possível

verificar, tanto pela experiência de egressa do programa, quanto pela vivência de funcionária, que o jeito que educação permanente e os processos de capacitação são conduzidos na instituição GHC é um aspecto positivo da formação na RIS, quando comparada a Política Nacional de Atenção Básica, pois proporciona mudança de práticas e do agir e fazer saúde.

A hipótese inicial deste trabalho era de que a formação em Saúde da Família e Comunidade do GHC estava muito aquém das diretrizes e necessidades apontadas na normativa política da atenção básica. No entanto, esta análise evidencia que existem muitas lacunas e imensas potencialidades, tanto na PNAB quanto nos documentos que regulamentam a residência. Acredito que a reorganização da atenção básica, nos moldes da Estratégia de Saúde da Família, foi um grande avanço para o fortalecimento do SUS em nosso país. Mas, também não posso esquecer a relevância histórica e política do Serviço de Saúde Comunitária, atuante na promoção de saúde e prevenção de agravos, e pioneiro no trabalho em equipe desde 1983. Existem divergências entre os referenciais que sustentam a ESF e as premissas da Atenção Primária a Saúde que regem a ação no SSC, mas a atividade fim é que deve ser a mesma: o bem estar dos usuários sob nossa responsabilidade e a qualidade na formação de recursos humanos para o SUS.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Senado Federal. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/sf/legislação/const/>>. Acesso em: 09/06/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica SUS - 01/1993. Inf. Epidemiol. SUS, n. esp.p.49-73, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Sistema Único de Saúde: princípios e conquistas. Ministério da Saúde. Secretaria executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. 11ª Conferência Nacional de Saúde, Brasília 15 a 19 de dezembro de 2000: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social: relatório final / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Para entender a gestão do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2003.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de assuntos Jurídicos *Lei Nº11.129, de 30 de Junho de 2005a*. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/CCivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm>. Acesso em 09/06/2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. *Portaria Interministerial Nº 45, de 12 de Janeiro de 2007*. Ministério da Educação. Gabinete do Ministro. Disponível em: <http://www.in.gov.br/materias/xml/do/secao1/2525314.xml>. Acesso em: 12/05/2010.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005.

CORBO, A. D. A ; MOROSINI, M. V .G. C; PONTES, A. L. Saúde da família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. *In: MOROSINI, M. V G. C; CORBO, A. D.. A . Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. 240. (Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 4). p. 69 – 106.

CRUZ, M. ; SANTOS, A. P. Saúde da família e sociedade. *In: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.;SILVA, L. L. Saúde da Família na atenção primária*. Curitiba: Ibpex, 2007, p. 201 – 229.

DALLEGRAVE, D. ; SILVA, Q. T. A. Residência integrada em saúde: (trans)formação (inter)disciplinar. Porto Alegre; s.n; ; 2006. 34 f p.

FRAIZ, I. C. Saúde e sociedade. *In: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.;SILVA, L. L. Saúde da Família na atenção primária*. Curitiba: Ibpex, 2007. p. 48 – 74.

FRANCO, T.B.; BUENO, W. S. ; MEHRY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (2): 345 – 353, abri. – jun., 1999.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Gerência de Ensino e Pesquisa. Projeto da RIS/GHC. [S.l.: s.n.], 2004a. Mimeo.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Portaria nº 109, de 31 de março de 2004. Cria o Programa de Residência Integrada em Saúde. [S.l.: s.n.], 2004b. Disponível em: <<http://www.ghc.com.br/GepNet/risportaria.htm>>.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Gerência de Ensino e Pesquisa. Residência Integrada em Saúde do GHC ênfase: Saúde da Família e Comunidade. [S.l.: s.n.], 2006. Mimeo.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Gerência de Ensino e Pesquisa. Projeto político-pedagógico da RIS/GHC. [S.l.: s.n.], 2009. Mimeo.

LÜDKE, M.; ANDRÈ, M. E. D. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: Epu, 1986. 99P.

MENDES, E. V. Atenção primária no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

PASINI, V. L.; GUARESCHI, N. M. F. Residências multiprofissionais em saúde: invenção de modos de trabalhar em saúde pública e a produção de sujeitos. In: Marlene Neves Strey e Denise Carvalho Tatim. (Org.). Sobre Ets e Dinossauros: construindo ensaios temáticos. Passo Fundo: UPF Editora, 2008, p. 98-112.

PASINI, V. Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: vivenciando uma estratégia de desenvolvimento de trabalhadores para o SUS. Disponível em: < http://www.aben-df.com.br/CD/arquivos/palestrantes/vera_pasini.pdf> . Acesso em: 07/06/2010.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

PINHEIRO, R. ; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, conhecimento e cuidado: articulando conceitos, percepções e sensações para efetivar o ensino em integralidade. *In*: Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde / Roseni Pinheiro, Ricardo Burg Ceccim e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. 2. ed. - Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2006. p. 13-33.

RODRIGUES, M. P.; ARAUJO, M. S. de S. O fazer em saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf>. Acesso em: 16/07/2010.

SOUZA, L. R. Uma reflexão sobre educação e saúde na Estratégia Saúde da Família. *In*: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. Saúde da Família na atenção primária. Curitiba: Ibplex, 2007. p. 150 – 179.

SOWEK, L. R. Sistemas de informação em saúde. *In*: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. Saúde da Família na atenção primária. Curitiba: Ibplex, 2007. p. 342 – 364.

TEIXEIRA, C.F. ; PAIM, J. S. VILLASBÔAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. Informe Epidemiológico do SUS, Ano VII, 2, abr. – jun., 1998.

UCHIMIRA, K. Y. ; BOSI, M. L. M. Avaliação da qualidade na Estratégia Saúde da Família. *In*: ARCHANJO, D. R.; ARCHANJO, L. R.; SILVA, L. L. Saúde da Família na atenção primária. Curitiba: Ibpex, 2007. p. 366 – 385.