

**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**

Maria Amália Machado da Silveira

**Os Trabalhos de Conclusão e os Objetivos de Formação da
Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição**

**Porto Alegre, julho
de 2010.**

Maria Amalia Machado da Silveira

**Os Trabalhos de Conclusão e os Objetivos de Formação da
Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição**

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

Orientadora: Prof. Dra.Vera Pasini

**Porto Alegre
2010**

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos aos meus filhos Eduardo e Diego pelo auxílio à minha incursão ao mundo da informática, pelo incentivo e companhia nas noites de escrita.

Às minhas queridas amigas e colegas Júlia e Deise agradeço carinhosamente pelo apoio ,auxílio, e disponibilidade na escuta de minhas incertezas nesta caminhada .

Vera,minha querida orientadora, colega de muitos anos e amiga,obrigado.O percurso foi longo com muitos sobressaltos,quedas,paradas e recomeço.Tua companhia segura,confiante e incentivadora foi o grande aprendizado.

“Na leitura da lição não se busca o que o texto sabe, mas o que o texto pensa. Ou seja, o que o texto leva a pensar. Por isso, depois da leitura o importante não é que nós saibamos do texto o que nós pensamos do texto, mas o que – com o texto, ou contra ou a partir do texto - nós sejamos capazes de pensar”. (Jorge Larrosa, 2003)

Sumário

INTRODUÇÃO	6
1. O SUS E A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA A SAÚDE	9
2. PERCURSO METODOLÓGICO.....	13
3. ANÁLISE DAS CATEGORIAS.....	24
3.1 Temas dos TCR	24
3.2 Princípios do SUS	25
3.3 Relações entre formação e serviço	29
3.4 Relações entre níveis de atenção.....	31
3.5 Ações propostas.....	34
CONCLUSÕES	37
REFERÊNCIAS	39

INTRODUÇÃO

O presente trabalho emerge como requisito para a conclusão do curso de Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde, promovido em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), o Ministério da Saúde e o Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

O GHC é o maior complexo de atenção à saúde da região sul do Brasil e está voltado integralmente para usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo Porto Alegre, região metropolitana e interior do estado. Nos últimos anos vem buscando se consolidar como um Pólo de Formação e Pesquisa comprometido com a formação de estudantes e profissionais de saúde para o SUS, sendo esta uma de suas diretrizes institucionais (Grupo Hospitalar Conceição, 2010).

Desde 1968, o GHC possui programas de residência médica e, atualmente, além das Residências Médicas e da Residência Multiprofissional, oferece possibilidade de estágio para diferentes cursos de graduação na área da saúde, identificando-se sua história como local de formação de profissionais da área da saúde.

A partir de 2003 houve importantes mudanças na gestão do GHC, com a definição de diretrizes institucionais que se alinham com as políticas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006).

Em 17 de agosto de 2004 o Hospital Nossa Senhora da Conceição foi certificado como Hospital de Ensino pela Portaria nº. 1.704 (Brasil, 2004) dos Ministérios da Saúde e Educação e, posteriormente, os Hospitais Fêmeina e Cristo Redentor, integrantes do GHC também foram certificados através da portaria Interministerial nº. 2.092 (Brasil, 2005).

É neste contexto que em 2004 é constituída a Residência Integrada em Saúde do GHC (RIS/GHC) através da Portaria 109/04 (Brasil, 2004), apresentada como:

Modalidade pós-graduada de caráter multiprofissional, realizada em serviço, pertencente ao âmbito de regulação da educação profissional, acompanhada por atividades de reflexão teórica, orientação técnico-científica e supervisão assistencial de profissionais de elevada qualificação profissional (Brasil, 2004).

Como psicóloga trabalhadora da saúde, exerço atividades profissionais no GHC há 16 anos, especificamente no Serviço de Saúde Comunitária (SSC). Durante

todos estes anos estive envolvida no cotidiano do SSC com o processo de ensino-aprendizagem desenvolvido em serviço, através do acompanhamento e supervisão de estagiários de graduação em Psicologia e, a partir de 2004, como orientadora da RIS/GHC.

De acordo com seu Projeto Político Pedagógico (Brasil, 2010 p.1), a RIS/GHC visa:

Além da formação de um profissional qualificado as exigências do SUS, a formação de um/a cidadão/a crítico/a que busque em seus espaços de atuação profissional, social e política possibilidade de construir, coletivamente soluções aos problemas que acometem tanto os/as usuários/as quanto os/as próprios/as trabalhadoras/es da saúde.

Para tanto, o processo de ensino/aprendizagem em serviço na RIS/GHC é desenvolvido ao longo de dois anos, constituído por atividades de reflexão teórica com todo o grupo de residentes, atividades teóricas específicas de campo e núcleo em cada área de ênfase e por atividades de formação em serviço, buscando alcançar seu objetivo geral de:

Especializar profissionais das diferentes áreas que se relacionam com a saúde, através da formação em serviço, com a finalidade de atuar em equipe de forma interdisciplinar em diferentes níveis de atuação e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas, aprimorando e qualificando a capacidade de análise de enfrentamento e de proposição de ações q visem a concretizar os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2010, p. 9).

Realizar a Especialização em Práticas Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde mobilizou questionamentos sobre as condições de formação pessoal dos trabalhadores inseridos como orientadores e/ou preceptores da RIS/GHC, bem como, possibilitou a oportunidade de refletir entre os vários núcleos profissionais e ênfases da residência quanto a nossos fazeres, buscando qualificar a inserção nos campos de formação, como trabalhadores e educadores.

Passados seis anos da implantação da RIS/GHC, interessa-me discutir possíveis efeitos produzidos por este processo de formação, buscando analisar se temos conseguido nos aproximar dos objetivos propostos, por entender que isso pode nos auxiliar na revisão dos modos como temos trabalhado neste processo de ensino/aprendizagem.

Este estudo tem como objetivo, colocar em análise os Trabalhos de Conclusão de Residência (TCR) desenvolvidos pelos residentes de Psicologia, no

período de 2004 a 2009, buscando identificar **se** e **como** os objetivos desta formação em serviço se apresentam nos mesmos.

1. O SUS E A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA A SAÚDE

O Sistema Único de Saúde (SUS) carrega os princípios orientadores de universalidade e equidade no acesso à atenção em saúde, produção de um modelo assistencial com ênfase na integralidade das ações, com direito à informação, controle social, regionalização e hierarquização do sistema de saúde.

Sempre que os profissionais de saúde, gestores e usuários são desafiados a operacionalizar estes princípios, são exigidas mudanças significativas nos modos de pensar a relação com os sujeitos a quem se dirige o cuidado e as formas de estabelecer esse cuidado, que anteriormente a emergência do SUS orientava-se por uma perspectiva eminentemente clínica e biologicista (Pasini e Guareschi, 2010).

A formação de trabalhadores capazes de operar esta mudança já se constituía como um problema a ser enfrentado quando da formulação da Constituição Nacional de 1988, que, em seu artigo 200, estabelece como competência do SUS “ordenar a formação de Recursos Humanos na área da saúde” e “incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico” (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), reforça o estabelecido na Constituição Federal propondo a criação de Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, como estratégia para dar conta da necessidade de interferência nos modos de formação de profissionais para o Sistema de Saúde proposto.

A efetivação da regulamentação destas proposições está presente como preocupação nas Conferências de saúde posteriores a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1992; BRASIL, 1996; BRASIL, 2000; BRASIL, 2004; BRASIL, 2008) e se reflete também nos relatórios das Conferências Nacionais de Recursos Humanos de 1986 e 1993, assim como no documento Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/ SUS), porém ainda é um desafio a ser enfrentado.

Quando se pensa a educação dos profissionais com a integração ensino-saúde, autores como Ceccim e Ferla (2007, p.213) referem que:

O projeto da Reforma Sanitária Brasileira, entabulado pela Constituição Federal, colocou em cena a preocupação com a construção de um sistema de saúde único, de acesso universal, sob gestão descentralizada, orientado pelo atendimento integral e mediante controle social. Desse projeto surgem importantes preocupações com a educação dos profissionais e com a integração dos sistemas de ensino e de saúde. O atendimento integral,(...) requer o desenvolvimento do aprendizado e da

prática multiprofissional, a diversificação dos cenários de aprendizado e de prática e a incorporação da escuta ao andar da vida, tanto na explicação do processo saúde - doença - cuidado - qualidade de vida, como na orientação terapêutica ou de proteção das condições produtoras da própria vida. Os problemas de saúde não são jamais senão componentes de uma história de vida e de uma história de relações, são elos e produzem efeitos na rede complexa de produção de vida.

Assim, nos últimos anos, várias ações governamentais têm buscado constituir uma política de transformações nos modelos de formação e desenvolvimento de profissionais da área da saúde, e nas características das instituições de ensino, que tradicionalmente, “estão marcadas por um evidente distanciamento do sistema público de saúde através da configuração de currículos francamente voltados para uma lógica privativo-individualista, mantendo o modelo tradicional de formação para o mercado privado” (Pasini e Guareschi, 2010).

As Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) constituem-se em uma destas ações, quando no início dos anos 2000, é instituída no Ministério da Saúde a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Neste âmbito é proposta a criação de Residências em Saúde, ampliando a possibilidade de formação nesta modalidade para todas as chamadas profissões da Saúde (BRASIL, 2006).

Porém, o tema da formação nas RMS ainda exige que nos debruçemos, produzindo conhecimentos que possam subsidiar novos modos de conceber os processos de formação dos profissionais de Saúde, evitando o risco de simplesmente repetirmos modelos já estabelecidos, por falta de novas produções sobre o tema.

As RMS se caracterizam pela imersão de profissionais egressos dos cursos de graduação na área da saúde, em sua maioria recém formada, em serviços de saúde de diferentes pontos do Sistema, com o objetivo de formar profissionais qualificados para o SUS, tendo em vista a avaliação de que os cursos de graduação ainda estão muito distantes desta realidade.

Ceccim e Ferla (2007, p.219) debatem sobre a formação na área da saúde e a integração ensino e serviço, onde afirmam que:

A educação em serviço é uma das formas de desenvolver o aperfeiçoamento especializado, tanto pela presença contínua nos locais de produção das ações, como pelo estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva e em equipe multiprofissional. O contato continuado dos profissionais com os usuários das ações e serviços de saúde, atuando em equipes com trabalho coletivo e co-responsável, permite o cruzamento dos saberes e o desenvolvimento de novos perfis profissionais, mais

adequados à exigência ética de atender a cada um conforme sua necessidade e levando em conta as necessidades epidemiológicas e sociais da população.

A RIS/GHC, criada em Março de 2004, busca atender a essa necessidade de mudanças esperadas pelo SUS quanto à formação de novos trabalhadores. Para isso foram estabelecidos referenciais orientadores para seu Projeto Político Pedagógico (Brasil, 2010), que incluem a Integralidade, o Trabalho em Equipe, a Humanização e a Educação Permanente como noções transversais ao processo de ensino/aprendizagem.

A Integralidade, uma das diretrizes do SUS, foi estabelecida na lei 8080/90 relacionada ao atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1990). Esta diretriz aponta para a necessidade de que os trabalhadores se comprometam com a organização do Sistema de Saúde, compreendendo como fundamental a construção e redes de cuidado envolvendo diferentes serviços e atores sociais. Neste sentido, a atenção à saúde não pode limitar-se a práticas biologicistas, mas sim, levar em consideração a complexidade dos modos de viver a vida, que exigem que sejam colocados em ação múltiplos dispositivos de cuidado, de acordo com as necessidades singulares dos usuários.

O Trabalho em Equipe é pensado como fundamental para ampliação do olhar dos trabalhadores sobre as intervenções no campo da saúde. A partir da noção de interdisciplinaridade como possibilidade de integração entre os diferentes saberes que estão em ação em uma equipe multiprofissional, busca-se o fortalecimento de ações solidárias entre os envolvidos em processos de cuidado, oportunizando a integração do mesmo.

A Humanização como referencial orientador da RIS/GHC, implica na compreensão da diversidade do humano e, portanto, dos diferentes modos de ser, viver, sentir, valorizando a experiência de cada um dos envolvidos em determinada situação. Incorporando a dimensão subjetiva presente no fazer em saúde, busca-se o desenvolvimento de relações nas quais tanto o usuário quanto o profissional se relacionam e discutem para a tomada de decisões conjuntas.

A Educação Permanente refere-se à proposição de que o processo de trabalho do profissional da área de saúde precisa estar vinculado ao cotidiano dos serviços e espaços onde se desenvolve o cuidado, a fim de viabilizar uma atuação

com base no cotidiano do trabalho em Saúde. A proposta da Educação Permanente em Saúde estabelece-se assim, como uma estratégia que leva em conta a análise dos determinantes sociais e econômicos, valores e conceitos dos profissionais inseridos na relação ensino-aprendizagem, reconhecendo-os como sujeitos do processo, tendo como desafio o desenvolvimento de capacidades de “*aprender a aprender*” (BRASIL, 2003).

Este estudo buscará mapear na escrita dos TCR dos Residentes da Psicologia da RIS/GHC, no período de 2004 a 2009, **se** e **como** estes referenciais que norteiam a formação na RIS/GHC se manifestam na escrita dos Residentes, apontando para uma aproximação ou afastamento aos objetivos propostos para a mesma.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Considerando o objetivo do estudo, de analisar os TCR desenvolvidos pelos residentes de Psicologia ao longo dos dois anos em que desenvolvem a formação na RIS/GHC, procurou-se levantar junto à secretaria da Gerência de Ensino e Pesquisa do GHC, todos os residentes da ênfase Saúde da Família e Comunidade, núcleo da Psicologia, que concluíram a residência entre 2006 e 2009 e entregaram o Trabalho de Conclusão, o que definiu a população investigada. Do total de 16 residentes que ingressaram neste período, 12 concluíram a parte teórico-prática da Residência e 9 entregaram os TCR, que ficaram disponíveis no Centro de Documentação (Biblioteca) do GHC. Estes TCRs foram retirados da Biblioteca e realizou-se, a partir de então, a leitura e análise dos mesmos.

Ao me aproximar dos textos, busquei me guiar pelo olhar proposto por Larossa (1997):

No ler a lição, não se buscam respostas, o que se busca é a pergunta à qual os textos respondem. Ou melhor, as perguntas que os textos abrigam em seu interior, ao tentar responde-las: as perguntas pelas quais os textos se fazem responsáveis. Por isso, a única resposta que se pode buscar na leitura é a responsabilidade pela pergunta... Por isso, depois da leitura, o importante não é que nós saibamos do texto o que nós pensamos do texto, mas o que – com o texto, ou contra o texto ou a partir do texto - nós sejamos capazes de pensar (p.177)

Como referencial teórico para a análise do conteúdo dos TCRs, utilizo os conceitos de Bardin (2009) que define a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. (...) o interesse não está na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados relativamente a "outras coisas(p. 40).

A análise de conteúdo é adaptável a um campo de aplicação muito vasto que tem como objetivo a superação da incerteza, desejo de rigor e necessidade de descobrir, esclarecendo significados que a priori não possuíamos a compreensão (p31.)

Segundo a autora:

O analista é como um arqueólogo. Trabalha com vestígios: documentos que podem descobrir ou suscitar. Mas os vestígios são a manifestação de estudos, de dados e de fenômenos. Há qualquer coisa para descobrir por e graças a eles(Bardin, 2009, p.41).

No caso deste estudo, o campo de aplicação são os trabalhos de conclusão e o que a escrita dos mesmos comunica, pondo em relevo as questões a serem respondidas (problemática teórica), para aproximação aos objetivos pretendidos.

Para tanto, foi construída uma tabela com os seguintes itens, a serem mapeados nos TRC: título dos trabalhos, princípios do SUS, relação formação/serviço, relação entre níveis de atenção e proposições de ações. A partir daí, a análise foi feita considerando-se os elementos identificados nos trabalhos em relação a estes itens, posteriormente transformados em categorias de análise.

Bardin (2009) refere que no processo de investigação o analista poderá "inventar novos instrumentos para favorecer novas interpretações" e que "não existe pronto-a-vestir em análise de conteúdo (p. 32)". Neste sentido, "a técnica de análise de conteúdo adequada ao objetivo pretendido tem de ser reinventada a cada momento (p.32)".

Nove TCR se constituíram em materiais de análise deste estudo:

- 2006: Ana Lucia Mandelli de Marsillac. Conclusão: Janeiro de 2006. HUMANIZASUS: Dispositivo de Análise dos Modos de Trabalhar em uma Instituição de Saúde Pública.
- 2006: Yves Pelegrim de Oliveira. Conclusão: 24/03/06. INTEGRALIDADE: Princípio e/ou Paradigma?
- 2008: Louise Helena Borba da Silva. De uma (in) visibilidade: os profissionais administrativos na unidade de saúde vila Floresta. Conclusão: 10/07/08;
- 2008: Lígia Castegnaro Trevisan. Gestão colegiada: cartografando a Vivência da Implantação de um novo paradigma de Gestão.
- 2009: Natália Pinheiro Scatamburlo. Psicologia da Saúde: O Processo Saúde-Doença Pensado Através de uma Perspectiva positiva.
- 2009: Carolina Saibel Chassot. Participação Popular no SUS: Potencialidades, obstáculos e estratégias para sua efetivação no nível local;
- 2009: Caroline Zamboni de Souza. Ações em Saúde Mental: Construindo Pontes entre Psicologia e APS.
- 2009: Julia Bongovanni. Micro - territórios e equidade: uma pesquisa-intervenção na construção de novos olhares.
- 2009: Lucienne Bambini. A expectativa dos profissionais da Atenção Primária a Saúde quanto ao trabalho da Psicologia.

O quadro a seguir apresenta os elementos gerais levantados a partir da leitura dos trabalhos, que serão analisados posteriormente:

Título do Trabalho	Princípios do SUS	Relação formação/serviço	Relação entre níveis de atenção	Proposições de ações
Integralidade: princípio ou paradigma?	Integralidade/universalidade/e quidade/Controle Social	Multiprofissionalidade e formação em serviço como potência na formação de profissionais	Tendência dos serviços fecharem em si mesmos/ competição	Problematização sobre o aproveitamento dos residentes egressos pelo SUS; Valorização do trabalho multiprofissional; Necessidade de ampliar o conceito de saúde e a visão de homem; Sair do enfoque da doença para o doente; Mudança na relação com os usuários: de dependência para participativa.
De uma (in) visibilidade: profissionais administrativos na	Integralidade	Discute a inclusão dos auxiliares administrativos no cuidado em saúde, Importância do trabalho em	Não	Problematiza a participação dos auxiliares administrativos no cuidado (acolhimento e vínculo),

<p>Unidade de saúde floresta de Vila</p>		<p>equipe</p>		<p>Romper com lógica burocrática do fazer administrativo na direção da participação deste profissional no plano terapêutico, para que possa perceber-se como profissional de saúde; Aponta necessidades de mudanças nos processos de trabalho, com capacitação dos que estão na linha de frente. Interdisciplinaridade como instrumento de ampliação da complexidade da vida</p>
<p>Humaniza SUS. Analisando a experiência no GHC</p>	<p>Integralidade da atenção</p>	<p>Relaciona educação permanente e formação em serviço; RIS como dispositivo de mudança do trabalho em saúde pautada na interdisciplinaridade e</p>	<p>Relação entre rede de serviços-humanização como um dispositivo</p>	<p>Necessidade de ampliação do conceito de saúde Humanização como um interrogante da relação</p>

		<p>integralidade, Humanização transversal aos serviços</p> <p>ação</p>	<p>entre os sujeitos envolvidos no cuidado em saúde, Importância da interface entre diferentes saberes na ampliação da concepção de sujeito; Aponta naturalização das relações de poder como dificultadoras de processos de produção de autonomia; Qualificar o trabalho implica em que os trabalhadores sintam-se sujeitos de do seu processo</p>
<p>Psicologia da saúde: processo saúde - doença pensando</p>	<p>Cita como necessários para uma visão coletiva de saúde os conceitos de integralidade/equidade/acesso</p>	<p>Não</p>	<p>Não</p> <p>Discute a resiliência presente no enfrentamento do risco em saúde e interface com a o</p>

através de uma perspectiva positiva				paradigma da produção social da saúde, Relação entre a produção de resiliência e trabalho na unidade de atenção primária
Participação popular no SUS: potencialidades, obstáculos e estratégias para sua efetivação no nível local.	Participação social	Não	Diferentes níveis de participação (local e municipal)	Participação popular como possibilidade de superação dos obstáculos encontrados no processo de democracia Participativa proposta pelo SUS
Gestão colegiada: cartografando a vivência da implantação de um novo paradigma de gestão	Não. Aborda princípios da APS e a experiência da Gestão colegiada na equipe.	Análise da experiência em equipe de colegiado de gestão e o aprendizado que teve na vivência deste processo; Potencialidades contidas na proposta de gestão democrática na equipe de trabalhadores e deste novo modelo no processo	Não	Aponta para importância da constituição de espaços colegiados de gestão como dispositivos de abertura e de modificação de práticas. Criação de fóruns de discussão interdisciplinar

<p>Ações em saúde mental: construindo pontes entre psicologia e APS</p>	<p>Princípios referidos: Universalidade, integralidade, participação social.</p>	<p>de trabalho em equipe de APS.</p>		<p>permanente no intuito de modificar as práticas. Promoção de cidadania, mudança de papéis e potencializarão do coletivo.</p>
		<p>Experiência na RIS importante para problematização da atenção em Saúde Mental na APS; Trabalho em equipe como dispositivo de ampliação das práticas. Atendimento conjunto, saída do trabalho inter/multi para o transdisciplinar.</p>	<p>Não</p>	<p>Problematização da lógica do encaminhamento na equipes, dos saberes hegemônicos Psi na atenção em Saúde Mental e do diagnóstico como orientador da prática. Aposta na interdisciplinaridade para ampliar a atenção a SM na APS. Ampliação da ação profissional (psi) num campo interdisciplinar. Encontro entre a</p>

<p>A expectativa dos profissionais da atenção primária quanto ao trabalho da psicologia</p>	<p>Refere os pressupostos do SUS e os princípios da APS</p>	<p>Não</p>	<p>Não</p>	<p>diversidade no âmbito da clínica em APS. Através de análise de entrevistas problematiza o trabalho da psicologia na APS, fragmentação, dificuldade de operar com as diferenças no trabalho em equipe, interdisciplinaridade continua sendo um desafio a ser enfrentado. sujeito visto ainda fragmentado corpo/mente dificultando o trabalho integral.Necessidade de explicitar melhor as “funções” da psicologia e sua prática, tanto para a equipe quanto para a população. Fundamental à</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	------------	------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Micro - territórios e equidade: uma pesquisa-intervenção na construção de novos olhares</p>	<p>Equidade, controle social,</p>	<p>Aponta a aproximação com o micro - territórios proporcionando um maior conhecimento da população, necessidades de saúde tanto na formação (residente) quanto à equipe (unidade de saúde).</p>	<p>Ressalta a importância do território para o conhecimento da população e seus problemas de saúde, e também como uma maneira de avaliar o serviço prestado. O território é pensado como</p>	<p>psicologia um olhar atento e reflexivo sobre as potencialidades e necessidades na APS para novas experiências e intervenções na contemporaneidade.</p>
		<p>Aponta a necessidade de estimular a construção de uma consciência territorial junto aos moradores. Ressalta as agentes comunitárias de saúde como única categoria que atua de forma mais contínua nestas populações, porém ações não são planejadas e sugere atuação sistematizada com base</p>		

			<p>algo potencial para permitir uma maior vinculação entre serviços de saúde e população</p>	<p>neste estudo, priorizando os problemas e necessidades desta população. Construção de vínculo com a equipe a fim desta pode compreender os conflitos presentes entre os moradores que parecem impedir uma ação mais coletiva dos mesmos. Ressalta a importância do monitoramento e avaliação das ações. Dificuldade de acesso à unidade de saúde, criação de “parceria” com a equipe para proporcionar uma maior assistência devido à vulnerabilidade desta população e inserção em</p>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

				programas para diminuição de problemas elencados com maior inclusão. Equipe assumir postura mais equânime.
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3. ANÁLISE DAS CATEGORIAS

A partir da leitura e organização inicial dos elementos textuais, foi realizada a definição das categorias analisadas: temas dos TCRs; princípios do SUS; relação formação/serviço; relação entre níveis de atenção; ações propostas. Sempre que forem inseridos trechos dos trabalhos dos residentes os mesmos serão identificados como R (de residente) e um número sequencial, dado por ordem de entrada no texto deste trabalho.

3.1 Temas dos TCR

Ao analisarmos os temas dos TCR observamos que a maioria dos TCR (seis) trata de temas ligados ao SUS de modo ampliado: o conceito de integralidade, a humanização, o processo-saúde/doença, a gestão colegiada, o controle social, sendo que seis deles tratam dos referidos temas em conexão com o campo de formação na RIS/GHC, a SFC.

Considerando-se que a RIS/ GHC tem como objetivo formar profissionais para a área da saúde, através da inserção em serviço, integrando ações de atenção, ensino, pesquisa e participação social, percebe-se que os temas revelam uma aproximação aos objetivos de seu Projeto Político Pedagógico.

Apenas três trabalhos tratam de temas vinculados especificamente ao núcleo de formação: a Psicologia. Dois deles tratam da relação entre o núcleo profissional e a APS, discutindo os modos como outros profissionais de saúde compreendem o exercício da psicologia e as ações de saúde mental desenvolvidas em uma unidade de saúde de APS a partir da perspectiva da atuação da Psicologia. Um dos TCR aborda um conceito trabalhado pela Psicologia - a resiliência - e sua visibilidade no trabalho com situações de risco e vulnerabilidade social.

Os temas dos TCR demonstram assim, pertinência aos objetivos da RIS/GHC quanto à formação de um profissional que coloque em questão seu fazer a partir da inserção no SUS. Quando escolhem assuntos relacionados a questões relevantes para o Sistema de Saúde brasileiro, buscam estudá-los desde uma perspectiva interdisciplinar, e não apenas desde o ponto de vista de sua categoria profissional. Os residentes demonstram abertura à produção de novos modos de pensar e fazer em saúde. Esta abertura a transversalidade, deixando-se atravessar por questões e interesses que dizem respeito não somente a um exercício técnico específico, mas a

uma ampliação do olhar sobre o contexto da Saúde, certamente qualificam a atenção em saúde no SUS.

Sabemos que durante a graduação, os alunos têm pouca ou nenhuma oportunidade para o exercício de práticas multiprofissionais que promovam questionamentos sobre os saberes e fazeres próprios de seu campo disciplinar. Parece-me que os temas escolhidos pelos Residentes da RIS/GHC, apontam para esta possibilidade, sendo estes buscados a partir da vivência do cotidiano dos serviços por levantarem problemáticas que demandam aprofundamento, como demonstram os trechos abaixo:

“este artigo se propõe a pensar sobre o princípio da Integralidade a partir da ótica dos paradigmas que tem orientado as ações no campo da ciência (...) tendo como proposta a ampliação de um olhar fragmentado para um olhar mais integral ou sistêmico” R1.

“poderia falar da minha implicação com esta pesquisa, falar dos motivos que me vincularam a este tema da humanização, pois eles foram a válvula que encontrei para tirar do silêncio minhas indagações (...) Fala-se em gestão democrática, em saúde como direito de cidadania e nos serviços voltados para a defesa da vida individual e coletiva. O desafio é inventar o como fazer...” R2.

“realizo uma reflexão, buscando um outro olhar sobre o trabalho dos administrativos em uma unidade de saúde, tendo como referência o fato desses também serem profissionais da saúde...em razão de estarem na porta de entrada do serviço, agindo como intercessores na relação com os demais integrantes da equipe” R3.

Os trabalhos que trazem a Psicologia como temática, o fazem na interface com a APS, também manifestando a necessidade de discutir as formas de trabalhar deste profissional neste contexto, que ainda tem modos de funcionamento em relação ao cuidado muito vinculados ao modelo médico hegemônico e pouco atento aos processos de subjetivação.

“neste estudo,debruço-me sobre reflexoes no campo das ações em saúde mental na APS ...e problematizo a participação da psicologia,a lógica do encaminhamento,os saberes hegemônicos psi e o uso do diagnóstico nas práticas de APS, propondo pontes para ações inter e transdisciplinares comprometidas com a promoção de saúde mental”R4

3.2 Princípios do SUS

Dos nove trabalhos analisados, sete abordam os princípios do SUS como transversais à discussão dos temas propostos.

Os princípios da universalidade do acesso aos serviços de saúde, integralidade e igualdade na assistência em saúde, bem como o controle social nas suas práticas, estão sempre presentes com maior ou menor ênfase, sendo a integralidade o principal orientador da maioria destes TCR. Podemos pensar que isso se dê em função de que, como refere *Mattos (2006)*:

“a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma "bandeira de luta", parte de uma "imagem objetivo", um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária“ (p.2)

Neste sentido, os princípios do SUS são explicitados e relacionados com a vivência cotidiana de formação nos campos em que os residentes se inserem e produzem questionamentos e discussões a partir das experiências vividas na formação em serviço, revelando a implicação com a proposta da RIS, de formar profissionais comprometidos com o SUS.

Podemos visualizar esta problematização quando um dos trabalhos coloca:

“a universalidade é o princípio que reconhece a saúde como um direito de todos...a igualdade (ou equidade) entende que a assistência à saúde deve ocorrer sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, tendo prioridade de atendimento quem tiver o menor nível de saúde ou menor condição de melhora-la...por fim o princípio da participação e controle social preconiza que a comunidade deve participar e...devolve a população o direito de opinar e cuidar da sua saúde junto aos profissionais...de forma mais ativa e de responsabilidade sobre sua vida ... o SUS propõe uma mudança de paradigma na saúde, no entanto porque não se pratica tudo que se preconiza?” R1

Outro trabalho procura responder a questão levantada acima, apontando que, embora existam na saúde pública leis que constituíram o SUS, teorias que buscam sustentá-lo, propostas de metodologias de implementação, políticas de planejamento das ações, as práticas nem sempre garantem e refletem estes elementos, trazendo a discussão sobre o fato de que “saúde ainda segue sendo um campo de embate político” (R5). Este trabalho procura investigar no cotidiano da APS como os princípios do SUS se articulam historicamente com os atributos esperados das ações na APS, mostrando que nos diferentes espaços de participação social estão sempre em disputa modos de entender os processos saúde/doença e as ações relacionadas a eles.

Outros dois trabalhos discutem a participação social, realizando um resgate histórico quanto aos conceitos de participação comunitária e participação popular que marcaram as lutas políticas pela Reforma Sanitária e a criação do SUS, ressaltando o quanto a participação popular é um conceito “profundamente enraizado”(R5) na proposta do SUS. Como referido anteriormente, os TCR procuram investigar na prática e no cotidiano dos espaços formais (conselhos de saúde), no campo de formação (comunidades da cidade), e no território de uma unidade de saúde, as ações que efetivam a participação popular no nível local assim como apontam as necessidades de intervenção e estratégias para a mesma aconteça. Neste sentido constata-se que os residentes na formação em serviço, agregam conhecimentos do campo das ciências sociais e da cultura, ampliando o olhar para experiências que promovam o alargamento do conceito de saúde, conforme previsto pelos referenciais orientadores da RIS/GHC.

Dentre os princípios do SUS, a integralidade é ressaltada em cinco trabalhos, sendo posto em análise em um deles quanto a sua condição de princípio e/ou paradigma, partindo do pressuposto do “reconhecimento de que cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma sociedade, e as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde também formam um todo indivisível” (R1). Entretanto, surgem indagações que emergem da vivência na formação, relativas ao quanto ainda permanece forte a visão fragmentada de corpo/mente, saúde/doença, que se estende aos próprios processos de trabalho em equipe multiprofissional, dificultando o exercício da interdisciplinaridade, conforme experienciado na tentativa de construção de planos terapêuticos compartilhados para oferecer a população o cuidado na perspectiva integral (R3), como também é abordado por outro TCR:

“não é fácil expressar o que você pensa e sente de uma situação em que é necessário problematizar a prática profissional do outro, porém via minha categoria profissional extremamente implicada com os processos decisórios de E. colega residente quanto, ao diagnóstico de M., ... percebi que ele baseava seus entendimentos em saberes hegemônicos do campo psi.. procurei contrapor esses saberes tradicionais relativos a saúde mental... procurei trazer outros elementos para nossa conversa... trabalhei a idéia de uma mudança nas etapas do ciclo da vida... os sintomas estariam a serviço de um processo de transformação e não da instalação de um quadro psicopatológico... para construirmos uma proposta de atenção integral de M. foi necessário desenvolver uma conversa de desconstrução de elementos que a psicologia, minha categoria profissional, produziu... sentia que meu colega residente também desejava não dividir aquela menina em partes, tinha anseio em produzir uma ação de saúde integral...eu desejava compor com ele uma experiência de

atendimento em que a saúde mental não fosse diferente do resto da saúde da pessoa...não conseguimos construir uma estratégia ou plano terapêutico comum...o fim da conversa aconteceu com “Eu vou pensar no que tu disse”, dito pelo colega...tínhamos apenas dado início a um processo de atenção a saúde comprometido com o desafio da integralidade. M. retornou à unidade de saúde dois meses depois não tomava mais antidepressivo, E. não receitou novamente...contou-me que nossa conversa tinha provocado outro entendimento da situação (R4).

Ceccim e Ferla (2007) abordam a preocupação com a questão da educação dos profissionais com a integração dos sistemas de ensino e de saúde, ao assinalarem que:

o atendimento integral, ainda que referido à estrutura organizacional no tocante à hierarquização e regionalização da assistência de saúde, se prolonga pela qualidade real da atenção individual e coletiva assegurada aos usuários do Sistema de Saúde, requer o desenvolvimento do aprendizado e da prática multiprofissional, a diversificação dos cenários de aprendizado e da prática e a incorporação da escuta ao andar da vida, tanto na explicação do processo saúde- doença-cuidado-qualidade de vida, como na orientação terapêutica ou de proteção da condições produtoras da própria vida (p. 213).

Deste ponto de vista, um dos TCR destaca os princípios do SUS, norteadores da experiência na formação da RIS - com principal ênfase ao princípio da integralidade -, entretanto trazem à discussão do quanto ainda na prática observa-se e vivencia-se que integralidade se constitui como um paradigma em produção (R1):

“o que observo hoje na Residência e nas instituições de saúde são discussões sobre estes “novos” temas, como integralidade, humanização, acolhimento entre outros, porém sem a exata noção do que significam... penso que ainda não há a compreensão de que por trás destas palavras existe um novo modelo ou forma de pensar saúde, e que implicam muito mais numa mudança de atitude”.

Este outro sentido destacado pelos TCR, vinculado a compreensão da integralidade como envolvendo os profissionais e a necessidade de que sejam comprometidos com a organização dos serviços e sistemas de saúde, para que atuem de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, também está presente no Projeto Político Pedagógico da RIS/GHC. Salienta o projeto, a importância de que os profissionais inseridos em serviços de diferentes níveis de atenção compreendam o Sistema de Saúde como um todo, de forma a haver uma participação ativa (Brasil, 2009)

A integralidade foi ainda um princípio salientado nas discussões quando o tema dizia respeito as práticas da psicologia, desenvolvidas pelos residentes em formação nas unidades de saúde, apontando desafios como a "construção da integralidade e problematização dos saberes hegemônicos psi" (R4). Neste trabalho observa-se que a integralidade é pensada a partir da prática profissional como psicóloga se estendendo ao encontro de outras categorias profissionais. Descrevo trechos do trabalho que ao meu ver retratam as reflexões produzidas:

..."E. médico residente na unidade de saúde solicitou que eu realizasse um atendimento conjunto com ele. Informou-me que a paciente era uma menina, identificou os dados... suspeitava do diagnóstico de depressão e parecia afetado pela situação... ao olhar M. vi uma menina que denunciava em seu corpo as marcas do fim da adolescência, certamente as mudanças não estavam se dando apenas no seu corpo...a contemporaneidade coloca uma série de desafios que tomam as pessoas de forma integral ao longo da adolescência...o encaminhamento final do atendimento foi compartimentado, cada um propôs um fechamento...ele forneceu uma receita de antidepressivo...eu marquei um atendimento para a avó... combinamos de conversar, eu e o médico residente...as informações obtidas junto à família provocaram alguns questionamentos e uma necessidade de compartilhá-las com meu colega...atender junto com um colega tenciona a saída do trabalho inter/multi para o transdisciplinar...R4

Este recorte espelha o que a proposta da RIS/GHC se propõe a ser, exigindo a permanente revisão de conceitos e práticas, a fim de que os saberes formalmente constituídos na área da saúde, independente do nível de complexidade do serviço prestado e do profissional que executa as ações, possam ser revistos a partir da integralidade e da capacidade de convivência e aprendizado com os "diferentes": usuários, preceptores, residentes, trabalhadores das equipes de saúde (Brasil, 2009).

Estas análises também contribuem para a análise da categoria das relações entre formação e serviço apresentadas a seguir.

3.3 Relações entre formação e serviço

Seis trabalhos abordam a potência da formação em serviço para os profissionais da saúde. Trabalho em equipe, multiprofissionalidade, aproximação com os territórios de vida, são discutidos na experiência da formação em serviço da RIS/GHC.

Retomando uma citação anteriormente apresentada do TCR de R4, a experiência na formação em serviço é considerada importante para a

problematização da atenção em saúde mental na APS e o trabalho em equipe é ressaltado como um dispositivo de ampliação das práticas em saúde exemplificando o atendimento conjunto como uma saída do trabalho inter/multi e a proposição de “pontes” para ações transdisciplinares. Traz também a formação como promotora e potencializadora de ações que promovem o encontro entre a diversidade nas vivências da unidade de saúde, ampliando práticas anti-hegemônicas e provocando um “alargamento” efetivo das possibilidades no serviço de saúde tanto no atendimento individual ao usuário quanto na capacidade de trabalho conjunto como equipe.

No trabalho de R3 é feita uma reflexão a partir do olhar sobre o trabalho dos profissionais administrativos em uma unidade de saúde, tendo como referência o fato destes também serem profissionais da saúde e co-autores, produtores de saúde. Ressalta como o trabalhador administrativo é responsável por realizar o primeiro contato dos usuários com o serviço e é “a porta de entrada” para a unidade de saúde. Retoma autores como Gastão Campos (1997), quando este refere haver um descompasso entre o fazer técnico e o administrativo numa cisão do trabalho. Destaca que uma nova visão da gestão dos recursos humanos nos serviços de saúde promove um sentido novo de possibilidades que pode acionar outros modos de perceber a união: trabalhador – administrativo – usuário e conclui que:

“os profissionais podem exercer uma prática que agencia mudanças como um dispositivo... pois nesta concepção de saúde o cuidado está para além das salas e consultórios, promover saúde é um exercício de todos os profissionais” R3.

Outro TCR (R2) relaciona a educação permanente e a formação em serviço como estratégia que busca restaurar o hiato que há na formação dos profissionais e no funcionamento dos serviços, quando esta experiência integradora não acontece. O caminho para a chamada humanização e qualificação dos serviços, dá-se na forma de trabalhar e de nos relacionarmos: um fazer coletivo, na busca de sentidos compartilhados para lidar com a dor, com a morte e a vida.

Outro TCR aponta a relação entre formação e serviço através das práticas com os territórios, área de abrangência de uma unidade de saúde de APS, visto como “local político onde os desejos e conflitos da população estariam permeados pelas questões econômicas, culturais e sociais” (R9). Deste modo o território pode ser considerado como uma das estratégias dentro das iniciativas do SUS e da

própria formação do residente quando não tomado de uma forma meramente administrativa.

Neste estudo (R9), aspectos importantes da formação de profissionais para o SUS são evidenciados, como a importância do conhecimento do território para compreensão da população e seus problemas de saúde pela equipe, a prática da equidade, vulnerabilidade e consciência territorial. Entretanto, o mesmo estudo reflete sobre a inserção da equipe junto ao território e considera as agentes comunitárias de saúde como a única categoria profissional que atua de forma mais contínua com os territórios, porém aponta que as ações não são planejadas e considera importante a criação de uma atuação sistematizada e a priorização dos problemas e necessidades destas populações, proporcionando um maior vínculo com a equipe de saúde. Esta observação crítica traz a importância do trabalho em equipe, como um referencial da Residência Integrada e reconhece que “nem um campo de saber pode dar conta das diversas dimensões que estão envolvidas no cuidado e que somente com a integração de vários saberes poderemos nos aproximar da multidimensionalidade dos sujeitos envolvidos e do contexto que eles estão inseridos” (Brasil, 2009).

3.4 Relações entre níveis de atenção

Três trabalhos estabelecem a importância das relações entre diferentes níveis de atenção na discussão do tema do trabalho, porém, apontam para a tendência dos serviços de fecharem-se em si mesmos, sendo que um dos TCR coloca:

“Certamente os princípios do SUS estão na construção das redes entre os serviços nos modos de trabalho de muitos trabalhadores da saúde, estão no usuário que tem a integralidade de suas demandas atendidas, estão naqueles que procuram avaliar e encontrar mecanismos coletivos para reorganização das práticas. Entretanto ainda temos um longo e tortuoso caminho pela frente” R2.

Talvez um dos reflexos deste fechamento seja a não vinculação das temáticas dos demais seis TCR analisados, com a questão da rede. A única interface que se faz presente em todos eles é com o controle social, que tem sua importância reconhecida tanto na própria comunidade onde as equipes estão inseridas, quanto em nível municipal e estadual.

Podemos apontar que possivelmente a escassa relação das temáticas dos trabalhos com outros níveis de atenção se dê exatamente pela dificuldade de os residentes vivenciarem a articulação entre os diferentes serviços da rede durante o processo de formação.

Cecílio (1997) faz questionamentos sobre este modelo sobre o qual o SUS foi construído, que o pensa como uma pirâmide, com fluxos onde os usuários acessando níveis diferenciados de referência e contra-referência tenham garantia de eficiência e acesso universal, com uma “porta de entrada” única constituída pela rede básica de saúde.

Segundo o autor, a rede básica de serviços de saúde com responsabilidade pela atenção de uma população definida parecia o ideal para o exercício de práticas alternativas ao modelo hegemônico vigente (médico centrado) de atenção à saúde. Entretanto o que ocorre na prática é que a rede básica de serviços de saúde não tem conseguido se tornar “a porta de entrada” mais importante para o sistema de saúde, mas sim os hospitais públicos ou privados através dos serviços de emergência e dos ambulatorios. Os serviços especializados são de difícil acesso, com esperas demoradas, sendo que os usuários acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível.

O autor atribui parcela da responsabilidade pela dificuldade de constituição de uma rede pública de cuidados à saúde ao modo como tem sido gerenciado o setor público, constatando que quem sofre com isso é a população que tenta furar os bloqueios e acessar os serviços por conta própria, tentando garantir alguma integralidade. Sugere novas lógicas, onde recoloca a relação entre os serviços, para que possam funcionar de forma mais horizontal e o centro das preocupações seja o usuário e não os modelos assistenciais.

O TCR que discute estes aspectos (R1) traz observações sobre como, tanto na residência como nas instituições de saúde, integralidade, humanização, acolhimento, são temas que traduzem um novo modelo de pensar a saúde e que a avaliação da prática a partir do modelo utilizado se perde. A dificuldade para mudança de paradigma é grande e implica muito mais mudanças de atitude do que recursos materiais. Porém, as instituições ainda se organizam de forma fragmentada e burocratizada, fechando-se em sua especificidade.

A relação com outros níveis de atenção também pode ser pensada através do enfoque dos modelos assistenciais e da vigilância da saúde. Teixeira, Paim e

Vilasboas (1998), referem que o processo de construção do SUS no Brasil tem contemplado a implementação de um conjunto de estratégias de mudança do financiamento, gestão e organização da produção de serviços, ressaltando a importância do debate sobre a municipalização da gestão, do sistema e a análise mais abrangente da situação de saúde que conduzissem a propostas de reorganização dos serviços para um novo modelo assistencial.

Para tentar refletir sobre a dificuldade de construção de rede, vinculada ao ensino e ao cuidado, Pontes, Silva Junior e Roseni Pinheiro (2005) resgatam o Movimento Sanitário, que apontou a importância da formação e do exercício profissional como fundamentais para a implementação de um Sistema de Saúde universal, composto em rede única, orientado pela integralidade da atenção e sob controle social. Mencionam as propostas de integração de docente, estudantes, profissionais, serviços e gestores até a construção da noção de *quadrilátero da formação*, proposta por Ceccim e Feuerwerker (2004).

Marsiglia (1995) apresenta a definição de *integração docente assistencial*, que procurou articular instituições de educação e serviços de saúde, a fim de mudar a formação e as práticas em saúde em adequação às necessidades da população. Discute que a inserção dos estudantes na rede de serviços de saúde inicialmente foi destaque (aproximação da universidade com os serviços, educação permanente, pesquisa), mas também provocou críticas, pela fragmentação com que as propostas de mudança ocorreram, permanecendo restritas a algumas disciplinas e a um campo de conhecimento. Do mesmo modo, as experiências de ensino prático e a integração com a rede de serviços foram estabelecidas de modo hierarquizado (hospital no topo), a aprendizagem através das especialidades, das doenças e do uso de tecnologias por equipamentos. O paradigma é biomédico e a noção de equipe ou de rede ocupa lugar de complemento e não de garantia de integralidade.

Atualmente, verifica-se, nas experiências vividas pelos residentes na formação (estágios optativos na maioria realizados na rede), bem como no cuidado continuado com os usuários, articulação e desarticulações do Sistema, experiências de trocas entre os diferentes serviços da rede, fluxos mais ou menos fluídos, sendo o residente um provocador e tencionador destes modos de funcionamento. Neste sentido, podemos pensar que, de certo modo, o objetivo da formação de promover o conhecimento das redes intersetoriais e estimular a participação nas mesmas, a fim de instituírem alternativas integradas para a melhoria da qualidade de vida da

população (Brasil, 2009), esta sendo construído. Além disso, tem se buscado outras metodologias de ensino que favoreçam o pensamento sobre estas articulações, como explicitado em um dos TCR:

“Experimentamos uma proposta de ensino no segundo ano da residência, chamada Currículo Integrado que se propõe a ser uma nova forma de fazer o ensino em saúde e colabora para ampliarmos as nossas concepções de saúde, no estudo dos problemas a partir da análise da realidade...” (R1).

Por isso, concordamos com Ceccim e Feuerwerker (2004), quando referem que a educação em serviço é uma proposta apropriada para trabalhar a construção do sistema de saúde, pois permite articular gestão, atenção, ensino e controle social no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação estabelecendo articulação com o conjunto da rede de serviços.

3.5 Ações propostas

Dentre as ações propostas pelos residentes em seus TCRs, observamos a necessidade de ampliação dos conceitos de saúde, visão de Homem, da abordagem multiprofissional e do trabalho em equipe. Com isso, fala-se de uma proposta de compreensão do conceito de saúde e dos sujeitos envolvidos no cuidado, em que se amplie a visão e as intervenções de modo a se produzir uma aproximação com os modos de ser e de viver das populações com as quais trabalhamos, podendo inserir oferta de trabalho, saneamento, educação, entre outros fatores, como vinculados a saúde.

“Espero que com este artigo eu possa ter mostrado como devemos ampliar nossas concepções de saúde se quisermos realmente dar conta dos problemas que estamos encontrando” R1.

“Durante a residência pude atestar como o trabalho em equipe multiprofissional pode ser eficaz... Sempre se trabalha em parceria com outros profissionais de saúde, já que eles também atendem esta pessoa ou família, podendo contribuir com outros olhares, proporcionando um melhor entendimento e atendimento” R1.

Além disso, são trazidos necessidades de mudanças nos processos de trabalho de modo a contemplar a integralidade das ações e uma maior implicação dos trabalhadores com os processos de cuidado em saúde, bem como a humanização, como processo de interrogação sobre as relações entre os sujeitos envolvidos neste cuidado, visando a produção de maior autonomia dos usuários.

Os TCR apontam também a importância de um olhar mais atento sobre as relações de poder que se estabelecem entre trabalhadores e com os usuários, sendo que a potencialização do coletivo, como processo de circulação de saberes e poderes, interfere significativamente para a modificação das práticas em saúde.

A necessidade de construção de uma consciência territorial tanto pela equipe como pelos moradores é mais um elemento trazido nos TCR, que ressaltam a importância das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) neste processo, porque são, em relação à unidade de saúde, a única categoria profissional que atua de uma forma mais contínua nessas populações. Consideram importante a criação de uma atuação sistematizada tendo como base o estudo e o planejamento, a fim de priorizar os problemas e necessidades desta população e, conseqüentemente, proporcionem a construção de um vínculo com a equipe de saúde que aumente a compreensão dos conflitos presentes na comunidade e aproxime a equipe da realidade vivida no território.

A problematização da atenção em saúde mental também é destacada como importante experiência na RIS, no sentido de “construção de pontes” (R4) entre psicologia e APS.

A lógica do encaminhamento dos casos de “saúde mental” para os profissionais *psi* (psicólogo/psiquiatra) é problematizada, bem como as práticas centradas nos diagnósticos clínicos, nos fazeres em saúde mental, visando ampliar o olhar dos profissionais na direção da interdisciplinaridade.

Com relação a este tema, Dimenstein (1998) coloca que o grande desafio do psicólogo no campo da assistência pública, implica na substituição do paradigma da clínica pelo da saúde coletiva, que requer um novo modelo de atenção à saúde e de relação com o usuário.

A formação acadêmica da psicologia valoriza ainda um profissional direcionado para um modelo de atuação bastante limitado numa visão restrita do indivíduo, voltado para o atendimento baseado num modelo curativo e assistencialista. Dimenstein (2001) discute que, embora o psicólogo tenha entrado nas instituições públicas, ampliando com isso o campo de trabalho, não alterou os modelos teóricos e práticos que fundamentam a sua atuação, e a identidade profissional hegemônica vinculada a do psicoterapeuta. O modelo clínico da psicoterapia individual é atribuído ao desejo da clientela ou da instituição. De forma geral não houve uma revisão, ou mesmo mudanças na forma tradicional de atuar, e

com isso percebe-se dificuldade em construir novas práticas para produção social da saúde e da cidadania, comprometidas com o bem-estar social. Estas considerações podem ser observadas na seguinte consideração de um residente:

“O nível de complexidade do trabalho em APS exige uma reflexão sobre a disponibilidade de ferramentas singulares para o trabalho do psicólogo e não uma simplificação das técnicas de trabalho” (R4).

Entretanto, pode-se observar na escolha dos temas dos trabalhos dos residentes psicólogos, uma ampliação do olhar para além do indivíduo e a consideração de que os aspectos subjetivos não são exclusivos da psicologia, o que se pode evidenciar no seguinte trecho de um dos TCR:

“acredito que ter capacidade de escutar e trabalhar com dimensões relacionais trazidas pelos pacientes não é psicologia, é saúde” (R4).

A multiprofissionalidade é assim, um elemento importante para a ampliação da atenção à saúde mental na APS e da ação do profissional da Psicologia no campo da saúde, como sugerem os TCR. Neste sentido, a formação em serviço tem especial importância, pois possibilita a aprendizagem a partir das realidades vivenciadas e do encontro com outros saberes aportados pelas diferentes profissões que estão inseridas nas equipes. Como coloca R2 em seu TCR:

“propomos que este como fazer seja construído coletivamente através de estratégias que necessariamente passam pela formação dos novos profissionais que se constituem a cada dia do nosso fazer” R2.

CONCLUSÕES

Ao chegar ao fim deste Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Prática Pedagógicas para a Educação em Serviços de Saúde, que teve como objetivo discutir os possíveis efeitos produzidos pelo processo de formação da Residência Integrada em Saúde do GHC (RIS/GHC), através da análise dos TCR desenvolvidos pelos residentes da Psicologia inseridos na ênfase em SFC, na qual estou inserida como orientadora, retomo também o percurso realizado no Curso, tentando me aproximar também dos efeitos produzidos em mim por esta experiência.

Neste percurso tive contato com um texto de Jorge Larrosa Bondia (2002), intitulado "Notas sobre a experiência e o saber de experiência". Neste, ele coloca em análise a palavra experiência e seus vários sentidos em diferentes línguas. Em espanhol, *experiencia* quer dizer "o que nos passa", o que nos acontece, o que nos toca.

Viver a inserção na RIS, neste Curso de Especialização e a própria confecção deste trabalho e desta escrita, me possibilitaram ampliar a perspectiva sobre alguns conhecimentos, muitas vezes até já vistos, trabalhados em seminários, mas não suficientemente refletidos, como se pode fazer neste momento. Na medida em que me aproximava dos textos sugeridos para leitura em aula, realizava a busca da bibliografia, autores de referencia e metodologia para embasar esta pesquisa, tive a oportunidade de revisar conceitos e práticas da minha própria vivência como psicóloga e trabalhadora de um serviço de saúde inserido no SUS.

Ceccim (2007) refere que os trabalhadores de saúde são indivíduos em processo de subjetivação tanto pelo trabalho, onde se dá a experimentação de si, com os outros profissionais, usuários, ações, quanto pela educação pelo trabalho, cenário de desafios ao pensamento e à reinvenção de si, dos saberes e das práticas. Considero ter sido este o processo vivido por mim nesta sobreposição de papéis e funções, como trabalhadora, orientadora e aluna deste curso. A inserção na RIS/GHC "força" a problematização cotidiana dos fazeres, transforma minha formação *psi*, produzindo uma ampliação dos modos de acolher os sofrimentos e invenção de outras estratégias de cuidado.

O mesmo foi possível constatar na escrita dos trabalhos de conclusão dos residentes, onde os vejo reinventando-se, aprimorando e qualificando a capacidade

de análise, de enfrentamento e proposição de ações de acordo com os princípios e diretrizes do SUS.

Também se pode concluir que os TCR dos residentes aproximaram-se na sua maioria, dos objetivos propostos pela formação em serviço. Os princípios do SUS estiveram presentes como orientadores dos fazeres, bem como a ampliação do enfoque da doença para a saúde, a interdisciplinaridade é apontada como dispositivo para a ampliação do olhar sobre a vida dos sujeitos, o que nos leva a concluir que estamos formando cidadãos críticos e propositivos.

Encerro com uma citação que Heidegger (apud Larrossa, 2002), que espelha e reflete o vivido:

[...] fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma. Quando falamos em “fazer” uma experiência, isso não significa precisamente que nós a façamos acontecer, “fazer” significa aqui: sofrer, padecer, tomar o que nos alcança receptivamente, aceitar, à medida que nos submetemos a algo. Fazer uma experiência quer dizer, portanto deixar-nos abordar em nós próprios pelo que nos interpela, entrando e submetendo-nos a isso. Podemos ser assim transformados por tais experiências, de um dia para o outro ou no transcurso do tempo (pág.143).

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado, Brasília, DF, 1988.

Brasil. Portaria Interministerial nº 1.704, de 17 de agosto de 2004. **Certifica unidades hospitalares como Hospitais de Ensino**. Recuperado em 29 de Março de 2009: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_interministerial_1704.pdf.

Brasil. **Portaria Interministerial nº 2.092, de 21 de outubro de 2005. Inclui na Portaria Interministerial nº 1.704/MEC/MS**, os Hospitais Cristo Redentor e Fêmina – RS como Hospitais de Ensino. Recuperado em 21 de novembro de 2009, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2092.htm>.

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

Brasil. Grupo Hospitalar Conceição. **Projeto Político Pedagógico da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição – RIS/GHC**, 2009. Recuperado em 21 de março de 2009, de <http://www2.ghc.com.br/GepNet/risprojeto.pdf>.

Brasil. Grupo Hospitalar Conceição. **Portaria GHC nº 109/04**, expedida em 31 de março de 2004. Cria o Programa de Residência Integrada em Saúde, no âmbito do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre. Grupo Hospitalar Conceição. Impresso.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão e da Educação na Saúde. Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a educação permanente em saúde. Pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, 2003. Recuperado em 12 de fevereiro de 2010, de <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publ>.

Brasil. Ministério da Saúde. **10ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Recuperado em 21 de setembro de 2009, de <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8080/90 – **Lei Orgânica da Saúde**, 19 de setembro de 1990. Brasília: Senado Federal.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edição Revista e Atualizada. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2009.

CAMPOS, G. e DOMITTI, A., **Apoio matricial e equipe de referencia: uma metodologia para gestão de trabalho interdisciplinar em saúde**. Rio de Janeiro, 2007

CECÍLIO, L. C. O., **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. Rio de Janeiro, 1997.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. **O quadrilátero para a formação da área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. Physis: Revista de saúde coletiva. Rio de Janeiro, v.14, n.1 2004.

DESLANDES, S F. **Pesquisa Social: teoria,método e criatividade**. Suely Ferreira Deslandes, Otavio Cruz Neto, Romeu Gomes, Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora) Petrópolis: Vozes, 1994.

DIMENSTEIN, M., **O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva**. Psicologia em estudo. Paraná, 2001.

DIMENSTEIN, M., **O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais**. Piauí, 1998.

FAJARDO, A. e PASINI, V. L. **Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição**. Porto Alegre: Gerência de Ensino e Pesquisa, 2008. Impresso. Disponível em <http://www2.ghc.com.br/GepNet/riscartilha2008.pdf>.

MARSIGLIA, R. F. **Relação de ensino / serviços. Dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1995.

MATTOS, R. Araújo. **Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. Disponível em: http://www.uefs.br/pepscentroeste/arquivos/artigos/os_sentidos_integralidade.pdf

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

Ministério da Saúde. **IX Conferência Nacional de Saúde: municipalização é o caminho**. Relatório Final. Brasília, 1992. Recuperado em 03 de março de 2008, de http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Construção da Integralidade: Cotidiano, saberes e práticas em saúde**; Rio de Janeiro: UERJ, INS: ABRASCO, 2007.

PINHEIRO, R.; CECCIN, R. B.; MATTOS, R. A. **Ensinar Saúde: A integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde** – Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ:ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2008.

TATSCH, D. T.; GUARESCHI, N. M. F.; BAUMKARTEN, S. Organizadoras: **Tecendo Relações e Intervenções em Psicologia Social**. Porto Alegre: ABRAPSO SUL, 2009.

STREY, M. N.; TATIM, D. C. Organizadoras. **Sobre ETs e dinossauros: construindo ensaios temáticos**. Passo Fundo: Editora Universidade de Passo Fundo, 2008.

TEIXEIRA, C.; PAIM, J.; VILASBOAS, A.; **SUS, modelo assistências e vigilância da saúde**. IESUS, 1998.

BONDÍA, J., **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. Espanha, 2002.

OLIVEIRA, C.,; CASANOVA, A.; **Vigilância da saúde no espaço de praticas da atenção básica**. Rio de Janeiro, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. Sao Paulo: Hucitec, 1997.