



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Instituto de Medicina Social

Vanessa Mueller

**O papel das Residências em Saúde na qualificação e expansão da Atenção  
Primária: saberes e impressões na perspectiva do usuário**

Rio de Janeiro

2018

Vanessa Mueller

**O papel das Residências em Saúde na qualificação e expansão da Atenção Primária:  
saberes e impressões na perspectiva do usuário**

—Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título Mestre ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Elaine Teixeira Rabello

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

M946 Mueller, Vanessa

O papel das Residências em Saúde na qualificação e expansão da atenção primária: saberes e impressões na perspectiva do usuário / Vanessa Mueller. – 2018.  
99 f.

Orientador: Elaine Teixeira Rabello

Dissertação (mestrado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Internato e residência – Teses. 2. Pesquisa sobre serviços de saúde – Teses. 3. Saúde da família – Teses. 4. – Teses. 5. Atenção primária à saúde – Teses. I. Rabello, Elaine Teixeira. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.39(815.3)

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Vanessa Mueller

**O papel das Residências em Saúde na qualificação e expansão da Atenção Primária:  
saberes e impressões na perspectiva do usuário.**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 26 de Abril de 2018.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Elaine Teixeira Rabello  
Instituto de Medicina Social - UERJ

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Roseni Pinheiro  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. Alfredo de Oliveira Neto  
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Lilian Koifman  
Universidade Federal Fluminense

Rio de Janeiro

2018

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha família, tão distante fisicamente mas tão próxima em pensamento, por incansavelmente me apoiar e ajudar em todos os meus projetos de vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família, aos pais Roque e Lesi e aos irmãos Tiago e Sabrina, os quais mesmo longe sempre me ajudam e confortam. Sem vocês, o incentivo e amor, nada disso seria possível. Vocês me motivam e impulsionam a ser uma pessoa cada vez melhor.

Agradeço também ao meu namorado Gustavo: amigo e companheiro, amor de uma vida, que sempre me apoia e diariamente me dá forças para continuar. Obrigada pela paciência e por compartilhar sua vida comigo. À minha sogra-mãe Antonina, pela acolhida, amor e amparo em seu núcleo familiar: a você toda minha gratidão!

À minha querida orientadora Elaine Rabello, sempre muito presente e dedicada, despertando em mim a vontade cada vez maior e empenho aos estudos. Tenho grande admiração e respeito pelo seu trabalho e pela sua dedicação árdua enquanto orientadora. Muito obrigada pelos momentos de incentivo e de apoio nesta jornada. Você fez toda a diferença!

Aos professores Roseni Pinheiro, Alfredo de Oliveira Neto e Lilian Koifman pela aceitação do convite para participação na banca e contribuições.

Ao grupo de pesquisa Biomedisci e ao professor Kenneth Camargo Jr., sempre com suas brilhantes falas e pelas contribuições para este projeto de pesquisa. Você é uma fonte de inspiração!

Às amigas “cariúchas” Aline e Taís, com as quais pude dividir o mesmo “teto” e compartilhar sonhos e realizações de vida, desde o período de Residência no GHC. As quais, em um momento difícil de saúde, me apoiaram e me deram forças para continuar neste projeto. Sou imensamente grata a vocês!

Agradeço às minhas amigas de infância Gabriela Kothe e Virgínia, à prima Gabriela e amiga Nena, as quais mesmo de longe se fazem presentes, me apoiando e motivando. Obrigada por compreenderem o distanciamento neste período e, principalmente, obrigada pela amizade de vocês: mesmo distantes, nosso afeto não muda.

Ao grupo de amigos que conquistei no Rio: Luize e Vini, Paulinha e Belarmino, Carol e Túlio, Marina e Xande, Kathe, Pri, Renata e Daniel, Raquel e Uzai, Rodolfinho, Salgueiro, Frango, Naty e Luís, Daiana. Obrigada por sempre me animarem e por compreenderem a minha ausência nos encontros dos finais de semana.

Ao amigos conquistados nestes dois anos de IMS Monique, Fabiano, Rachel, Gerson, Neires, Luana, Pâmela, Priscila e Fernanda, com os quais pude compartilhar algumas tardes, alguns trabalhos e alguns pensamentos, refletindo muitas dessas vezes juntos (principalmente no momento pós-aula, na descida dos eternos 7 andares do prédio da UERJ). Obrigada pela solidariedade em todos os momentos partilhados.

Ao coordenador de área Alexandre Modesto e à minha queridíssima diretora Malvina: muito obrigada por me apoiarem e permitirem que este estudo fosse possível! E à Malvina: admiração é a palavra que melhor pode demonstrar meu sentimento por você! Obrigada por acreditar em mim e pela parceria diária e constante!

Agradeço aos amigos e colegas de trabalho Carlinhos, Anna Paula, Patrícia, Antônio, Thaysa e Cecília. Muito obrigada pela força nestes últimos tempos. À Márcia Constância, pelas conversas e indicações sobre o trabalho, sempre valiosas!

Enfim, obrigada a todos! Juntos somos mais fortes em defesa do nosso querido SUS!

E, gratidão à saúde e à vida!

Na minha civilização, aquele que é diferente de mim não me empobrece; me enriquece.

*Antoine de Saint-Exupéry*

## RESUMO

MUELLER, Vanessa. **O papel das Residências em Saúde na qualificação e expansão da Atenção Primária: saberes e impressões na perspectiva do usuário.** 2018. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

O objetivo do estudo foi discutir o papel da formação profissional em saúde durante o processo de expansão da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, refletindo especificamente sobre o papel das Residências em Saúde neste processo de ensino em serviço sob a ótica do usuário do SUS. Especificamente, buscou-se analisar a contribuição dos modelos de Residência em Saúde para a qualificação dos profissionais inseridos na rede de Atenção Primária em Saúde, considerando a recente expansão da Estratégia de Saúde da Família no município, assim como discutir a formação em saúde, no modelo de Residência em Saúde, a partir das perspectivas de usuários atendidos por equipes com e sem profissionais residentes em um serviço de saúde da cidade. O estudo foi realizado em uma Unidade de Saúde da zona norte do município, a qual possui o modelo de Residência em saúde com a presença dos núcleos de enfermagem e medicina no serviço. Foram realizadas 12 entrevistas semi-estruturadas com pacientes acompanhados por equipes com e sem o processo de Residência instituído, sendo realizada posteriormente a análise de conteúdo temática das falas registradas. Diante das entrevistas, foram verificadas nas falas dos usuários a falta de clareza e compreensão acerca do trabalho desempenhado pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família e dos diferentes núcleos profissionais inseridos nestas, podendo ser ainda constatada a presença da lógica hegemônica e fragmentada, biologicista, relacionando a qualidade do cuidado à presença de tecnologias ou prescrições, ou à necessidade de acompanhamento por meio dos diferentes especialistas. Os usuários acompanhados por equipes com residentes relatam melhor escuta, acolhimento e coordenação do cuidado integral, em comparação à equipe sem profissionais em processo de formação. Nesse sentido, acredita-se que o modelo de ensino em serviço proposto pelas Residências em Saúde seja uma importante estratégia na qualificação de profissionais para conquista do perfil adequado para atuação no SUS, porém ainda apresenta muitas limitações, em especial no que tange à atuação multiprofissional, interdisciplinar e conectada ao controle social. Por isso, é importante a implementação de práticas dialógicas e usuário-centradas, a fim de reverberar em práticas de cuidado eficazes e humanizadas, valorizando a percepção dos usuários acerca dos serviços na legitimação de seus direitos.

Palavras-chave: Residência em Saúde. Ensino em serviço. Avaliação dos serviços. Saúde da Família.

## ABSTRACT

MUELLER, Vanessa. **The role of Health Residency in primary attention qualification and expansion:** knowledges and impressions on the user perspective. 2018. 99 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

The objective of the study was to discuss the role of professional health training during the expansion process of the Family Health Strategy in the city of Rio de Janeiro, reflecting specifically on the role of Health Residencies in this teaching process in service, from the SUS user's point of view. Specifically, the study sought to analyze the contribution of the Health Residency models to the qualification of the professionals inserted in the Primary Health Care network, considering the recent expansion of the Family Health Strategy in the municipality, as well as discussing the education in health, in the Residency in Health model, from the perspectives of the users taken care by teams with and without resident professionals in a health service of the city. Thus, the study was carried out in a Health Unit of the northern zone of the municipality, which has the Residency model in health with the presence of nursing and medical centers in the service. In this study, 12 semi-structured interviews were carried out with the patients followed by teams with and without the established Residency process, followed by a thematic content analysis. In front of the interviews, the lack of clarity and understanding about the work performed by the Family Health Strategy teams and the different occupational groups included in the interviews were verified in the users' speeches, as well as the presence of the hegemonic and fragmented biological logic, relating the quality of care to the presence of technologies or prescriptions, or to the need of follow-up through different specialists. The users attended by teams with residents mentioned better listening, reception and integral healthcare coordination, in comparison to the team without professionals in education process. In this sense, it is believed that the in-service teaching model proposed by the Residencies in Health is an important strategy of the qualification of professionals to achieve the adequate profile for action in SUS, but still presents many limitations, especially in relation to the multiprofessional performance, interdisciplinary and connected to social control. Therefore, it is important to implement dialogic and user-centered practices in order to reverberate in effective and humanized care practices, valuing users' perceptions of the services in the legitimation of their rights.

Keywords: Residence in health. In-service teaching. Service assessment. Family Health.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária em Saúde
CAP	Coordenação de Área Programática
CF	Clínica da Família
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CMS	Centro Municipal de Saúde
CMS MAE	Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
GIL	Gerenciador de Informações Locais
IMS	Instituto de Medicina Social
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira
MEC	Ministério da Educação
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOB/RH	Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos
OSS	Organizações Sociais da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SESu	Secretaria de Educação Superior
SETEC	Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior
SISREG	Sistema de Regulação
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

UERJ      Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
TCLE      Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1	<b>A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SUS E AS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: UM MODELO DE ENSINO EM SERVIÇO.....</b>	<b>20</b>
2	<b>A ARTICULAÇÃO DA GESTÃO COM O CONTROLE SOCIAL: QUALIFICANDO OS SERVIÇOS.....</b>	<b>24</b>
3	<b>O CASO DO RIO DE JANEIRO: A RECENTE EXPANSÃO DA APS E A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL.....</b>	<b>28</b>
4	<b>PROPOSTA METODOLÓGICA.....</b>	<b>33</b>
4.1	<b>Local do Estudo.....</b>	<b>34</b>
4.2	<b>Universo.....</b>	<b>36</b>
4.3	<b>Coleta de dados / campo.....</b>	<b>38</b>
4.4	<b>Análise de dados.....</b>	<b>41</b>
5	<b>SOBRE FALAS E IMPRESSÕES NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO: O QUE DIZEM OS PACIENTES ACOMPANHADOS NO CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE MARIA AUGUSTA ESTRELLA.....</b>	<b>42</b>
5.1	<b>O atendimento no CMS Maria Augusta Estrella e a transição do modelo de atenção.....</b>	<b>42</b>
5.2	<b>Sistema de Regulação: articulando a rede de serviços.....</b>	<b>59</b>
5.3	<b>O atendimento médico na Unidade: Especialistas x Equipes da Estratégia de Saúde da Família.....</b>	<b>63</b>
5.4	<b>O acompanhamento realizado pelo núcleo de enfermagem e seus principais desafios.....</b>	<b>68</b>
5.5	<b>Residências em Saúde: da construção do vínculo às despedidas.....</b>	<b>72</b>
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>81</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>89</b>
	<b>APÊNDICE A – Tópicos-guia para entrevista semi-estruturada.....</b>	<b>98</b>
	<b>APÊNDICE B – TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>99</b>

## INTRODUÇÃO

Escrever esta dissertação de mestrado me exige uma leitura de minha trajetória pessoal, profissional e acadêmica realizada até o momento. Após a Graduação em Odontologia, realizei minha pós-graduação em Saúde Coletiva e da Família pela Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Nesta vivência enriquecedora, em todos os aspectos que lhe são passíveis, pude descobrir uma nova paixão e implicação: a saúde coletiva e a produção do cuidado, a produção de afetos.

Na Residência, realizei meu estágio Optativo na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, momento este em que pude me aproximar um pouco mais da heterogeneidade e realidade dos diferentes sujeitos desta cidade. A partir de então, durante o período de um ano e meio, atuei como gestora de quatro equipes de Saúde da Família em uma Unidade de Saúde na região da Tijuca, momento bastante desafiador e que me provocou pensar (e repensar?) nas várias maneiras de se fazer a produção do cuidado e do quanto faz-se necessária a qualificação dos profissionais neste meio, neste processo. Pude acompanhar de perto profissionais em processo de formação atuando diretamente nas Equipes de Saúde da Família via Residência Médica (nos diversos modelos que existem no município). Tendo a inquietude de analisar todo esse processo como ponto norteador, busquei atuar novamente na ponta, a fim de me aproximar dos desafios do cotidiano e estudar de forma mais concreta este processo, agora então pelo olhar dos profissionais de saúde e não mais através do papel da gestão.

Neste processo, pude perceber que as minhas inquietudes, tanto do momento em que estive nesse processo de formação (*in loco*) quanto no papel de gestora, também são as que os profissionais em formação vivenciam neste momento de qualificação profissional, incitando ainda mais questionamentos e meu desejo em estudar a respeito deste processo de qualificação ensino-serviço. Foi também possível compreender que as instituições de saúde assumem papel estratégico na apropriação dos conhecimentos de novas formas de agir e produzir integralidade em saúde, na medida em que produzem o encontro de diferentes perspectivas e interesses dos diferentes atores sociais (profissionais, gestores e usuários) (PINHEIRO; LUZ, 2007).

Nesse sentido, entendendo que a formação do profissional de saúde através da prática em serviço, como o modelo de qualificação das residências em saúde, é de grande importância tanto para a qualificação profissional quanto para o desenvolvimento de novas práticas nos serviços, o presente estudo visa realizar uma análise a respeito do papel da formação profissional em saúde na qualificação durante o processo de expansão da cobertura na Atenção Primária em Saúde (APS), via Estratégia de Saúde da Família (ESF), no município do Rio de Janeiro. Dessa forma, considerando-se que a expansão pode ocorrer por diversas formas devido a uma demanda crescente de modelos de atenção (PINHEIRO; LUZ, 2007), pretende-se refletir acerca do papel das Residências Profissionais em Saúde na expansão da ESF, tomando-se como base desta reflexão os saberes, vivências e impressões dos usuários acompanhados por estes profissionais sobre esse processo.

Vista como o primeiro nível de atenção à saúde, a APS é definida como o acesso de um sistema de saúde ('acesso de primeiro contato') (BRASIL, 2006b), caracterizando-se por quatro atributos essenciais: porta de entrada, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado dentro do próprio sistema de saúde, podendo contar com características complementares como a orientação familiar e comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002; HARZHEIM, E. et al., 2016), compreendidas como o reconhecimento das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico e cultural (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Segundo Barbara Starfield (2002), a APS abrange um conjunto de ações de caráter individual e coletivo, compreendendo as ações de promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

A Atenção Primária é o espaço do trabalho em saúde cujas responsabilidades, territorialmente definidas, implicam a capacidade de lidar com as complexidades dos indivíduos sob uma lógica de trabalho intersetorial e interdisciplinar que permita a resolutividade dos problemas através do uso combinado de tecnologias, com ênfase nas tecnologias leves (MEHRY, 2002; LOBATO, 2010), baseadas no acolhimento, por meio da construção de vínculo, escuta qualificada, compromisso e resolutividade dos problemas de saúde dos usuários (FRANCO; MERHY, 2003). A construção de vínculos afetivos permite a troca de saberes (popular e científico) e a longitudinalidade do cuidado, cujo gerenciamento e qualidade implica a responsabilização de toda a comunidade. Representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o Sistema Nacional de Saúde (STARFIELD, 2002; LEMOS, 2007), sendo desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade (BRASIL, 2012).

Esse nível de atenção tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia dos sujeitos, nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigindo-se a populações com territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, devendo ser o contato preferencial dos usuários. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no atendimento das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando sempre critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2012). Isto posto, cabe ressaltar que a APS propõe a atuação em saúde como educacional e transformadora da realidade social (LINS, 2009).

No Brasil, o descontentamento com o desenvolvimento e articulação das ações e serviços em saúde, em todos os níveis de atenção, culminou na Reforma Sanitária Brasileira (RSB), através da articulação de lutas sociais engajadas com a produção de conhecimento, as quais defendiam e reivindicavam a democratização da saúde enquanto parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos (PAIM, 2009). Além disso, ela objetivava uma ampla reforma social a partir de três dimensões: a saúde enquanto área do saber, a saúde enquanto setor produtivo e a saúde enquanto um estado da vida, constituindo um conjunto de políticas articuladas “em uma totalidade de mudanças” (AROUCA, 1988). Assim, no ano de 1979, surge a proposição de criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), construído a partir dos movimentos sociais de mulheres e homens que teceram a RSB (PAIM, 2009).

Dessa forma, o ápice de todo o movimento da RSB concretizou-se em 1986, por meio da realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), referenciada como marco histórico para o setor da saúde no Brasil. A 8ª CNS resultou na instituição do Sistema Único de Saúde na Constituição Federal de 1988, a qual destaca a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado, garantido por meio de políticas sociais e econômicas, visando a redução do risco de adoecimento e outros agravos. Além disso, a Constituição garante acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, o que, mais tarde, foi regulamentado pela Lei Orgânica nº 8.080 e pela Lei Orgânica nº 8.142; a primeira dispõe a respeito das condições para a realização da promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e do funcionamento dos serviços, enquanto a segunda trata a respeito do controle social na gestão do SUS.

Em 1994, como estratégia de consolidação do SUS e reorganização da Atenção Primária, é então criado o Programa de Saúde da Família (PSF), almejando-se uma nova lógica de atuação ao serviço público brasileiro, a partir da reformulação da micropolítica do processo de trabalho dos profissionais de saúde, no sentido da valorização da relação trabalhador-usuário (FRANCO; MERHY, 2003), uma vez que este era motivo de descontentamento da população e conhecido por sua prática excludente e hospitalocêntrica. Com a formulação deste Programa, buscou-se a ampliação do acesso às ações e serviços de saúde a partir de uma lógica mais integral, priorizando áreas de maior risco social (BORGES; BAPTISTA, 2010). O Programa possuía como uma de suas propostas o trabalho multiprofissional, sendo cada equipe responsável por um número definido de famílias localizadas em uma área geográfica delimitada. Essas equipes têm como foco de trabalho ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, além da manutenção da saúde desta comunidade. A partir da edição da Portaria MS/GM nº 648, em 2006, a Atenção Básica<sup>1</sup> foi regulamentada e foram também estabelecidas as ações de saúde bucal neste nível de atenção. Apesar de inicialmente ser intitulado enquanto um “programa”, mais tarde este é então reconhecido como uma estratégia, levando-se em consideração as fragilidades e tensionamentos que um “programa” pode representar, sendo assim renomeado como “Estratégia de Saúde da Família”.

Em 2011, a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) marcou a mudança do desenho do financiamento federal para a Atenção Básica, passando a combinar equidade e qualidade, avançando na afirmação de uma APS acolhedora, resolutiva e que qualifica a gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Ainda, esta política apoia e estimula a adoção da Estratégia Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde como tática prioritária de expansão, consolidação e qualificação da Atenção Primária em Saúde, além de prever a qualificação da ESF e de outras estratégias de organização da atenção básica, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades de cada região do país (BRASIL, 2011a).

Nesse sentido, a PNAB vem se apresentando como uma importante estratégia de enfrentamento das singulares iniquidades históricas no campo da atenção à saúde (MACHADO, 2017), reforçando a ideia de que as Unidades Básicas de Saúde (UBS) inseridas próximas de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenham

---

<sup>1</sup> De acordo com Mello, Fontanella e Demarzo (2009) os termos de Atenção Básica (AB), Atenção Primária (AP) e Atenção Primária em Saúde (APS) vêm sendo utilizados como sinônimos no Brasil, frequentemente sem perceber o contexto conceitual e ideológico a que estão submetidos, cujos referenciais podem ainda variar.

um papel central na garantia de acesso a uma atenção à saúde de qualidade à população (BRASIL, 2011a). Vista como uma inovação tecnológica não material em saúde, do tipo incremental, a ESF pode ser apontada como uma importante política para o campo da saúde, levando-se em consideração seus princípios teóricos e políticos, consistindo em um caminho profícuo para superar os limites da concepção tradicional de pensar e produzir saúde (SORATO et al, 2015).

Em seu estudo, os autores Arantes, Shimizu e Merchán-Hamann (2016) analisaram as contribuições e os desafios da ESF no desenvolvimento da APS do Brasil por meio de revisão de literatura e análise de artigos, segundo a utilização de três dimensões: político-institucional, organizativa e técnico-assistencial. Por meio desta análise, destacaram na primeira dimensão as contribuições para a expansão dos cuidados primários, a institucionalização da avaliação e promoção da equidade, assim como os desafios relacionados ao financiamento, à formação/educação/gestão de pessoal e à intersetorialidade. Em relação à segunda dimensão, verificaram a ampliação da oferta de serviços, o contato por ações programáticas e o favorecimento da integralidade da atenção, sinalizando como desafios o acesso, a porta de entrada, a integração à rede de serviços, o planejamento e a participação social. Quanto à dimensão técnico-assistencial, salientaram como vantagens o trabalho multidisciplinar, o enfoque familiar, o acolhimento, o vínculo, a humanização, a orientação comunitária, a produção do cuidado e o desempenho e, como principais desafios para seu aprimoramento, os fatores político-institucionais.

Constituída como um dos pilares da saúde pública brasileira, a ESF ainda apresenta diversos obstáculos para sua consolidação, baseando-se nos princípios e diretrizes que ancoram o SUS. Cabe ressaltar que houve melhoras significativas em relação aos indicadores de saúde e acesso da população ao sistema de saúde; porém ainda são apontadas diversas críticas a este modelo de atenção, como a forma de contratação de profissionais e a sobrecarga destes decorrente do grande número de famílias sob responsabilidade de cada equipe, a disparidade de salários entre os diferentes núcleos profissionais, assim como as fragilidades na formação acadêmica decorrentes da falta de consonância com o novo paradigma sanitário (VASCONCELOS; CARNEIRO, 2011).

Ao analisar os principais entraves e desafios para a expansão e consolidação da ESF enquanto reordenadora da APS, Costa (2016) destaca três metrópoles com expressivo aumento da implantação das equipes de ESF entre os anos de 2008 e 2012: Rio de Janeiro,

São Paulo e Belo Horizonte, uma vez que as mesmas apresentavam, respectivamente, um contingente de 734, 1088 e 502 equipes de saúde da família no ano de 2012.

O município do Rio de Janeiro caracterizou-se por expressiva expansão da Atenção Primária em Saúde, entre os anos de 2008 e 2018, utilizando a Estratégia de Saúde da Família como marco da reorganização do sistema de saúde vigente. Desde a implantação do modelo, a cobertura de Saúde da Família na cidade passou de 3,5%, em janeiro de 2009 para 70% em meados de 2017, totalizando o quantitativo de 1.294 equipes (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2018). A APS do município conta com, aproximadamente, 200 unidades de atenção primária, as quais podem ser Centros Municipais de Saúde (CMS) ou Clínicas da Família (CF), oferecendo serviços de atenção primária à população.

Somada à crescente expansão da APS na cidade do Rio de Janeiro, evidenciou-se a necessidade de qualificação dos serviços e, para tanto, dos profissionais inseridos nestes. Assim, houve grande investimento neste processo, a partir da realização de capacitações dos profissionais já inseridos na rede de atenção por meio de cursos de atualização, propostas de educação permanente e continuada. Além disso, houve a abertura e maior procura por cursos profissionalizantes, como as especializações em Saúde da Família, também no formato da qualificação em serviço no modelo de Residências em Saúde. Ademais, a Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, a partir de 2012, lançou mão de cursos de Residência Profissional, abrangendo os núcleos profissionais de medicina e enfermagem, contemplando a qualificação ensino-serviço nas Unidades do município a fim de ampliar o contingente de profissionais capacitados e qualificados para atuarem nos serviços de saúde.

A partir dessas considerações, este estudo objetivou discutir a relação ensino-serviço-comunidade durante o processo de expansão da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, refletindo especificamente sobre o papel das Residências em Saúde neste processo de ensino-serviço sob a ótica do usuário do SUS acompanhados em uma Unidade de Saúde.

Como objetivo específico, buscou-se analisar a contribuição da inserção da academia no serviço para a qualificação do acompanhamento dos usuários inseridos na rede de Atenção Primária em Saúde em uma Unidade de Saúde, considerando a recente expansão da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, assim como discutir a formação em saúde, no modelo de Residência em Saúde, a partir das perspectivas de usuários atendidos por equipes com e sem profissionais residentes em um serviço de saúde da cidade.

Nesse sentido, a lógica subjacente à proposta desse estudo é a necessidade de compreensão das relações envolvidas nos componentes da formação e controle social, entendendo sua dinâmica enquanto uma rede conectada, integrada e dialógica, tendo em vista que a produção de estudos tem sido direcionados às graduações acadêmicas e modelos de qualificação/pós-graduação, fazendo com que seja cada vez mais necessária a produção de pesquisas acerca da formação de profissionais através de qualificações em serviço nos moldes das Residências em Saúde.

A partir do proposto nesse trabalho, entende-se ser possível situar e equacionar os principais entraves e potencialidades relacionados à formação em saúde no modelo ensino-serviço das Residências em Saúde, por meio da análise dos processos instituídos nesta qualificação profissional, sinalizando ainda para a eficácia e para as potencialidades da integração ensino-serviço-comunidade às ações desenvolvidas nos processos no âmbito da atenção primária, sob a análise da perspectiva do usuário.

Com isso, por meio da escuta dos usuários (controle social), espera-se contribuir para a qualificação dos serviços prestados e dos profissionais em formação inseridos na APS, assim como colaborar para gestão local, potencializando a oferta de serviços e o acompanhamento destes pacientes, buscando-se uma produção de cuidado mais integral e humanizada.

## **1 A FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SUS E AS RESIDÊNCIAS EM SAÚDE: UM MODELO DE ENSINO EM SERVIÇO**

A partir da Portaria nº 2.118 de 3 de novembro de 2005, foi instaurada a parceria entre o Ministério da Educação, por meio da Secretaria de Educação Superior - SESu, da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC) e do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira (INEP) e o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), objetivando o desenvolvimento de projetos e programas que articulassem as bases epistemológicas da saúde e da educação superior, visando à formação de recursos humanos em saúde coesos com o SUS, com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES). A SGTES é responsável por desenvolver ações para o fomento de políticas para a formação, educação permanente, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no Sistema de Saúde (BRASIL, 2011b).

De acordo com a Norma Operacional Básica sobre Recursos Humanos do SUS (NOB/RH-SUS), a qualidade da atenção à saúde tem relação direta com a formação dos profissionais em saúde (BRASIL, 2005b), chamando a atenção para a necessidade de adequação dos cursos de graduação e pós graduação em saúde, objetivando assim a qualificação profissional para atuação no SUS. Nesse sentido, vale destacar que o desequilíbrio na oferta de formação e de exercício profissional pode gerar graves distorções na satisfação e segurança técnica dos trabalhadores individuais, assim como na qualidade e garantia de assistência eficiente aos usuários (CECCIM; PINTO, 2007), reforçando a necessidade de aproximação dos diferentes núcleos profissionais ao Sistema Único de Saúde, desde a Graduação e da qualificação profissional no modelo ensino-serviço-comunidade.

Segundo as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde (salvo exceções), a formação dos profissionais de saúde necessita contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde. Assim, fica evidente a necessidade da articulação entre a educação superior e o sistema de saúde, levando-se em consideração o conceito, as diretrizes e os objetivos do SUS para a efetiva consolidação deste sistema, reforçando a ideia de que as estratégias de mudança na graduação deveriam amparar-se na relação de diálogo entre instituições formadoras, gestão em saúde e controle social (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

De acordo com os autores Ellery, Bosi e Loiola (2013), a proposta de integrar ensino, pesquisa e serviços de saúde vem se consolidando no Brasil, nos últimos 30 anos, como fruto do movimento de redemocratização e do movimento de reforma sanitária brasileira, culminando na criação do SUS e na implantação de um novo modelo assistencial em saúde. Segundo os autores, novas alternativas têm sido colocadas na tentativa de superar o modelo ainda hegemônico de formação, caracterizadas pela descontextualização do real e pelo distanciamento entre ensino, pesquisa e serviço. Apontam que a formação em saúde vem sendo efetivada a partir do estabelecimento de uma ligação orgânica entre a prática e a teoria, articulando o ensino e a pesquisa aos serviços de saúde. Dessa forma, reconhecem a integração ensino, pesquisa e serviços como estratégia para aperfeiçoar os modelos de formação, de educação permanente e de gestão do conhecimento na saúde, construindo assim sistemas de saúde escola.

Apesar dos progressos, expansão e diversidades de programas de qualificação profissional ao longo dos anos, é possível verificar que a formação dos trabalhadores da saúde, ainda, configura-se em “um hiato entre o que a sociedade demanda e o que as instituições formadoras oferecem” (COLETIVO NACIONAL DE RESIDENTES, 2006, p.01 *apud* LOBATO, 2010), evidenciando a distância entre a teoria e a prática, entre a comunidade e as entidades formadoras.

Assim, por meio do desenvolvimento e consolidação do Sistema Único de Saúde enquanto processo social e político, ancorado nos princípios da universalidade, integralidade e participação social, foi possível o reconhecimento da necessidade do trabalho em equipe de maneira interprofissional e interdisciplinar, em especial na atenção primária e nas redes de atenção à saúde (CAMARA et al, 2016). Além disso, em seu texto, os autores Vasconcelos, Stedefeldt e Frutuoso (2016) reforçam a necessidade de fortalecimento do papel do SUS enquanto ordenador da formação em saúde e da promoção de espaços para (re)pensar o cotidiano de trabalho e as práticas profissionais, atendendo às prioridades expressas pelo perfil epidemiológico e demográfico das regiões do país (CECCIM; PINTO, 2007).

Em seu estudo, Vasconcelos, Stedefeldt e Frutuoso (2016) destacam a inserção acadêmica nos serviços, de forma a possibilitar encontros e a promoção da produção de formação e cuidado. Ressaltam, ainda, a ótica do profissional de saúde, revelando assim suas aproximações e distanciamentos enquanto importantes atores deste processo de inserção. Os autores também apontam o olhar sobre a relação entre universidade, serviço e comunidade,

permitindo avançar em um efetivo compromisso de enfrentamento conjunto de problemas de saúde e a construção de uma atenção integral na rede de serviços/cuidado.

As Residências Multiprofissionais em Saúde e em área profissional da saúde, existentes desde 1975, tiveram sua regulamentação apenas em 2005, por meio promulgação da Lei nº 11.129. Segundo o referido documento, esse tipo de qualificação profissional contribui para a formação de um novo perfil do profissional de saúde, humanizado e preparado para responder às reais necessidades de saúde dos usuários, da família e da comunidade, ampliando a resolutividade da ESF e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

A análise sobre a inserção da Residência Multiprofissional em Saúde em unidades de APS, idealizada a partir da expansão da ESF, pode favorecer percepções sobre as potencialidades do processo da qualificação profissional para o trabalho (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010), como o fortalecimento das ações de saúde de acordo com a integralidade da atenção e a ampliação da relação teoria-prática. Nesse sentido, refletir sobre a contribuição das Residências neste processo pode apontar para o importante debate sobre seu papel na ESF como dispositivo de mudança do modelo de assistência à saúde, no fortalecimento da atenção básica, na ampliação do conhecimento dos trabalhadores sobre o território de abrangência, na inclusão de diversas categorias profissionais e no avanço do trabalho em equipe multiprofissional.

Além disso, olhar para as Residências e para os residentes contribui diretamente para pensar o desenvolvimento da habilidade do profissional em formação em se relacionar com o usuário e com a unidade em que atua cotidianamente, promovendo assim a formação de profissionais capacitados para atuar na ESF e na lógica da atenção territorial (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015), assim como garantir a formação de agentes micropolíticos para o fortalecimento do SUS, almejando-se disputar a qualificação das práticas no mundo do cuidado e tensionar o sistema de saúde vigente enquanto política pública (LOBATO, 2010).

Os autores Ceccim e Pinto (2007) ressaltam que a Residência em área profissional da saúde, para as várias profissões, amplia a incorporação de recursos de atenção integral nos serviços e regiões pelo seu caráter multiprofissional, permitindo maior acolhimento e ênfase na transformação das iniquidades. Ainda, este modelo de formação concorre para o enfrentamento da pobreza no contexto do desenvolvimento humano a partir da elevação da resolutividade pela integralidade e pela humanização dos atendimentos, pela composição de equipes multiprofissionais, pela especialização em diferentes profissões, pela ênfase nos

cuidados especializados no âmbito das práticas ambulatoriais e domiciliares, assim como pela integração em rede dos serviços de saúde e intersetorialidade.

Segundo Nascimento e Oliveira (2006), a qualificação profissional a partir da Residência Multiprofissional em Saúde da Família almeja que o residente, a partir do contato com as necessidades da população, transforme-se, construindo uma nova conduta e um novo olhar profissional, mais humanizado, centrado no paciente, com integralidade da atenção e postura crítica e reflexiva. Além disso, espera-se que o profissional formado seja capaz de compartilhar saberes e que se mostre presente e participante nas ações com a comunidade, tendo como objetivo o alívio do sofrimento humano e a melhora da qualidade de vida da população. Assim, a busca por profissionais generalistas, com visão humanista, crítica e integradora, capazes de atuar com qualidade e resolubilidade no SUS, passa pela necessidade de construção de um perfil de competências que atendam às necessidades e demandas de saúde da população em situações concretas do seu cotidiano.

De acordo com Nascimento e Oliveira (2010), a Residência Multiprofissional em Saúde da Família busca o crescimento profissional dos residentes e a promoção e a transformação do serviço de saúde que os recebe, impulsionando a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites para transformá-la.

#### A respeito do processo de formação em serviço

“A Residência é a possibilidade de experimentar determinados estados. É um aprendizado sentido no corpo. Saber do corpo. Saber para cuidar do corpo. Do próprio corpo e do corpo do outro. É intenso, é limítrofe. Em alguma medida pode ser violento” (DALLEGRAVE; CECCIM, 2016, p. 383).

O modelo de formação da Residência possibilita a qualificação profissional não apenas para os residentes, mas também para o serviço que os recebe, contribuindo para a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites para transformá-la (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006), podendo haver uma contribuição efetiva para a mudança de comportamento dos profissionais inseridos no serviço de saúde. De acordo com Domingos, Nunes e Carvalho (2015), a participação dos demais trabalhadores de saúde na inserção do residente na Unidade de Saúde e na produção do cuidado integrado ao ensino faz-se imprescindível para a consolidação da proposta da Residência Multiprofissional em Saúde, uma vez que este profissional qualifica-se no ambiente de trabalho das equipes de saúde.

## 2 A ARTICULAÇÃO DA GESTÃO COM O CONTROLE SOCIAL: QUALIFICANDO OS SERVIÇOS

Os processos de formação/qualificação necessitam de ações no âmbito da organização do trabalho, da interação com redes de gestão e de serviços de saúde, e do controle social, em consonância com o sistema de saúde vigente e de acordo com as necessidades da população. Além disso, faz-se necessário que os processos educativos sejam dinâmicos e contínuos, a fim de promover avanços sociais para além da capacitação das pessoas, uma vez que acredita-se que a integração ensino-serviço seja um fator que está se consolidando como ponto favorável, valorizando assim o sujeito (docente, trabalhador, gestor ou usuário) no processo de atenção e cuidado, almejando a melhoria da qualidade da produção e atenção à saúde (VENDRUSCOLO et al, 2016).

Lobato (2010, p. 33) ressalta a “educação *no e pelo* trabalho” como uma das propostas para formação de profissionais para atuação diferenciada no SUS, através da ressignificação de práticas, podendo ser evidenciada na relação da instituição de ensino com a rede de serviços ou nas relações entre os sujeitos no mundo do trabalho no cuidado.

Em seu texto, Ceccim (2005) destaca que para produzirmos mudanças de práticas de gestão e de atenção faz-se necessário a dialogicidade com as práticas e concepções vigentes, problematizando-as para além da construção e reinvenção de pactos de convivência e práticas, aproximando assim serviços de saúde dos conceitos de integralidade, equidade, atenção humanizada e de qualidade. Ainda, ressalta que a educação permanente pode orientar iniciativas de desenvolvimento de profissionais e das estratégias, configurando assim modificações nas práticas de saúde.

Ainda segundo o autor, a educação permanente em saúde opera o Quadrilátero da Formação. O Quadrilátero, a partir da interação entre os segmentos da formação, atenção, gestão e controle social, possibilitaria exaltar as características locais, reconhecer as capacidades instaladas, aprimorar as potencialidades existentes em cada realidade, promover a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade de crítica, auto-análise e autogestão. Sendo assim, destacam-se como elementos do Quadrilátero da Formação: 1) a análise da educação dos profissionais de saúde, com a proposta de mudança da concepção hegemônica tradicional para uma abordagem/proposta construtivista e do incentivo à produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de

sensibilidade; 2) a análise das práticas de atenção à saúde, a partir da construção de novas práticas de saúde, levando-se em consideração os desafios da integralidade, da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico; 3) a análise da gestão setorial, de maneira a organizar de modo criativo e original a rede de serviços, levando em consideração a avaliação da satisfação dos usuários; e 4) a análise da organização social, objetivando identificar os movimentos sociais, valorizando a visão ampliada das lutas por saúde (CECCIM, 2005).

No que condiz ao controle social, é importante compreender como o usuário organiza suas representações, seus sistemas de classificações, suas decisões sobre cuidados e seu modo próprio de avaliar a ação em saúde. Além disso, as devolutivas de nossos estudos aos serviços locais da pesquisa devem ser vistas como dispositivos éticos voltados para garantir a transparência do estudo e dos processos interativos entre a universidade e a sociedade, permitindo reiterar o compromisso da universidade de prestar conta de seu trabalho à sociedade (PINHEIRO; MARTINS, 2009).

Segundo estes autores, utilizar a integralidade como paradigma conceitual para a definição de determinantes sociais e avaliação em saúde nos exige a centralidade dos usuários em suas redes sociais, estando nesta incluída a rede de serviços de saúde. Dessa forma, assumimos o olhar e a ação do usuário como ponto de partida. Assim, a avaliação em saúde deve se construir enquanto uma potente ferramenta democrática e de empoderamento dos cidadãos na afirmação de seus direitos, reconhecendo a avaliação em sua acepção pluridimensional (PINHEIRO; JUNIOR, 2009).

Pinheiro e Junior (2009) destacam que a participação do usuário auxilia na elaboração de respostas eficazes aos problemas de saúde, especialmente nos questionamentos sobre a própria capacidade de a avaliação produzir informações necessárias e que contribuam para a tomada de decisões, a fim de melhorar o desempenho destas, auxiliando ainda nas transformações das práticas dos gestores.

De acordo com o autor Lins (2009), o profissional da gestão fica refém de posicionamentos individuais dos usuários quando não há organização comunitária em diálogo e acompanhamento das atividades da unidade de saúde, reforçando a necessidade de escuta qualificada dos usuários e do fortalecimento do controle social. Além disso, a alta rotatividade na ocupação dos cargos de gestão e a baixa qualificação formal para o exercício dessas atividades também pode comprometer o planejamento e desenvolvimento das ações em saúde ofertadas. Nesse sentido, diversos desafios fazem parte do processo de consolidação do SUS,

os quais requerem o aperfeiçoamento de competências técnicas e gerenciais (PINAFO; CARVALHO; NUNES, 2016).

Isso considerado, faz-se necessário o desenvolvimento de mecanismos de participação popular que superem os espaços controlados, promovendo autonomia às comunidades com apoio dos serviços de saúde. É fundamental ouvir mais, dando lugar ao saber popular na busca por espaços que permitam a construção de saberes compartilhados, que possam ser apropriados pelas comunidades e pelas redes de usuários e cuidadores (MATOS, 2009).

Segundo Medeiros (2010), o usuário, no lugar de agente, estabelece a situação em que o ensino não se dá desvinculado da sua verdade, representada esta pela prática da atenção em saúde, corroborando com a lógica da formação em ensino-serviço preconizada e almejada pelo modelo proposto pelas Residências, as quais se estruturam no cotidiano dos serviços em saúde. Ainda em seu trabalho, Medeiros descreve a respeito do controle social, referindo-se ao lugar de gestor que os cidadãos representantes de um coletivo podem assumir em colaboração com a gestão das instituições do campo da saúde. Dessa forma, o usuário, ao exercer seu papel de cidadão, pode ser convidado ou se sentir convocado a realizar essa função gestora dos serviços do qual é beneficiário.

De acordo com Pinafo, Carvalho e Nunes (2016), para que as necessidades em saúde dos usuários sejam supridas é preciso dar sentido a todos os tipos de tecnologias (leves e/ou duras). Em seu estudo, os autores reforçam a importância do diálogo, reflexão e o agir articulado sobre a situação da saúde em nível local e regional, fazendo com que as discussões alcancem também espaços de participação popular, com o intuito de promover a sensibilização da comunidade e de seus representantes sobre a assistência à saúde no SUS.

Vale destacar que, mesmo a construção do Sistema Único de Saúde tendo sido resultante de um conjunto de embates políticos e ideológicos, envolvendo diferentes atores sociais ao longo dos anos, a mesma não culminou na garantia de mudanças (FEUERWERKER, 2009). E, apesar do histórico de lutas para a construção e defesa deste sistema, transformadoras de valores da sociedade, ampliando, por exemplo, “o conceito de atenção (tratamento-cuidado-escuta ou promoção de qualidade de vida, ações intersetoriais e a integralidade das abordagens: o ponto de vista das singularidades e da pluralidade)”, perduram ainda modelos conservadores e pouco permeáveis ao controle social (GUSMAO; CECCIM; DRACHLER, 2015, p. 699).

Logo, fica evidente a necessidade de formação de profissionais que desejem cuidar e desejem fazê-lo de maneira integral, assim como da necessidade de um sistema de saúde que

oferte modelos assistenciais cuidadores e regule a iniciativa privada, para que sejam possíveis modelos assistenciais cuidadores no âmbito da saúde (CECCIM et al, 2008). Ainda, de acordo com Dallegrave e Ceccim (2013), os estudos acerca das Residências em Saúde têm aumentado nos últimos anos, evidenciando a relevância deste modelo de qualificação profissional, ensino-serviço, importante formadora de trabalhadores da saúde.

À vista disso, este estudo propõe refletir sobre os sentidos e significados dos processos formativos, a fim de contribuir para a implementação de políticas que ajudem na mudança da formação de profissionais de saúde para atuarem na atenção básica e na ESF (FEUERWERKER, 2009), assim como compreender a produção do cuidado pelo olhar dos diferentes atores sociais acompanhados nos serviços de saúde, nestes compreendidos os usuários. Considerando que a mais ampla permeabilidade da atenção e da formação em saúde às necessidades dos usuários deve ser assegurada pela participação popular (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b), este estudo procura analisar o papel dos componentes formação e controle social no processo de qualificação da expansão da Estratégia de Saúde da Família no âmbito da Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro, tendo como central a discussão do papel das Residências em Saúde presentes nesse contexto a partir da escuta e olhar dos usuários acompanhados em um serviço de saúde.

### 3 O CASO DO RIO DE JANEIRO: A RECENTE EXPANSÃO DA APS E A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Segundo a autora Lima (2014), após décadas de valorização e de privilégios à atenção hospitalar, herdada da medicina previdenciária, somente a partir da década de 1990 que a APS ganha importante espaço nos debates políticos e efeito de política estratégica para organização dos serviços de saúde e transformação do modelo de atenção até então vigente no Brasil, ocorrendo a partir da instituição da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) a definição de uma estratégia de indução que implicava na reorganização dos serviços. Analisando a trajetória de implantação e expansão da Estratégia Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, no período de 1990 à 2008, esta mesma autora destacou que, apesar da reforma da APS não ter sido palco central dos debates e discussões políticas, o município do Rio de Janeiro experimentou novas ideias no campo da atenção à saúde durante o período analisado.

No município do Rio de Janeiro (RJ), houve tentativas de implementação de planos ousados para a franca expansão da ESF na história da saúde, os quais contemplavam os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, porém os mesmos não lograram êxito devido à falta de interesse das gestões passadas nesta expansão, tendo em vista o grande foco no âmbito hospitalar.

Assim, até o ano de 2008, este município apresentava uma organização de seu sistema público de saúde pobremente embasado na APS. A partir desse ano, uma mudança radical na gestão da saúde pública foi iniciada, dando-se forte ênfase à Estratégia Saúde da Família (SORANZ, 2014; LIMA, 2014; HARZHEIM, LIMA, HAUSER, 2013; HARZHEIM et al, 2016). Nesse contexto, foi realizada a ampliação da população coberta pela ESF de 3,5% para 42% até o ano de 2013, chegando a uma cobertura de cerca de 45% da população carioca em 2014 (HARZHEIM et al, 2016), com uma meta prevista de 70% de cobertura até o final do ano de 2016, momento em que seriam implantadas 1.300 equipes de Saúde da Família nos territórios.

Corroborando com estes dados, Costa (2016) chama a atenção para a expressiva expansão das equipes da ESF, em termos absolutos e relativos, no município do Rio de Janeiro entre os anos de 2008 e 2012, onde houve um acréscimo da frequência de Equipes de Saúde da Família de 128 para 734, respectivamente. Ainda, destaca que o município do Rio de Janeiro foi, no período analisado, a metrópole que apresentou o maior crescimento na taxa

de provisão de equipes de saúde da família por 10.000 habitantes. Porém, segundo dados apresentados pelo município, a cobertura de Saúde da Família na cidade atingiu a marca de 70% de cobertura da ESF apenas em meados de 2017, totalizando o incremento de 1.294 equipes para a cidade (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, 2018).

Segundo os autores Silva et al. (2010), os municípios de grande porte têm contemplado, prioritariamente, as unidades da Estratégia de Saúde da Família em áreas de maior carência socioeconômica, onde parte da população vive em condições precárias e exposta a problemas diversos, tal como o caso da expansão da ESF realizada no município do Rio de Janeiro.

Em estudo que avaliou a reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro a partir da análise dos três primeiros anos de implantação das Clínicas da Família<sup>2</sup>, os autores Harzheim, Lima e Hauser (2013) constataram a necessidade de contínua expansão da APS pelo modelo proposto da ESF, com a incorporação de equipes de saúde da família a fim da ampliação de cobertura à população aos serviços de saúde do município. Além disso, pontuaram a importância da gestão em alocar todo o conjunto de oferta de consultas e procedimentos de atenção especializada no sistema oficial de regulação, o SISREG, além de garantir a formação de bons profissionais, especialmente nos modelos de qualificação em serviço, apontando os Programas de Residência em Saúde e destacando o olhar acadêmico enquanto passo importante na construção de políticas públicas, seja para ratificá-las ou retificá-las.

Ainda segundo estes autores, a categoria profissional com maior dificuldade de fixação nas equipes da ESF do município estudado é a categoria médica. A franca expansão da ESF exigiu grande oferta deste núcleo profissional nos serviços de saúde, sendo as equipes completadas por médicos de especialidades focais, recém-formados, apesar de não apresentarem formação adequada para trabalhar com qualidade em APS, uma vez que não havia mão de obra qualificada suficiente para contemplar tamanha expansão, como a contratação de médicos com especialidade em saúde da família e comunidade.

---

<sup>2</sup> As Clínicas da Família (CF) e os Centros Municipais de Saúde (CMS) caracterizam-se pelo menos perfil de atendimento, representando a porta de entrada para o sistema de saúde por meio da Atenção Primária em Saúde (APS). Embora ambas contemplem este nível de atenção, o modelo estrutural entre estas difere muito no município estudado. No momento da expansão da APS, foram projetados novos modelos de Unidade de saúde, estas então chamadas de Clínicas da Família, as quais possuem estrutura diferenciada, por meio da construção de Unidade no modelo metálico e, além disso, ofertando serviços diferenciados que não existem nos CMS como a realização de ultrassonografias e radiografias na própria Unidade.

Assim, com o acelerado processo de expansão nota-se, ao final do ano de 2011, a necessidade de qualificação profissional e consequente formação de profissionais de saúde médicos especialistas em saúde da família e comunidade. Apesar de já existirem no município programas de Residência em Saúde com enfoque na APS (a exemplo dos oferecidos pela UERJ, UFRJ, e FIOCRUZ/ENSP), o quantitativo de vagas disponibilizadas estaria muito aquém do necessário para qualificação dos profissionais que atuarim na rede.

Dessa forma, tendo em vista a baixa oferta de vagas para qualificação dos profissionais que atuariam na APS e levando-se em consideração a recente e ampla expansão, a Secretaria Municipal de Saúde do município implementou as Residências de Medicina e de Enfermagem, ambas com foco na Atenção Primária em Saúde e com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, a partir do modelo de ensino em serviço das Residências em Saúde. Assim, foram realizados processos seletivos e os profissionais aprovados foram lotados em diversas Unidades, nas diferentes áreas programáticas do município. Então, em 2012 o município implementou o Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade – Rio de Janeiro (PRMFCRIO). Soranz (2014)<sup>3</sup> destaca que, desde 2006, vem sendo desenvolvido pela Secretaria de Saúde do município do Rio de Janeiro o Programa de Residência Multiprofissional para atuação na Estratégia de Saúde da Família e que, em 2014, seria iniciado o Programa com vistas ao núcleo de enfermagem. Assim, em 2015 foi criado o pioneiro Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família do município do Rio de Janeiro, o qual contou inicialmente com 30 preceptores deste núcleo profissional e cerca de 60 residentes.

Conforme também sinalizado pelo autor, o município do Rio de Janeiro destaca-se por ser considerada a cidade brasileira com o maior número de vagas de Residência em Medicina de Família e Comunidade do país, e o PRMFC o maior programa de residência do país, em comparação não apenas com a medicina de família, mas também com outras especialidades. Ademais, é importante apontar o papel da formação em serviço por meio das Residências em Saúde enquanto estratégia de formação de profissionais engajados para atuação e qualificação do Sistema Único de Saúde, dentro da lógica do cuidado integral e do trabalho em equipe. Isto posto, são esses os pilares que sustentam, conformam e direcionam a formação em Residências em Saúde (DALLEGRAVE; CECCIM, 2016).

---

<sup>3</sup> Daniel Ricardo Soranz Pinto é médico sanitário, especialista em Medicina de Família e Comunidade; foi Secretário Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro, participando ativamente da reforma e expansão da APS nesta cidade, atuando neste cargo até o ano de 2016.

A expressiva expansão da Estratégia de Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, em curto espaço de tempo, trouxe à tona a necessidade de qualificação dos profissionais que iriam atuar nas novas Unidades de Saúde implantadas, nas diferentes e heterogêneas áreas da cidade. Nesse momento, constatou-se que grande parte dos profissionais que atuavam nestes locais não possuía experiência na APS, tampouco na Estratégia de Saúde da Família, na coordenação de equipes, no trabalho multi e interprofissional, na articulação da rede de serviços (intersetorialidade) e na coresponsabilização pelas famílias, pelos usuários. Esta realidade traz dificuldades para a consolidação desta estratégia enquanto reordenadora do serviço e enquanto garantia de acesso à população, corroborando com os achados dos autores Harzheim, Lima e Hauser (2013), os quais apontam como grande risco para a consolidação do modelo baseado na ESF a falta de recursos humanos de qualidade e bem preparados para trabalhar na Atenção Primária, em especial de médicos de família e comunidade.

Enquanto gestora do serviço, é perceptível a dificuldade dos profissionais em compartilharem o cuidado e acompanhamento dos usuários com os diversos atores da rede, seja na própria equipe/Unidade, seja na rede, nos seus diferentes níveis de atenção, pois estas são lacunas que muitas vezes não foram preenchidas e/ou estimuladas nas Graduações. Nesse contexto, os modelos de ensino em serviço como as Residências em saúde mostram-se importantes métodos de qualificação destes profissionais, de forma a experimentar/vivenciar/aprender *in loco*, uma vez que estão inseridos nos contextos das relações presentes entre os diferentes núcleos profissionais e a comunidade, desenvolvendo capacidades de lidar com a interdisciplinaridade e intersetorialidade, além de aproximação com a realidade das pessoas, levando-se em consideração a cultura, as iniquidades e vulnerabilidades sociais destas, podendo assim desenvolver a produção de um cuidado cada vez mais integral e humanizado.

Assim, a inserção da percepção dos usuários em relação à expansão e qualificação dos serviços prestados torna-se importante, à medida que a recente expansão e a necessidade de amadurecimento constante frente aos modelos de qualificação destes profissionais inseridos no Sistema Único de Saúde colocam-se como ponto chave para a consolidação da ESF enquanto modelo reordenador da APS, a qual deve ser orientada pelos saberes e impressões dos usuários acompanhados. Nesse sentido, realizar a aproximação e o empoderamento social com a comunidade atendida é também um ato político na defesa dos direitos de todos os

cidadãos à saúde, cada vez mais necessário nos dias atuais, almejando-se um sistema univeral, integral e equânime para a população.

#### 4 PROPOSTA METODOLÓGICA

A partir da expressiva expansão do modelo da Estratégia de Saúde da Família para reorganização do sistema de saúde do município do Rio de Janeiro, e entendendo como importante e necessária a qualificação dos profissionais nos serviços implantados para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, o trabalho objetivou discutir o papel da formação profissional em saúde durante o processo de expansão da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro, refletindo especificamente sobre o papel das Residências em Saúde neste processo de ensino-serviço sob a ótica do usuário do SUS.

Dessa forma, o presente estudo foi realizado a partir de uma pesquisa qualitativa, exploratória, partindo-se de um estudo de caso (GIL, 2002) da rotina de uma Unidade de Saúde com a Estratégia de Saúde da Família implantada, a fim de compreender a presença e a dinâmica da participação da Residência Profissional em Saúde no processo de cuidado, através da escuta dos usuários acompanhados nesta Unidade.

Conforme discutido na introdução desta dissertação, elegeu-se a perspectiva do usuário com o intuito de compreender a percepção deste frente aos serviços ofertados, procurando perceber as possíveis mudanças que ocorreram nos períodos de transição de modelo na Unidade estudada e inserção da academia neste serviço.

A lógica do estudo baseou-se em, de alguma forma, cotejar as visões dos usuários que são acompanhados por equipes com residentes e usuários que são atendidos por equipe sem residentes, de modo a verificar se os usuários trariam, em suas falas, situações que pudessem vincular a qualificação do serviço com a presença da academia neste, por meio dos modelos das Residências em saúde dos núcleos de medicina e enfermagem, em relação aos atendimentos realizados anteriormente ou com profissionais sem vinculação com o ensino em serviço.

#### 4.1 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Atenção Primária em Saúde - Centro Municipal de Saúde (CMS) localizado em uma área programática (AP 2.2)<sup>4</sup> da zona norte do município do Rio de Janeiro, em área urbana. O município está dividido em 10 áreas programáticas, de acordo com perfil sócio-econômico e vulnerabilidades sociais. A área da AP 2.2 constitui-se na menor área programática do município, abrangendo um total de 10 Unidades de Saúde vinculadas à Atenção Primária, dentre estas Centros Municipais de Saúde e Clínicas da Família.

A Unidade selecionada para o presente estudo, o Centro Municipal de Saúde Maria Augusta Estrella<sup>5</sup>, nomeada em homenagem à primeira médica brasileira, a senhora Maria Augusta Generoso Estrella, foi inaugurada como Centro Municipal de Saúde em 30 de Dezembro de 1968 e pertence à IX Região Administrativa. No momento de sua implantação, o CMS contemplava diversos serviços e setores, dentre eles: Clínica Médica, Fonoaudiologia, Dermatologia, Psicologia, Pediatria, Psiquiatria, Ginecologia e Homeopatia. Atualmente, conta com setores de Pneumologia e Epidemiologia, os quais são desempenhados por servidores públicos, além de oferecer atendimento de média complexidade e atenção básica em saúde, sendo assim classificada como uma Unidade tipo “B”<sup>6</sup>, porém com redução na oferta de serviços especializados, tendo em vista a reorganização do serviço mediante a expansão das equipes da ESF. Na época de sua implantação, o território de abrangência da Unidade contemplava os bairros Andaraí, Grajaú, Maracanã e Vila Isabel, neste

---

<sup>4</sup> Na face da administração municipal, com a necessidade de uma divisão setorial para coordenação e planejamento, em 1981 o município do Rio de Janeiro passou a apresentar sua base estrutural com a codificação institucional das Áreas de Planejamento (ou Áreas Programáticas), conhecidas por “AP”, e das Regiões Administrativas, discriminadas como “RA” (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2018). Anos após, as coordenações destas “AP” também foram sendo referenciadas como “Coordenação de Atenção Primária”; porém é importante sinalizar que a forma de referência às Coordenações das “AP” ainda não foi consensuada pela literatura.

<sup>5</sup> A identificação nominal da Unidade é uma opção da autora e está sendo feita com a anuência da gestão da Coordenação de Área Programática, da Direção da Unidade e dos usuários entrevistados, na intenção de melhor caracterizar o contexto da pesquisa.

<sup>6</sup> De acordo com a Carteira de Serviços desenvolvida pela Secretaria Municipal de Saúde do município do RJ (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2011), as unidades da APS podem ser classificadas quanto ao modelo de gestão como: Tipo A (Unidades onde o território é totalmente coberto por equipes de Saúde da Família), Tipo B (Unidades Mistas onde somente parte do território é coberto pela ESF) e Tipo C (Unidades onde não existiriam equipes da ESF, porém com o território de referência definido). Importante e necessário destacar que as Unidades de Tipo B que passaram por processo de transição para a ESF em sua totalidade, com área de abrangência coberta em 100% pelas equipes, mantiveram sua designação, não havendo renomeação de CMS para CF.

compreendido também o Morro dos Macacos, com aproximadamente 160 mil pessoas cobertas.

A implantação da Estratégia Saúde da Família na Unidade, mediante contratação direta dos profissionais por Organizações Sociais, ocorreu em junho de 2011 com duas equipes, Senador e Conselheiro, e uma equipe de saúde bucal, com territorialização e definição das áreas de cobertura. Estas duas equipes implantadas cobriam grande parte das famílias localizadas no Morro dos Macacos, ficando o território adjacente da Unidade, a área de “asfalto”, de responsabilidade dos demais profissionais lotados no CMS.

Tendo em vista a necessidade de ampliação da cobertura das famílias a partir da identificação dos problemas sanitários do território, foram criadas 4 novas equipes, a saber: equipe Petrocochino e Souza Franco em 2014; Barão de Cotegipe e Via Láctea em 2016.

Assim, o território passou por redistribuição das famílias, ficando as equipes Petrocochino e Conselheiro responsáveis por áreas cobertas por comunidade, enquanto as equipes Souza Franco, Barão de Cotegipe e Senador contam, em sua maioria, com áreas urbanas, com poucas micro-áreas na comunidade dos Macacos, enquanto a equipe Via Láctea caracteriza-se por abranger apenas usuários moradores da malha urbana (‘zona de asfalto’)

Atualmente, com a expansão da ESF na AP 2.2 e inauguração das Clínicas da Família (CF) Recanto do Trovador (2014), CF Pedro Ernesto (2016) e CF Odalea Firmo Dutra (Andaraí) em 2018, o território foi redistribuído entre as 4 Unidades da região, estando sob responsabilidade do CMS Maria Augusta Estrella aproximadamente 52 mil pessoas, todas cobertas por equipes da ESF lotadas neste serviço.

A Unidade de Saúde estudada conta com o Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (UERJ) e Enfermagem (SMSRJ) instituídos há 4 e 3 anos, respectivamente.

O Programa de Residência de Medicina de Família e Comunidade (PRMFC/UERJ) inserido na Unidade selecionada para este estudo é desenvolvido pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e, atualmente, está inserido em 5 das 6 equipes da Unidade, com 10 residentes e 3 preceptores. Já o Programa de Residência em Enfermagem em Saúde da Família SMS Rio-PRESF-Rio, implantado em 2015, constitui-se em uma parceira da Secretaria Municipal de Saúde com o MEC (Ministério da Educação), atuando em 4 equipes da ESF, ambas também contempladas com a Residência Médica. Inicialmente foram recebidas 2 residentes de enfermagem, as quais ficaram lotadas nas Equipes Conselheiro e Barão de Cotegipe, sob a preceptoría de 1 enfermeiro. Atualmente, este Programa conta com

7 residentes de enfermagem, entre residentes de primeiro e segundo ano, supervisionados por 3 preceptoras deste núcleo profissional.

A escolha por estudar este CMS levou em consideração que este encontra-se dentro da Coordenação de Área Programática (CAP) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e, ainda, o fato de que a pesquisadora atua junto à gestão desta CAP e Unidade de Saúde, favorecendo olhares e indagações sobre o modelo de qualificação profissional vigente. A qualificação dos profissionais em serviço colabora também na preparação dos demais já lotados na Unidade, tensionando e instigando a movimentar as práticas, desafiando e provocando mudanças no local de trabalho e, muitas vezes, nos profissionais de saúde.

Assim, propôs-se que a realização da pesquisa alcançasse objetivos para além de acadêmicos e trouxesse elementos para a gestão acerca de como a população atendida vivencia o processo de implementação e expansão da ESF com a qualificação dos profissionais sendo realizada em serviço, buscando também uma melhor compreensão das percepções e necessidades relatadas pelos usuários frente à prestação de cuidado e a integração ensino-serviço-comunidade atuante, visando a construção de um modelo assistencial cada vez mais cuidador para a Unidade.

A autorização para realização da pesquisa foi registrada em Carta de Anuência concedida pelo Coordenador da CAP 2.2, responsável pela gestão das unidades. A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMS/UERJ (Número do Parecer: 2.036.304) e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) (Número do Parecer: 2.447.112). As entrevistas foram realizadas mediante entrega da carta de apresentação da pesquisa aos usuários, bem como a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi iniciada somente após aprovação por todas as instâncias avaliativas, de acordo com a Resolução CNS 466/12 e complementares.

## **4.2 Universo**

Uma vez aprovado o protocolo de pesquisa e autorizado o início do estudo, foi realizado contato prévio com as equipes atuantes na Unidade selecionada para a apresentação da proposta de pesquisa e do cronograma. Em seguida, foi realizado levantamento dos pacientes acompanhados pelas equipes, de maneira aleatória, utilizando-se as agendas do

prontuário eletrônico dos profissionais das equipes estudadas, que foram: Equipe Conselheiro, Equipe Petrocochino, Equipe Via Láctea e Equipe Souza Franco. Foram selecionados 20 pacientes de cada equipe, os quais, em um primeiro momento, seriam alocados em 4 grupos focais (três grupos com participantes cujas equipes de referência tinham residentes e um grupo cuja equipe não tinha residentes).

Como critérios de inclusão, os usuários participantes deveriam realizar acompanhamento na Unidade há pelo menos 6 anos, delineando assim a população do estudo por meio de tempo de vinculação. Além disso, os usuários selecionados para participação da pesquisa necessitavam ser cobertos por uma das 4 equipes participantes do projeto, sendo 3 equipes com Residência e 1 sem processo de Residência instituído (a equipe Souza Franco), para que fosse possível obter impressões sobre o serviço e o cuidado prestado na ESF tanto daqueles que são atendidos por residentes quanto daqueles que não o são, o que permitiria inferir especificidades da participação da residência nesse processo, objeto deste estudo.

Nesse sentido, foi excluído da pesquisa qualquer usuário que não tenha sido selecionado a partir da agenda do prontuário eletrônico, assim como todo paciente que não possuísse o mínimo de 6 anos de tempo de vinculação na Unidade de Saúde. Para tanto, foi realizada consulta na base de dados dos prontuários do CMS Maria Augusta Estrella do tempo de cadastro que os pacientes selecionados possuíam na Unidade, por meio do Gerenciador de Informações Locais (GIL), desenvolvido pelo Ministério da Saúde por intermédio do DATASUS. Além disso, foram excluídos os pacientes que não aceitaram as condições de participação da pesquisa, assim como pacientes menores de idade em situação de vulnerabilidade ou incapacitação para participação na pesquisa.

Levando-se em consideração que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, no caso do presente protocolo, os riscos de participação estavam ligados basicamente à identificação de falas, o que foi minimizado pela garantia do sigilo da identidade dos participantes em qualquer relatório ou produto da pesquisa. Todas as falas produzidas não foram identificadas.

Enquanto benefício, o usuário teria, através de sua participação, a possibilidade de articulação e maior participação enquanto controle social na Unidade de Saúde, contribuindo para os processos de trabalho das equipes, da formação dos profissionais em processo de qualificação e da gestão local. Dessa forma, pretendeu-se valorizar e empoderar os diferentes atores sociais vinculados à Unidade de Saúde para a qualificação e humanização do serviço prestado.

### 4.3 Coleta de dados / campo

A partir do levantamento dos pacientes, foi realizada busca ativa mediante contato telefônico com os mesmos, a fim de convidar à participação na pesquisa, explicar a dinâmica proposta pelo estudo e participação na atividade de Grupo Focal. Foi dado ao usuário a oportunidade de realização da atividade no espaço de convivência da própria Unidade de Saúde, Auditório do Centro de Estudos, a fim de facilitar deslocamentos. O local proposto foi disponibilizado já com data e horário pré-determinado. O contato com os pacientes foi realizado com antecedência de 1 semana para realização da atividade de Grupo Focal, a fim de facilitar a organização. Para os usuários que necessitassem de deslocamento com utilização de condução, a pesquisadora colocou-se à disposição para cobrir os gastos decorrentes do transporte, porém nenhum paciente sinalizou interesse em tal.

Após agendamento e pactuação do local para realização dos grupos com os participantes, o estudo previa, inicialmente, a realização da atividade de 4 grupos focais, sendo 3 grupos realizados com usuários acompanhados por equipes com residentes e 1 sem residência instituída, com previsão de aproximadamente 1 hora de duração cada. Para a realização de cada grupo, foram convidados de 6 à 10 usuários. O local selecionado contava com recursos de áudio e vídeo favoráveis ao registro da discussão em grupo.

Apesar do contato prévio e confirmação da participação dos pacientes da Equipe Via Láctea, para o primeiro grupo focal foram confirmados 7 pacientes dos quais apenas uma paciente compareceu. Dessa forma, foi explicada a situação à paciente e realizada entrevista individual semi-estruturada com a mesma, seguindo a lógica do roteiro previsto para o grupo focal. Nova tentativa de realização de grupo focal foi realizada para a Equipe Souza Franco, porém dos 6 pacientes confirmados, nenhum compareceu no local e horário estabelecidos, o que nos levou a reconsiderar a estratégia de coleta.

A escolha pela realização de Grupo Focal com os usuários baseou-se no fato de que esta modalidade de entrevista permitiria a compreensão de atitudes e respostas dos participantes do grupo, assim como os sentimentos, as opiniões e as reações envolvidas no processo de diálogo/discussão em grupo, a partir da construção e reconstrução de saberes e posicionamentos dos indivíduos. Dessa forma, seria possível abordar as temáticas envolvidas com a pesquisa com maior profundidade, além de proporcionar uma multiplicidade de visões e reações emocionais no contexto da atividade em grupo. Ainda, este tipo de método tem

como objetivo procurar o sentido e a compreensão dos complexos fenômenos sociais, em que o investigador utiliza uma estratégia indutiva de investigação, sendo o resultado amplamente descritivo, almejando-se dialogar e compreender a visão dos participantes que se encontram imersos no processo instalado, partindo-se do pressuposto de que os usuários possuem o ponto em comum – o cuidado com a saúde em curso naquela Unidade – fazendo com que haja maior interação entre os sujeitos e dialogicidade entre eles, favorecendo um processo de debate em grupo (GALEGO; GOMES, 2005). Neto et al. (2002) salientam como principal característica desta técnica o trabalho a partir da reflexão expressa por meio da “fala” (fala em debate) dos participantes, permitindo que apresentem, simultaneamente, seus conceitos, impressões e concepções sobre determinado assunto.

Porém, considerando a ausência maciça dos usuários, mesmo após a confirmação com a pesquisadora ante os grupos agendados, nova abordagem foi estipulada, a qual contou com a realização de nova seleção e busca ativa de pacientes, por meio de contato telefônico, convidando, desta vez, os usuários à participação na pesquisa através da realização de entrevistas individuais semi-estruturadas. Com esta nova estratégia, a pesquisa contou com um total de 12 usuários entrevistados, sendo 2 da equipe Via Láctea, 2 da equipe Conselheiro, 3 da equipe Petrocochino e 5 da equipe Souza Franco. Destas equipes, apenas a equipe Souza Franco não conta com nenhum profissional realizando a formação em serviço e a equipe Via Láctea é composta por apenas residentes de medicina, enquanto as equipes Conselheiro e Petrocochino são contempladas por ambos núcleos de formação em saúde da família e comunidade: medicina e enfermagem.

Importante destacar a entrevista como técnica que favorece a relação intersubjetiva entrevistador-entrevistado, permitindo assim que se compreendam significados, valores e opiniões atribuídos a um dado evento ou situação (RABELLO, 2014). Além disso, a entrevista fornece dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação, objetivando assim a compreensão minuciosa das crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos. Ela caracteriza-se pela interação e troca de ideias e significados, onde várias realidades e percepções são exploradas e desenvolvidas, momento no qual ocorre uma partilha e uma negociação de realidades (GASKELL, 2002). Corroborando com o exposto, Machado (2002) define a entrevista de pesquisa como a interação verbal que permite a obtenção do discurso de sujeitos determinados sócio-historicamente, podendo suscitar nos profissionais uma reflexão e uma exteriorização das experiências vividas (LIMA, 2014).

No momento da realização da entrevista, a pesquisadora fez uma breve introdução do tema, esclarecendo os objetivos da atividade e em que consistiria a participação do usuário no estudo. Após, consultou o participante a respeito da gravação da entrevista, explicando e reforçando a este que a gravação não seria divulgada, uma vez que serviria apenas para facilitar o registro e posterior análise das informações. Além disso, foi reforçada a importância da participação do paciente na entrevista, explicando também o que seria feito com os dados após o encerramento desta, inclusive sinalizando acerca de um momento de devolutiva dos dados à todos os participantes da pesquisa, a qual será realizada após apresentação da pesquisa ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UERJ.

O consentimento à participação foi devidamente registrado em Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme previsto em normativa sobre ética em pesquisa com seres humanos. Vale ressaltar que todos os participantes foram previamente informados que, mesmo tendo assinado o TCLE, teriam a possibilidade, a qualquer momento da pesquisa, de negar-se a responder a quaisquer questões ou fornecer informações que julgassem prejudiciais à sua integridade, assim como foram orientados quanto à opção de solicitar a exclusão de determinadas falas, podendo ainda desistir da participação da pesquisa.

Após este primeiro momento, foi iniciada a atividade, que contou com um roteiro de questões norteadoras a serem discutidas na entrevista (APÊNDICE A). De acordo com Minayo (2010), o roteiro deve funcionar como um guia para uma conversa que contemple as faces do objeto de estudo, favorecendo o aparecimento de novos temas durante a realização da atividade. Ele deve consistir-se em poucas questões, de maneira objetiva, estruturando-se em tópicos para facilitar o diálogo referente à experiência do pesquisado. Ainda, a autora ressalta que, na forma semi-estruturada, o roteiro pode ser modificado durante o processo por meio da identificação da necessidade de inclusão de temas que não haviam sido previstos anteriormente.

No corpo do trabalho foram utilizadas algumas citações diretas referentes às falas dos entrevistados, quando traziam informações importantes sobre as percepções destes perante o serviço de saúde e as práticas inseridas neste. Além disso, optou-se por identificá-los com a nomeação de “Entrevistado”, os quais foram sinalizados mediante a numeração de 1 à 12.

#### 4.4 Análise de Dados

Os dados obtidos via entrevistas semi-estruturadas foram registrados em áudio. Além disso, foi produzido também um diário de campo pela pesquisadora, no qual foram registradas impressões e vivências ao longo da pesquisa, desde o contato com as equipes da Unidade para seleção dos usuários, o contato telefônico para convite na pesquisa, até o fim do processo de coleta. Todas as etapas do processo de coleta e análise de dados ocorreram apenas após a assinatura, por parte dos atores envolvidos com a pesquisa, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em 2 vias (APÊNDICE B). Os dados registrados em áudio foram usados apenas para transcrição, sendo garantido o veto de acesso a qualquer outra pessoa não envolvida neste estudo. Os arquivos digitais das gravações serão mantidos pela pesquisadora em local adequado e seguro por cinco anos a contar da produção dos mesmos, respeitando todas as diretrizes e normativas éticas para pesquisa envolvendo seres humanos.

A forma de análise de dados escolhida foi a análise de conteúdo temática (temas), na qual, segundo Campos (2004), a seleção das unidades temáticas (recortes do texto) é alcançada a partir de um processo dinâmico e indutivo de atenção ora concreta da mensagem explícita, ora das significações não aparentes no contexto. Esta metodologia de análise consiste em três etapas: a pré-análise (na qual se realiza uma leitura flutuante em todo o material), a elaboração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos (quando se identifica sistematicamente e se agrupa temas ou categorias que emergem das falas) seguidos da interpretação dos dados obtidos na pesquisa (quando se realiza inferências, interpretações das categorias como um todo, em relação ao objeto/pergunta da pesquisa).

Além disso, após a conclusão do estudo, será realizada devolutiva para os participantes envolvidos nesta pesquisa acerca dos resultados e informações encontrados, a combinar com a gestão da CAP e demais envolvidos, à época de conclusão da pesquisa.

## **5 SOBRE FALAS E IMPRESSÕES NA PERSPECTIVA DO USUÁRIO: O QUE DIZEM OS PACIENTES ACOMPANHADOS NO CENTRO MUNICIPAL DE SAÚDE MARIA AUGUSTA ESTRELLA**

### **5.1 O atendimento no CMS Maria Augusta Estrella e a transição do modelo de atenção**

A respeito do atendimento ofertado no CMS Maria Augusta Estrella (CMS MAE), alguns entrevistados relataram que, antigamente, havia grande demanda e procura de atendimento na Unidade de Saúde, fazendo com que o posto ficasse muitas vezes “tumultuado”.

“Então... igual não tá né... porque depois que a clínica da família começou a funcionar eu acho que melhorou um pouco aquele tumulto, aquela coisa que tinha aqui antigamente... tinha muito tumulto aí né, era uma, a pessoa vinha não tinha número[...]” (Entrevistado 11)

Vale ressaltar que, à época a que se referem estes usuários, não havia sido inauguradas as Clínica da Família Pedro Ernesto, CF Recanto do Trovador e CF Odalea Firmo Dutra<sup>7</sup>, fazendo com que a Unidade ficasse responsável pela cobertura de aproximadamente 160 mil habitantes, os quais tinham este posto de saúde como referência e porta de entrada prioritária para o Sistema Único de Saúde. Mesmo com o relato de grande demanda por atendimento, os usuários sinalizam que havia grande oferta de atendimentos e que realizavam o acompanhamento na Unidade com certa frequência.

Os pacientes trazem à tona a situação de que, antes da entrada das equipes da estratégia de saúde da família, realizavam o acompanhamento com maior frequência com os médicos lotados na Unidade de Saúde deste estudo, de forma a valorizar este tipo de atuação,

---

<sup>7</sup> Com a promessa e planejamento da inauguração da Clínica da Família do Andaraí para Outubro de 2016, a qual daria cobertura aos bairros Andaraí e Grajaú, os profissionais que iriam compor as equipes de saúde da família foram contratados no mês anterior à inauguração, porém a mesma não se concretizou. Devido à população, historicamente, pertencer ao CMS Maria Augusta Estrella e devido ao fato de as equipes não possuírem local adequado para o tratamento das famílias pelas quais já possuíam responsabilidade no acompanhamento, estes profissionais ficaram temporariamente lotados no CMS Maria Augusta Estrella, por período de quase um ano (período de março de 2017 à fevereiro de 2018). No dia 20/02/2018 a Unidade de Saúde do Andaraí foi inaugurada, sendo então nomeada Clínica da Família Odalea Firmo Dutra. A partir da data da inauguração, todos os funcionários lotados nesta foram deslocados para atuação na nova Clínica. No entanto, na época da coleta de dados para esta pesquisa, os profissionais e usuários ainda estavam na unidade CMS MAE.

mesmo que sem explicar a real necessidade para tal. Em uma das falas, um entrevistado comenta acerca da facilidade da marcação e da possibilidade de agendamento de mais de uma consulta para um mesmo mês quando era acompanhado pelos médicos servidores especialistas, fazendo correlação com o acompanhamento com a equipe de saúde atual, na qual aponta dificuldades para os agendamentos.

“Agora é mais, vamos dizer, é mais distante porque a gente vinha de dois em dois meses, ele marcava o médico né. A gente vinha e a médica já se acostumava com a gente.” (Entrevistado 3)

A fala dos usuários marca a transição do modelo desempenhado pelo Centro Municipal de Saúde, centrado no acompanhamento com especialistas, focado na doença e com limitação de acesso (por meio da disponibilização de determinado número de senhas para atendimento, por turno) aliado à falta de clareza e entendimento dos atributos da Atenção Primária em Saúde, reconfigurados a partir da Estratégia de Saúde da Família – modelo este contemplado pelas equipes atuantes nesta Unidade e nas Clínicas da Família. Dessa forma, ao longo do tempo, os pacientes foram sendo configurados não pela lógica da vinculação aos profissionais e equipes, objetivando maior integralidade do acompanhamento e longitudinalidade do cuidado, mas com atendimentos pontuais por meio da lógica do pronto-atendimento. Nesse sentido, a avaliação do usuário sobre o serviço fica, muitas vezes, focado na presteza e rapidez das ações ofertadas, e não necessariamente no ato de cuidar, na integralidade e qualidade do atendimento prestado.

Segundo Gomes e Pinheiro (2005), como principal desafio dos profissionais que atuam na ESF está a concretização, na prática cotidiana, da superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e de se integrar à “voz do outro”, a qual seria refletida mais do que a construção de um vínculo/responsabilização, refletindo em uma efetiva mudança na relação de poder técnico-usuário, evidenciando o ser social, com vida plena e digna como expressão de seu direito. Nessa perspectiva, a integralidade da atenção à saúde, nas diversas ações desenvolvidas por este modelo proposto poderia, assim, traduzir em um novo modo de “andar a vida”, na perspectiva em que coloca o usuário como sujeito de sua própria história. Isto posto, o cuidado no campo da saúde seria considerado o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais que atuam nos serviços (SILVA JÚNIOR; ALVES; MELLO ALVES, 2013).

Rabello (2014) chama a atenção para o que está posto nas situações do cotidiano, que não é a capacidade de profissionais e usuários em diagnosticar, classificar, fazer escolhas ou

traçar estratégias, mas em olhar para as situações em que as negociações se colocam, o processo e as ferramentas disponíveis e possíveis de serem criadas. Nesse sentido, reforça que a questão central não está apenas em se considerar o cenário, mas as consequências concretas para todos os envolvidos – usuários, profissionais, comunidade – onde muitas vezes a oferta de serviços funciona como ponte de vínculo ou ainda como único recurso para o profissional dar algum encaminhamento ao caso.

Ainda de acordo com a autora (p. 92):

“Na lógica do cuidado, a fragilidade da vida e o frescor do dia-a-dia abrem espaço para diversos acontecimentos: vínculos, simpatias, conversas, ideias e, inclusive, as ditas doenças”.

E complementa: valorizando-se o cuidado, abre-se espaço para a interação, em que profissionais e usuários agem de forma conjunta a fim de acomodar as exigências de uma doença à vida cotidiana e seus hábitos e processos, objetivando como resultado a melhora na qualidade de vida dos usuários, porém muitas vezes na busca por cuidado ambos acabam caindo no sistema de escolha mercadológica.

Assim, fica claro que, nos encontros do cotidiano, os profissionais e usuários estão se relacionando, construindo e reinventando coletivamente sentidos, com saberes que foram cultural e socialmente construídos, passando uma mensagem, de modo a dar importância e sensação de cuidado para com os indivíduos. Nesse contexto, conforme relata Rabello (2014), as equipes se sentem cuidando dos usuários, do território e da comunidade. E o papel dos residentes neste processo faz-se presente na mudança de paradigmas e conceitos idealizadores, alterando concepções de construção de sentidos dos usuários frente ao cuidado em saúde, a partir da “construção de práticas cuidadoras” (PINHEIRO; CECCIM, 2005, p. 16).

Segundo Pinheiro e Ceccim (2005, p. 19):

“Entende-se que os grupos sociais participam, interferem e modificam seu ‘campo de ação’, recriando a realidade a partir de caminhos, trajetórias e valores por meio dos quais atribuem novos sentidos à saúde, ao adoecer e ao cuidado”.

Segundo estes mesmos autores, a integralidade pode ser assumida nas práticas de ensino da saúde enquanto um pensamento em ação, um processo de construção envolvendo a si mesmo, os outros e os entornos. Nesse sentido, os autores Koifman, Saippa-Oliveira e Fernandez (2013) sinalizam que para que a formação de profissionais preparados contemple o

princípio da integralidade, faz-se necessário a aproximação destes com a realidade dos usuários atendidos, facilitando a construção de vínculo e a compreensão do paciente de maneira ampla.

“[...] antes a gente tinha outra Unidade.. tinha que acordar muito de madrugada né? Às vezes chegava muito cedo e acabava não tendo número, tínhamos que tentar outra consulta. Não era nada certo e a gente acabava ficando mais doente do que já tava. Mas aqui foi bom porque, se tem a consulta marcada, você chega, é atendido, né, e é bom. Foi bem melhor [a mudança para a clínica da família]... bem melhor.” (Entrevistado 11)

Nesse contexto, é possível verificar falas e compreensões distintas entre os usuários, demonstrando a heterogeneidade presente nos discursos quando relacionados a um mesmo assunto: a oferta de atendimento e cuidado na prestação dos serviços da Unidade. Enquanto alguns entrevistados relatam preferência no pronto atendimento, outros fazem referência à importância da garantia do acompanhamento com a equipe, mediados por encontros programados, mas mantendo a oferta de demanda espontânea, quando da necessidade por demandas agudas ou situações que necessitem de atendimento no mesmo dia, as quais são ofertadas por meio da realização de classificação de risco.

Nas falas dos entrevistados transparece, também, a falta de informação a respeito da transição de modelo ocorrida na Unidade, quando na implantação das equipes das ESF. Neste sentido, alguns usuários demonstram certo estranhamento quando da mudança de atendimento, o qual vinha sendo realizado pelos profissionais servidores e especialistas focais e, de repente, ficou a cargo dos profissionais vinculados às equipes, estas formadas por diferentes núcleos profissionais. Importante e necessária a transmissão das informações sobre o atendimento e os processos de trabalho para com os usuários enquanto “processo educativo”, a fim de minimizar ruídos, promovendo a aproximação destes da gestão da Unidade e de uma melhor compreensão das mudanças de organização do serviço por meio da participação destes nos processos decisórios, como os colegiados gestores, a partir da realização de uma gestão participativa, horizontalizada, dialógica e compartilhada.

Os Colegiados Gestores, também denominados como Conselhos Locais de Saúde, são espaços de discussão e promoção da cogestão dos serviços de saúde, colaborando na construção de redes solidárias de gestão e atenção no SUS. Podem ser compreendidos como um modo de organizar o processo de trabalho, incluindo desta maneira o pensar e o fazer de modo coletivo, configurando-se enquanto uma diretriz ético-política que visa democratizar as relações no campo da saúde, de modo a promover a discussão e a tomada de decisões, deliberando assim sobre as principais questões e problemas relativos às Unidades de Saúde,

visando o gerenciamento participativo e democrático por meio de pactuações e responsabilização pelas decisões tomadas entre todos os atores. Este espaço de encontros tem como um de seus objetivos a ampliação do grau de transversalização entre os diferentes sujeitos envolvidos na trama do cuidado em saúde, incluindo nestes os gestores, os trabalhadores de saúde e os usuários/controlador social. Nesse sentido, espera-se que os Colegiados Gestores sejam espaços pedagógicos, encontros de troca entre o aprender e o ensinar, propiciando a socialização de conhecimentos, favorecendo ainda o trabalho em equipe com uma atenção ampliada, almejando garantir o princípio da integralidade (COSTA, 2018). Soma-se a isso a contribuição de Cecilio (2010), o qual sinaliza para o fato de que os Colegiados Gestores caracterizam-se como mais do que meros arranjos burocráticos-administrativos, mas enquanto espaços de arranjos institucionais de caráter fortemente político.

Para Gomes e Pinheiro (2005), o desempenho do processo de trabalho do modelo assistencial proposto pela ESF deve estar relacionado à presença de profissionais com clareza acerca do seu papel enquanto agente transformador, proporcionando a participação e o controle social, tornando transparentes as informações, por meio da criação de vínculos efetivos entre usuários e equipe, concebendo ainda relações de trocas e confiança. Nessa lógica, segundo Barros e Barros (2007), uma proposta de processo de formação precisa contemplar as especificidades dos saberes e configurações locais em seu entrecruzamento, sinalizando ainda para a ideia de que a formação é “trans-formação”, onde o diálogo crítico constitui-se como motor deste processo. Através de outro modo de gestão do trabalho com e em equipes, descobrem-se a aprendizagem significativa, a atividade protagonista e a autogestão, com o intuito de gerar problematizações no âmbito coletivo, de forma interdisciplinar, multiprofissional e com alteridade com os usuários, visando a superação do modelo vigente (CECCIM et al, 2007).

Isto posto, os profissionais ocupam papel imprescindível para articulação junto aos usuários. Porém nem sempre isto ocorre, muitas vezes, devido ao próprio desconhecimento e descrédito na Estratégia de Saúde da Família, uma vez que é comum a associação desta estratégia como um “momento político”, principalmente entre os profissionais servidores lotados nas Unidades, os quais em muitos casos acreditam que esta poderia mudar com a troca de gestão. Esta fragilidade pode ter associação direta com os modelos de contratação empregados atualmente para os profissionais que assumem as equipes da ESF, assim como os cargos de gestão. Com a falta de iniciativa pela licitação de novos concursos públicos para a

contratação de funcionários, os profissionais são frequentemente contratados pelo método celetista, com contratos gerados por prestação de serviço por determinado período selecionado. Como exemplo, no município do Rio de Janeiro a expansão da ESF ocorreu de forma muito expressiva e com grande rapidez uma vez que optou-se pela terceirização da contratação de profissionais para as Unidades de Saúde, por meio de contratos realizados com Organizações Sociais da Saúde (OSS). Segundo as autoras Moraes et al (2018), as Organizações Sociais da Saúde surgiram no Brasil, no âmbito da rede pública, a partir da Reforma do Estado desencadeada nos anos 1994/1995. Nesse sentido, emergiriam como nova modalidade voltada à função social de gestão e a provisão de serviços de saúde, vinculadas ao modelo das relações público-privadas.

No município do Rio de Janeiro, as Unidades que já possuíam profissionais servidores públicos, dos mais diversos núcleos profissionais, dividiram espaço para a entrada das equipes da ESF com profissionais contratados por um modelo diferenciado do seu, gerando também ruídos, principalmente em relação à questões salariais, pois na lógica da terceirização não há plano de carreira específico, mas este conta com o pagamento por núcleo profissional acima do teto salarial dos servidores públicos, além do pagamento por qualificação, de forma cumulativa (gratificação por especialização, mestrado, doutorado, responsabilidade técnica).

Soma-se a este fato a pouca ou inexistente aproximação dos usuários com o serviço a fim de uma construção conjunta e compartilhada das decisões tomadas, como exemplo no modelo de atenção, gerando assim ruídos na comunicação e na construção de entendimentos distintos frente às mudanças que ocorreram. Dessa forma, muitos foram os pacientes que ficaram confusos e receosos, principalmente devido à “coabitarem” duas lógicas de prestação de serviço em uma mesma Unidade de Saúde.

Segundo Pizzinato et al (2012), faz-se necessário trabalhar com a resistência que alguns profissionais inseridos no serviço apresentam, a fim de viabilizar a integração ensino-assistência ou de uma melhor compreensão da inserção de uma equipe na Estratégia Saúde da Família. Ainda, os autores destacam a premência de se trabalhar continuamente as diferentes concepções de saúde e de modelo assistencial com os atores envolvidos no processo: docentes, estudantes, trabalhadores, gestores e usuários, reforçando a importância do fortalecimento e aproximação dos usuários por meio da construção e legitimação do espaço de colegiado gestor. Ainda há que se considerar o papel do modelo de gestão – principalmente de contratação de profissionais, já discutidos anteriormente – na manutenção de um clima de

desconfianças, conflitos e desacordos entre os profissionais, o que gera entraves para a consolidação do modelo da ESF.

Corroborando com estes achados, Lima (2014) chama a atenção para o fato de que a implantação da ESF nas Unidades do modelo de atenção básica tradicional, como nos Centros Municipais de Saúde, como o caso do CMS Maria Augusta Estrella, foi acompanhada de resistências, muitas vezes devidas à representatividade do modelo de atenção que fora adotado até 2001 no município do RJ, o qual pautava-se na lógica dos programas de saúde do Ministério da Saúde, já estruturado tanto no âmbito serviços como na própria Secretaria de Saúde.

“[...] a gente tinha que apanhar número, tinha que... é... na fila... mas a gente tinha direito a todo... qualquer médico que a gente quisesse... Agora esse médico de família eu acho ruim porque a gente não tem direito à outro, a não ser aquela médica mesmo.” (Entrevistado 1)

“[...] eu estranhei porque eu sempre eu fiz com o doutor [médico ginecologista] né, e já tava tudo já, direitinho.” (Entrevistado 6)

Interessante a fala dos entrevistados acima, os quais demonstram a presença de uma lógica de compreensão a qual não estaria, necessariamente, embasada e almejando a lógica do cuidado, mas a lógica do cliente, na qual eles poderiam (e gostariam de) escolher os profissionais que realizariam o atendimento, muitas vezes levando em consideração a disponibilidade do momento e não necessariamente a vinculação e longitudinalidade no acompanhamento. Assim, ficariam focados na ideia do “eu escolho o que eu quero, o produto, o médico, o atendimento que eu acho que preciso, na hora em que eu preciso e demando por algo”.

Ainda a respeito da transição e incorporação das equipes da Estratégia de Saúde da Família no CMS estudado, é possível captar nas falas dos entrevistados mencionadas abaixo que os mesmos avaliavam positivamente o atendimento ofertado na Unidade de Saúde quando iniciaram seu tratamento de saúde nesta, com os especialistas e na lógica dos “programas de saúde”, relatando a respeito da sensibilidade e atenção com que os profissionais realizavam o acompanhamento, de maneira cuidadora.

“Então... no início os médicos eram ótimos.. como são agora né, mas eu acho que eles eram assim... muito atenciosos com a gente sabe, então... aí mudou.” (Entrevistado 3)

“[...] eu fiz o pré-natal aqui [...] então desde então até hoje eu tô aqui. Eu não tenho o que dizer daqui do posto não, não tenho mesmo. Eu sei que tem muita dificuldade né, nesse posto, mas sempre me atenderam bem aqui... fiz meu pré-natal e foi muito bom

aqui. Inclusive até há pouco tempo eu fiz com o doutor [médico ginecologista] o preventivo, mas aí mudou né, por causa da Clínica da Família.” (Entrevistado 6)

Quando questionados sobre possíveis diferenças que tenham ocorrido no decorrer dos anos no atendimento prestado na Unidade, um dos entrevistados sinaliza que antigamente os médicos costumavam atuar nesta por períodos mais longos de tempo, havendo pouca mudança no quadro de colaboradores da Unidade. Tal fato pode estar relacionado à expansão em massa ocorrida na APS, a qual necessitou de aumento expressivo de incorporação de equipes e, por conseguinte, da contratação de profissionais a serem lotados nestas, mas sem necessariamente possuírem perfil para atuação neste nível de atenção e com vistas a permanecer nesta lógica de trabalho, fazendo com que houvesse grande rotatividade nos serviços. Alia-se a isto o fato dos profissionais especialistas lotados nas Unidades serem servidores públicos, tendo assim maior expectativa de vinculação e plano de carreira por meio da realização de concurso público, enquanto que os profissionais que atuam atualmente nas equipes da ESF são contratados mediante processo seletivo, com vínculo contratual nos moldes da “Consolidação das Leis do Trabalho” (CLT), podendo demonstrar maior rotatividade e diferenças no tempo de permanência nas Unidades. Soma-se à esta rotatividade, a presença da academia no serviço, por meio das Residências em Saúde dos núcleos de medicina e enfermagem, ocorrendo a troca dos profissionais anualmente, uma vez que os residentes (profissionais em período de formação em serviço) costumam ficar na mesma Unidade por período de 2 à 3 anos. Isto contribui para a percepção da rotatividade, conforme apontado pelos entrevistados.

“O médico ficava mais fixo no posto.” (Entrevistado 2)

“Esse entra e sai de médico... né? Deixaria os médicos que viessem e deixaria eles saírem só quando eles quisessem ou quando fosse necessário, e não assim, ficar, vem, um passa um tempo...[...] aí a decepção que a gente fica, porque aí vem outra pessoa atender e não sabe o que que é que você tem aí você tem que falar tudo de novo[...] que os médicos ficassem né, que a gente tivesse mais com fixo[...].” (Entrevistado 5)

É possível verificar a sinalização dos pacientes quanto à construção do vínculo realizado com os médicos que realizavam o tratamento, seu e de seus familiares, assim como a longitudinalidade e integralidade presentes no acompanhamento prestado, na época, pelos clínicos médicos e especialistas lotados no Centro Municipal de Saúde. Seria possível ainda inferir, que alguns pacientes fazem relação com maior qualidade/cuidado/atenção ao atendimento prestado com maior frequência, em menor espaço de tempo, possivelmente devido à lógica de valorização do cuidado focado no acompanhamento das doenças, e não do

paciente em si. Dessa forma, vêm os atendimentos mais frequentes como forma mais “adequada” de monitoramento de uma dada comorbidade, mesmo que esta já esteja sendo acompanhada e manifeste-se de forma assintomática.

Além disso, fica evidente na fala do entrevistado 5 a lógica da territorialização que permeia a Estratégia de Saúde da Família, a qual procura que as famílias vinculem-se à Unidade de Saúde próxima à sua residência, melhorando a adesão aos tratamentos, evitando grandes deslocamentos e facilitando o acesso dos usuários aos serviços. Assim sendo, cada Unidade fica responsável por um território de abrangência definido, pelo qual fica responsável junto com as equipes de saúde da família, pelo acompanhamento e atendimento das famílias e comunidade, por meio das mais diversas ações. Apesar dos pacientes entrevistados reconhecerem este tipo de organização dos serviços, baseada na territorialização, muitos ainda não compreendem esta lógica e demonstram resistência para vinculação à Unidade de referência, insistindo no desejo de um “poder de escolha” do serviço em que teriam preferência em realizar seu acompanhamento, pelos mais diversos motivos.

“É, e eles já conheciam ele [marido]. Já conheciam a gente e já sabiam mais ou menos como é que era a nossa situação né.[...] Era um atendimento bom, quer dizer... mais tipo família... conhecia a gente né... hoje não, hoje vamos dizer de seis em seis meses, mas as pessoas que estão atendendo são ótimas, a [médica], eu gosto muito dela, né[...].” (Entrevistado 3)

“Eu gostava é... é, não achava ruim não. Primeiro, é muito perto de casa né. Segundo, o [médico] sempre tratou a gente muito bem[...].” (Entrevistado 5)

A transição do modelo de organização do CMS passou por momentos delicados, em que muitos usuários sentiram-se “abandonados/rejeitados” pelos profissionais que realizavam seu acompanhamento e na “obrigação, sem opção” de realizar o acompanhamento com os profissionais das equipes da Estratégia de Saúde da Família. É sabido que a alguns pacientes foi ofertado o cuidado compartilhado entre as equipes e os especialistas com quem os pacientes já possuíam vínculo, mas que esta não foi uma regra, fazendo com que muitos abandonassem os tratamentos realizados há muito tempo pela brusca ruptura ocorrida na transição do modelo, onde “habitavam” duas formas de gestão em um mesmo serviço a qual foi, em um primeiro momento, de difícil compreensão até mesmo para os profissionais que já estavam lotados na Unidade assim como para os que estavam chegando nas equipes. Ao avaliar o processo de reforma da APS no município do Rio de Janeiro, na perspectiva de aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados os autores Harzheim, Lima e Hauser (2013) observaram melhores resultados nas unidades do Tipo A (com perfil de atividades e

serviços totalmente organizados segundo a lógica da Estratégia de Saúde da Família) em comparação às Unidades que possuíam especialistas atuando conjuntamente no serviço, na prestação do primeiro contato aos pacientes.

“[...] Eu era paciente do doutor [nome do médico]. Um dia chego pro doutor, ele fala ‘olha, a partir de hoje você vai ser atendida pela clínica da família’[...]”  
(Entrevistado 5)

Em contraponto a outros relatos, outro entrevistado avalia a mudança de modelo para a “Clínica da Família”, a qual contou com a inclusão das equipes da Estratégia de Saúde da Família na Unidade, como algo que melhorou o acesso dos usuários ao atendimento no serviço. Importante destacar o fato de que a entrada de docentes e estudantes nos serviços, atuando junto com os trabalhadores, poder ser vista pelo usuário como oxigenação e motivação, podendo, muitas vezes, provocar mudanças na cultura estabelecida naquele local (PIZZINATO et al, 2012).

“Ah... a Clínica da Família foi uma coisa que melhorou bastante, né? Antigamente você enfrentava filas, né? Tinha que esperar muuito e tudo... hoje não... você chega e... e, se há a possibilidade, você já é atendida e bem atendida.” (Entrevistado 4)

“[...] então pra mim foi bom a clínica da família. Eu relutei antes, falei ‘ah não quero’. Meu marido falou ‘você precisa ir, vai melhorar’. E eu tô bem satisfeita”  
(Entrevistado 11)

Os relatos dos pacientes durante as entrevistas sinalizam que os mesmos avaliam de forma positiva o atendimento prestado na Unidade atualmente, demonstrando um certo estranhamento quando da implantação das equipes e do desconhecimento de como seria a nova lógica de reestruturação do serviço, mas que estão “satisfeitos” e que orientam e “indicam” o serviço para outras pessoas, além de apontarem para algumas das práticas exercidas pelas equipes da estratégia, como a vigilância em saúde e a busca ativa dos pacientes (algumas vezes por meio de contato telefônico), articuladas na coordenação do cuidado. Ainda, mais uma vez é possível verificar a compreensão acerca da lógica de territorialização, um dos atributos da APS, presente no serviço, quando a paciente relata que “tem que morar aqui”, indicando que apenas usuários que residem na área de abrangência da Unidade poderiam realizar o acompanhamento e retirada de medicações nesta.

“Ah eu sempre indico, qualquer coisa eu digo... ‘ó vai lá no posto que é legal... os médicos atendem a gente muito bem e ainda tem remédio’. ‘Ah é? Então tá! vou lá’;

agora tem que morar por aqui, não sei se morando longe se vocês vão atender.” (Entrevistado 3)

“O atendimento, eu achei que melhorou bastante da Clínica da Família...[...] procuram ligar pra sua casa, tudo que eles fazem eu achei nota 10!” (Entrevistado 6)

A diversificação e transformação dos olhares, práticas e métodos, assim como a inserção de novos núcleos profissionais no cotidiano das práticas, foram necessários a medida que a saúde foi sendo compreendida como proposta de produção de normas de vida e emergente de múltiplos e mutantes vetores: biológicos, sociais, econômicos e históricos. Apesar disso, a inserção de novos núcleos profissionais não resultou em uma transformação significativa do modelo assistencial, conforme preconizado pelo SUS, uma vez que é percebida a ocorrência de uma justaposição de diferentes profissionais de maneira fortemente hierarquizada, mantendo assim a característica do modelo biomédico, com a fragmentação do trabalho e do olhar perante à saúde do usuário (GOMES et al, 2007).

Apesar de avaliações positivas acerca do atendimento prestado na Unidade, ainda é grande o desconhecimento e a divergência no reconhecimento por parte dos pacientes a respeito do modelo vigente da Estratégia de Saúde da Família, como a composição das equipes e a forma como estas desenvolvem suas atividades, possivelmente devido à lógica hospitalocêntrica e medicalizante, tão enraizada e potencializada pela mídia, que vigora até os dias de hoje. Nesta, compreende-se o médico como detentor do saber máximo, fazendo com que outros núcleos profissionais percam ênfase e credibilidade junto aos usuários, uma vez que apenas o médico possuiria as informações necessárias ao bom acompanhamento e manutenção da saúde dos indivíduos. Dessa forma, difícil compreender a atuação de cada área profissional e o cuidado compartilhado entre os diferentes núcleos, de forma multiprofissional e interdisciplinar, o qual permeia a composição das equipes da ESF e do NASF. Tal situação mostra-se presente na fala dos entrevistados, que seguem:

“[...] ultimamente assim, depois que eu deixei de ser atendida pelo posto, assim... eu só fui atendida por enfermeiro. É assim que eu venho... dou minha receita, eu venho converso com ele, aí depois ele vai lá e fala pra médica. Eu acho que não deveria ser assim, na minha opinião eu acho que isso aí tinha que mudar[...] eu acho que a gente já deveria ir direto falar com o médico. Passar no enfermeiro ver se não tá passando mal, ver se não tá precisando de uma medicação, mas isso aí eu acho que deveria passar por um médico[...]” (Entrevistado 7)

“[...] agora eu só não gosto de enfermeira porque eu acho que enfermeira não conhece a gente..[...]” (Entrevistado 3)

Soma-se a este fato a não compreensão da especialidade desempenhada com formação na APS, como é a “medicina de família e comunidade” e a especialidade de saúde da família

para as demais profissões, os quais acompanham os usuários em todos os ciclos da vida a partir de uma abordagem familiar e comunitária, de maneira ampla e não fragmentadora, aproximando-se ainda do contexto onde as pessoas estão inseridas, acionando os diferentes mecanismos presentes na rede de forma intersetorial, para uma abordagem mais integral com vistas à uma assistência cada vez mais cuidadora. Além disso, os usuários ainda trazem em algumas falas a noção de deficiência na qualificação dos profissionais que realizam o primeiro contato e acolhimento dos usuários, por inexperiência ou falta de perfil acolhedor, não sendo uniforme o tipo de atendimento prestado já na porta de entrada da Unidade.

“Não... o clínico eles, é né... eles são, né... eles fazem o serviço de um clínico... agora de outras áreas é que não vai fazer[...]" (Entrevistado 1)

“Eu acho que um pouco mais de experiência. Eu acho que aquelas meninas que atendem lá na frente [no acolhimento], elas não têm tendo experiência o suficiente pra um atendimento que a gente tem num lugar desse aqui.” (Entrevistado 5)

No modelo proposto e realizado no Rio de Janeiro, o acolhimento é feito pelas equipes da ESF logo na entrada da Unidade, ficando os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) responsáveis pelo acolhimento e escuta dos pacientes que procuram pelo serviço de saúde, direcionando-os conforme acreditam ser necessário. Infelizmente, nem sempre o local em que este setor da “porta de entrada” aos usuários se localiza é adequado, acolhedor e propício à escuta qualificada dos pacientes por parte destes profissionais. É o caso do CMS Maria Augusta Estrella: o espaço em que é realizado o primeiro atendimento, o primeiro contato com o paciente, é um local semi coberto, ficando exposto ao clima intenso do Rio de Janeiro, dificultando muitas vezes esta aproximação e escuta adequada às demandas trazidas pelos pacientes. Soma-se a isso, a grande rotatividade dos profissionais que ali atuam, dificultando que estes tenham tempo hábil para assimilar todas as informações e orientações acerca do serviço antes que estes já tenham de estar lotados e realizando todas as atividades que competem ao cargo assumido, como é o caso dos agentes comunitários de saúde.

Além disso, muitas vezes os ACS relatam certa insegurança e falta de “aptidão” para exercerem essa escuta no acolhimento, pois não se sentem preparados para este primeiro contato com os pacientes, quando precisam realizar a escuta e, de certa maneira, realizar uma “classificação de risco” dos usuários, em um esforço de organização/gestão de agenda (neste, aproximariam-se da definição de quem passaria pela demanda do dia – espontânea – e quem poderia aguardar, agendando assim uma consulta). Nesse sentido, apontam o fato de não se sentirem confortáveis e capacitados quanto à adequada abordagem aos pacientes neste

primeiro contato, em que precisam avaliar a queixa-conduta-usuário, fazendo inclusive com que a equipe repense constantemente o modelo de “porta de entrada e acolhimento” proposto pelo município, na Unidade.

Assim, a partir da escuta deste núcleo profissional, pensou-se em nova estratégia de acolhimento, a qual apoiaria os ACS, fazendo com que eles ficassem responsáveis pela realização de uma primeira escuta e acolhimento aos usuários, porém a “classificação de risco” ficaria sob responsabilidade da equipe técnica, por meio de revezamento nos diferentes turnos da semana. Isto posto, nota-se que a escuta dos funcionários assume papel estratégico e fundamental, fazendo com que o processo de trabalho fosse interrogado/repensado/reorganizado, questionando o modelo “de certa forma engessado” proposto pelo município do RJ. Importante estarmos atentos, constantemente, à escuta dos pacientes mas também dos funcionários lotados no serviço para qualificarmos o atendimento, repensando diariamente nosso processo de trabalho em busca de práticas cada vez mais integrais e humanizadas para todos os atores envolvidos nos encontros do cotidiano.

Esta situação também é percebida pelos usuários que frequentam a Unidade, como pode ser verificado na fala do entrevistado 6 que segue abaixo:

“É tipo assim... o lugar né? Onde eles trabalham... que eu não vejo muito conforto... tendeu? Assim..., que se o profissional também não tiver conforto, pra eles atender o paciente, também não vai pra frente.[...] Queria assim, que melhorasse mais pra eles, os profissionais, que muita coisa aqui que tem que melhorar pra eles também. Não é só o... não é o paciente não.” (Entrevistado 6)

A sensibilidade expressa na fala do usuário quando sinaliza a respeito da necessidade de melhores condições de trabalho, neste incluído o ambiente e as relações para os profissionais, para que possa ser ofertado um melhor atendimento na prestação do cuidado, com mais qualidade tanto para pacientes quanto para os próprios profissionais envolvidos na prestação do cuidado. Em seu estudo, os autores Harzheim, Lima e Hauser (2013) chamam a atenção para o fato de que a expansão do modelo da ESF no município do Rio de Janeiro ocorreu, principalmente, por meio da implantação de Clínicas da Família, a partir da construção de novas estruturas, com destaque para sua grande qualidade; porém, Unidades mais antigas já presentes na rede, como o caso das Unidades de tipo B, por vezes com estrutura precária, receberam algum tipo de investimento em reformas, porém isso não foi realizado de maneira homogênea no município, uma vez que Unidades como o CMS Maria Augusta Estrella (modelo B) não foram contempladas por reformas, mesmo estas sendo tão necessárias para adequação às mudanças ocorridas no serviço e melhora da ambiência. Ao

analisar os principais desafios presentes da integração ensino-serviço, os autores Cavalheiro e Guimarães (2011) citaram como principais dificuldades relacionadas ao serviço os problemas relacionados à estrutura física das Unidades; a resistência dos profissionais, uma vez que a formação não estaria contemplada na agenda de trabalho; a resistência dos usuários à presença do estudante no serviço; o medo e a insegurança dos profissionais do serviço de que as fragilidades sejam identificadas, dentre outras.

Nesse sentido, segundo Barros e Barros (2007, p. 81):

“A integralidade ganha outro viés, porque não apenas está voltada para o usuário, mas como condição do trabalhar. Integralidade-integração no processo do trabalho, entre os trabalhadores, em que a atenção não pode mais ser entendida como usuário-centrada, mas centrada na rede de atenção onde está o trabalhador, mas também o usuário, mas também sua família, mas também a comunidade, e também...”

Quando indagado sobre possíveis mudanças e melhorias para a Unidade, o entrevistado 9 discursou sobre o fato da importância das Unidades estarem equipadas com recursos compatíveis com a continuidade do cuidado dos pacientes, evitando deslocamentos para outros locais da rede para realização de exames, tecnologias duras, assim como da importância da presença de especialistas e/ou setores especializados próximos à residência, facilitando os deslocamentos para a adesão e seguimento do tratamento preconizado.

“É, a gente pensa em melhorias né, pra Unidade, pra população em geral... o sistema ambulatorial, seja ele clínico, que tivesse também um setor cardíaco pra tirar eletrocardiograma sem precisar se deslocar de um bairro pro outro.” (Entrevistado 9)

Em contrapartida ao que já foi exposto, em relação à satisfação dos usuários frente ao acompanhamento realizado na Unidade, outros usuários trazem à tona a compreensão da utilização de serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde como “falta de opção” devido à falta de condições para a utilização de serviços da rede privada, seja no âmbito dos planos de saúde ou da prestação de serviços particulares. Nesse sentido, outros usuários pontuaram a utilização do SUS não para a realização de seu acompanhamento, mas de forma pontual, talvez por não compreender a necessidade de realizar o acompanhamento com as equipes quando da falta de “queixas” e ou sintomatologias, possivelmente associando e determinando o acompanhamento pela presença de doenças “latentes”.

Assim, o processo de cuidado toma como foco a presença ou ausência das doenças, enquanto percepção de corpos doentes, os quais apenas nesta configuração precisariam de cuidado, mediante a definição de determinados padrões relacionados quase que

exclusivamente à biologia, sem levar em consideração o contexto local, familiar, cultural, temporal, padrão este que vem mantendo-se no decorrer dos anos, não demonstrando modificação ao padrão vigente no século passado. Importante destacar a necessidade dos profissionais de saúde, ao buscarem a participação social nas ações propostas, considerarem a história presente a partir de escuta qualificada da população, seus desejos, seus modos de viver e agir, com o intuito de facilitar a expressão das demandas e necessidades destes indivíduos (ACIOLI, 2010), aproximando-os dos serviços de saúde.

Nota-se a falta, muitas vezes, do entendimento sobre o SUS como um direito adquirido de todo cidadão, conferido pelo Estado, fazendo com que as pessoas não se sintam “aptas” a utilizá-lo quando necessário, mas apenas quando acreditarem possuir comorbidades agudas e que necessitem de intervenções mais invasivas ou quando a rede privada não oferece determinado serviço de que o usuário necessita. Como exemplo, pode-se citar o tratamento de tuberculose, em que alguns pacientes realizam o acompanhamento na rede privada, porém retiram a medicação e costumam fazer os exames diagnósticos e complementares na rede pública. Isso ilustra, conforme Pinheiro e Ceccim (2005) discutem, como ainda é baixo o impacto das práticas profissionais na configuração dos estados de saúde dos indivíduos e a insatisfação dos usuários com os padrões assistenciais e com a relação profissional-usuário ainda faz-se presente nos serviços.

“[...] eu acho que pra mim tá tudo bem, porque eu só venho aqui mesmo quando eu tô precisando meesmo.” (Entrevistado 8)

“Se eu pudesse, eu pagava o plano particular. Eu tive há anos atrás. A gente tinha da minha mãe. Pra cá, a gente não pode mais ter porque é muito caro.” (Entrevistado 5)

A formação e a qualificação dos profissionais da saúde devem ser pautadas pelas necessidades da população, por meio do estreitamento das relações e articulações, objetivando a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Para que esta transformação ocorra, faz-se necessário o trabalho em equipe, o acolhimento aos usuários, o estabelecimento de relações de vínculo, a responsabilização com a saúde, tanto individual quanto coletiva, o atendimento das necessidades dos indivíduos, assim como a reparação dos problemas de saúde (ALBUQUERQUE et al, 2008) e a sensibilização quanto direito à saúde, conferido pelo Estado.

Nesse contexto, os autores Ceccim e Feuerwerker (2004a, p. 47) tensionam e provocam o pensamento a cerca da formação em serviço:

“Como formar sem colocar em análise o ordenamento das realidades? Como formar sem colocar em análise os vetores que forçam o desenho das realidades? Como formar sem ativar vetores de potência contrária àqueles que conservam uma realidade dada que queremos modificar?”.

A respeito da importância e valorização da fala dos usuários e construção conjunta do serviço a partir do diálogo e discussão com estes, por meio do empoderamento do controle social no desenvolvimento das atividades ofertadas, um dos entrevistados fez referência positiva ao convite realizado para a entrevista, na qual foram solicitadas e questionadas opiniões do paciente a respeito do atendimento prestado na Unidade, assim como elementos deficientes e que poderiam ser melhorados no cotidiano do serviço a partir de sua percepção, aproximando este das ações da Unidade de Saúde e dos processos decisórios, potencializando a construção de uma gestão compartilhada, baseada na escuta e no diálogo, na valorização dos diferentes saberes envolvidos.

“Então... por isso que é importante... eu gosto disso de participar desse tipo de assunto de palestra [referindo-se à entrevista] porque é uma coisa que deixa a gente né... a par das coisas.” (Entrevistado 9)

Ainda, o mesmo entrevistado faz correlação entre o atendimento prestado na Unidade de Saúde e o momento pelo qual as políticas vigentes no país e no município do Rio de Janeiro estão passando, como os cortes no financiamento da pasta da saúde já realizados e os ainda previstos para este setor. Estes cortes orçamentários estão diretamente correlacionados à Atenção Primária em Saúde e a composição e quantitativo das equipes de saúde da família na rede, momento em que algumas Unidades tiveram de realizar rearranjos em seu território devido à redução de profissionais nas equipes, causando impactos já visíveis no acompanhamento e vigilância das famílias cadastradas, como foi o caso do CMS estudado.

“As coisas estão melhorando, precisa melhorar. Sabemos que a situação do país não é fácil, pela qual o Rio de Janeiro atravessa não é fácil, a crise fiscal né, então acredito que a tendência das coisas é melhorar, mas acho que precisa fazer alguma coisa pra melhorar ainda mais. Precisa né... não só aqui, como em vários lugares.” (Entrevistado 9)

É preciso que haja maior investimento na pasta da saúde, com aumento de repasses nas três esferas de governo (municipal, estadual e federal) com o intuito da ampliação da cobertura da APS aos potenciais usuários do sistema de saúde, legitimando o acesso à saúde enquanto direito e dever do Estado, com vistas à integralidade, universalidade e equidade, melhorando assim a assistência à saúde e qualidade de vida das pessoas. Os autores

Harzheim, Lima e Hauser (2013) salientam em seu estudo o fato de que países com uma Atenção Primária em Saúde bem estruturada, ordenadora e coordenadora da atenção, apresentam melhores indicadores de saúde com menores investimentos em relação a países com APS fraca. Porém, infelizmente, esta não é uma realidade premente no município do Rio de Janeiro, o qual vem passando, desde o último ano, por redução no financiamento para a saúde, atingindo de maneira devastadora a APS e os profissionais que nela atuam. Este corte no financiamento repassado às empresas contratantes (contratação terceirizada), o qual é gerido pelas coordenações de área, ocorreu nas diferentes áreas programáticas do município e tem impactado na diminuição de contratos de serviços e compras de insumos, assim como na redução de folha de pagamentos, implicando no corte de profissionais e equipes nas Unidades de Saúde. Devido aos cortes orçamentários, algumas áreas tiveram atrasos nos salários de funcionários, fazendo com que alguns núcleos profissionais decretassem greve e, como principal impacto, instaurou-se o cenário de restrição de acesso aos usuários e desconfiança no Sistema Único de Saúde, prejudicando o andamento dos serviços e o processo de cuidado aos usuários.

A mudança de modelo ordenador ocorrida no CMS Maria Augusta Estrella foi acompanhado também da introdução das Residências em Saúde dos núcleos profissionais de medicina e enfermagem, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, aproximando a academia do serviço de saúde. Assim, desde sua implementação, algumas mudanças podem ser percebidas no processo de trabalho das equipes, entre as equipes, das equipes com os demais profissionais lotados na Unidade, com a gestão e com os usuários. A aproximação com a academia, por meio do ensino em serviço e da recepção de acadêmicos, durante todo o período do ano, permite a oxigenação e reinvenção das práticas, além da qualificação dos profissionais e da melhora de oferta dos serviços. A presença dos residentes na Unidade impulsiona mudanças nas práticas, que até então pautavam-se no alcance de metas relacionadas aos programas de saúde, pouco voltadas ao contexto em que os usuários estão inseridos, para ações humanizadas de promoção de saúde e prevenção de doenças, com a implantação de atividades em grupos interdisciplinares e multiprofissionais, focados na escuta e no usuário, não reduzindo-o às suas comorbidades, o que já vem ocorrendo de forma gradual no CMS estudado. Dessa forma, como relação direta desse processo de ensino em serviço, vêm sendo realizadas atividades intra e extra-muros, almejando-se a aproximação dos usuários ao serviço para uma construção conjunta do processo de trabalho de forma ativa e pulsante.

## 5.2 Sistema de Regulação: articulando a rede de serviços

Segundo Silva Júnior, Alves e Mello Alves (2013), os profissionais de saúde, além de operarem o cuidado do paciente, são responsáveis pelo gerenciamento da busca de outros recursos específicos, articulando-os, a fim da otimização de resultados, evitando assim a sobreposição nos planos terapêuticos. Ainda, ressaltam a importância do retorno da gestão do cuidado e construção de vínculo à equipe/profissional ancorados em uma perspectiva da longitudinalidade com o usuário.

No cotidiano do serviço, tanto profissionais quanto usuários vêem esse fluxo mediado pelo chamado Sistema de Regulação (SISREG), um sistema que permite o controle e regulação dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados no nível Municipal, Estadual ou Federal. Assim sendo, os pacientes atendidos pelas equipes nos CMS e CF do município do Rio de Janeiro, quando da necessidade de encaminhamento para consultas com especialistas e/ou exames, são inseridos neste sistema para que seja realizada a regulação destes para os demais níveis de atenção para atendimento com prestadores de serviços específicos que não estão disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde. Neste sistema, é possível inserir a história clínica pregressa do paciente, justificando a indicação da solicitação e classificando o risco do paciente, o qual permite que os profissionais responsáveis pela regulação das vagas e agendamento nesta plataforma sejam norteados pelo princípio da equidade. Apesar disso, ainda é recorrente o descontentamento da população frente a este mecanismo de agendamento e regulação, tendo em vista a ausência de conhecimento quanto a necessidade de classificação de risco para o agendamento das solicitações e a, ainda defasada, oferta de vagas para determinadas especialidades e tipos de exames, os quais muitas vezes são agendados para locais muito distantes das residências destas pessoas, dificultando deslocamentos e muitas vezes estimulando o absenteísmo. Soma-se à isso, a falta de clareza a respeito da atuação do médico de família e comunidade junto às equipes, assim como a capacidade que este possui em responder ao acompanhamento das demandas e necessidades em saúde apresentadas pelos usuários, como já mencionado anteriormente, uma vez que os usuários ainda demonstram forte interesse no acompanhamento fragmentado realizado por meio de consultas com os mais diversos especialistas.

“Bom, o que eu acho que... não sei se... se melhora ou se piora... esse negócio de acabar com esse SISREG. Acho que até com esse médico de família, eu acho que

devia... devia acabar, porque eu não acho que funcione muito bem não. Antigamente as coisas funcionava melhor.[...] Eu acho esse SISREG todo mundo reclama, atrapalha muito a vida da gente[...] tem que passar pelo SISREG... esse negócio de SISREG é que tá atrapalhando. A gente fica um bom tempo esperando sair a consulta e às vezes tem o médico aqui.” (Entrevistado 1)

Parece haver uma carência na compreensão e reconhecimento, por parte dos usuários, da Atenção Primária em Saúde como coordenadora do cuidado e porta de entrada preferencial para os demais serviços de saúde da rede que, por meio do acompanhamento das equipes da ESF, articularia com os diferentes níveis de atenção presentes no serviço conforme necessidade e classificação de risco dos usuários. Também há dificuldade de entendimento da lógica da prestação de serviços realizada em uma Unidade de tipo “B”, como o CMS Maria Augusta Estrella, que possui atendimento realizado pelas equipes da ESF mas também contempla atendimento com médicos especialistas dentro da Unidade, frutos remanescentes do modelo empregado anteriormente. Muitas vezes devido à falha de comunicação/informação ou articulação dentro do próprio serviço, por desconhecimento ou avaliação de que o usuário necessita ser visto por especialistas em outro nível de atenção, estes acabam por deslocarem-se para outros locais na rede, quando por vezes poderiam estar realizando o acompanhamento de forma compartilhada na Unidade, com a equipe e os especialistas que ainda estão lotados nesta. Assim, esta situação ainda coloca-se como uma das fragilidades apresentadas em Unidades em que coabitam estes dois modelos de atenção, tanto para usuários quanto para os profissionais.

Nesse sentido, faz-se importante e necessário o papel das equipes e da gestão da Unidade no repasse de informações a respeito dos processos de trabalho e da organização do sistema de referência e contra-referência para os demais serviços, explicando a respeito e sinalizando a importância destes para um melhor entendimento de como funciona a rede e de que forma esta se articula atualmente. Como resultado, seria ofertado aos usuários o poder de escolha para qual serviço ir, quando da presença de mais de um local para realização do tratamento (incluindo-se a própria Unidade, quando da disponibilidade do especialista no próprio campo), a partir da construção de relações horizontais, dialógicas e humanizadas, respeitando-se os usuários em suas escolhas no modo de andar a vida. Contudo, apesar de desejada, tal situação ainda não contempla a realidade das Unidades e da regulação da rede, uma vez que por meio do SISREG os usuários não costumam ser consultados a respeito de suas preferências para seu acompanhamento, interferindo assim em suas escolhas e preferências. Sendo esta uma ferramenta utilizada por toda a rede de serviços, faz-se necessário a qualificação não apenas do sistema operacional, mas também das relações com

os usuários, para que suas escolhas sejam escutadas e respeitadas, almejando-se a produção de um cuidado cada vez mais humanizado.

Corroborando com os relatos acima, alguns entrevistados sinalizaram a demora no agendamento das consultas pelo sistema de regulação, indicando este como também sendo um dos pontos negativos apresentado no acompanhamento na Unidade:

“Eu acho assim... a demora do atendimento do SISREG, né, demora muito. Você né, você fica esperando a consulta. Demora muito, né? E quando te manda, te manda pra um hospital que.. ‘só Deus’[risos].” (Entrevistado 4)

Referindo-se ainda sobre o SISREG, a fala acima mostra a dificuldade muitas vezes da regulação em manter o paciente sendo agendado e remarcado para o mesmo local onde já iniciou anteriormente o tratamento, a fim de dar continuidade a este, fortalecendo os princípios de longitudinalidade, vínculo e territorialização, fragilizando o cuidado e incentivando o absenteísmo. Além disso, a demora para a realização da regulação do agendamento possui relação direta com a disponibilidade de vagas no sistema de regulação, vagas estas que nem sempre são “ofertadas” neste pois alguns locais da rede ainda mantêm disponibilidade de agenda interna, não divulgando e não inserindo estas vagas no SISREG, ficando assim alguns agendamentos restritos ao próprio serviço, os quais muitas vezes acabam ficando ociosos e reprimindo cada vez mais o acesso aos demais usuários.

Entretanto, apesar da avaliação negativa por parte de alguns usuários, os entrevistados 4 e 8 sinalizaram experiências favoráveis e eficazes a respeito deste sistema de marcação e organização da rede de serviços, corroborando com a noção da APS como porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e demais níveis de atenção e sua capacidade de articulação da rede, fortalecendo a coordenação do cuidado por meio da responsabilização para com os pacientes, ilustrando ainda a qualidade dos serviços ofertados na rede, como segue abaixo:

“Olha, sensacional, fiz todos os meus exames pra operar a... a vesícula, né? Cheguei lá [no hospital], fui muuito bem cuidada. Olha, valeu a pena.[...] não é essa pessoa que vai... chega lá e é maltratada, espera o dia todo e ninguém consulta, nada disso. Nunca aconteceu, graças a Deus.” (Entrevistado 4)

“Mas já vim com o encaminhamento de lá pra aqui pro posto, aí a doutora me atendeu e na mesma hora ela conseguiu consulta pra mim no... no INTO.. e fui atendida bem mesmo..” (Entrevistado 8)

Nestes relatos, os pacientes parecem associar a qualidade da assistência não ao deslocamento para uma unidade ou localidade diferente, mas ao acolhimento, ao cuidado

integral, à escuta qualificada e à humanização das práticas desenvolvidas nos serviços para os quais foram encaminhados. Nesse sentido, é possível verificar a heterogeneidade na percepção dos usuários frente às práticas e serviços, uma vez que uns voltam-se à valorização do saber médico, hierarquizado, fragmentado e enaltecendo as “especializações” e a lógica do clientelismo, enquanto outros fazem referência à qualidade das ações atribuindo-a às práticas cuidadoras, integrais, centradas no usuário e na humanização das relações, mas sem necessariamente especificar o núcleo ou especialidade do profissional, demonstrando que práticas cuidadoras e sensíveis podem ser realizadas por qualquer profissional, desde que este esteja envolvido, comprometido e engajado para tal.

No que tange à Unidade de Saúde estudada, a presença do modelo de Residência em Saúde vem apresentando o aumento de resolutividade das ações e serviços ofertados quando da presença de residentes nas equipes em comparação à equipe que não possui o modelo de ensino em serviço instituído, acarretando no maior quantitativo de encaminhamentos dos pacientes para outros níveis de atenção e especialidades por parte da equipe que não possui residentes. A partir do olhar da gestão local, observa-se que as equipes com Residência tendem à encaminhar menos, podendo este fato estar relacionado a discussão contínua e compartilhada das situações que envolvem os pacientes com os demais colegas e, principalmente, com os profissionais preceptores (profissionais de referência da Unidade para a qualificação em serviço dos residentes). Além disso, nota-se diferença significativa na qualidade de preenchimento dos encaminhamentos para os demais serviços, entre equipes com e sem residência, caracterizando-se a equipe sem residentes como a equipe que mais demanda por atendimentos especializados e com menor qualidade de informações que justifiquem o encaminhamento para outro serviço, podendo este fato estar relacionado à grande rotatividade e perfil dos profissionais que atuaram nesta (em sua maioria, recém formados e com pouca experiência na APS e na coordenação do cuidado com a rede). Tal situação pode ser observada ao verificar-se o quantitativo de encaminhamentos realizados no sistema de regulação e que são “devolvidos” ou “negados” pelos profissionais médicos responsáveis pela regulação (os encaminhamentos são “devolvidos” por falhas ou incompletude de dados na descrição dos casos, sendo os encaminhamentos “negados” quando os mesmos não apresentam justificativa adequada para o encaminhamento ou então foram inseridos na especialidade incorreta). Nesse caso, a equipe que não possui residentes lotados - Souza Franco - apresentou-se, no período do presente estudo, com o maior quantitativo de encaminhamentos “devolvidos” e “negados” em relação às equipes com residentes, em uma

proporcionalidade quase três vezes maior, podendo confirmar os achados acima. Vale ressaltar que os residentes possuem preceptores lotados nas equipes, referências diretas com os quais discutem os casos acompanhados por estes, inclusive os que devem ser compartilhados com o NASF e/ou outros níveis de atenção, qualificando as informações inseridas nos encaminhamentos.

Quanto aos pacientes acompanhados por equipes com residentes, estes parecem ainda demonstrar menor resistência para realização de acompanhamento compartilhado com outros serviços, sugerindo haver maior adesão ao acompanhamento conjunto, podendo este fato estar relacionado à construção de vínculo e confiança estabelecida nas relações em comparação com os usuários acompanhados pela equipe sem residentes, a equipe Souza Franco. Assim, evidencia-se a importância e a contribuição deste modelo de ensino em serviço na qualificação dos profissionais e na qualificação dos serviços ofertados na unidade, assim como na articulação da rede de modo mais equânime, conforme proposto pelo Sistema Único de Saúde.

### **5.3 O atendimento médico na Unidade: Especialistas x Equipes da Estratégia de Saúde da Família**

Desde a Constituição Federal, torna-se evidente a necessidade de articulação entre a formação dos profissionais e o sistema de saúde, quando então o SUS assume como competência a orientação do perfil da formação dos profissionais de saúde. Apesar dos avanços alcançados, ainda é bastante delicada a apropriação do SUS na formação profissional (GUSMAO; CECCIM; DRACHLER, 2015).

As várias especialidades ofertadas na antiga lógica organizacional e ainda presentes na Unidade, demonstram e reforçam o discurso da “necessidade” dos usuários em realizar o acompanhamento dicotomizado com os diversos especialistas, de forma fragmentada e não coordenada, “como se cuidasse de um doente abstrato, separado de sua vida cotidiana” (GOMES et al, 2007, p. 29), onde o corpo humano seria dividido em partes e caberia à cada profissional especialista uma parte específica, desconexa do todo.

“Antigamente.. eu era atendida pelo ginecologista.. pelo clínico.. pelo médico que tivesse aqui.. um nutricionista.. o que tivesse aqui a gente tinha direito.. agora não..

agora já não tem mais direito.. tanto que eu precisei de um ginecologista agora.. e ela botou no SISREG e foi pra fora.. pra outro lugar.. foi pra um Hospital..”  
(Entrevistado 1)

Nesta fala, o usuário faz referência aos profissionais clínicos gerais e especialistas que lhe acompanhavam em comparação com o atendimento prestado pelos profissionais em formação em medicina de família e comunidade lotados nas equipes, não relatando diferença no atendimento prestado por estes, mas sinalizando para sua preferência em relação ao acompanhamento ser realizado pelos diversos especialistas. Importante ressaltar que cabe ao médico de família manejar as condições biológicas, psicológicas, sociais e ambientais que afetam todos os momentos de vida, desde a criança até o idoso, sem perder a visão ampla da comunidade em que está inserido. Além disso, ser médico de família é também saber produzir cuidado, valorizando o sujeito e seu ambiente, utilizando de maneira eficaz e eficiente sua valise das relações nos seus encontros com os indivíduos (ROMANO, 2008). Ademais, estes profissionais podem contribuir, e muito, para a organização e estruturação da rede, podendo dar resolutividade à aproximadamente 80% das demandas dos usuários no âmbito das Unidades de Saúde, quando da presença de uma rede de serviços bem organizada, consolidada e conectada.

De acordo com Harzheim, Lima e Hauser (2013) a opinião dos usuários em relação ao atendimento ainda é contraditória, pois se ressentem da falta de atendimento realizado diretamente por especialistas quando têm seu serviço transformado no modelo pautado na Estratégia de Saúde da Família. Nesse sentido, ressaltam ainda uma baixa aceitação pelos atendimentos realizados por enfermeiros, mas acreditam que o avanço da qualidade das Unidades contempladas totalmente com equipes da ESF possam superar esses posicionamentos, a partir do aumento da oferta de serviços nas Unidades, com maior variabilidade diagnóstica nas consultas médicas, aliadas à resolutividade e diminuição da sobrecarga do médico, com a incorporação do trabalho do núcleo de enfermagem pautado por protocolos clínicos.

“[...] eu acho que devia ser assim.. por exemplo.. se ele tem pressão alta, eu tenho pressão alta, a gente devia fazer assim uma bateria de exames para ver cardiologista pra fazer exercício essas coisas..[...]” (Entrevistado 3)

“[...] todo ano ele [o médico] pedia os exames e esse ano eu até fiquei assim.. porque eu fiz o exame, perguntei ao rapaz se precisava fazer mamografia, ultrassonografia.. porque é isso que eu fazia todos os anos.. ele ‘não.. não precisa, depois você conversa com a médica’[...]” (Entrevistado 7)

“[...] então eu acho assim se que uma pessoa precisar... faz um check up pra ver o que a pessoa tem..” (Entrevistado 3)

Pacientes demonstram ainda muito foco na hipervalorização de exames de “rotina” e “check up”, sem necessidade e tampouco com indicação baseando-se em protocolos clínicos para realização destes, podendo abranger desde coletas de sangue trimestrais até exames de imagem de alto custo, reforçando a lógica biologicista centrada na doença e não na saúde, com grande enfoque para as tecnologias duras em detrimento das tecnologias leves. Nesse sentido, como descrito por Bonet (2007) a medicalização da vida cotidiana, ancorada na preocupação da manutenção da saúde, situaria a doença como ponto central, da vida das pessoas. Também, fica demonstrado na fala o enaltecimento pelo interesse em realizar o acompanhamento com especialistas à com uma equipe, que seria responsável por articular e coordenar o cuidado do acompanhamento do paciente e de sua família. Ademais, muitas vezes a capacidade ou qualidade do atendimento é mensurada pelos usuários baseando-se no quantitativo de exames solicitados (exames de sangue, complementares, etc.) pela equipe técnica, havendo a falsa crença de que quanto maior a quantidade de exames solicitados, maior a qualidade do acompanhamento prestado, mesmo que este não possua indicação clínica ou demonstre qualquer alteração. Segundo Silva Jr., Merhy e Carvalho (2007), em muitas situações esta multiplicidade de especialistas, desarticulados na atenção ao usuário, levam à sobreposições de ações, repetidas e às vezes desnecessárias e com baixa resolutividade, provocando ainda desgastes nos pacientes com os constantes deslocamentos para os mais diversos serviços, sem necessariamente encontrar respostas ou alívios para seu sofrimento.

Em seu trabalho, a autora Rabello (2010, p. 94) ironiza e problematiza:

“Sentir-se bem, hoje, não basta. Pode ser até perigoso. O ideal é que visitemos regularmente os profissionais, façamos exames periódicos, solicitemos uma validação do nosso próprio bem-estar a outro sujeito, especialista – o que, em grandes centros urbanos, onde não há disponibilidade de profissionais de saúde suficientes na rede, gera um problema”.

Embora o ensino para a formação em saúde seja admitido como um elemento importante para o incremento do trabalho das equipes na atenção, a configuração do discurso do ensino ainda traz consigo o problema do gozo do conhecimento sobre o paciente, correndo-se o risco de se promover uma atenção que, reproduzindo o discurso científico não esteja adequadamente atenta às necessidades dos indivíduos, os quais acabam ocupando o lugar de objetos do conhecimento nessa relação (MEDEIROS, 2010).

Das equipes estudadas no presente trabalho, a Equipe Souza Franco caracteriza-se por não ser contemplada por profissionais em formação em saúde da família e comunidade, a qual

não possui histórico de lotação de médicos especialistas em saúde da família, apresentando ainda grande rotatividade de profissionais do núcleo médico desde a sua implantação no CMS Maria Augusta Estrella, em 2014. Apesar da mudança de modelo, a não especialização do profissional na área aliada à grande rotatividade pode reverberar em uma prática assistencialista, com foco na doença e no curativismo, não sendo investido na promoção de saúde e prevenção de doenças nas condutas aplicadas aos pacientes de que é corresponsável, em uma prática de construção de vínculo e cuidado longitudinal. Assim, é possível que alguns pacientes não percebam mudança no atendimento prestado pelos profissionais que atuavam no CMS dos que atuam nesta equipe, uma vez que nenhum dos pacientes entrevistados da equipe Souza Franco sinalizou diferença importante entre os distintos momentos em que realizaram acompanhamento na Unidade quando questionados sobre o seu acompanhamento, como segue abaixo:

“Não.. eles atendem muito bem também.. sabe.. eu não tenho o que falar não..”  
(Entrevistado 8)

“É, na verdade não tem mudado nada.” (Entrevistado 9)

“Não.. sempre a mesma coisa.” (Entrevistado 12)

Os espaços onde se dão o diálogo entre o serviço e academia constituem em lugar privilegiado para a percepção que o estudante vai desenvolvendo acerca do outro no cotidiano do cuidado. Os espaços de integração ensino-serviço são locais de cidadania, onde profissionais do serviço e academia, usuários e o próprio estudante vão estabelecendo seus papéis sociais no encontro de seus saberes, modos de ser e de ver o mundo. Quando a integração ensino-serviço acontece de forma efetiva, unindo os diferentes atores envolvidos no ensino-aprendizagem com o foco central no usuário, a dicotomia entre o ensino e a produção dos cuidados em saúde é atenuada (ALBUQUERQUE et al, 2008).

“[...] quando eu vinha nos outros médicos, muitas vezes eles nem pra minha cara olhavam.. chegava ‘a senhora usa isso?’.. E já ia escrevendo.. nem perguntava se eu tava sentindo nada..[...] quando eu vinha a minha receita já tava até pronta, a receita pronta, assinava, perguntava se eu tava bem, se tinha acontecido alguma coisa, porque era esse [médico] que me atendia aqui no posto antes de me mandar pra [equipe] via láctea... sinceramente eu não gostava do atendimento dele, eu tinha tudo que é problema de depressão.. essas coisas.. a gente precisa ser ouvida, e nisso quando eu chegava lá minha receita já tava pronta...[...] É porque na verdade, se a gente tem problema de depressão a gente precisa conversar..[...] precisa de um médico pra gente conversar e ele ver se precisa passar outro remédio.” (Entrevistado 7)

Falta de escuta e do acolhimento adequado ao paciente que procura o serviço demandando por cuidado, demonstrando que muitas vezes o mesmo não era acolhido no seu aspecto mais amplo e respeitando-se a sua subjetividade, tampouco era realizado um plano terapêutico singular construído e pactuado conjuntamente com este, demonstrando a necessidade dos profissionais em qualificarem a realização de um acolhimento mais humanizado aos pacientes, a fim da construção e fortalecimento do vínculo e de um trabalho educativo e de sensibilização dos usuários frente ao reducionismo do cuidado à uma medicalização dos problemas.

Tendo em vista o exposto, percebe-se que ainda é dúbia a posição destes usuários frente às excessivas prescrições: enquanto alguns vêm de forma positiva e “prática” a medicalização da vida, outros já demonstram a impressão do quanto a medicalização “descontinuada e independente” de um acompanhamento pode ser ineficaz e danosa para a manutenção e recuperação de sua saúde. Segundo Silva Jr., Merhy e Carvalho (2007), a dificuldade na escuta das demandas dos usuários de tratá-los enquanto outro sujeito, com desejos, crenças e temores, tem sido causa de diversos fracassos nas relações entre os profissionais de saúde e pacientes. Estes autores ainda sinalizam para a dificuldade que os profissionais possuem em lidar com sofrimentos, preferindo assim lidar com doenças, pautando-se na racionalidade da biomedicina.

Por outro lado, também houve relatos de experiências exitosas no acompanhamento com médicos especialistas, como foi o caso do entrevistado 9 que descreveu o atendimento realizado pelo médico que lhe acompanhava de forma sensível, acolhedora, compromissada com o paciente, sinalizando e valorizando o fato de que o mesmo lhe reconhecia pelo nome, demonstrando assim o vínculo presente na longitudinalidade do cuidado entre profissional e usuário, assim como a valorização do acompanhamento do profissional levando-se em conta o tratamento humanizado.

“[...] ele não olhava o paciente assim, não.. ele te examinava, ele conversava com você pra sentir o que você tá sentindo, o que você tem... isso é gratificante você ver isso no profissional, saber que ele tá te olhando com outros olhos, não tá olhando você aí pra mandar embora[...]” (Entrevistado 9)

O reflexo da histórica prática excludente, em que a escuta e o acolhimento ao paciente por muitas vezes não tomaram a centralidade das relações entre profissional-usuário, pois o foco fazia-se presente na doença, pode ser percebido na fala do entrevistado acima, quando ele sinaliza para o fato da mudança de perspectiva e tratamento por parte do profissional que

estava lhe escutando e acolhendo, diferentemente de momentos anteriores em que pareciam lhe “atender” com o intuito de dispensá-lo, como demonstrado em sua fala: “[ele, o médico] não tá olhando você aí pra mandar embora”. Assim, o usuário demonstra a construção de vínculo na longitudinalidade do cuidado, ofertado nas diferentes épocas em que o tratamento foi realizado na Unidade de Saúde. Também, demonstra que o “valor” do cuidado pode ser ofertado por qualquer profissional que assim o deseja, que esteja “afetado pela construção de afetos” e em uma prática baseada na integralidade. Isto posto, busca-se que os profissionais em processo de formação em serviço sejam capazes de estreitar as relações com os pacientes e suas famílias, a partir da construção de abordagens centradas na família e na comunidade, com centralidade na pessoa e na integralidade do cuidado, não reduzindo esta às comorbidades que a mesma porventura pode vir a apresentar.

Em síntese, pode-se perceber que os usuários sinalizaram mudanças nas práticas desenvolvidas ao longo dos anos na Unidade estudada, as quais podem estar relacionadas à construção de práticas acolhedoras e humanizadas, pilares estruturantes da formação pelas Residências em Saúde, uma vez que os residentes “oxigenam” as práticas dos profissionais e da Unidade, adequando e modificando modos de fazer no cotidiano do trabalho. Além disso, algumas falas dos entrevistados sinalizam a ausência de percepção de mudança no atendimento prestado pela equipe Souza Franco com o atendimento que era prestado, anteriormente, pelos médicos especialistas, podendo estar relacionada à alta rotatividade e ao perfil dos profissionais lotados nesta equipe no momento deste estudo.

#### **5.4 O acompanhamento realizado pelo núcleo de enfermagem e seus principais desafios**

“[...] a gente não é examinada pelo um ginecologista. Eu acho esquisito isso. É assim que eu, no começo, a gente marcava, pedia pra marcar consulta com a médica e eles marcavam. E a gente crente que era atendida pela médica... e era a enfermeira. E isso também eu não aceitava. Teve uma vez que eu saí da sala e fui embora porque a gente cheia de problemas, cheia de complicações, chega com os exames pra médica ver... é uma enfermeira que vai atender? Eu não aceito isso.[...] Enfermagem é enfermagem, médico é outra coisa, não tem nada a ver.” (Entrevistado 1)

A presença marcante na fala do entrevistado acima exemplifica a construção de significados do usuário a respeito das atribuições, competências e habilitações que este faz do profissional do núcleo de enfermagem, divergindo a interpretação deste das competências “reais” deste núcleo do saber, destacado no papel desempenhado na Estratégia de Saúde da

Família, seja no âmbito de núcleo ou campo, na integralidade e coordenação do cuidado dos pacientes nas equipes junto aos demais profissionais (médico, técnico de enfermagem, dentista, agente comunitário e de vigilância em saúde). Sinaliza também sobre a falta de clareza acerca do desempenho do próprio médico de família inserido nas equipes, o qual também está apto a realização de procedimentos, como a coleta do exame citopatológico, assim como os enfermeiros. Aceitar o outro como legítimo é compreender, também, até onde a ação de cada um pode e deve ir e o quanto os diferentes saberes podem colaborar para a realização de ações em saúde, assim como a importância de todos para a eficácia dos serviços (GOMES et al, 2007), reforçando a importância de uma equipe configurada por suas conexões, pelos encontros, os modos de fazer e trabalhar de forma compartilhada, as invenções e o trabalho real, indicando a potência do coletivo de maneira transindividual (BARROS; BARROS, 2007).

Destaca-se ainda nesta fala a compreensão fragmentada dos indivíduos, historicamente e socialmente construída, que impera no sistema de saúde e reflete na representação social do atendimento em saúde “ideal”, onde valoriza-se os “profissionalismos e especialismos”, além da busca desenfreada por tecnologias e produtos que possam “restabelecer” a saúde, desconexos do ambiente em que estão inseridos. Nesse contexto, como sinalizado por Lefevre e Lefevre (2009) e Rabello (2010), ao paciente ou cliente é dada a liberdade de escolher aquele profissional ou tratamento, serviço e produto que melhor lhe encarna a força da ciência e da tecnologia.

Como também demonstrado nas entrevistas, os diferentes indivíduos que procuram os serviços de saúde pautam-se, muitas vezes, na busca por atendimento médico especializado, no qual o cuidado pode limitar-se à presença de tecnologias, prescrições e medicamentos, fazendo com que estes não “reconheçam” os demais núcleos profissionais como sendo capacitados para realizarem seu acompanhamento, afinal, não têm a habilitação para o que estes buscam: a medicação ou intervenção médica. Tais achados vão ao encontro do estudo de Rabello (2010), a qual ressalta que a ideia de saúde nos dias atuais baseia-se na ideia de bens de saúde, onde a atuação dos profissionais coloca-os enquanto avalistas e fornecedores de passaportes para a aquisição e consumo de produtos e serviços como medicamentos e exames. Dessa forma, o profissional que não estivesse “habilitado” a prescrever e requisitar as medicações e procedimentos necessários (ou que o usuário compreende e deseja como sendo) passa a ter sua atuação questionada, até mesmo entendida como “barreira e perda de tempo” para a conquista da tal “saúde” tão idealizada pelos indivíduos, e também colocando o médico

especialista, os exames e o medicamento como centro do cuidado, objeto de desejo e, também, de consumo necessário. Necessário mesmo?

Como demonstrado pelos autores Gomes, Pinheiro e Guizardi (2013), a superação da fragmentação presente no trabalho das equipes não significa a homogeneização das práticas ou a negação das diferenças existentes entre os diferentes núcleos profissionais, mas reconhecer que as diversas categorias possuem saberes e responsabilidades distintas, fundamentais para a realização dos serviços em saúde, e que a saúde do usuário não pode se limitar à prática de apenas um núcleo profissional. Por meio da presença de diferentes saberes e práticas e do trabalho realizado em conjunto, aponta-se para uma prática de integralidade, não limitando-se a atuações individuais ou pontuais dos profissionais. Desse modo, destacam que a orquestração do trabalho em equipe se dá a partir da constituição de relações entre os sujeitos, em que o usuário – incluído neste processo – passa a ser o protagonista, pelo qual e com o qual os profissionais agirão em concerto para a produção de sua saúde. Nesse cenário, os autores Artmann e Rivera (2013) ainda acrescentam que, à medida em que os diferentes saberes demonstram-se insuficientes, faz-se necessário a presença de equipes e de uma interconexão entre os serviços.

“[...] marca a médica, nem que demore, mas eu não quero enfermeira. Eu tenho um problema sério pra ver exame, um monte de coisa. Eu vou ficar sendo atendida pela enfermagem? [...] A enfermeira, o trabalho dela é outro, não é atendendo paciente e receitar e tudo.” (Entrevistado 1)

“Aí eu não gosto quando a gente marca uma consulta e é a enfermeira que atende. Aí a enfermeira fica fazendo um monte de pergunta, coisa que você já fez a vida toda e no final das contas ela fala ‘olha sua receita eu não posso fazer, é, tem que esperar o médico pra fazer’. Então pra que diabo você perdeu tanto tempo dando todas as suas informações pra enfermeira se a enfermeira não pode te passar uma receita? Por que isso? Pra que isso? É muito tempo perdido pra gente. Não sei se é bom pra elas, mas pra gente é muito tempo perdido isso.” (Entrevistado 5)

Necessidade de investimento na sensibilização e informação para a população quanto à lógica desempenhada pela Estratégia de Saúde da Família enquanto reordenadora do Sistema de Saúde, com o acompanhamento sendo realizado por equipes multiprofissionais, enquanto premissa da humanização do cuidado (ARTMANN; RIVERA, 2013), e na lógica interdisciplinar, onde cada núcleo profissional é responsável individual e coletivamente pela população adscrita de seu território, com atribuições e competências distintas mas que se complementam na coordenação do cuidado dos usuários. Para Carmargo Jr. (2007), o trabalho interdisciplinar e multiprofissional coloca-se como fundamental para o desenvolvimento das

práticas, sendo uma estratégia mais possível e desejável do que a tentativa de criação de superprofissionais de saúde para atuação nos serviços.

A fala dos entrevistados traz à tona o sentimento e sensação destes de que o “papel” da categoria de enfermagem não é o de realização de atendimento e acompanhamento compartilhado com os demais profissionais presentes na equipe, mas como uma “triagem”, um “pré-atendimento” dos profissionais médicos, limitando ainda e reduzindo sua capacidade e eficiência à realização de prescrição de medicamentos e renovação de receitas, além de demonstrar a sensação de “perda de tempo” por estar sendo acompanhado por este núcleo profissional. Para Rabello (2010, p. 27) “o campo biomédico é um dos campos-epicentro de conflitos e cristalizações de conceitos, em que pese o crescente papel da tecnologia, da mídia e da profissionalização das ações”. A autora ainda complementa indicando a questão da medicalização como um todo e do consumo, a qual invadiria o campo da saúde/doença ainda nos dias atuais. Ao fim e ao cabo, valoriza-se apenas o profissional que prescreve? É o medicamento que conta como cuidado?

“É, o certo é passar pelo médico, né. Aí o enfermeiro quando não consegue resolver, aí eles chamam o médico. Também é uma boa né, que faz a triagem, né... tem que fazer uma triagem boa, né.” (Entrevistado 12)

“Quer dizer.. eu quase não venho aqui na doutora mais.. Eu só pego remédio aqui na frente e vou embora... só quando ela pede um exame de sangue aí eu venho, né.” (Entrevistado 10)

Nesse sentido, observa-se a necessidade premente de repensar as práticas em saúde pois, conforme questiona Rabello (2010, p. 91):

“Se a relação do sujeito com o medicamento é uma relação que passa pelo reconhecimento de uma necessidade e pela satisfação da mesma pelo consumo de um produto, temos que pensar: 1) como estas necessidades estão sendo reconhecidas por esse sujeito?; 2) como estas necessidades estão sendo “criadas”?; e 3) que ações o sujeito engendra para solucioná-las?”.

Ao contrário dos demais usuários, quando questionados a respeito do acompanhamento com o núcleo de enfermagem da equipe, alguns entrevistados sinalizam que realizaram consultas e avaliam de forma positiva o atendimento prestado pelos enfermeiros na Unidade, demonstrando que a lógica do cuidado não estaria vinculada e condicionada apenas a um núcleo profissional específico como o da medicina, mas vinculada às práticas dos profissionais da saúde, como segue:

“Eu já fiz o preventivo mas não era médica, eu acho que era uma enfermeira...[...] Bom... bom atendimento, simpática... eu gostei.” (Entrevistado 11)

Como exposto pelos entrevistados, ainda é muito frágil e deficiente o entendimento dos diversos atores sociais envolvidos no trabalho realizado pelo núcleo de enfermagem no modelo da Estratégia de Saúde da Família, quando estes assumem papel importante da coordenação do cuidado dos pacientes e no acompanhamento compartilhado das equipes. Nesse sentido, a qualificação em serviço no modelo das Residências pode ajudar a capacitar estes profissionais enquanto campo e núcleo de saber, porém demonstra-se insuficiente na legitimação do papel da enfermagem neste processo, quando vista de forma isolada.

Assim sendo, faz-se necessário o empoderamento desse núcleo profissional nos serviços, aliado à aproximação dos usuários para maior sensibilização quanto às habilidades e habilitações que a enfermagem possui neste âmbito de atenção, rompendo com crenças passadas em que os profissionais de enfermagem colocavam-se à sombra do saber biologicista e centrado no médico. Ou seja, antes de pensar-se em qualificação em serviço, torna-se imprescindível o empoderamento deste núcleo profissional nos diferentes contextos, nestes incluídos a academia-serviço-comunidade para sua legitimação junto às equipes, por meio da construção de relações desde o período da Graduação, com experiências no âmbito da APS e do SUS, assim como da miscigenação dos diferentes núcleos profissionais.

Ademais, importante destacar que no presente estudo não foram percebidas diferenças significativas no cuidado de equipes com modelo de residência instituído das equipes que não possuem a experiência de ensino em serviço desta modalidade, podendo estar associada à recente implantação deste núcleo profissional de ensino na Unidade estudada.

### **5.5 Residências em Saúde: da construção do vínculo às despedidas**

“De certas gavetas escapam inquietações, que insistem em aparecer. Muitas delas, relacionadas com o ensinar e aprender. Esbarrando, frequentemente, na formação de profissionais e sua adequação ao SUS” (GUSMAO; CECCIM; DRACHLER, 2015, p. 698).

A integração ensino-serviço pode ser compreendida como a construção do trabalho coletivo, pactuado e integrado de discentes e docentes dos cursos de formação na área da

saúde com os trabalhadores inseridos nos serviços de saúde, incluindo-se ainda os gestores, com vistas à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços (ALBUQUERQUE et al, 2008; PIZZINATO et al, 2012).

Segundo Domingos (2012), a dedicação exclusiva do residente na Unidade, por meio do atendimento assistencial e do suporte técnico-pedagógico realizado para a equipe, facilita a interação do aluno com os usuários do serviço. Ainda, a autora salienta a formação dos residentes pautada na associação da prática com a teoria durante a realização do trabalho, bem como as atividades realizadas pelos residentes, principalmente às relacionadas ao trabalho multiprofissional em atividades para além da abordagem biologicista, medicalizante e procedimento-centrada, caracterizam a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) como uma estratégia que caminha no sentido da qualificação do profissional para atuar na ESF, contribuindo para a consolidação do SUS.

Nos relatos dos pacientes entrevistados, alguns sugerem uma melhora no acompanhamento ofertado na Unidade desde a época em que iniciaram seus tratamentos nesta, pautando-se no princípio de integralidade, em uma perspectiva de valorização da atenção e do cuidado (PINHEIRO; LUZ, 2007), e do atendimento humanizado, ambos propostos como pilares fundamentais e estruturantes do Sistema Único de Saúde. Segundo Bonet (2007), o médico de família caracterizaria-se pelo enfoque com a priorização da totalidade ou da integralidade do paciente, não ancorando-se apenas na presença de doenças, mas convertendo-se em um promotor de saúde, das pessoas e das comunidades. Assim, segundo o autor, entre as suas atribuições estariam a promoção e aconselhamento, atributos estes básicos para a configuração de sua identidade, dando a abertura para instâncias diferentes do biológico por meio da relação com as pessoas, para além das doenças.

“[...] agora ela já tá me atendendo bem melhor, mas daí quando acabar vai e sai, né? Aí vem e entra outra nova, aí tem que repetir tuuuudo de novo as coisas, meus problemas tooodos de novo, né? Aí isso complica... essas saídas, essas mudanças... se for contar as pessoas que eu já passei aqui... as doutoras que eu já passei...”  
(Entrevistado 1)

Alguns dos entrevistados apontam para a mudança que ocorre no período de formação de uma turma de residentes e a entrada de outra na Unidade, momento de despedida e de criação de novos vínculos. Como o CMS Maria Augusta Estrella é campo das Residências de Medicina e Enfermagem, anualmente passa por momento de troca de profissionais no período de março. Apesar desta renovação no quadro de profissionais, alguns usuários questionam e

demonstram insatisfação devido à “interrupção” no vínculo estabelecido com o profissional que vinha lhe acompanhando e que, após formado, será lotado em outro serviço da rede de atenção.

Fica evidente a deficiente comunicação entre academia-serviço-comunidade na utilização de um serviço de saúde que contemple a integração ensino-serviço, uma vez que muitos não compreendem a diferença que possa ocorrer em Unidades que tenham a presença da academia de outras não contempladas, indicando a necessidade de maior aproximação aos usuários, por parte dos profissionais de saúde e gestores, dedicando e assumindo a responsabilidade pela qualidade das informações e esclarecimentos acerca dos serviços ofertados e no que corresponde, e implica, o serviço receber a academia em seu cotidiano. Com a aproximação, a população poderá ser envolvida em espaços de discussão, debates e ainda na determinação de agendas, construindo de forma conjunta as ações, como ocorre nos espaços de colegiado gestor das Unidades, objetivando o empoderamento da comunidade enquanto controle social na efetivação de direitos. Através da valorização das diferentes falas dos usuários, pretende-se impulsionar a qualificação do serviço de maneira compartilhada a partir das diferentes perspectivas dos atores envolvidos nas práticas, nestes compreendidos os usuários, profissionais e gestores.

“Ah.. melhorou bastante o atendimento.. as pessoas são mais.. mais chegadas, sabe? Te dá mais atenção, né? Os médicos te dá mais atenção, te examina melhor, entendeu? Bem melhor assim..” (Entrevistado 4)

Acolhimento, vínculo, escuta qualificada e humanização do cuidado são alguns dos princípios norteadores do modelo da ESF desenvolvido pelas equipes e enfatizado na qualificação e formação de profissionais inseridos no modelo das Residências em Saúde. Neste, ao longo do período de 2 anos, os profissionais ficam vinculados a uma equipe de saúde da família, com abrangência proposta de até 3.500 pessoas, realizando o acompanhamento baseado na abordagem familiar e comunitária, assim como da vigilância em saúde. Dessa forma, são fomentadas atitudes que privilegiem o acompanhamento das famílias, baseando-se principalmente na promoção de saúde e prevenção de doenças, mas também mantendo-se o enfoque curativista necessário para cada situação. Assim, os residentes são responsáveis pela coordenação do cuidado das famílias do território de sua equipe, realizando diversas ações, sejam elas no âmbito individual ou coletivo, ambulatorial ou através da realização de visitas domiciliares, reuniões de equipe, assim como atividades intra e extra-muros da Unidade, sempre procurando fortalecer o vínculo e a longitudinalidade do cuidado

mediante a corresponsabilização pelas famílias que acompanham. O entrevistado 7 relata sobre o atendimento prestado pela residente de medicina:

“[...] muito boazinha ela. Nossa, eu fui super bem tratada assim... me examinou toda, coisa que nunca fizeram. Eu até cheguei em casa, falei pro meu marido ‘nossa fui muito bem.’[...]. Eu gostei, foi super super super simpática... me examinou tudo, conversou comigo, me orientou bem.” (Entrevistado 7)

Em estudo realizado para avaliar a percepção de usuários, crianças e adultos, quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, os autores Harzheim et al (2016) destacam os resultados encontrados nas áreas Programáticas 2.1 e 2.2, sugerindo que, possivelmente pela atual existência de um Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade nestas áreas (UERJ e SMS-RJ, já consolidado em 2014), os resultados foram superiores aos das demais áreas com significância estatística, demonstrando que o município estudado tem conseguido avançar na direção de maior qualidade da APS em curto espaço de tempo, corroborando com os achados no presente estudo, por meio do relato da maioria dos pacientes que destacam melhora na qualidade da escuta e do cuidado na Unidade de Saúde desta pesquisa.

Segundo Domingos (2012), a RMSF pode ser vista como uma forma de operar o proposto na Política de Educação Permanente em Saúde para a formação inacabada dos profissionais de saúde, uma vez que seu projeto político-pedagógico coloca o SUS como interlocutor na formação dos trabalhadores, com o intuito de que as práticas sejam condizentes com os princípios do sistema. Ainda, a autora sinaliza para o fato das Residências em Saúde estarem inseridas em campos de grandes disputas, em projetos contra hegemônicos, exigindo dos sujeitos envolvidos a permanente mobilização para sua manutenção enquanto estratégia na formação do trabalhador para o SUS.

“Ah de bom eu acho que os médicos são bons, apesar de que os médicos são novinhos né[...], a gente fica assim meio desconfiada porque são muito novos.”  
(Entrevistado 3)

Nas entrevistas realizadas, alguns usuários fizeram referência ao perfil dos profissionais que se inserem nas equipes por meio dos programas de residência, seja de medicina ou enfermagem, gerando certo estranhamento e desconfiança devido aos profissionais possuírem como característica, muitas vezes, o fato de serem adultos jovens e recém egressos da Graduação. Apesar disso, ao serem questionados sobre o acompanhamento

prestado, alguns entrevistados reforçam a avaliação quanto ao bom atendimento ofertado pelos profissionais de saúde presentes nas equipes (que, segundo a fala destes, faziam referência aos residentes de medicina e enfermagem da equipe que lhes acompanha).

Tendo em vista que o SUS (ainda) é um projeto contra-hegemônico e necessita de agentes micropolíticos em sua defesa, para além do discurso sanitário, é necessário esclarecer as intencionalidades da formação dos trabalhadores da saúde também nas Residências, ou seja, de que trabalhador está sendo formado e em quais saberes (e poderes) estão ancorados em tais práticas educativas (LOBATO, 2010), tendo em vista que muitas vezes os usuários desconhecem até mesmo a presença da academia no serviço, demonstrando necessidade de aproximação do serviço e da academia do contexto destas famílias sobre sua responsabilidade.

“[...] Eles entendem das coisas que a gente fala, eles dizem o que a gente quer.[...]”  
(Entrevistado 3)

“[...] Às vezes não olhava nos seus olhos [o médico], sabe... isso faz muita falta... isso não é bom isso. E lá na Clínica da Família eu vejo isso... a médica, ela, ela tem todo o carinho assim, toda a paciência... ela olha nos olhos do paciente. Pelo menos eu converso, eu falo coisas que... da minha família lá da minha casa, do meu dia-a-dia, que eu não precisava falar, aí eu falo ‘gente eu tô falando demais’... aí ela ‘não, fica à vontade’. Não, que isso né, isso é bom, isso faz a diferença né, então melhorou bem, melhorou muito nesse ponto.” (Entrevistado 11)

Além disso, a qualificação em serviço no modelo das Residências, ajuda a impulsionar o serviço e qualificar a porta de entrada, realizando assim o acolhimento e acompanhamento dos pacientes de forma humanizada, seja por meio de consulta agendada ou por demanda espontânea, de acordo com a necessidade do paciente e classificação do risco quando este procura a Unidade por serviços de saúde. De acordo com Ramos (2010), a oportunidade de integração entre formação geral e técnica na educação de trabalhadores, objetivando a formação integral do ser humano, torna-se condição necessária para a realização da integralidade enquanto atributo das práticas e da organização do trabalho nos serviços de saúde, o que pode ser visto no relato do entrevistado abaixo:

“[...] a doutora... né? Que é muuuito boa... espetacular... né? Que tem meu atendimento, esse mês já me atendeu duas vezes, né? Tive necessidade, cheguei aí, perguntei por ela. Ela podia me atender, me atendeu... atende muito bem... não tenho do que me queixar não.” (Entrevistado 4)

A quebra da continuidade do cuidado a partir da construção do vínculo estabelecida com os profissionais residentes é vista como um dos pontos negativos apontados pelos pacientes, os quais questionam e muitas vezes não compreendem o motivo pelo qual o

profissional que julgavam ser bem qualificado e que prestava um bom atendimento em seu acompanhamento não fará mais parte do quadro de funcionários da equipe. Em muitas situações, o entendimento dos usuários é de que a gestão local optou por não absorver aquele profissional em sua Unidade ou até mesmo desligá-lo, por motivos diversos, ao invés do entendimento de que este profissional fez o encerramento de um ciclo de formação, corroborando com a importância da aproximação da gestão da Unidade dos usuários e da criação de espaços para o diálogo e discussão das atividades realizadas. Nesse sentido, a proposta das Residências, além de formar trabalhadores inseridos nas equipes de saúde, pode interferir nas linhas de força cristalizadas nos serviços. A cada nova turma, novas conformações, novos fluxos conectivos, novos saberes e poderes intervindo nos processos produtivos podendo, assim, desencadear novos processos de subjetivação no mundo do trabalho na Saúde da Família (LOBATO, 2010).

“Esse entra e sai de médico[...] Né... deixaria os médicos que viessem e deixaria eles saírem só quando eles quisessem ou quando fosse necessário, e não assim, ficar, vem um, passa um tempo. Vem um que era muito bom e quando eu cheguei pra minha consulta foi quando eu cheguei. ‘cadê fulano?’ ‘Ih foi pro Pedro Ernesto’. Aí a decepção que a gente fica porque aí vem outra pessoa atender e não sabe o que que é que você tem. Aí você tem que falar tudo de novo. Aí vai no computador[...] é muito chato isso.” (Entrevistado 5)

É de suma importância a aproximação e constante sensibilização dos usuários em relação as atividades desenvolvidas pelas equipes da ESF, sobre o contrato de gestão firmado juntamente às empresas contratantes, as Organizações Sociais (OSS), e Coordenações de área, as quais pactuam conjuntamente o leque de serviços ofertados à população. Um mecanismo eficiente, e já mencionado, é o espaço do Colegiado Gestor, o qual ocorre nas Unidades de Saúde, mensalmente, objetivando a aproximação dos usuários e empoderamento destes quanto aos direitos e deveres relacionados no macro e micro-território, para que estes compreendam e estejam cada vez mais próximos, apoiando e fortalecendo o SUS enquanto efetivação da democracia. Dessa forma, haveria maior entendimento dos usuários em relação aos serviços ofertados e à lógica que permeia a ESF, enquanto coordenadora do cuidado e porta preferencial do sistema de saúde, acolhendo os indivíduos em suas demandas, sejam estas agudas ou crônicas, sinalizadas em demanda espontânea ou atendimento agendado. A aproximação dos usuários aos serviços de saúde é de suma importância a fim de se estabelecer um maior sentimento de pertencimento destes ao serviço, onde estes atuarão de maneira ativa dos processos decisórios, sugerindo e indicando as mudanças que se fazem necessárias,

levando-se em consideração os desejos dos usuários de determinado local, potencializando-se a conservação e luta de direitos em defesa do SUS.

Apesar dos vários investimentos para a capacitação de profissionais realizados, como o modelo das Residências em saúde da família e as atividades de educação permanente, faz-se necessário maior dedicação para que estas estratégias possam trazer benefícios reais para a consolidação da ESF e de um sistema de saúde centrado na APS. Além disso, as questões ligadas à formação exigem atenção não apenas para os núcleos profissionais que compõem as equipes atualmente, mas também para aquelas com possibilidade de serem incluídas no futuro devido à transição epidemiológica e demográfica (ARANTES; SHIMIZU; MERCHAN-HAMANN, 2016).

Os autores Cavalheiro e Guimarães (2011) destacam que a prática pedagógica, nos serviços do SUS, pressupõe o encontro de diferentes atores, nestes compreendidos os gestores, os profissionais de saúde, a população, os docentes e os discentes, para que a proposta seja construída de forma coletiva, podendo assim contemplar as diferentes necessidades e demandas da academia e do serviço. Dessa forma, torna-se de suma importância a identificação das potencialidades e desafios na formação para o SUS para que as mudanças necessárias possam ocorrer, tanto no âmbito do ensino quanto do serviço. Os autores ainda ressaltam a respeito do debate sobre a formação para o SUS necessariamente contemplar os demais atores envolvidos neste processo, por meio de relações horizontalizadas e produtos compartilhados, promovendo assim uma visão ampliada do Sistema Único de Saúde, destacando o princípio da integralidade das práticas de saúde, ressaltando assim a importância da criação e manutenção de espaços de diálogo com os usuários.

Segundo Lobato (2010), o Programa das RMSF está pautado na interação entre os sujeitos e na aprendizagem baseada na prática, na aprendizagem significativa, promovendo e produzindo sentidos no mundo do trabalho. Nesse contexto, é preciso que a implementação do SUS continue avançando e, para isso, são necessários processos educativos coerentes com a mudança no fazer profissional, configurando-se como desafio para gestores, instituições de ensino e controle social *transFormar* (p. 27) técnicos em agentes micropolíticos na produção de saúde e implicados na construção do SUS.

Por um lado, as RMS apresentam grandes potencialidades para romper paradigmas e para construir um novo modelo de cuidado para a população, a partir da formação dos profissionais para a consolidação do SUS. Por outro, o maior desafio a ser superado está relacionado à necessidade de construção de políticas públicas de formação e de financiamento

que regulamentem e fortaleçam os programas, estabelecendo não apenas diretrizes, mas direcionamentos para a inserção e a atuação de profissionais egressos no SUS (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Em síntese, os autores Harzheim, Lima e Hauser (2013) relatam que dentre as Unidades estudadas, as Clínicas da Família contempladas com o modelo de Residência médica parecem ter alcançado a qualidade almejada, indicando este modelo de ensino em serviço como uma melhor aposta para formar e fixar bons profissionais nos serviços de saúde. Assim, recomendam uma expansão da ESF no município do Rio de Janeiro baseada na implantação de novas Clínicas da Família, com a extinção das unidades do modelo C (sem ESF), e suspensão da criação de unidades do modelo B (com especialistas atendendo conjuntamente com as equipes da ESF). Também, destacam a manutenção e intensificação de formulação de estratégias de formação de médicos de família e comunidade na rede de APS do Rio de Janeiro, além da criação de mecanismos de coordenação assistencial, reforçando e consolidando o papel coordenador deste nível de atenção.

Importante também destacar que, quando questionados sobre o atendimento prestado na Unidade, nenhum dos pacientes fez menção às mudanças ocorridas neste período em relação direta à gestão desta, podendo indicar fragilidades na aproximação dos usuários frente à coordenação da Unidade. Como estratégia da atual gestão do CMS, foi reativado o espaço do Colegiado Gestor, porém o mesmo ainda não foi incorporado pelos usuários enquanto um espaço comum a todos e de trocas para a qualificação do serviço pela baixíssima adesão destes a este espaço, podendo ser reflexo a ausência de reconhecimento dos usuários com relação à potência de sua presença e falas em espaços legitimados como este. Apesar de não ter sido citado, muitos pacientes procuram a administração do CMS para resolução de seus problemas pessoais e/ou familiares, ou ainda para sinalização de situações que ocorreram na Unidade e que precisam de algum tipo de intervenção para a qualificação do serviço, seja do acolhimento aos atendimentos ofertados, configurando na escuta e na mudança dos processos de trabalho da Unidade.

Como destacado anteriormente, a presença da academia no serviço impulsiona mudanças e movimenta os atores sociais para repensarem o que está posto, incansavelmente, estruturando serviços cada vez mais humanizados e cuidadores. Pode-se notar no presente estudo o desconhecimento, por parte dos usuários, da presença da academia e da formação em serviço na Unidade estudada, tomando-se como parâmetro a fala acerca do não entendimento sobre a rotatividade dos profissionais, mesmo quando eles estariam “qualificados” para a

produção de cuidado, chamando a atenção para a necessidade de se repensar o papel da academia e do serviço frente aos usuários em seu acompanhamento neste serviço. As falas dos entrevistados acompanhados por equipes com residência instituída sugerem uma maior vinculação, integralidade e humanização do cuidado, enquanto na equipe sem residentes não foi possível verificar estes achados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A respeito do modelo de ensino em serviço das Residências em Saúde, observa-se um aumento nas produções acadêmicas a partir da sua institucionalização, por meio da Lei 11.129 de 30 de junho de 2005 (BRASIL, 2005c; DALLEGRAVE; CECCIM, 2013). Em estudo realizado por Dallegrave e Ceccim (2013), os autores sinalizam que as Residências em Saúde apresentam-se como temática emergente e com tendência de aumento nas pesquisas realizadas nos programas de pós-graduação *stricto sensu* no Brasil, havendo predominância de pesquisas sobre as Residências médicas, o que pode ser verificado na busca por literaturas realizada no presente estudo, a qual apresenta-se ainda mais escassa quando da procura de trabalhos que abordem as Residências em Saúde na perspectiva do usuário para melhor embasamento das discussões.

Sendo o trabalhador um indivíduo em processo de subjetivação, tanto pelo próprio trabalho quanto pela educação pelo trabalho (CECCIM; FERLA, 2007), e um ator fundamental para a concretização do curso como transformador das práticas, refletir sobre o olhar e a experiência deste no processo de formação dos residentes das Residências em Saúde da Família é uma forma de contribuir para a consolidação de uma proposta de mudança na formação de novos profissionais de saúde (DOMINGOS, 2012). Ainda, tendo a integralidade enquanto projeto da atenção à saúde dos usuários, em relação à formação e desenvolvimento profissional, faz-se necessário o restabelecimento da interação academia-gestão-serviço-control social, tensionando os projetos de formação a uma melhor escuta dos indivíduos que “recorrem/usufruem/usam” os serviços de saúde (CECCIM; FERLA, 2007).

Além da importância da presença dos trabalhadores de saúde envolvidos e engajados neste processo de qualificação profissional, os usuários apresentam papel chave nesta construção. Apesar disso, a participação da comunidade no processo de formação dos residentes não foi sinalizada pelos usuários entrevistados, corroborando com os achados na pesquisa de Domingos (2012), a qual verificou pouca pontuação desta situação na fala dos trabalhadores entrevistados. Somado a isso, a autora apontou que a relação do residente com o usuário expressou-se na realização do cuidado no âmbito individual/coletivo e na presença destes nos conselhos locais, dificultando o alcance de mudanças propostas nestes modelos de qualificação profissional. Ainda, enfatiza para a necessidade da parceria entre ensino, serviço e comunidade para que a proposta das Residências se afirme como uma das possíveis

estratégias indutoras de mudança na formação, uma vez que estas não podem ser alcançadas de forma isolada.

A partir da expansão da Estratégia de Saúde da Família fica evidente a necessidade de qualificação dos profissionais inseridos nas equipes, almejando-se a melhora do cuidado prestado ao usuário no contexto familiar e comunitário, além da importância do fortalecimento do controle social na construção e efetivação de direitos. Ainda, faz-se necessária a qualificação profissional a fim de alcançar o perfil adequado do profissional de saúde para atuar nas equipes da ESF, legitimando o Sistema Único de Saúde enquanto um direito e acessível a todos, sendo o modelo de qualificação em serviço proposto pelas Residências em Saúde um elemento importante para esta qualificação exercida na prática.

Ainda é grande a rotatividade de profissionais no serviço (principalmente médicos) sem perfil, recém formados e especialistas focais, que por vezes apresentam-se descompromissados com o trabalho e a coordenação do cuidado com os pacientes, sem entendimento (ou interesse?) acerca da lógica precursora deste modelo, pautada na orientação familiar e comunitária, levando-se ainda em consideração as competências culturais presentes em cada território, corroborando com Lima (2014), o qual aponta como desafios para a APS do município do Rio de Janeiro os problemas relacionados à formação e reposição de recursos humanos na área da saúde, relacionados ao baixo quantitativo de profissionais formados nessa área e à ausência de concurso público para esse nível de atenção. Soma-se a isto, o fato dos modelos de Residência também contribuírem para a alta rotatividade dos profissionais, tendo em vista que novas turmas são formadas anualmente, colocando em cheque o princípio da construção de vínculo e da longitudinalidade do acompanhamento com o profissional de saúde da equipe. Necessário pensar: de que forma poderíamos melhorar/adequar esta situação nas Unidades de Saúde?

Além disso, foram verificadas nas falas dos entrevistados a falta de clareza e compreensão por parte destes acerca do trabalho desempenhado pelas equipes da Estratégia de Saúde da Família, assim como dos núcleos profissionais inseridos nestas, podendo ser ainda constatada a presença da lógica hegemônica e fragmentada, clientelista, ainda muito presente nos discursos dos usuários, os quais muitas vezes condicionam a qualidade do cuidado relacionada a tecnologias duras ou à necessidade de acompanhamento por meio dos mais diferentes especialistas. Para Camargo Jr. (2007), o modelo teórico-conceitual da biomedicina, com ênfase nos aspectos biológicos e em uma perspectiva fragmentada/fragmentadora, coloca-se como importante obstáculo epistemológico à proposta

da integralidade. Alia-se a isto, o desconhecimento dos usuários quanto ao modelo da ESF, desempenhado por uma equipe multiprofissional, enquanto modelo reordenador da Atenção Primária em Saúde e como coordenador do cuidado, com os diferentes níveis de atenção da rede. Como destacam os autores Gomes, Pinheiro e Guizardi (2013), a simples constituição de equipes multiprofissionais ainda não foi capaz de superar a disjunção das diferentes especialidades, uma vez que a justaposição de diferentes núcleos profissionais não necessariamente será capaz de garantir um atendimento integral aos usuários, principalmente se estes não considerarem os diferentes núcleos profissionais (com exceção da medicina) como capazes do ato de cuidar, fazendo com que a fragmentação existente entre estes núcleos configure-se como um obstáculo importante ao princípio da integralidade.

Limitações do presente trabalho relacionam-se ao quantitativo de usuários entrevistados e da escolha de apenas um campo analisado. A restrição numérica da amostra deste estudo é algo a ser considerado, especialmente seu perfil predominantemente feminino e com usuários maiores de 30 anos, podendo incidir no aumento de determinadas temáticas. Assim, acredita-se que um estudo abrangendo um recorte maior de indivíduos e Unidades de Saúde distintas poderia contribuir para uma análise ainda mais rica e abrangente acerca das percepções dos usuários frente aos serviços de saúde, de modo a verificar as possíveis diferenças e contribuições da presença da academia nos serviços, assim como o impacto que a presença dos residentes nas Unidades da APS pode gerar, ou não, no cuidado prestado aos usuários e no empoderamento do controle social.

Como hipótese, partiu-se da ideia de que a presença do ensino em serviço poderia abarcar ferramentas que possibilitariam a qualificação e melhoria das práticas, de maneira mais integral e humanizada, com foco no cuidado ao usuário de maneira dialogada, compartilhada e corresponsável. Pode-se verificar neste estudo, em diversas falas, a presença da melhora da escuta e da aproximação dos profissionais aos usuários e comunidade, aumento e qualificação do acesso, assim como da construção de práticas dialógicas e sensíveis. Contudo, ainda mantêm-se presentes barreiras fundamentais na prestação e construção conjunta do cuidado, como a falta de informação/conhecimento por parte dos atores envolvidos (profissionais e usuários) a respeito da prática da academia no serviço, causando ruídos na comunicação, chamando a atenção para a fragilidade e necessidade constante da aproximação entre usuários e serviços de saúde, assim como a necessidade de maior envolvimento/responsabilidade da própria academia para com o serviço e a população atendida. Além disso, chamou a atenção o fato dos usuários ainda colocarem-se

em situação de valorização da saúde enquanto um bem de consumo, o qual poderia ser “resolvido” através de práticas medicalizadas e medicalizadoras “apenas”, trazendo à tona desafios às práticas integrais na ruptura do paradigma clientelista, fragmentador de indivíduos. Soma-se a isso, a compreensão dos entrevistados quanto à “necessidade” de acompanhamento com especialistas, em detrimento ao acompanhamento de equipes multiprofissionais e o desconhecimento da rede de atenção, onde os pacientes seriam acompanhados pelas equipes e, havendo a necessidade, poderiam ser encaminhados para outros locais da rede para darem continuidade ao tratamento, mediante avaliação e classificação de risco, retornando sempre à APS, a qual seria corresponsável e coordenadora do cuidado dos pacientes de seu território de abrangência.

Apesar da presença dos modelos de Residência em Saúde visando à qualificação pela lógica de ensino-serviço na Unidade estudada, no ato das entrevistas alguns usuários demonstraram valorização quanto ao acompanhamento realizado anteriormente com os diferentes especialistas, modelo antes proposto para o atendimento no CMS Maria Augusta Estrella e que, com a implantação das equipes na Unidade, foi reestruturado pela lógica da ESF. Alguns ainda apontaram, de maneira crítica, a insatisfação quanto ao acompanhamento ter de ser realizado com uma equipe multiprofissional (principalmente relacionando-se ao atendimento prestado pela categoria de enfermagem), sem opção de “escolha”, levantando a lógica do “clientelismo”, com a centralidade na doença, no modelo hospitalocêntrico, assistencialista, fragmentado e medicalizante, socialmente e historicamente construído, o qual almeja-se modificar, com a mudança da centralidade na doença para o usuário e o contexto comunitário em que este está inserido. Nesse sentido, faz-se necessário pensar sobre os modelos de Residência: ao que eles se propõem e o que, de fato, é possível, uma vez que ficou evidente nas entrevistas o quão este modelo de qualificação profissional pode ser insuficiente quanto o profissional não é visto como um possível cuidador. Assim, torna-se importante investirmos em qualificação profissional mas, antes disso, na sensibilização dos usuários frente a atuação dos diferentes núcleos profissionais, pois de nada adiantaria formarmos profissionais “hiperqualificados”, se os mesmos não são reconhecidos como tal pelos usuários que são atendidos por estes, “legitimando-os” na prestação de cuidado.

Isto posto, uma vez que o trabalho em saúde baseia-se na racionalidade biomédica, enfatizando a utilização de instrumentos materiais por meio da intermediação tecnológica, este acaba por colocar-se entre o profissional de saúde e o usuário (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2013), prejudicando esta relação por meio da objetificação dos sujeitos. Apesar

dos esforços contínuos de mudança de paradigma, frente a usuários e também aos profissionais (pois muitos ainda estão imersos no modelo biomédico devido à forma de educação proposta nas Graduações), mesmo com a presença da academia no serviço, esta mudança de lógica de atuação ainda mostra-se premente e como grande desafio, ainda distante de se concretizar pelo seu caráter pluridimensional.

Importante salientar a necessidade de preparação dos profissionais, desde as disciplinas iniciais nos cursos das Graduações, para o desempenho integrado com os diferentes núcleos do saber, potencializando a produção de cuidado e desmitificando o trabalho em equipe a partir do diálogo e aproximação com outros núcleos profissionais, o qual ainda é visto com certo desconhecimento e falta de familiaridade pelos profissionais que se inserem na APS. Soma-se a isso, a premência do desenvolvimento da capacidade de leitura do diagnóstico situacional, a partir do levantamento da situação epidemiológica, territorial e das singularidades sociais presentes, permitindo que os profissionais possam atuar de forma mais próxima e em sintonia com a população pela qual são corresponsáveis, por meio da construção de um trabalho interativo e dialógico com o usuário e a comunidade em que este está inserido, com uma proposta de intervenção que abrangeria todos os atores envolvidos, passando uma mensagem de maior envolvimento para com o local. Com relação ao processo de atenção instituído nas Unidades, os autores Harzheim, Lima e Hauser (2013) realçam que as Clínicas da Família que contam com o modelo de Residência médica parecem ter alcançado a qualidade almejada para o tipo de atenção proposto pela ESF enquanto reordenadora da APS, indicando esta como boa proposta para formar e fixar bons profissionais, demonstrando a importância da continuidade na expansão da ESF e da ampliação massiva das equipes de ESF vinculadas a programas de Residência em Saúde.

Ceccim, Armani e Rocha (2002) salientam que foram singelos os avanços na construção de sistemas de avaliação do ensino com o intuito de detectar sua adequação e adesão às necessidades dos serviços, usuários e do sistema de saúde, bem como seu ajustamento ao controle social no SUS e ao atendimento às necessidades de aprendizagem de discentes, demonstrando assim a necessidade premente de uma avaliação permanente e da participação efetiva do controle social junto à formação.

Nesse sentido, faz-se cada vez mais necessário o empoderamento do controle social aliado ao aumento de estudos que abordem os saberes, concepções e impressões dos usuários acerca dos serviços de saúde, nestes incluídos a academia, e qual o papel desta frente à qualificação dos serviços. Também, a construção de uma melhor comunicação com o usuário,

sensibilizando-o quanto à importância da aproximação dos profissionais de saúde, desde o momento da Graduação até os cursos de Pós-graduação, com vivência do ensino em serviço, desmitificando quais os impactos esperados e os que já ocorrem com a presença da academia nos serviços de saúde, principalmente na concepção do perfil do profissional de saúde na Atenção Primária em Saúde na coordenação das equipes e relacionamentos dialógicos com os usuários. Isto posto, faz-se necessário a revisão dos papéis dos diferentes atores sociais envolvidos, nestes compreendidos os profissionais da equipe, os gestores e os usuários na ampliação dos espaços de participação popular, refletindo sobre suas relações de poder, uma vez que a “cidadania caminha ao lado da democracia, e democracia se faz em ato” (GOMES; PINHEIRO, 2005, p. 297).

Ademais, a gestão, expressa em todos os níveis de atenção, deve colocar-se cada vez mais disponível e em situação estratégica na aproximação e empoderamento do controle social, estimulando a participação da comunidade e dos diferentes atores envolvidos nas práticas, nos espaços de discussão e construção compartilhada das ações, por meio de relações horizontalizadas e dialógicas, incentivando e propiciando espaços de trocas, como o exemplo dos Colegiados Gestores.

Isto posto, torna-se fundamental que seja realizada constantemente uma devolutiva do trabalho e das ações realizadas nas Unidades junto à comunidade atendida, enquanto mecanismo também de empoderamento, a fim de construir conjuntamente com o usuário uma maior percepção sobre o serviço de saúde, com o intuito de qualificar a prestação de cuidado oferecida na Unidade. Nesse sentido os espaços dos Colegiados Gestores, reuniões realizadas entre gestores, profissionais e usuários do sistema de saúde, assumem importante papel no diálogo e construção conjunta de projetos, proporcionando uma gestão mais participativa, humanizada e horizontalizada, baseada nos condicionantes sociais, porém estes não devem ser considerados como únicos espaços para a escuta e troca com os usuários, tendo em vista que estas trocas ocorrem nas relações do cotidiano.

Nesse contexto, uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) coloca-se como ponto estruturante e necessário para direcionar as principais ações e serviços ofertados pela APS, assim como determinar o perfil dos profissionais para atuação neste nível de atenção, fortalecendo a ESF enquanto reordenadora deste sistema. Porém, com a reformulação da PNAB realizada em 2017, houve algumas mudanças que colocam em cheque os princípios e diretrizes do SUS, a partir da mudança na composição e carga horária das equipes, assim como da cobertura proposta pelo modelo da ESF e da oferta de um “pacote mínimo de

serviços” – apenas áreas e populações mais vulneráveis, porém sem a especificação do que consideraria como vulnerabilidade, pois faz simples ligação com populações que vivem nas comunidades; a (in)definição do papel do ACS (o qual teria, a partir desta reformulação, de assumir o papel desempenhado pelos Agentes de Vigilância em Saúde, acumulando ainda mais funções no seu processo de trabalho, fragilizando o acompanhamento das famílias pelas quais é corresponsável) assim como não definiria mais um quantitativo “mínimo” desta categorial profissional por equipe, trazendo prejuízos importantes ao modelo de assistência proposto para a ESF. Soma-se a isso, a não obrigatoriedade que esta nova Política propõe frente aos profissionais de saúde bucal ligados às equipes, colocando em risco os princípios de acesso, universalidade e integralidade, pilares do SUS. Com a nova reformulação, corre-se o risco da desconstrução dos avanços já conquistados principalmente no que tange ao empoderamento e “fortalecimento dos espaços de participação da população no controle de políticas de saúde” (SILVA JR.; ALVES; MELLO ALVES, 2013, p. 294-5), uma vez que as decisões poderão ficar a cargo de gestores que, na maioria das vezes, não possuem qualificação para o cargo assumido e, ainda, não têm interesse no financiamento, expansão e qualificação da APS, tampouco na construção de forma comunicativa e compartilhada com os usuários. Em períodos em que acompanhamos a importante expansão da ESF e a ampliação do acesso à população, a “nova” PNAB parece vir na contra-mão da proposta desta estratégia e, até mesmo, da saúde enquanto direito e dever do Estado, indicando para práticas reducionistas, não vislumbrando este modelo enquanto prática de construção de cidadania, trazendo à tona novos desafios para o desenvolvimento da integralidade do cuidado nos serviços, reforçando assim a importância do papel de militância dos diferentes atores envolvidos, academia-serviço-comunidade, em defesa do SUS. Isto posto, como desafios para a consolidação do SUS ainda destacam-se o financiamento, a gestão pública, a participação dos usuários enquanto ato democrático, assim como a definição do que esperamos e idealizamos para o sistema de saúde, além do respectivo padrão de integralidade que este comportará (ARTMANN; RIVERA, 2013).

O modelo de ensino em serviço das Residências em Saúde pode ser uma importante estratégia na qualificação de profissionais para conquista do perfil adequado para atuação no SUS, porém ainda apresenta muitas limitações, em especial no que tange à atuação multiprofissional e interdisciplinar. Além disso, fica evidente no presente estudo a necessidade de maior investimento em atividades que aproximem a população e profissionais durante este período, orientando quanto às possíveis diferenças dos serviços que possuem a

inserção da academia podem apresentar, além da construção de práticas dialógicas e usuário-centradas, a fim de reverberar em práticas de cuidado eficazes e humanizadas, valorizando a percepção dos usuários a respeito das práticas presentes nos serviços na legitimação de seus direitos. Neste sentido, é importante a responsabilização da academia para com o serviço e seus usuários, no sentido da qualificação dos profissionais no processo de Residência, contemplando e respeitando as necessidades do serviço e não apenas da qualificação profissional, fazendo com que seja necessária uma constante reflexão acerca da atuação e do seu papel enquanto um modelo de ensino em serviço, corresponsável pelo sistema.

Nesse sentido, problematizo: teríamos que apenas reconhecer a participação social que ocorre em espaços legitimados como os Colegiados Gestores e/ou Conselhos de Saúde ou a presente no cotidiano, nos encontros do dia-a-dia, onde diversos diálogos e trocas ocorrem? Os quais são acolhidos e reverberam em mudanças das práticas? Seria esta a participação popular preconizada e tão almejada pelo SUS? E, além disso, qual seria o papel da academia, inserida no serviço, e de que forma esta poderia contribuir na aproximação e no empoderamento dos usuários frente aos processos decisórios, de maneira engajada e atuando de forma articulada para a qualificação dos serviços e na efetivação dos direitos dos usuários enquanto cidadãos? Os projetos político-pedagógicos dos Programas de Residência em Saúde mantem um “padrão” ou diferenciam-se nos diversos locais em que estão inseridos? Como poderíamos diminuir a distância entre academia-serviço-comunidade e estreitar laços para construções conjuntas em busca da qualificação dos serviços? Como poderíamos minimizar os impactos referentes à alta rotatividade dos serviços que são contemplados pelos modelos de Residência, visto que as mudanças ocorrem de forma anual? Estas parecem ser algumas das lacunas que ainda fazem-se presentes no cotidiano e que geram inquietudes nos “modos de fazer” das práticas cuidadoras.

Espera-se ainda que este estudo possa estimular a produção de novos trabalhos que possibilitem o conhecimento de novas informações a respeito dos modelos de ensino em serviço, como as Residências em Saúde, a partir da valorização das falas e concepções de usuários sobre os serviços, tão necessários mas tão escassos até o momento.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. Participação Social na Saúde: Revisitando Sentidos, Reafirmando Propostas. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. 2ª ed. - Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, p. 295-305, 2010.
- ALBUQUERQUE, V. S. et al. *A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde*. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 356-362, Set. 2008.
- ARANTES, L. J.; SHIMIZU, H. E.; MERCHAN-HAMANN, E. *Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, Mai 2016.
- AROUCA, A. S. *A reforma sanitária brasileira*. Tema: Radis, n. 11, p. 2-4, 1988.
- ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. Gestão comunicativa e democrática para a integralidade e humanização do cuidado em saúde: desafios. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T.; MÜLLER NETO, J. S. *Construção Social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. Rio de Janeiro: Cepesc / Ims / Uerj / Abrasco, p. 225-239, 2013.
- BARROS, M. E. B.; BARROS, R. B. A potência formativa do trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Cepesc, Abrasco, p. 75-84, 2007.
- BONET, O. Aconselhamento Médico e Diversidade Cultural: A Busca de um Enfoque Integral na Prática da Medicina de Família. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, p. 131-146, 2007.
- BORGES, C. F.; BAPTISTA, T. W. F. *A política de atenção básica do Ministério da Saúde: refletindo sobre a definição de prioridades*. Trab. educ. saúde, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 27-53, Jun/2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: *Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986.
- \_\_\_\_\_. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília, DF: Senado, 1988. 140p.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. *Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- \_\_\_\_\_. Presidência da República. *Lei Federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº1444 de 28 de dezembro de 2000*. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da atenção à saúde bucal, prestadas nos municípios por meio do Programa de Saúde da Família. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004*. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e Diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)*. 3 ed. Brasília, 2005a.

\_\_\_\_\_. *Portaria Interministerial nº. 2118 de 3 de novembro de 2005*. Estabelece cooperação técnica entre MEC e MS na formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde. Brasília, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005*. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, 2005c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº648 de 28 de março de 2006*. Estabelece a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica*. – Brasília, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS nº 2.488 de 21 de outubro de 2011*. Estabelece a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)-Políticas e Ações*. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica (Série E. Legislação em Saúde)*. Brasília, 2012. 114p.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012*. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013.

CAMARA, A. M. C. S. et al. *Educação interprofissional no Brasil: construindo redes formativas de educação e trabalho em saúde*. Interface, Botucatu, v. 20, n. 56, p. 9-12, 2016.

CAMARGO JR., K. R. Um Ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, p. 35-46, 2007.

CAMPOS, C. J. G. *MÉTODO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO*: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. *Rev Bras Enferm*, Brasília (DF), v. 57, n.5, p.611-614, set/out 2004.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. *Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço*. Caderno FNEPAS; v. 1, p. 19-27, 2011.

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B.; ROCHA, C. F. *O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil*. *Ciênc. saúde coletiva*, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 373-383, 2002.

CECCIM, R. B. *Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário*. *Interface*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. *O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social*. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41- 65, 2004a.

\_\_\_\_\_. *Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set-out 2004b.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. *Residência Integrada em Saúde: uma Resposta da Formação e Desenvolvimento Profissional para a Montagem do Projeto de Integralidade da Atenção à Saúde*. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, p. 213-228, 2007.

CECCIM, R. B.; PINTO, L. F. *A formação e especialização de profissionais de saúde e a necessidade política de enfrentar as desigualdades sociais e regionais*. *Rev. bras. educ. med.* Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 266-277, Dez. 2007.

CECCIM, R. B. et al. *Autogestão no trabalho com/em equipes de saúde: estudantes agindo o Sistema Único de Saúde*. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Cepesc, Abrasco, p. 179-204, 2007.

CECCIM, R. B. et al. *Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar*. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1567-1578, Out. 2008.

CECILIO, L. C. O. *Colegiados de gestão em serviços de saúde: um estudo empírico*. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 557-566, 2010.

COLETIVO NACIONAL DE RESIDENTES. *A formação de trabalhadores para o SUS: modalidade Residência Multiprofissional em Saúde*, 2006.

COSTA, A. *Colegiado Gestor como Dispositivo de Cogestão*. In: OFICINA NACIONAL DE PLANEJAMENTO DE APOIO À IMPLANTAÇÃO DA REDE CEGONHA. 12p.

Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colegiado\\_gestor\\_dispositivo\\_cogestao\\_rede\\_cegonha.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colegiado_gestor_dispositivo_cogestao_rede_cegonha.pdf)>. Acesso em: 26 de Maio de 2018.

COSTA, N. R.. *A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1389-1398, 2016.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. *Residências em Saúde: o que há nas produções de teses e dissertações?*. Interface (Botucatu), v.17, n.47, p.759-76, out./dez. 2013.

DALLEGRAVE, D.; CECCIM, R. B. *Expressões do processo de governamentalização nas Residências em Saúde*. Interface, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 377-387, 2016.

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

DOMINGOS, C. M.; NUNES, E. F. P. A.; CARVALHO, B. G. *Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde*. Interface, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1221-1232, 2015.

ELLERY, A. E. L.; BOSI, M. L. M.; LOIOLA, F. A. *Integração ensino, pesquisa e serviços em saúde: antecedentes, estratégias e iniciativas*. Saude soc. São Paulo, v. 22, n. 1, p.187-196, Mar. 2013.

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

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

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. *Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa*. Paidéia, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, ago. 2004.

GALEGO, C.; GOMES, A. *Emancipação, ruptura e inovação: o “focus group” como instrumento de investigação*. Revista Lusófona de Educação, [S.l.], v. 5, n. 5, nov. 2009.

GASKELL, G. *Entrevistas individuais e grupais*. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Petrópolis: Vozes, p. 64-89, 2002.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4 ed., Atlas, São Paulo, 2002.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. *Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos*. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.9, n.17, p.287-301, 2005.

GOMES, R. S.; SILVA, F. H.; PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre valores éticos para estudos sobre o trabalho em equipe na saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. (Orgs.). *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/Uerj, Cepesc, Abrasco, p. 19-36, 2007.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T.; MÜLLER NETO, J. S. *Construção Social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. Rio de Janeiro: Cepesc / Ims / Uerj / Abrasco, p. 173-185, 2013.

GUSMAO, R. C.; CECCIM, R. B.; DRACHLER, M. L. *Tematizar o impacto na educação pelo trabalho em saúde: abrir gavetas, enunciar perguntas, escrever*. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 695-707, 2015.

HARZHEIM, E.; LIMA, K. M.; HAUSER, L. *Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos primeiros três anos de Clínicas da Família*. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, Organização Pan-Americana da Saúde, 84 p., 2013.

HARZHEIM, E. et al. *Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil*. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1399-1408, mai. 2016.

KOIFMAN, L.; SAIPPA-OLIVEIRA, G.; FERNANDEZ, V. S. Dispositivos de transformação da formação em saúde: desafios da construção cotidiana e caminhos trilhados. PINHEIRO, R.; LOPES, T.; MÜLLER NETO, J. S. *Construção Social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. Rio de Janeiro: Cepesc / Ims / Uerj / Abrasco, p. 129-146, 2013.

LEMOS, J. M. C. *Os Serviços de Atenção Básica à Saúde Conceito, desenvolvimento e avaliação*. 2007. Disponível em: <[http://www.abem-educmed.org.br/anais/2007/forum/atencao\\_primaria\\_saude.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/anais/2007/forum/atencao_primaria_saude.pdf)>.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. *O corpo e seus senhores. Homem, mercado e ciência: sujeitos em disputa pela posse do corpo e mente humana*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2009 apud RABELLO, E. T. *Representações sociais mobilizadas pela propaganda televisiva de medicamentos: intersecções entre ciência, saúde e práticas de consumo*. 2010. 107f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

LIMA, D. M. C. *Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade*. 2014. 157 f. Dissertação (Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

- LINS, J. A. B. A cidadania e a prática de saúde da família. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009, p. 325-331.
- LOBATO, C. P. *Formação dos Trabalhadores da Saúde na Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma cartografia da dimensão política*. Londrina, Paraná, 2010. 117p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.
- MACHADO, M. N. M. *Entrevista de pesquisa: a interação pesquisador/entrevistado*. 1. ed. Belo Horizonte: C/Arte, v. 1000, n. 1, 151p, 2002.
- MACHADO, M. P. M. *Competências para o trabalho nos Consultórios na Rua*. 2017. 100f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.
- MATOS, A. G. Determinantes sociais em saúde: em busca de um olhar diferenciado. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, p. 347-369, 2009.
- MELLO, G. A.; FONTANELLA, B. J. B.; DEMARZO, M. M. P. *Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e diferenças conceituais*. Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MEDEIROS, R. H. A. *A construção de um dispositivo que permita estudar os discursos que organizam o campo da saúde: um ensaio sobre os efeitos discursivos e a formação do profissional em saúde*. Physis, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 497-514, 2010.
- MINAYO, M. C. S. *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2010.
- MORAIS, H. M. M. et al. *Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil*. Cad Saude Publica; v. 34, n.1, 2018.
- NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. *A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família*. REME rev. min. enferm; v. 10, n. 4, p. 435-439, out./dez. 2006.
- NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. *Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família*. Saúde Soc., São Paulo, v.19, n.4, p.814-827, 2010.
- NETO, O. C.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. *Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação*. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 8, 2002, Ouro Preto. Anais. Ouro Preto, 2002.
- OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. *Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia de saúde da família*. Rev Bras Enferm, v. 66 (esp), p. 158-64, 2013.

PAIM, J. S. *Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira*. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009.

PINAFO, E.; CARVALHO, B. G.; NUNES, E. F. P. A. *Descentralização da gestão: caminho percorrido, nós críticos e perspectivas*. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1511-1524, Mai. 2016.

PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: PINHEIRO, R.; CECCIM, R. B.; MATTOS, R. A., (orgs). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 13-33, 2005.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. In: *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, p. 9-36, 2007.

PINHEIRO, R.; JUNIOR, A. G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: Cepesc, p. 37-52, 2009.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org). *Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica*. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 376 p, 2009.

PIZZINATO, A. et al . *A integração ensino-serviço como estratégia na formação profissional para o SUS*. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 2, p. 170-177, Mar. 2012.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. *Guia de Referência Rápida. Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde / Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil*. Superintendência de Atenção Primária. – Rio de Janeiro: SMSDC, 2011. 128p – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) Inclui Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-228987.pdf/1.0>>. Acesso em: 26 de Maio de 2018.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. *Anexo vi descrição e mapas da área de planejamento-5*. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4290214/4105682/06.AnexoVIDescricaoMapadaAr eadePlanejamento5.pdf>>. Acesso em: 11 de Março 2018.

RABELLO, E. T. *Representações sociais mobilizadas pela propaganda televisiva de medicamentos: intersecções entre ciência, saúde e práticas de consumo*. 2010. 107f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2010.

RABELLO, E. T. *Ações em saúde mental na Atenção Básica em Saúde: manobras de conhecimento e negociação de sentidos*. 2014. 107f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

RAMOS, M. Integralidade na Atenção e na Formação dos Sujeitos: desafio para a educação profissional em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. 2ª ed. - Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, p. 209-308, 2010.

ROMANO, V. F. *A busca de uma identidade para o médico de família*. Physis, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 13-25, 2008.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. *Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde*. Rio de Janeiro, RJ, 2018. Disponível em: <[https://subpav.org/cnes/cnes\\_eq\\_cobertura\\_listar\\_2016.php](https://subpav.org/cnes/cnes_eq_cobertura_listar_2016.php)>. Acesso em: 14 de Jan. 2018.

SILVA, A. C. M. A. et al. *A estratégia saúde da família: motivação, preparo e trabalho segundo médicos que atuam em três distritos do município de Duque de Caxias, Rio de Janeiro, Brasil*. Saude soc.[online], vol.19, n.1, pp.159-169, 2010.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, p. 115-130, 2007.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A.; MELLO ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R.; LOPES, T.; MÜLLER NETO, J. S. *Construção Social da demanda por cuidado: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação*. Rio de Janeiro: Cepesc / Ims / Uerj / Abrasco, p. 285-297, 2013.

SORANZ, D. R. *O Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade do município do Rio de Janeiro*. Rev Bras Med Fam Comunidade, v.9, n. 30, p. 67-71, 2014.

SORATTO, J. et al. *Family health strategy: a technological innovation in health*. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 584-592, 2015.

SPINK, M. J.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In: SPINK, Mary Jane (Org.). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aspectos teóricos e metodológicos*. São Paulo: Cortez, p. 41-61, 1999.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

VASCONCELOS, K. E. L.; CARNEIRO, T. S. Saúde da Família em foco: uma análise da realidade de Campina Grande/PB. In DAVI, J., MARTINIANO, C., and PATRIOTA, LM., orgs. *Seguridade social e saúde: tendências e desafios* [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 175- 199.

VASCONCELOS, A. C. F.; STEDEFELDT, E.; FRUTUOSO, M. F. P. *Uma experiência de integração ensino-serviço e a mudança de práticas profissionais: com a palavra, os profissionais de saúde*. Interface, Botucatu, n. 20, v. 56, p.147-58, 2016.

VENDRUSCOLO, C. et al . *A inserção da universidade no quadrilátero da educação permanente em saúde: relato de experiência*. Texto contexto - enferm. Florianópolis, v. 25, n. 1, 2016.

## **APÊNDICE A – Tópicos-guia para entrevista semi-estruturada**

### **Identificação:**

- Idade.
- Gênero.
- Período de vinculação à Unidade de Saúde analisada (medida em anos).
- Equipe da Estratégia de Saúde da Família a qual está vinculado.

### **Perguntas norteadoras:**

- Há quanto tempo vocês realizam o atendimento nesta Unidade?
- O que vocês acham do atendimento na Unidade? Por quê?
- Quais são os pontos fortes? E os principais problemas?
- Como é a relação de vocês com os profissionais que realizam o atendimento?
- Ao longo dos anos, houveram mudanças na Unidade? Se sim, quais?
- Gostaria de comentar mais alguma coisa?

## APÊNDICE B - TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada “O papel das Residências em Saúde na qualificação e expansão da Atenção Primária: saberes e impressões na perspectiva do usuários”, conduzida pela pesquisadora Vanessa Mueller. Este estudo tem por objetivo realizar a análise da contribuição dos modelos de Residência profissional para a qualificação dos profissionais inseridos na rede de Atenção Primária e procura compreender como os usuários vêem a produção de cuidado frente à esse modelo de qualificação, assim como este impacta no acompanhamento em saúde.

Você foi selecionado(a) por realizar seu acompanhamento e frequentar esta Unidade de Saúde há mais de 6 anos. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo.

Essa pesquisa não apresenta riscos conhecidos à integridade física ou mental das pessoas. Caso surja algum desconforto ou não entendimento de alguma pergunta, a mesma será esclarecida pela pesquisadora. Apresenta como benefício a criação de um espaço propício para a escuta e o diálogo com os usuários sobre o processo de trabalho e de formação profissional em saúde (residências em saúde). As informações/opiniões emitidas pelos participantes não causarão nenhum dano, risco ou prejuízo, sendo o risco de nomeação mínimo, tendo em vista que será garantido o anonimato dos participantes. A participação nesta pesquisa não é remunerada, tampouco implicará em gastos para os participantes.

Sua participação nesta pesquisa consistirá na realização de entrevista, a ser realizada no auditório do CMS Maria Augusta Etsrella, com duração prevista de até 1 hora. A pesquisadora Vanessa Mueller será a coordenadora desta atividade, a qual será composta por usuários que realizam acompanhamento de saúde no CMS Maria Augusta Estrella. Serão abordados temas relativos às experiências de atendimentos prestados neste serviço de saúde, sendo utilizado gravador para registro de áudio.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados em nível individual, visando assegurar o sigilo de sua participação.

A pesquisadora responsável se comprometeu a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada, sem qualquer identificação dos indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, da pesquisadora responsável / coordenadora da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos do pesquisador responsável: Vanessa Mueller, Gerente Técnica em Saúde, cujo endereço postal é rua Visconde de Santa Isabel, número 56, Vila Isabel. O telefone para contato é (21) 99881 0682 e o endereço eletrônico (e-mail) é: [vani.mueller1@gmail.com](mailto:vani.mueller1@gmail.com).

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524 – sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro, CEP 20559-900, telefone (21) 2334-0235, ramal 108. E-mail: [cep-ims@ims.uerj.br](mailto:cep-ims@ims.uerj.br).

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar. Centro, Rio de Janeiro, CEP 20031-040, telefone (21) 2215-1485. E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br).

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador