DÉBORA DUPAS GONÇALVES DO NASCIMENTO

**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA
FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA DE FORMAÇÃO DA FORÇA DE
TRABALHO PARA O SUS**

**Dissertação apresentada à Escola
de Enfermagem da Universidade
de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.**

**Área de concentração:
Enfermagem em Saúde Coletiva**

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Amélia de Campos Oliveira

SÃO PAULO

2008

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Nascimento, Débora Dupas Gonçalves do.
A residência multiprofissional em saúde da família como
estratégia de formação da força de trabalho para o SUS.

/ Débora

Dupas Gonçalves do Nascimento. – São Paulo, 2008.
142 p.

Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Amélia de Campos Oliveira.

1. Profissionais da saúde (formação) 2. Saúde da família
3. Competência profissional 4. Sistema unificado de Saúde.
I. Título.

DEDICATÓRIA

Ao **Anicese**, pela compreensão, amor e companheirismo;

À minha mãe **Angélica**, pelo exemplo de força, dedicação, superação
e por ser meu porto seguro sempre;

Ao meu pai **Sérgio**, que sempre se preocupou e me apoiou nesta
etapa;

Às outras mulheres da minha vida: **Giselle, vó Teresa, vó Adelina e
Ana Beatriz.**

Ao **Rubens**, que sempre me incentivou a buscar mais e me socorreu
durante esse percurso;

Ao **Gordo**, que se orgulharia de mim.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo amor, misericórdia e pelas inúmeras bênçãos.

À querida Prof^a Dr^a **Maria Amélia de Campos Oliveira – Méia**, pela dedicação, paciência, compreensão, preocupação e pela oportunidade de compartilhar seu conhecimento em todos os momentos.

À Prof^a Dr^a **Otília Seiffert** e à Prof^a Dr^a **Mara Chirelli** pelas importantes contribuições no exame de qualificação.

Às **Professoras do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva** pelo aprendizado e por oportunizar um novo olhar.

À **Silvana** da Pós-Graduação, pela atenção e eficiência.

À **Terezinha** do ENS, pela atenção, simpatia e cuidado sempre presente.

Aos **colegas das disciplinas** pelas trocas durante nossa convivência inicial.

À querida amiga **Luzmarina**, que foi um presente e uma luz em minha vida em vários momentos.

À **Valéria**, pela amizade, disponibilidade e prontidão em me ajudar.

Às colegas **Fernanda, Jaqueline e Márcia**, pela torcida e por compartilhar experiências.

À Casa de Saúde Santa Marcelina, na pessoa da **Irmã Monique Bourget**, que acreditou há muito tempo que o PSF poderia ser melhor com uma equipe ampliada e pelos conhecimentos, valores e experiência profissional que pude adquirir nesta Instituição.

À **Vilma Venâncio Moreira** pela confiança, apoio e pela oportunidade que me proporcionou de contribuir em dois projetos instigantes, a Residência e a gestão da reabilitação.

À FASM, na pessoa da **Irmã Luiza Vanz**, pela autorização e oportunidade de realizar essa pesquisa.

Aos meus amigos **preceptores**, pela convivência construtiva e enriquecedora e por contribuírem com um pouquinho de vocês neste estudo.

Às grandes amigas **Fernanda** e **Renata** pela compreensão, amizade, carinho, cuidado, apoio, colaboração e por segurarem a barra nos momentos em que estive ausente.

À grande amiga **Michele**, pelo compartilhamento de experiências, idéias e textos e pelo incentivo sempre presente.

Aos amigos **Marcus** e **Marcelo** por me socorrerem sempre que o computador “dava um baile”.

À amiga **Andréia**, pelo cuidado durante os altos e baixos de minha saúde e por sempre compartilhar boas idéias.

À **Carla** pela amizade e por me atualizar sobre os acontecimentos relativos à Residência.

À **Marli** pela amizade e disponibilidade em participar do pré-teste.

À **Juliana** pelo interesse e amizade.

Aos **profissionais indicados** que participaram da pesquisa com importantes contribuições.

Aos **residentes, usuários e colegas profissionais do SUS**, que me impulsionam a buscar e a melhorar sempre mais.

"O humano só pode ser compreendido pelo humano e até onde pode ser compreendido, e compreensão importa em maior ou menor sacrifício da objetividade"

(Gilberto Freire)

"Não se pode defender o que não se ama e não se pode amar o que não se conhece".

(Autor Desconhecido)

RESUMO

Nascimento DDG. A residência multiprofissional em Saúde da Família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2008.

Trata-se de pesquisa qualitativa que tomou como objeto de estudo a formação dos profissionais da saúde para o SUS, na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). Os objetivos foram: identificar a concepção de competência que orienta a prática pedagógica dos preceptores do curso; identificar as competências profissionais referidas por trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família como necessárias no cotidiano de sua prática profissional e construir um perfil de competências para orientar a formação profissional na modalidade residência. Como categoria conceitual e analítica, utilizou-se a competência, tal como definida por Perrenoud, ancorada na concepção de trabalho em saúde de Mendes-Gonçalves e de trabalho em equipe de Peduzzi. O estudo foi desenvolvido em um curso de RMSF de uma instituição de ensino da cidade de São Paulo que tem como parceira uma instituição filantrópica responsável pela gestão de Unidades Básicas de Saúde da ESF. A população foi composta por preceptores do curso e profissionais da saúde que desenvolvem suas atividades profissionais na Estratégia Saúde da Família. A amostra foi constituída pela totalidade dos preceptores (15 participantes) e pelos profissionais por eles indicados como competentes no cotidiano da prática na ESF (8 participantes). Utilizou-se a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta de dados e, para análise dos dados empíricos, a técnica de análise de discurso proposta por Fiorin e adaptada por Car e Bertolozzi. Os discursos foram decompostos em frases temáticas e essas, em conhecimentos, habilidades e atitudes, segundo os quatro pilares da educação preconizados por Delors. Em seguida, à luz do referencial teórico, procedeu-se à recomposição desses conhecimentos, habilidades e atitudes em competências, classificadas nas áreas de domínio propostas por Witt: valores profissionais, comunicação, trabalho em equipe, gerência, orientada à comunidade, promoção da saúde, resolução de problemas, atenção à saúde, educacional e em ciências básicas da saúde pública e coletiva. A construção desse perfil de competências revelou, entre outros aspectos, a necessidade de pensar a formação na RMSF a partir de uma perspectiva ampliada do processo- saúde doença dos indivíduos, assim como refletiu as competências e ações que devem ser desenvolvidas por todos os profissionais no contexto da ESF.

Palavras-chave: competência profissional, residência, Programa Saúde da Família, SUS.

ABSTRACT

Nascimento DDG. The multiprofessional residence in Family Health as a strategy of forming workforce for SUS. [dissertation] São Paulo: University of São Paulo School of Nursing; 2008.

It's a qualitative research that had as the object of study the formation of healthcare professionals for SUS, in the Multiprofessional Residence in Family Health (MRFH) modality. The aims were to: identify the competence conception that guides the pedagogical practice of the course's preceptors; identify the professional competences referred by staff workers of Family Health Strategy (FHS) as necessary in the routine of their professional practice and build a competence profile to guide the professional formation in the residence modality. As the analytical and conceptual category, it was used the competence, as it was defined by Perrenoud, grounded in the conception of working in health by Mendes-Gonçalves and team work by Peduzzi. The study was developed at a course of MRFH of a teaching institution in the city of Sao Paulo, which has partnership with a philanthropic institution responsible for management of Health Basic Units of FHS. The population was made up of the course preceptors and healthcare professionals who develop their professional activities in Family Health Strategy. The sample was made of the totality of preceptors (15 participants) and by the professionals who were recommended by them as competent in the practice routine at the FHS (8 participants). It was used a semi-structured interview as instrument for data collection and the technique of analysis discourses proposed by Fiorin and adapted by Car and Bertolozzi for empirical data analysis. The discourses were decomposed in theme sentences and those, in knowledge, skills and attitudes, according to the four pillars of education professed by Delors. After that, following the theoretical referential, it was made the rearrangement of those knowledge, skills and attitudes in competences, classified in domain areas proposed by Witt: professional values, communication, team work, management, guided to community, health promotion, problem solving, attention to health, educational, and in basic science of public and collective health. The build up of this competence profile revealed, among other aspects, the need of thinking the formation in MRFH from a broad perspective of the health-disease process of the individuals, as it reflected the competences and actions that must be developed by all the professionals in the context of the FHS.

Key words: professional competence, residence, Family Health Program, SUS.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Caracterização dos sujeitos abordados. São Paulo, 2008. ...	55
Quadro 2 –	Competências relativas ao saber conhecer na perspectiva dos preceptores e profissionais indicados. São Paulo, 2008.	57
Quadro 3 –	Competências relativas ao saber fazer na perspectiva dos preceptores e profissionais indicados. São Paulo, 2008.	58
Quadro 4 –	Competências relativas ao saber ser na perspectiva dos preceptores e profissionais indicados. São Paulo, 2008.	59
Quadro 5 –	Competências relativas ao saber conviver na perspectiva dos preceptores e profissionais indicados. São Paulo, 2008.	60
Quadro 6 -	Síntese das competências para formação e atuação profissional na Estratégia Saúde da Família por área de domínio. São Paulo, 2008.	61

LISTA DE SIGLAS

ABEn -	Associação Brasileira de Enfermagem
CIRH -	Comissão Intersetorial de Recursos Humanos
CNRM -	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS -	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
COFEn -	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS -	Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde
CONASS -	Conselho Nacional das Secretarias de Saúde
CSSM -	Casa de Saúde Santa Marcelina
DCN -	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF -	Estratégia Saúde da Família
FASM -	Faculdade Santa Marcelina
FENTAS -	Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde
FNEPAS -	Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde
IDA -	Programa de Integração Docente Assistencial
MS -	Ministério da Saúde
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PAS -	Plano de Atendimento à Saúde
PSF -	Programa Saúde da Família
RMS -	Residência Multiprofissional em Saúde
RMSF -	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SGTES -	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS -	Sistema Único de Saúde
UNI -	Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais da Saúde

APRESENTAÇÃO

Ingressei no Curso de Graduação em Fisioterapia da Universidade de Ribeirão Preto em 1996. Durante os anos da graduação, tive pouco contato com a Saúde Coletiva, pois o enfoque do curso era sempre voltado para assistência clínica e individual, a partir da concepção da doença e suas seqüelas. As ações coletivas de vigilância à saúde não eram contempladas e as aulas de Saúde Pública resumiam-se a leis, descontextualizadas da realidade e pouco articuladas à prática.

Recém-egressa da graduação, em 1999 iniciei o Curso de Especialização em Saúde Coletiva oferecido pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos/SP (UFSCar).

No decorrer do curso, com o aprimoramento do olhar crítico-reflexivo e aprofundamento nos conhecimentos sobre a Saúde Coletiva e o Sistema Único de Saúde (SUS), confrontei-me com uma nova base conceitual que postula a necessidade de mudança do paradigma que orienta o modelo de atenção no país e, conseqüentemente a formação de um profissional em saúde de modo a prepará-lo para assistência integral à saúde.

Para a conclusão do curso de especialização desenvolvi a monografia intitulada “A Saúde Coletiva na Formação em Fisioterapia” (Gonçalves, Arantes, 2000), que teve como objetivo refletir sobre o processo de formação do fisioterapeuta da UFSCar, analisando a inserção de conhecimentos e práticas referentes ao campo da Saúde Coletiva a partir da análise dos conteúdos curriculares e das concepções/percepções dos alunos do último ano de fisioterapia sobre questões relativas à área. As perspectivas de atuação no SUS também foram verificadas por meio de um roteiro de entrevista semi estruturado.

Esse estudo teve como foco de investigação o ensino relacionado à Saúde Coletiva na formação em fisioterapia e a análise do currículo do curso

permitiu identificar quatro disciplinas voltadas para temática da Saúde Coletiva. A análise detalhada aos programas das disciplinas, assim como as entrevistas com os alunos, permitiram constatar que o conhecimento destes sobre as políticas de saúde e as possibilidades de atuação no SUS era restrito, evidenciando seu despreparo para atuar em serviços de saúde pública.

No final de 2000 iniciei atividades como fisioterapeuta no Programa de Saúde da Família (PSF) do Projeto QUALIS de São Paulo, vinculado e desenvolvido em parceria com a Casa de Saúde Santa Marcelina na zona leste do município e com a Fundação Zerbini na zona sudeste. Confrontada com os desafios da prática profissional, muitas vezes fui levada a refletir sobre as insuficiências de minha formação inicial e dos demais trabalhadores da saúde para atender as necessidades de saúde da população.

Em 2005, iniciei minhas atividades como preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina, financiada pelo Ministério da Saúde. Esse novo desafio impulsionou-me a refletir sobre as competências, habilidades e atitudes do profissional de saúde necessárias para atuar na Estratégia Saúde da Família (ESF).

A preceptoria tornou ainda mais premente a necessidade de buscar respostas coletivas para as questões vivenciadas no dia-a-dia da atuação em equipe multiprofissional, visando somar experiências para promover a melhoria da qualidade da assistência.

Minha participação no Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde finalizada em 2006 evidenciou a necessidade de transformar as práticas de saúde, promovendo integralidade e compromisso profissional com os usuários dos serviços e com a consolidação do SUS.

Considero que a formação do profissional em saúde, particularmente aquela desenvolvida nos serviços de saúde, como é o caso das residências é que permitirá a construção de novas práticas de cuidado em saúde, com integralidade, humanização e qualidade dos serviços prestados.

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	A formação da força de trabalho para o SUS.....	15
1.2	O SUS e a Estratégia Saúde da Família.....	21
1.3	A formação em serviço	24
1.3.1	A Residência Médica e de Enfermagem.....	24
1.3.2	A Residência Multiprofissional em Saúde da Família como proposta para a formação do novo trabalhador em saúde	29
1.3.3	A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina e Faculdade Santa Marcelina (2005-2007).....	33
2	OBJETIVOS.....	39
2.1	Geral	39
2.2	Específicos.....	39
3	PERCURSO METODOLÓGICO.....	40
3.1	Tipo de Estudo	40
3.2	As competências na formação em saúde	42
3.3	Cenário do estudo.....	48
3.4	População do estudo	48
3.5	Etapas do trabalho e coleta dos dados	49
3.6	Análise dos dados.....	51
4	RESULTADOS	53
5	DISCUSSÃO.....	63
5.1	Valores Profissionais.....	63
5.2	Comunicação	69
5.3	Trabalho em Equipe.....	73
5.4	Gerência.....	79
5.5	Orientada à Comunidade	82
5.6	Promoção da Saúde	91
5.7	Resolução de Problemas	96
5.8	Atenção à Saúde.....	100
5.9	Educacional.....	105
5.10	Em Ciências Básicas da Saúde Pública e Coletiva.....	112
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
	REFERÊNCIAS	125
	ANEXOS	137

1 INTRODUÇÃO

1.1 A formação da força de trabalho para o SUS

Propostas de mudanças na formação em saúde no Brasil vêm sendo discutidas desde o final da década de 80, com a proposição do SUS. Atualmente, essa discussão ganhou especial relevância quando o Ministério da Saúde chamou para si a responsabilidade de orientar a formação dos profissionais da saúde para atender as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nos anos 80, o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) colocou-se como uma estratégia para promover a aproximação entre as instituições de educação e os serviços de saúde, com a participação da comunidade. Estimulou a adoção de novas metodologias de ensino-aprendizagem apoiadas em vivências práticas dos estudantes na realidade concreta dos serviços de saúde, em contato com as necessidades da população e de modo articulado com a produção de conhecimento (Marsiglia, 1995).

O Projeto UNI (Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais da Saúde), por sua vez, representou uma continuidade das experiências da IDA, com a intenção de superar as dificuldades e limitações observadas, adotando novas abordagens como o enfoque familiar e o desenvolvimento de relações mais estreitas com a comunidade. Os dois projetos foram desenvolvidos com o apoio financeiro da Fundação W. K. Kellogg, resultando em mudanças nos cursos de graduação em saúde.

Outras iniciativas em busca de mudanças no processo de formação dos profissionais da saúde também podem ser citadas como: Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed),

Profissionalização dos Trabalhadores de Enfermagem (Profae), Capacitação e Formação em Saúde da Família, Aperfeiçoamento e Especialização de Equipes Gestoras, dentre outras.

A formação dos profissionais da saúde ainda está pautada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, o que dificulta a compreensão dos determinantes do processo saúde-doença da população e também a intervenção sobre seus condicionantes. A fragmentação do conhecimento que caracteriza a formação inicial na maior parte dos cursos predispõe à mesma ocorrência na prática, o que cria obstáculos para a construção da integralidade da assistência (Feuerwerker, 1998).

A mesma autora considera que somente a experiência adquirida na prática pode completar a formação, pois é pela experiência clínica que o profissional se aproxima das pessoas que necessitam de cuidados de saúde (e não apenas da doença).

A mudança do paradigma assistencial em saúde está relacionada à formação e ao preparo dos profissionais para um agir eficaz, que não se limita à aquisição de conhecimentos, mas resulta da interação com o contexto social, buscando o desenvolvimento de competências estruturadas na ação (Faustino et al, 2003).

O mundo da formação e o mundo do trabalho devem estar permanentemente em diálogo, pois a prática no cotidiano do trabalho em saúde, ganha novo significado ao dialogar com a teoria, redefinindo ações e papéis profissionais.

O confronto entre os saberes dos profissionais da saúde e as necessidades da população em situações de saúde concretas - que transcendem o biológico, pode potencializar mudanças no modelo assistencial no SUS.

Faz-se necessário refletir sobre a formação e sobre o perfil desejado aos profissionais da saúde, não com enfoque apenas em conhecimentos que devem ser adquiridos de forma técnica e especializada, mas, principalmente, nas habilidades e atitudes a serem desenvolvidas em prol da saúde da população e com a consciência da responsabilidade social.

Del Ciampo et al (2003b, p. 201) destacam a importância de programas voltados para a formação do generalista. Consideram que:

“é preciso que os programas de treinamento desloquem seu eixo de formação, predominantemente individualizada e hospitalocêntrica, no sentido de focar questões mais abrangentes dos pontos de vista social, cultural e econômico de toda a comunidade, atuando de maneira multiprofissional e interdisciplinar”.

A formação dos profissionais da saúde não pode ter como referência apenas a busca de conhecimentos para realizar um diagnóstico, para o tratamento e profilaxia de doenças, mas deve focar no desenvolvimento de estratégias de atendimento e cuidado voltadas às necessidades de saúde da população, enfocando as questões sociais e respeitando autonomia dos indivíduos (Ceccim, Feuerwerker, 2004b).

De acordo com Saupe et al (2007, p. 655) *“o modelo biologicista hegemônico que tem conduzido a formação dos profissionais da saúde apresenta características marcadas por currículos organizados em disciplinas e grades curriculares que enfatizam o conhecimento das doenças e o tratamento dos doentes”.*

No processo de formação, os objetos de estudo estão separados de seu contexto, assim como as disciplinas encontram-se fragmentadas, dificultando a captação do que está ‘tecido junto’ (Falcón et al, 2006) e a compreensão da complexidade de todos os determinantes que se interrelacionam na vida e no cuidado à saúde.

Paim (1996), ao refletir sobre a formação de médicos, afirma que constituir sujeitos comprometidos com a vida e a saúde dos cidadãos e protagonistas da consolidação do SUS representa uma missão que precisa ser alcançada no processo de formação.

É preciso que a formação incentive e propicie reflexões que possibilite aos profissionais uma responsabilização social e a consciência cidadã, comprometida com a produção de saúde e de cuidado, pois conforme afirmam Silva e Da Ros (2007), a escola tem poder estruturador e direcionador do perfil profissional.

Seiffert (2005) considera que os profissionais da saúde têm a necessidade de uma formação que enfatize não apenas a dimensão técnica, ou seja, o conhecimento especializado, mas que contemple a dimensão social do processo saúde-doença, reconhecendo a importância do trabalho em equipe e do atendimento às demandas da comunidade.

O trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade tem sido foco de atenção na formação e qualificação dos profissionais, sendo de extrema importância a interação e a troca de conhecimentos a partir de princípios éticos e respeito nas relações entre profissionais de saúde e usuários dos serviços, com a intenção de construir um novo conhecimento que tenha impacto na resolução de problemas da população (Seiffert, 2005; Chirelli, 2002). Para que a interdisciplinaridade seja efetiva é imprescindível que haja disponibilidade dos profissionais para adotar posturas flexíveis, solidárias e democráticas.

Faustino et al (2003) consideram que é fundamental avançar não apenas na formação de um novo profissional mas, acima de tudo, de um indivíduo crítico, cidadão, capaz de aprender a criar, propor, construir.

O processo de formação deve ser articulado com o mundo do trabalho, rompendo a separação existente entre teoria e prática (Chirelli, Mishima, 2003) e estimulando os profissionais de saúde a desenvolver um

olhar crítico-reflexivo que possibilite transformação das práticas, tendo em vista a resolubilidade e a qualidade dos serviços prestados à população.

Nessa perspectiva, é desejável que os profissionais de saúde tenham um perfil generalista e problematizador e que sejam preparados para trabalhar em equipe multiprofissional, atuando de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, e visando a integralidade da atenção e o enfrentamento efetivo dos problemas de saúde observados na prática profissional.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde também postulam que a formação dos profissionais da saúde deve estar voltada para o sistema de saúde vigente no país, ou seja, o SUS, tendo como eixos a atenção integral à saúde e o trabalho em equipe (Almeida, 2003).

Entretanto, na formação inicial da maioria dos profissionais de saúde predomina o ensino tradicional, tecnicista, com enfoque no indivíduo, descontextualizado e muitas vezes sem abertura para a problematização, reflexão e construção de um saber próprio da prática profissional.

A formação e a qualificação dos profissionais da saúde devem visar ao desenvolvimento de habilidades e competências para realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos sociais em um dado território, planejar intervenções em saúde capazes de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência e desenvolver ações educativas estimulando o auto-cuidado e emancipação (Oliveira, 2004).

Ceccin e Feuerwerker (2004b) ressaltam que as práticas profissionais devem ser organizadas a partir das necessidades de saúde da população e para isso faz-se necessário transformá-las por meio da aproximação entre a academia e os serviços de saúde. Para efetivar as diretrizes do SUS não basta sabê-las, é necessário reconhecê-las no cotidiano das Unidades de Saúde (Bourget, 2005). Essa aproximação com os serviços visa aprimorar a

formação em saúde e as práticas profissionais, para que as ações proporcionem mudança social e de saúde.

As instituições formadoras precisam prover meios para que a formação de profissionais necessários ao desenvolvimento do SUS responda às necessidades sociais da população e do sistema de saúde (Ceccim, Feuerwerker, 2004b). O enfoque coletivo não pode ser deixado de lado em função da hegemonia do enfoque clínico.

Para Oliveira (2007), a formação dos profissionais precisa estar pautada na reflexão e na criação de novas tecnologias de cuidado à saúde, incorporando a escuta aos processos singulares e subjetivos, o estabelecimento de relações de confiança e vínculo entre profissionais e usuários e o compromisso com a resolução de problemas do território.

Sabe-se que a transformação da formação e das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados nos serviços, nas instituições de ensino e nas relações interpessoais. Apenas o diálogo e a aproximação das práticas e das concepções de atenção à saúde vigentes tornará possível construir um novo modo de trabalho em saúde, centrado no usuário, com qualidade, resolubilidade e equidade.

Para descrever a formação na área da saúde, Ceccim e Feuerwerker (2004a) propõem a imagem do quadrilátero que articula em cada um dos seus vértices o ensino, a gestão setorial, as práticas de atenção e o controle social, com vistas à construção e organização de uma educação pautada na ação e na realidade para operar mudanças.

É consenso que a mudança na formação dos profissionais da saúde deve incluir a interdisciplinaridade, a mudança dos cenários da prática educativa para locais mais representativos da realidade sanitária e social, integrando ensino, pesquisa e serviço, com uma abordagem problematizadora e com responsabilidade ética, humana e multiprofissional

(Campos, Belisário, 2001). De acordo com Chiesa et al (2007), a formação do generalista requer a inserção precoce do futuro profissional no mundo do trabalho, incentivando o desenvolvimento de habilidades técnicas, políticas e relacionais e de atitudes de responsabilidade e cidadania.

Para Ceccim e Ferla (2003), a formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde tem como desafio não dicotomizar a atenção individual da coletiva, as doenças da vigilância da saúde, integrando os trabalhadores responsáveis pela gestão, atenção e vigilância em prol de uma atenção integral à saúde. De acordo com Saupe et al (2007, p.655), a mudança na formação dos profissionais da saúde está essencialmente pautada no:

“deslocamento da centralidade da formação para a promoção da saúde, a incorporação do conceito de saúde como qualidade de vida, o processo de trabalho pautado pela interdisciplinaridade, o desenvolvimento de competências, habilidades e atitudes para a ação social transformadora, fomentando a organização e a participação das pessoas, das famílias e das comunidades, bem como a capacitação para a educação em saúde e o gerenciamento”.

1.2 O SUS e a Estratégia Saúde da Família

O Sistema Único de Saúde foi instituído no país por meio da Constituição de 1988, incorporando princípios doutrinários a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação popular, postulados pelo movimento da Reforma Sanitária e expressos VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986. Está estruturado sob a forma de uma rede de serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados, para atender com resolubilidade as necessidades de saúde dos grupos sociais (BRASIL, 1990).

O processo de consolidação do SUS busca reduzir a lacuna ainda presente entre os direitos garantidos pela lei, que postula que “*a saúde é um direito de todos e dever do Estado*”, e a capacidade de ofertar serviços de saúde a toda população brasileira. Fundado no direito universal à saúde e priorizando a Atenção Básica, passou a requerer um modelo de saúde integral e resolutivo em todos os níveis de atenção.

De acordo com Machado et al (2007), houve várias iniciativas por parte do Ministério da Saúde para efetivar mudanças no processo organizativo dos serviços de saúde a fim de assegurar e concretizar as conquistas sociais e legais do SUS. Entretanto, todos os projetos foram pontuais e com resultados pouco significativos até a idealização do Programa Saúde da Família (PSF).

O PSF, implantado em 1994 pelo Ministério da Saúde, e atualmente com denominação e status de Estratégia Saúde da Família (ESF), propõe um novo modelo assistencial para o SUS, centrado na atenção primária e na promoção da saúde familiar (Costa Neto, Menezes, 2000). Trata-se de uma mudança da ênfase individual para a coletiva e familiar e da ação curativa e reabilitadora para a promotora da saúde.

Como uma estratégia de reorientação da atenção à saúde, com ênfase na Atenção Básica, a ESF enfrenta o desafio de colaborar para reestruturação dos demais níveis de atenção, contribuindo para aumentar a eficiência e a efetividade dos serviços prestados neste primeiro nível.

A ESF preconiza a territorialização e a delimitação das áreas de abrangência das equipes, possibilitando a identificação das necessidades e problemas de saúde da população, o monitoramento das condições de vida e de saúde das coletividades, facilitando a programação e a execução das ações sanitárias de promoção, prevenção, assistência e reabilitação (Aquino, Barreto, 2008).

De acordo com Teixeira (2004), a atual política do Ministério da Saúde reafirma a opção da ESF em relação à reorganização do modelo de atenção à saúde, quando propõe como diretriz desse processo a ampliação e qualificação da Atenção Básica. A pertinência dessa estratégia de aumento da cobertura da Atenção Básica vem se mostrando mais evidente à medida que o número de equipes de Saúde da Família amplia-se.

Sousa (2000) afirma que a ESF também se propõe a humanizar as práticas de saúde, favorecendo o relacionamento com os usuários, buscando a satisfação destes e estimulando o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania.

Uma Unidade Básica de Saúde da Família deve realizar atenção contínua nas especialidades básicas, por meio da atuação de uma equipe multiprofissional capaz de desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, características do nível primário de atenção à saúde (Brasil, 1997).

As equipes de saúde da família são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas e agentes comunitários de saúde, que trabalham em equipes multiprofissionais, com vistas à integralidade da atenção. No entanto, esta integralidade e a interdisciplinaridade estão comprometidas pela ausência de outros profissionais de saúde integrando a equipe, com adequada formação para responder as necessidades de saúde da população. Ademais, há dificuldades para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar pelos profissionais que atualmente estão inseridos no serviço.

Cordeiro (2000) considera que a ESF estimula e desenvolve um processo de trabalho diferenciado nos cuidados à saúde. Visa transformar práticas convencionais e estanques em abordagens multiprofissionais, com enfoque na atenção integral e contínua de indivíduos e famílias, sendo que o acompanhamento da população é feito em bases territoriais definidas.

Para Campos e Belisário (2001), um dos problemas que afloraram com a implantação da ESF está relacionado à carência de profissionais em termos qualitativos e quantitativos para atuar nesse novo modelo assistencial que requer o trabalho em equipe.

Uma das competências fundamentais aos profissionais da ESF está relacionada ao estabelecimento de estratégias de ação a partir da interação com a comunidade para propiciar uma integração com a realidade locorregional, assim como para o desenvolvimento de capacidades para trabalhar os problemas sociais (Oliveira, Marcon, 2007).

Cordeiro (2000) também salienta que esta estratégia possui um enorme potencial para contribuir e consolidar os princípios do SUS. No entanto, requer profissionais aptos para atuação nesse novo modelo assistencial, o que remete à discussão sobre as competências necessárias ao trabalho em Saúde da Família. Os estudos acerca da formação dos profissionais da saúde evidenciam seu pouco preparo para atuar na prevenção de doenças e na promoção da saúde, além da necessidade de uma construção de conhecimentos e vivências no cotidiano prático para que ocorra uma *“reorganização e uma nova estruturação dos serviços de saúde”* (Lessa, 2000, p. 109).

1.3 A formação em serviço

1.3.1 A Residência Médica e de Enfermagem

Este capítulo focalizará a residência como uma modalidade de ensino em serviço que possibilita a aquisição de conhecimentos e habilidades em um processo de ensino-aprendizagem que se realiza nos serviços de saúde. A experiência mais antiga e estruturada de formação de profissionais de saúde em serviço é a Residência Médica, sobre a qual existem inúmeros

estudos na literatura especializada. A Residência em Enfermagem é muito mais recente e as demais profissões da área da saúde desenvolvem a formação em serviço de forma muito pontual e incipiente.

O início da Residência Médica como estratégia de formação de recursos humanos na área médica ocorreu nos Estados Unidos em meados do século XIX, com ênfase no ensino clínico no ambiente hospitalar (Feuerwerker, 1998).

No Brasil, os primeiros programas de Residência Médica iniciaram-se na segunda metade da década de 1940, desenvolvidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Em 1976, foi criada a primeira Residência em Medicina Comunitária pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em sua Unidade Sanitária denominada São José do Murialdo, localizada em Porto Alegre, com a proposta de formar profissionais com uma visão integrada entre saúde clínica, mental e pública, com perfil humanista e crítico e com competência para resolver as necessidades de saúde da comunidade (Brasil, 2006). Inicialmente, a Residência destinava-se à formação exclusiva de médicos, mas como havia uma preocupação essencial com a educação em saúde e com o trabalho interdisciplinar, esta se transformou em multiprofissional em 1978.

A década de 80 foi marcada pela criação de diversas residências médicas e outras multiprofissionais, como as da Paraíba, Juiz de Fora e Bahia, propondo um modelo contra hegemônico e qualificado de Atenção Básica.

O Decreto nº 80.281, de 1977, instituiu a Residência Médica como modalidade de pós-graduação *lato sensu*, realizada por meio da formação em serviço, vinculada ou não às escolas médicas. Constituiu a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), responsável por estabelecer princípios e normas de funcionamento, avaliação e credenciamento dos programas de residência médica.

Em 1981, a Residência Médica foi regulamentada pela Lei nº6.932, como uma modalidade de pós-graduação destinada a médicos, caracterizada pelo treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação.

De acordo com Amoretti (2005), a partir da década de 70, com o avanço tecnológico vivenciado na área médica houve a necessidade de treinamento e capacitação dos profissionais para o uso dessa nova tecnologia, consagrando assim as residências médicas e a formação de especialistas no serviço. Nesse contexto, a medicina baseada na relação médico-paciente, na escuta dos problemas e na humanização foram deixadas de lado.

A Residência Médica é considerada um complemento do processo de formação de recursos humanos na área médica e de aperfeiçoamento no exercício da profissão (Del Ciampo et al, 2003a). Esta idéia também é apoiada por Amoretti (2005, p. 140), ao afirmar que *“a formação curricular não oferece ao médico recém-formado as condições para exercer adequadamente a medicina”*.

Gilbert et al (2006) consideram que a residência, embora exija um grande investimento em tempo e recursos, é muito importante para a construção da identidade do profissional e é fundamental para as relações dos residentes com a os fenômenos da saúde e da doença.

A insuficiência do treinamento prático oferecido pelas escolas de medicina, a fragmentação da formação sofrida na graduação e a presença de um mercado de trabalho competitivo e com tendência à especialização foram fundamentais para a ampliação dos Programas de Residência Médica, assim como a intensa procura de vagas pelos recém-formados (Feuerwerker, 1998).

A mesma autora afirma que os hospitais com programas de Residência Médica oferecem poucas oportunidades de interação

multiprofissional, mesmo na rede pública. Os residentes em geral desconhecem a rede de serviços de saúde, os recursos, os mecanismos de referência e contra-referência, a vigilância epidemiológica, o planejamento das ações de saúde, a promoção e a prevenção, fundamentais para atuação no sistema de saúde vigente no país.

O programa de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária, oficializado em 1981 pela CNRM (Paim, 1996), teve no início poucos profissionais formados e uma resistência quanto à expressão “medico generalista” ou “medico de família” (Campos, Belisário, 2001). Atualmente essa residência vem sendo repensada a partir da expansão da ESF, em razão da expansão do mercado de trabalho e da necessidade de formar profissionais generalistas e com perfil adequado para o modelo de assistência proposto.

No atual contexto da saúde, a inserção e a vivência propiciada pela residência na rede de serviços do SUS, vem sendo enfatizada e requerida, face a necessidade de formar profissionais voltados para as necessidades de saúde do país (Pinto et al, 2007). Essa necessidade é mais premente devido ao perfil dos profissionais médicos e das demais áreas da saúde que estão sendo formados para o mercado de trabalho, com pouco conhecimento e quase nenhum envolvimento com o SUS. As lacunas da formação inicial nos aspectos relativos à gestão da saúde pública afastam os profissionais das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e, portanto, da Atenção Básica.

Amoretti (2005) afirma que uma das estratégias para a formação de um novo profissional médico está relacionada à importância da integração dos programas de residências multiprofissionais com as residências médicas, podendo ser um estímulo indutor de mudanças na formação do profissional e no modelo assistencial.

Na Enfermagem, a primeira experiência de Residência no Brasil ocorreu em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, com

ênfase no ensino eminentemente prático, sem eliminar o aprofundamento de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de pesquisas na área (Barros, Michel, 2000).

Desde a década de 70, a Enfermagem vem discutindo Residência como um modelo de formação, em decorrência do Plano Nacional de Pós-Graduação instituído pelo MEC, com a criação dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem e a partir da necessidade de capacitação técnica das enfermeiras de campo. O enfoque da Residência em Enfermagem está centrado nas necessidades hospitalares, sobretudo em grandes centros, onde a assistência à saúde apresenta maior complexidade tecnológica, tornando necessária a especialização.

Em 1978, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) organizou um seminário sobre a Residência em Enfermagem, no Rio de Janeiro, cujo produto final evidenciou a inexistência de consenso sobre o tema e sugeriu regras para sua implementação.

Tentativas de regulamentação prosseguiram na década de 90 com discussões entre o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) e a ABEn, tendo como resultado um Anteprojeto de Lei que dispõe sobre a Residência em Enfermagem e a criação da Comissão Nacional de Residência de Enfermagem (Brasil, 1996).

A residência possibilita um crescimento profissional não apenas para os residentes, mas também para o serviço que os recebe, incentivando a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites para transformá-la. Barros e Michel (2000), ao analisar a formação na Residência em Enfermagem e o trabalho desenvolvido em um hospital escola de São Paulo, comprovaram que, em virtude da dedicação e compromisso dos residentes, houve também uma contribuição efetiva para a mudança de comportamento dos demais profissionais de Enfermagem em relação ao trabalho ali desenvolvido.

Vários autores consideram que atualmente os programas de Residência são uma complementação à formação na graduação, tendo em vista as deficiências apresentadas na formação inicial. Consideram-na ainda uma perspectiva de inserção no mercado de trabalho após a especialização (Feuerwerker, 1998; Barros, Michel, 2000).

Apesar de algumas das residências em enfermagem terem enfoque hospitalar, no atual cenário da saúde, com a presença efetiva dos enfermeiros atuando na ESF, é preciso investir na formação generalista também desta categoria profissional durante a residência, tendo o enfoque na Atenção Básica e na consolidação do SUS.

Faz-se necessário que as residências médicas, de enfermagem e das demais áreas da saúde incorporem a lógica da Saúde Coletiva em seu processo de formação, *“utilizando instrumentais que não se reduzem à interpretação, mas assumem uma dimensão histórica de intervenção para a transformação dos perfis de saúde-doença da população e dos processos de trabalho em saúde”* (Egry et al, 2005, p. 551).

1.3.2 A Residência Multiprofissional em Saúde da Família como proposta para a formação do novo trabalhador em saúde

Ao longo de 1997, discussões e seminários sobre a Residência em Saúde da Família foram coordenados pela Secretaria de Assistência à Saúde e Coordenação de Saúde da Comunidade, com participação da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPES e Coordenação de Recursos Humanos/OPS/OMS, devido à preocupação do Ministério da Saúde com o preparo insuficiente dos profissionais para apreender e intervir nos processos mórbidos sejam físicos, mentais ou sociais, individuais e coletivos.

Em dezembro de 1997, no relatório final do Seminário sobre Residência em Saúde da Família, foi apresentada a proposta de criação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, voltada para formação de um novo perfil profissional para integrar futuras equipes de saúde da família.

O modelo de Residência Multiprofissional a ser criado contemplaria as especificidades de cada profissão, assim como uma área comum, abordando a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (Brasil, 2006).

Desde 2002, o Ministério da Saúde (MS) tem financiado Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na modalidade de pós-graduação *senso lato*. A finalidade desses programas é preparar os profissionais de diversas áreas da saúde para trabalhar em equipe multidisciplinar na ESF, com base nos princípios e diretrizes do SUS.

Em 2002, foram criadas 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, financiadas pelo Ministério da Saúde, com estruturas e funcionamentos diferenciados, ainda que adotando como base norteadora as regras e diretrizes da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Ainda não havia sido constituída a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional para assumir as responsabilidades pela regulamentação e certificação de modo que apenas os médicos tinham sua certificação reconhecida pela já existente CNRM. As demais categorias profissionais integrantes da Residência Multiprofissional recebiam certificados de especialistas, quando vinculadas a uma Universidade (Brasil, 2006).

Gil (2005) considera que o principal objetivo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi implementar a formação dos profissionais de nível superior para uma atuação mais voltada às atividades clínico-assistenciais aplicadas no cuidado direto aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social. Essas Residências apresentam-se como uma alternativa para a mudança das práticas assistenciais em saúde, capaz de

favorecer o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população.

A atual política do Ministério da Saúde, de valorização do SUS como ordenador da formação de recursos humanos em saúde, de acordo com o Art. 200 da Constituição Federal, levou à criação a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Em novembro de 2005, a SGETS instituiu a modalidade Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117.

Em 2006, a SGTES apoiou cerca de 22 RMS, tendo financiado 1.558 bolsas, com um investimento aproximado de 50 milhões, por acreditar na potencialidade pedagógica e política das Residências e por ter como objetivo final contribuir com a mudança do desenho tecno-assistencial do SUS (Brasil, 2006).

Um dos eixos estruturantes da política de educação na saúde praticada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e pela SGTES é a integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, por meio de ações que visam mudanças nas práticas de cuidado à saúde, no processo de trabalho e na construção do conhecimento, a partir das necessidades identificadas pelos serviços (Brasil, 2006).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF) fundamenta-se na interdisciplinaridade como facilitadora da construção de um conhecimento ampliado de saúde, que precisa compreender os desafios de trabalhar a coletividade visualizando as dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos (Nunes, 2005). De acordo com Nascimento e Quevedo (2008, p. 48):

“É a partir da vivência prática nos serviços, permeada por um suporte pedagógico específico e voltado para as necessidades da população, que se concretiza uma formação técnica e humanística, do profissional de saúde,

uma vez que as situações-problema vivenciadas no cotidiano desses profissionais exigem ações que extrapolem o âmbito puramente científico/clínico”.

Em parcerias com o Ministério da Educação, Conselho Nacional de Saúde (CNS), Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) e CNRM, a SGTES realizou ao longo de 2005 e 2006 vários seminários regionais e nacionais, com os diversos sujeitos envolvidos (residentes, preceptores, coordenadores e secretários municipais de saúde) com o intuito de trocar experiências e conhecimentos acumulados pelas diversas Residências existentes no país.

O propósito desses encontros foi estimular a reflexão e o debate sobre as estratégias para construção da multidisciplinaridade, a construção das diretrizes nacionais para a RMS, a gestão do sistema, a composição e formas de atuação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, dentre outros temas.

O I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde aconteceu em Brasília no final de 2005 e o II Seminário, no Rio de Janeiro, dentro do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO), realizado em agosto de 2006. Neste último, foi criado um Grupo de Trabalho (GT) com objetivo de elaborar uma proposta para composição da futura Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, assim como suas atribuições e funcionamento. O GT contou com representantes do Ministério da Educação, MS, Conselho Nacional das Secretarias de Saúde (CONASS), Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS), Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS), residentes, preceptores, professores, tutores e coordenadores de RMSF.

Em janeiro de 2007, foi publicada a Portaria Interministerial nº 45, que dispõe sobre a carga horária da Residência Multiprofissional em Saúde que

deve compreender entre 40 e 60h semanais, parcerias entre gestores e instituições formadoras para o desenvolvimento dos programas, categorias profissionais de abrangência da residência, dentre outras diretrizes. Essa mesma Portaria instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).

A CNRMS foi nomeada em julho de 2007, por meio da Portaria Interministerial nº 698, com representação do Ministério da Educação, Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS, coordenadores de programas de Residência, tutores e/ou preceptores, Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde, FENTAS, FNEPAS, Fórum das Executivas de Estudantes de Cursos da Área da Saúde e instituições de ensino.

Atualmente, discute-se quais deveriam ser os requisitos mínimos das instituições para o credenciamento de Programas de RMS, assim como uma Minuta para definição de requisitos mínimos para Residência Multiprofissional em Saúde da Família. O principal objetivo dessas discussões é desencadear o processo de construção das diretrizes curriculares para as residências multiprofissionais, a partir de três áreas: cuidado integral às necessidades de saúde individuais em todas as fases do ciclo de vida, cuidado às necessidades de saúde coletivas e organização e gestão do trabalho em saúde.

1.3.3 A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina e Faculdade Santa Marcelina (2005-2007)

Em 1996, a Casa de Saúde Santa Marcelina, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, elaborou e implantou na zona leste da cidade de São Paulo o Projeto Qualis (Qualidade Integral em Saúde). Esse projeto atendia a população em postos de saúde do Estado, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, nos moldes do PSF.

Na época, vigorava no município o “Plano de Atendimento à Saúde” (PAS), instituído em 1996, baseado em três elementos norteadores: gestão descentralizada e privada, sistema de cooperativa para a relação de trabalho e tarifação nos moldes de seguro (Matsumoto, 1999). Em 2001, a nova gestão municipal buscou na Secretaria Municipal de Saúde estabelecer convênio com o SUS, assumindo a Gestão da Atenção Básica. Nesse contexto, o Projeto Qualis foi extinto e o PSF implantado em várias regiões do município.

O trabalho de parceria na gestão do PSF e a experiência com a Residência Médica, instituída em 1988, contando hoje com 33 programas e mais de 230 residentes, permitiram à Casa de Saúde Santa Marcelina acumular conhecimentos técnico-administrativos e científicos que possibilitam a visualização mais clara das necessidades de saúde da população (Nascimento, Quevedo, 2008).

Em 2000, tiveram início discussões com o Ministério da Saúde (MS) para pactuar a proposta da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina e Faculdade Santa Marcelina.

Após a aprovação da proposta, formalização da parceria e financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), foi criado em 2002 o primeiro Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade Santa Marcelina (FASM), iniciado em 2003, com duração de dois anos. Na primeira turma, ingressaram 20 profissionais enfermeiros e médicos (Brasil, 2006).

A segunda turma da Residência teve início em fevereiro de 2005, com um curso em período integral, com duração prevista de dois anos e carga horária total de 5.520h, distribuídas em atividades teóricas, práticas e horários de estudo. Foram oferecidas 90 vagas, sendo dezesseis para cada uma das categorias profissionais da equipe nuclear (dentistas, enfermeiros e médicos) e seis vagas para as demais categorias a saber: assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, psicólogos,

terapeutas ocupacionais e farmacêuticos (Nascimento, Quevedo, 2008). Essa composição de vagas foi fruto de pactuações com o MS a partir da diversidade epidemiológica e das necessidades locorregionais, sendo financiada através do convênio nº 3.739/2004 (MS/Fundo Nacional de Saúde). Em janeiro de 2007, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FASM certificou 64 profissionais, que receberam o título de Especialistas em Saúde da Família.

A coordenação do curso é composta por um colegiado interinstitucional, representado pela Casa de Saúde Santa Marcelina (CSSM), pelo Núcleo de Capacitação em Saúde da Família e pela FASM – Campus Itaquera.

O Programa tem por finalidade adequar a formação às necessidades e demandas de saúde da população, expressas pela mudança no perfil demográfico e epidemiológico, assim como às transformações das profissões de saúde e mercado de trabalho (Brasil, 2006).

A metodologia pedagógica predominante fundamenta-se na problematização: o residente identifica os problemas em sua realidade prática e busca soluções para os mesmos por meio de uma linha lógica reflexiva a partir de diferentes “situações-problema” (Casa de Saúde Santa Marcelina, 2004).

De acordo com Batista et al (2005), o enfoque problematizador pode contribuir para construção de novas propostas de formação e atuação do profissional, tendo a prática como objeto de reflexão e produção de conhecimento.

Idealizado como curso de pós-graduação *lato sensu*, a RMSF da FASM fundamenta-se em pressupostos teóricos, por meio de uma abordagem multidisciplinar, com a estratégia de formação pautada na integração ensino-serviço. O residente é estimulado a desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o trabalho no PSF,

com uma visão generalista, centrada no paciente e em seu contexto, pois toda competência está ligada a uma prática social (Perrenoud, 1999b). O residente deve ainda desenvolver conhecimentos baseados em evidências e ser capaz de analisar e manter sistemas de informação à saúde, comprometendo-se com pacientes, famílias e comunidade, estimulando a participação social.

A caracterização do perfil dos ingressantes em 2005 permitiu constatar que 56,1% dos residentes realizaram a maior parte de sua formação escolar em instituições públicas e 43,9% em instituições privadas. Mais da metade (53,1%) dos ingressantes eram recém-formados, sendo que 76,5% com até um ano de formação. As faixas de idade entre 22 e 24 concentraram 63,6% dos residentes que, em sua maioria, eram do sexo feminino (92,4%).

Dentre os ingressantes, 66,7% não haviam realizado estágio extracurricular em Saúde Pública ou PSF durante a formação inicial. No entanto, 54,5% tinha experiência profissional prévia na área de saúde, 39,4% na área hospitalar e 15,1% na Atenção Básica. Verificou-se ainda que 24,2% já haviam realizado outros cursos de pós-graduação *senso lato*, a maioria (62,5%) em instituições públicas (Nascimento et al, 2005).

As expectativas apresentadas pelos residentes foram diversas: aprimorar os conhecimentos na área da Saúde Pública e particularmente na ESF; trabalhar em equipe multidisciplinar; ter a possibilidade de troca de experiências entre os profissionais; cuidar de maneira integral; trabalhar com ações de promoção e prevenção à saúde; realizar pesquisa científica; conseguir um emprego na área, dentre outras expectativas específicas apresentadas por categoria profissional.

Os residentes foram divididos em 16 grupos, tendo aproximadamente cinco componentes das diversas categorias em cada um deles. Cada pequeno grupo foi inserido em uma Unidade de Saúde da Família, sob o acompanhamento de dois tutores de campo – um médico e um enfermeiro e,

em algumas Unidades, um dentista. Nelas, os residentes atuam de acordo com a especificidade de sua categoria profissional e desenvolvem trabalhos em equipe multiprofissional.

As atividades foram organizadas de forma que 50% do período de prática fossem dedicados às atividades multiprofissionais e os outros 50%, às atividades específicas de cada categoria profissional. É assegurada a participação do residente nas reuniões de equipe diárias, nas aulas teóricas (gerais e específicas) e, eventualmente, nas reuniões do conselho gestor (Clemente et al, 2008). Os grupos também contam com a supervisão, acompanhamento do processo de trabalho e treinamento em serviço de preceptores específicos de cada categoria profissional.

Algumas dificuldades foram enfrentadas pelos residentes no processo de formação, como o desenvolvimento de ações multiprofissionais, a carga horária elevada e o entrosamento da equipe de residentes e equipe tutora. Preceptores e tutores também encontraram alguns obstáculos para realizar suas atividades, em razão falta de envolvimento de alguns residentes e da própria construção de um direcionamento pedagógico para uma proposta recente e inovadora.

As funções de preceptoria e tutoria foram definidas pela Portaria n° 1.111 de 05 de julho de 2005. O preceptor desempenha função de supervisão docente-assistencial por área específica de atuação ou especialidade profissional, exercendo atividades de organização do processo de aprendizagem e de orientação técnica aos residentes. Já o tutor tem a função de supervisão docente-assistencial no campo de aprendizagem profissional da área da saúde, ou seja, deve pertencer à equipe local de assistência, acompanhando diariamente todas as atividades desenvolvidas pelos residentes, independentemente da categoria profissional à qual pertencem.

A maior parte dos preceptores da RMSF são profissionais que desempenham atividades assistenciais na ESF, cujas competências e

experiência prática os levou a ser convidados pela coordenação do Programa para compor o grupo de preceptoria (Nascimento, Quevedo, 2008).

Considerando que não existem políticas e eixos estabelecidos para a RMSF e que o processo de formulação das diretrizes está em andamento, ainda não se dispõe de consensos sobre as competências requeridas para o profissional que atua na ESF.

A busca por profissionais generalistas, com visão humanista, crítica e integradora, capazes de atuar com qualidade e resolubilidade no SUS, considerando todo o processo da Reforma Sanitária brasileira, passa pela necessidade de construção de um perfil de competências que atenda necessidades e demandas de saúde da população em situações concretas.

Há necessidade de resignificar a formação dos profissionais da saúde inseridos na RMSF, estabelecendo um perfil de competências voltadas para o mundo do trabalho, que contemple as necessidades de saúde da população e que contribua para a consolidação do SUS.

Nesse sentido, a finalidade deste estudo é refletir sobre as concepções de competências dos preceptores da RMSF da FASM e dos profissionais que desenvolvem suas atividades na Estratégia Saúde da Família. Tem como objetivos construir um perfil de competências que oriente a formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com a participação dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho da ESF. Fundamenta-se na premissa que a construção de competências parte da investigação crítica sobre a prática profissional e a ela deve retornar, renovando-a.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Construir um perfil de competências para orientar a formação profissional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

2.2 Específicos

Identificar a concepção de competência que orienta a prática pedagógica de preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da CSSM e FASM;

Identificar as competências profissionais referidas por trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família como necessárias no cotidiano de sua prática profissional.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

A busca do referencial metodológico deu-se após terem sido delineado o problema e os objetivos do estudo. Optou-se pela metodologia qualitativa, pois, segundo Minayo (1998), nessa abordagem o caráter científico da pesquisa não é um dado a priori, estabelecido por modelos e normas rígidas a serem seguidas, mas é o resultado de um processo que tem história e poderia ter acontecido de outra forma se as circunstâncias fossem outras. A pesquisa qualitativa também proporciona uma melhor compreensão das percepções e representações dos sujeitos envolvidos na pesquisa.

O método escolhido foi o Estudo de Caso, que na perspectiva qualitativa, o objeto de investigação é uma *unidade* que se analisa aprofundadamente (Triviños, 1987).

Bogdan, citado por Triviños (1987), distingue vários tipos de estudo de caso: “histórico-organizacionais”; “observacionais”; e “histórias de vida”. Dentre eles, o que se aproxima do objetivo deste estudo é o estudo de caso histórico-organizacional, que se propõe a conhecer com maior riqueza de detalhes uma “unidade” institucional.

O estudo adota como categorias conceitual e analítica a competência, tal como definida por Perrenoud (1999b). Compreende-se categoria conceitual como um “*conjunto totalizante de noções e idéias historicamente construídas que demarcam em seus espaços as partes interligadas do fenômeno considerado*” (Egry, 1996, p. 51). A categoria analítica que fundamenta este estudo é a concepção de competência, presente no

referencial teórico, podendo ser considerada como baliza para o conhecimento do objeto em seus aspectos gerais (Minayo, 1998).

A concepção dialógica de competência trabalha com o desenvolvimento de atributos cognitivos (conhecimentos), psicomotores (habilidades) e afetivos (valores) que, quando combinados e frente a uma situação concreta relacionada à prática profissional, permitem a tomada de decisão eficiente e eficaz que caracteriza a ação competente.

O contexto histórico e social dos indivíduos é considerado, assim como a trajetória de formação particular, possibilitando a reflexão sobre as práticas e adequação destas por meio da integração ensino-serviço-sociedade.

Ancora-se na formulação de Mendes-Gonçalves (1992) sobre o trabalho em saúde e de Peduzzi (2001), sobre o trabalho em equipe. Oliveira (2004, p.36) define o trabalho como uma *“ação transformadora em que se conjugam energias mecânicas e intelectuais (força de trabalho), conforme a finalidade buscada, para a satisfação de necessidades”*. Dentre os diversos tipos de trabalho, Mendes-Gonçalves (1992, p. 1) salienta que *“um dos mais notáveis é o trabalho em saúde”*, pois contribui para a construção de uma visão dinâmica e objetiva da realidade, sendo uma ferramenta importante para transformá-la e por ter como objeto de atenção o processo de trabalho o ser humano.

Para Peduzzi (2001), o trabalho em equipe multiprofissional é um tipo de trabalho coletivo em que ocorre uma interação recíproca entre as diversas intervenções e sujeitos por meio da comunicação e da cooperação em situações objetivas de trabalho. Esta integração pressupõe um “agir comunicativo” técnico e ético.

Um referencial de competências que compreenda as práticas profissionais em um dado contexto, a partir do trabalho em equipe, poderá

contribuir com a aproximação tão necessária dessa realidade, com possíveis explicações e superações das contradições observadas.

Entende-se, portanto, que a construção de um perfil de competências deva ser pensada neste contexto de aproximação com os cenários da prática em saúde e dos sujeitos nele envolvidos (Perrenoud, 1999a; Hager, Gonsci, 1996).

3.2 As competências na formação em saúde

O conceito de competência vem sendo discutido mundialmente, por diversos autores e nas diferentes áreas de conhecimento, como a educação, a sociologia, a administração, entre outras. Há grande diversidade de concepções, mas sempre intimamente ligadas e tendo como referência principal o mundo do trabalho.

Nos setor produtivo prevalece o entendimento da competência como um saber ajustado aos interesses econômicos, à produção rápida e com perfeição, adequada ao mercado consumidor. Contraditoriamente, no mundo escolar, a noção de competências aparece associada à educação emancipatória, consciente e consistente, com participação ativa do sujeito, de modo a prepará-lo para a vida, no confronto com situações reais da prática profissional. (Moraes, 2003).

A noção de competência que hoje norteia as práticas pedagógicas, com implicações para a formação profissional, advém de interesses empresariais que, a partir dos anos 80 e 90, repercutiram nas escolas. Estas passaram a formular estratégias para a formação de profissionais capazes de responder às necessidades da produção.

Com a necessidade de aplicação da ciência no exercício do trabalho, a escola ganhou importância em razão de sua função de transmissão do saber técnico, considerando que os trabalhadores necessitavam de uma

formação específica com determinados conhecimentos e habilidades. (Ramos, 2001).

Com a delimitação das profissões a partir do aprimoramento das técnicas, os empregadores passaram a demandar perfis qualificados para realizar a tarefa a ser desenvolvida, reduzindo a formação ao domínio das técnicas de um determinado ofício. Foi a flexibilização dos processos produtivos na sociedade capitalista que produziu o deslocamento da qualificação para a noção de competência.

As atuais tendências da formação dos profissionais da saúde emanadas do Ministério da Educação e expressas nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) incentivam a formação profissional com vistas ao desenvolvimento de competências.

Segundo Perrenoud (1999a), competência é a capacidade de agir eficazmente em uma determinada situação, apoiada em conhecimentos, mas sem se limitar a eles. Constrói-se na formação, mas também ao sabor da navegação de uma situação de trabalho à outra, buscando responder todas as necessidades do mundo contemporâneo.

Perrenoud (2001) complementa a definição de competência como sendo a capacidade do indivíduo mobilizar o todo ou parte de seus recursos cognitivos e afetivos para enfrentar uma gama de situações complexas. Esses recursos devem ser mobilizados e aplicados por meio da ação profissional, em circunstâncias reais do mundo do trabalho e durante a atuação profissional.

Para Oliveira (2004), as competências sugerem encontrar, identificar e mobilizar conhecimentos que darão subsídios para resolução dos problemas. Desaulniers (1997) afirma que a competência é a capacidade de resolver um problema em uma situação dada, sendo, portanto, inseparável da ação. A competência deve mobilizar um saber em ato, a partir da relação com o outro, no dia-a-dia do trabalho (Witt, 2005).

As competências expressam-se na ação profissional, daí a necessidade de uma construção curricular que possibilite o desenvolvimento de um perfil profissional em que habilidades e conteúdos se articulam com o contexto da prática profissional em saúde. Para isso, é necessário estimular reflexões e estratégias interdisciplinares, com vistas ao trabalho em equipe, para que o cuidado seja integral e efetivo (Moraes, 2003).

O desenvolvimento de competências apresenta-se como uma nova perspectiva para formação do profissional da saúde, não só por incentivar a reflexão crítica, mas por ser capaz de responder às exigências impostas pelo atual cenário de mudanças sociais e por favorecer o desenvolvimento da cidadania (Faustino, 2003).

O ensino baseado em competências primordialmente significa reconhecer que as relações do mundo estão mudadas e, sendo assim, a formação educacional do profissional também precisa ser diferenciada (De Domenico, *Ide*, 2005).

Para Meghnagi (1998) o estudo da competência apresenta-se como uma análise do processo de construção do saber necessário ao trabalho, sendo assim vinculado às mudanças sociais e ao processo de trabalho em um determinado período.

Um currículo orientado por competências tem papel fundamental na aproximação entre o que se aprende na escola e o mundo do trabalho, uma vez que o processo de ensino-aprendizagem é desenvolvido em um campo concreto de práticas, de modo a mobilizar os saberes necessários ao cotidiano do trabalho e às relações intersubjetivas que nele se estabelecem (Lima, 2005). Desse modo, a construção de competências apresenta-se como uma estratégia para a formação de profissionais de saúde, voltadas ao desenvolvimento e à consolidação da cidadania, baseada nas necessidades sociais em uma realidade concreta (Lima, 2005; Meghnagi, 1998).

Segundo Lima (2004), só na área de educação, três concepções diferentes de competência são encontradas, sendo elas: a) combinação de atributos pessoais mobilizados em contextos específicos para atingir determinados resultados; b) coleção de atributos ou capacidades pessoais e c) relação de resultados observados ou esperados. Verificas-se, portanto, que a noção de competência apresenta *“um caráter polimorfo e a opacidade de seus significados múltiplos favorece seu uso em situações variadas, por diferentes agentes e com interesses diversos”* (Ribeiro, Lima, 2003, p. 48).

Freitas (2002, p. 50) adota uma noção de competência que é a da reflexão, que favorece a “construção/reconstrução crítica da formação e do conhecimento profissional, assim como da experiência gerada da prática da profissão”, diferentemente da abordagem capitalista contemporânea, a qual “adota a noção de competência para substituir a de qualificação para o trabalho, que visa apenas ao aumento da capacidade resolutiva de problemas imediatos”.

O conceito de competência vem sofrendo mudanças ao longo dos anos, passando por uma linha comportamentalista/behaviorista, de uma listagem de tarefas, fortemente utilizada na formação de profissionais técnicos, para uma abordagem dialógica em que se articulam tarefas e recursos cognitivos, afetivos, psicomotores.

Usada no singular, a competência expressa *“uma síntese do perfil profissional ou um julgamento atribuído a alguém em relação à avaliação de sua prática profissional”*, segundo contexto e padrões de excelência (Lima, 2004, p. 125). A competência só pode ser inferida e representa uma síntese de desempenhos, que são a parte visível da competência, ou seja, a parte observável no processo ensino aprendizagem.

Ramos (2002) considera que é possível inferir sobre a competência com base nos desempenhos, que são expressões concretas dos recursos que os indivíduos articulam e mobilizam quando se deparam com distintas situações de trabalho.

A orientação curricular por competência requer uma opção de base teórico-filosófica quanto ao conceito de competência que, segundo Ramos (2002), pode ser resumido em três tendências principais: o condutivismo/funcionalismo, o construtivismo francês e o modelo australiano.

No referencial condutivista há uma adaptação da formação para o mercado de trabalho; interesse no produto ou resultado como expressão de eficiência. O referencial pedagógico adota a estrutura comportamentalista, tendo como referência a psicologia Skinner e Bloom; busca ‘o fazer bem feito’, a habilidade na tarefa, estimulando a competitividade. Nessa perspectiva, a competência está relacionada a um perfil de excelência que é tomado como referência para a ação profissional.

Seguindo a mesma tendência, o funcionalismo ressalta os resultados e os produtos em detrimento do processo, não enfocando com relevância os atributos que fundamentam as práticas do trabalho. Há uma relação direta com a função e as tarefas e a competência é descrita como uma lista de conhecimentos e de tarefas, muitas vezes sob a forma de um *check list*. Professores e estudantes ocupam espaços distintos e antagônicos. Esse referencial predominou nos Estados Unidos e na Inglaterra e guarda relação com a eficiência e adaptação para o mercado de trabalho. Nessa abordagem, a avaliação é vista como uma medida e o desempenho é associado à eficiência voltada para a qualificação para o emprego (Lima, 2005).

Ancorado no construtivismo, o modelo francês descreve a competência como uma lista de atividades; o referencial pedagógico busca a construção social da competência, a abordagem é individual e coletiva, voltada para o trabalho e centrada nos conteúdos típicos desse. O conceito de competência é utilizado no singular quando se refere a mudanças nas organizações do trabalho e, no plural, para designar mudanças no conteúdo. Essa perspectiva de competência vincula trabalho e educação e relaciona as

atividades profissionais a diferentes saberes no sentido de ‘ser capaz de’: saber, saber ser, saber fazer, saber conviver.

Por fim, o modelo australiano, embasado no referencial construtivista; apresenta aproximação com a escola crítica. O conceito de competência apresenta-se como uma combinação de atributos em uma situação prática, no mundo do trabalho. É utilizado no singular ao fazer referência à prática profissional; o desempenho (capacidades em ação) e os padrões são vistos como dimensões da competência. Busca a integração, o diálogo entre a teoria e a prática, considera o contexto e a cultura do local de trabalho e também os valores e a ética. Esse modelo de competência tem uma abordagem holística, que se constrói no diálogo entre a formação e o mundo do trabalho, na qual as práticas profissionais são desenvolvidas (Lima, 2005).

Ao optar pela construção da formação a partir do mundo do trabalho, o referencial australiano apresenta coerência com a proposta de superação das práticas em saúde vigentes a partir da ação reflexiva. Para tanto, propõe o diálogo da formação entre o mundo do trabalho e a universidade, articulando a teoria e a prática, buscando que o estudante mobilize/construa seu desempenho na ação, de forma pertinente e no momento oportuno para solucionar problemas e necessidades de saúde nos cenários de ensino-aprendizagem em que se encontra. Neste referencial de competência o processo de avaliação é dialógico, valorizando o processo tanto quanto o resultado. A sua construção necessita da participação de todos os sujeitos envolvidos, além de possibilitar a verificação das aprendizagens articuladas e integradas, nas situações vivenciadas.

Em uma concepção crítico-reflexivo da ação pedagógica, a aprendizagem significativa diz respeito às repercussões dos conhecimentos e das experiências educativas prévias sobre a assimilação do novo e requer do aprendiz uma postura ativa, crítica e reflexiva, que favorece o aprendizado.

Roldão (2005) considera que a essência da competência é a capacidade de mobilização e de convocação dos atributos necessários para atuar face a uma determinada situação, articulando-os de forma pertinente e oportuna. Portanto, a competência não se refere somente à aplicação de recursos, mas à mobilização de atributos frente a uma dada situação da prática profissional, de acordo com o grau de autonomia e o domínio do estudante no momento de sua formação.

3.3 Cenário do estudo

Desde 1912, a Congregação das Irmãs Marcelinas desenvolve atividades voltadas para a educação e a saúde no Brasil. No âmbito do ensino superior, a Faculdade Santa Marcelina foi criada na cidade de São Paulo em 1929, inicialmente no Campus Perdizes e posteriormente no Campus Itaquera, oferecendo cursos técnicos, de nível superior e pós-graduação *senso lato*.

Na área de assistência à saúde, o Hospital Santa Marcelina de Itaquera, de caráter filantrópico, foi fundado em 1961. Atualmente é a principal referência hospitalar para a zona leste do município, com capacidade operacional de 800 leitos e atendimento diário de aproximadamente 3.000 pessoas (Bourget, 2005). Na Atenção Básica, a Casa de Saúde Santa Marcelina é a principal parceira do PSF no município de São Paulo. Situada nesse contexto institucional, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família será o cenário deste estudo.

3.4 População do estudo

Por se tratar de um estudo de caso que tem como proposta o aprofundamento e a descrição detalhada do fenômeno, a escolha dos sujeitos deu-se a partir do envolvimento dos profissionais de saúde que

atuam na referida instituição, no contexto da RMSF. Para que houvesse uma construção coletiva do perfil de competências profissionais, fez-se necessária a identificação de pessoas envolvidas com o trabalho em Saúde da Família. Sendo assim, a população do estudo foi composta pelos preceptores da Residência, totalizando 15 participantes e por 8 profissionais de nível superior que foram indicados por estes por apresentarem uma prática competente no cotidiano do trabalho nas Unidades de Saúde da ESF.

Todos os sujeitos foram contatados e convidados a participar do estudo, bem como foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e termo de consentimento (Anexo 6).

Os preceptores das dez categorias profissionais presentes na Residência foram selecionados pela coordenação do curso no início da Residência em janeiro de 2005 por apresentarem um perfil de competência com padrão de excelência em sua prática profissional. Esse conjunto de pessoas indicadas desenvolve atividades docente-assistenciais no acompanhamento dos residentes em Saúde da Família.

Os profissionais indicados pelos preceptores desenvolvem suas atividades em uma das 58 Unidades de Saúde da ESF, que têm como gestora a Casa de Saúde Santa Marcelina.

Justifica a escolha dessa população a premissa de que a melhor descrição é aquela feita por quem efetivamente realiza o trabalho, o que poderá facilitar a compreensão de alguns dos aspectos dessa realidade.

3.5 Etapas do trabalho e coleta dos dados

A coleta de dados foi iniciada individualmente com preceptores e profissionais indicados, por meio da aplicação de um roteiro de

caracterização dos sujeitos, com questões relativas à formação inicial, tempo de atuação na ESF e outras experiências profissionais (Anexo 3).

Para a investigação foram realizadas entrevistas individuais semi-estruturadas com os preceptores (Anexo 4) para verificar a concepção de competência que orienta sua prática pedagógica. Este roteiro de entrevista passou por um pré-teste com uma ex- preceptora da enfermagem e permitiu a avaliação do instrumento de coleta de dados frente aos objetivos propostos.

Para Minayo (1998), como técnica de coleta de dados, a entrevista permite revelar, por meio das falas, condições estruturais, valores pessoais, regras e símbolos, ao mesmo tempo em que explicita as representações de determinados grupos em seu contexto histórico, social, econômico e cultural. A entrevista permite correções, esclarecimentos e adaptações, tornando mais eficaz a obtenção das informações desejadas, obtidas no diálogo que se estabelece entre o entrevistado e o pesquisador (Ludke, André, 1986).

De acordo com Severino (2007, p. 124), a entrevista permite ao pesquisador uma interação com o pesquisado, com o intuito de “apreender o que os sujeitos pensam, sabem, representam, fazem e argumentam”.

Foram entrevistados 15 preceptores, representantes das nove categorias profissionais presentes na RMSF (medicina, enfermagem, fonoaudiologia, terapia ocupacional, nutrição, serviço social, farmácia, odontologia e psicologia), ficando sem representação a fisioterapia, visto que esta categoria dispõe de apenas um preceptor que é a responsável por este estudo.

Durante a entrevista, foi solicitado aos preceptores que indicassem nominalmente profissionais ligados ao serviço, que apresentassem uma prática competente na ESF. Foram indicados 9 profissionais, no entanto apenas 8 foram entrevistados, pois um deles nunca esteve inserido no cotidiano da prática na ESF. Dois dos profissionais indicados como

competentes são também preceptores da RMSF e foram assim, entrevistados duas vezes, enquanto preceptor e profissional indicado.

As entrevistas com os dois grupos foram registradas com o emprego de gravador e diário escrito da pesquisadora e possibilitaram uma produção coletiva de saberes, relativa ao exercício profissional competente e às áreas de competência para ESF.

Com o produto final das entrevistas acima descrita e a partir do trabalho concreto em Saúde da Família, pretende-se estabelecer um perfil de competência, nas dimensões ética, técnica e sociopolítica, para reorientar a formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Com essa contribuição, espera-se subsidiar a reestruturação curricular da Residência da CSSM e FASM, além de contribuir para uma reflexão crítica que favoreça a construção de diretrizes nacionais para as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família.

3.6 Análise dos dados

Para análise do material empírico resultante da transcrição das entrevistas foi utilizada a técnica de análise de discurso preconizada por Fiorin (1999) e adaptada por Car e Bertolozzi (1999).

De acordo com Fiorin (1999), o discurso é uma trama de combinações, em que o conjunto de frases exprime o pensamento do indivíduo, seu entendimento e relacionamento com o mundo exterior e interior e seu modo de agir sobre uma dada realidade. Para Minayo (1998), a técnica de análise de discurso busca compreender o funcionamento, a organização e o modo de expressão social de cada indivíduo, visto que a linguagem representa o pensamento.

O processo da análise de discurso foi realizado em etapas, a partir da transcrição literal dos discursos e de leituras repetidas do material. A primeira etapa consistiu na identificação de figuras e temas a partir das falas dos sujeitos. As figuras são os termos utilizados que remetem a algo do mundo concreto e natural, enquanto os temas estão relacionadas aos significados abstratos. Os temas compõem as categorias que organizam os elementos do mundo natural (Faustino, 2003).

Posteriormente buscou-se a articulação entre figuras e temas, identificando ambigüidades e repetições nos discursos. Em seguida, foi realizada a recomposição dos discursos por meio de frases temáticas. A análise dos discursos sintetizados em frases temáticas que possibilitou o agrupamento e categorização do material empírico de acordo com os quatro pilares da educação: saber conhecer, saber fazer, saber ser e saber conviver (Delors, 2003) para preceptores e profissionais indicados.

O agrupamento dos temas resultou nas categorias empíricas do estudo (Car, Bertolozzi, 1999) e em seguida, à luz do referencial teórico, procedeu-se à recomposição desses conhecimentos, habilidades e atitudes em competências, classificadas nas áreas de domínio propostas por Witt (2005).

4 RESULTADOS

Participaram deste estudo 15 preceptores, sendo três médicos, três enfermeiros, dois terapeutas ocupacionais, dois cirurgiões-dentista, um psicólogo, um fonoaudiólogo, um nutricionista, um farmacêutico e um assistente social. Seus discursos foram identificados por P1, P2, até P15. Solicitados a indicar profissionais que se destacam pela prática competente na ESF, os preceptores fizeram referência a oito profissionais: três médicos, dois enfermeiros, dois fonoaudiólogos e um cirurgião-dentista. Seus discursos foram identificados como P11 a P18.

- A média de idade dos preceptores foi de 36,4 anos e dos profissionais indicados, 36,5 anos;
- Houve predominância do sexo feminino (15 participantes) em relação ao masculino (oito participantes);
- Doze participantes formaram-se em instituições públicas e 11, em instituições privadas;
- O tempo decorrido desde a formação inicial variou de quatro a 23 anos;
- Tanto os preceptores como os profissionais indicados haviam realizado algum tipo de pós graduação *lato sensu*: seis fizeram aprimoramento, sete residência e 21 especialização, com predomínio da especialização em Saúde Pública ou Coletiva;
- Oito haviam concluído a pós-graduação *stricto sensu*, nível de mestrado, nas áreas de Saúde Pública, Fonoaudiologia, Ciências da Reabilitação Neuromotora e Odontologia em Saúde Coletiva;

- Todos possuíam experiência profissional na ESF, variando de 1 ano e 9 meses até 11 anos;
- Para a maioria dos participantes, a experiência de trabalho anterior ao ESF ocorreu na área hospitalar;
- Dentre os preceptores, 12 já tinham experiência no ensino como docentes antes de assumir a preceptoria na RMSF.
- Quatorze preceptores já desenvolviam atividades de preceptoria há dois anos na RMSF, apenas um possuía experiência anterior como preceptor em Residência Médica;

O quadro a seguir apresenta uma compilação da caracterização dos participantes deste estudo.

Quadro 1 - Caracterização dos sujeitos abordados. São Paulo, 2008.

Sujeitos	Idade	Sexo	Profissão	Tempo De Formado	Natureza da Instituição Formadora		Nível de Instrução					Tempo de Experiência na ESF	Tempo de Preceptoría	Experiência anterior	
							Pós Grad. <i>lato sensu</i>			Pós Grad. <i>stricto sensu</i>				ensino / docência	
					Pública	Privada	Aprimor.	Resid.	Especial.	Mestrado	Doutorado			Sim	Não
P1 *	34	F	Enfermeiro	9a		X			X			9a	1a e 6m	X	
P2	37	F	Psicólogo	12a	X				X	X	X **	1a e 9m	6m	X	
P3	31	F	Enfermeiro	8a	X		X		X			8a	1a	X	
P4	29	F	T. Ocupacional	4a	X		X		X			2a	1a e 3m	X	
P5	34	M	Cirurgião Dentista	10a	X					X		9a	2a		X
P6	29	F	Fonoaudiólogo	9a		X	X		X	X		7a e 6m	2a		X
P7	38	F	Enfermeiro	15a	X			X	X	X	X **	4a	2a	X	
P8	42	F	Médico	16a		X		X	X	X **		9a	4a	X	
P9	48	M	Médico	23a	X			X	X	X **		8a	2a	X	
P10	45	F	Cirurg. Dentista	22a	X				X	X	X **	10a	2a	X	
P11	30	F	Nutricionista	9a		X			X	X **		2a	2a		X
P12 *	35	M	Médico	11a	X			X	X			9a	2a	X	
P13	35	M	T. Ocupacional	11a		X			X	X		3a	2a	X	
P14	36	M	Farmacêutico	14a		X	X		X			2a	2a	X	
P15	43	F	Assist. Social	12a		X	X		X			5a	2a		X
PI 1 *	35	M	Médico	11a	X			X	X			9a	2a	X	
PI 2	29	F	Fonoaudiólogo	8a		X				X		7a e 3 m			
PI 3	30	F	Fonoaudiólogo	8a		X	X		X	X		8a			
PI 4	51	F	Médico	11a e 6m	X			X	X			11a			
PI 5	37	M	Cirurgião Dentista	9a	X				X			5a			
PI 6	42	F	Enfermeiro	21a		X			X			10a			
PI 7 *	34	F	Enfermeiro	9a		X			X			9a	1a e 6m	X	
PI 8	34	M	Médico	9a	X			X	X			6a			

* P1 e PI7 / P12 e PI1 correspondem ao mesmo sujeito.

** Pós Graduação *stricto sensu* em andamento.

A concepção de competência apreendida por meio dos discursos dos preceptores e dos profissionais por eles indicados revelou grande semelhança conceitual entre os dois grupos, com predomínio da definição de competência de Perrenoud, como pode ser observado nos discursos a seguir:

“(...) um cara que tem essa competência, o cara tem habilidade, conhecimento e atitude, pronto, tem tudo. Ele sabe, ele faz, ele acontece...”.(P3)

“Eu acho que todo mundo é competente desde que adquira aquele “chá básico” que a gente sabe que são os conhecimentos, as habilidades e as atitudes”. (P17)

Apresenta-se a seguir os quadros oriundos da recomposição das frases temáticas pelos quatro pilares da educação, para os dois grupos entrevistados: preceptores e profissionais indicados. A análise dos conhecimentos (saber conhecer), habilidades (saber fazer) e atitudes (saber ser e saber conviver) também permitiu constatar grandes semelhanças entre os discursos dos preceptores e dos profissionais por eles indicados.

Quadro 2 – Competências relativas ao saber conhecer na perspectiva dos preceptores e profissionais indicados. São Paulo, 2008.

Saber Conhecer – Preceptores
<ul style="list-style-type: none">• Ter conhecimento técnico/clínico e disciplinar adquirido na formação específica• Ter conhecimento ampliado sobre: políticas públicas, processo saúde-doença, relação interpessoal, atenção primária, integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, planejamento estratégico, perfil epidemiológico, indicadores de saúde, trabalho em grupo (educativo e terapêutico), trabalho em equipe, território, área de influência, área de abrangência, promoção, prevenção, assistência e reabilitação, gestão, gerenciamento de recursos e princípios e estratégias organizacionais do programa• Ter conhecimento para fazer consulta, dar um diagnóstico, prescrever e encaminhar para outros níveis de atenção à saúde• Monitorar a qualidade de vida e resolver os problemas de saúde da população com mudança nos indicadores• Ter uma visão humanista e ampliada do processo saúde-doença, capaz de contextualizar os sintomas físicos ao seu meio social, familiar e aos demais determinantes de saúde• Apreender a necessidade de trabalhar para além da técnica com: envolvimento afetivo, emocional e técnico com o trabalho, identificação pessoal com o programa, comprometimento, compromisso, iniciativa, dinamismo, criatividade, pró-atividade, autonomia, flexibilidade, disponibilidade, atenção, respeito, diálogo sem hierarquia, preocupação com o outro, postura profissional, sensibilidade, vínculo, responsabilidade, organização e empreendedorismo para inovar a prática no PSF• Reconhecer que a teoria respalda a prática, que ambas se correlacionam e que o serviço aperfeiçoa a competência técnica• Reconhecer que a Educação Permanente deve acontecer no dia-a-dia: na reunião de equipe, na supervisão, na visita• Ter conhecimento das limitações profissionais e se instrumentalizar através de livros e pós-graduação
Saber Conhecer – Profissionais Indicados
<ul style="list-style-type: none">• Ter conhecimento técnico adquirido na formação específica• Ter conhecimento e formação generalista em diversas áreas: clínica geral, pediatria, ginecologia obstetrícia, práticas de saúde coletiva, epidemiologia e trabalho em grupo• Conhecer o território/comunidade e sua rede de referência e contra-referência• Ter uma visão de saúde diferenciada, humanista, do social, da economia, da política e da educação• Reconhecer que a aquisição de conhecimento é permanente e que também se adquire nas relações familiares e profissionais, no dia-a-dia da prática e através de estudo, pesquisa e atualizações• Reconhecer que sua atuação não se limita à prescrição, aliando o conhecimento técnico ao envolvimento, à escuta e valorização do indivíduo

Quadro 3 – Competências relativas ao saber fazer na perspectiva dos preceptores e profissionais indicados. São Paulo, 2008.

Saber Fazer – Preceptores
<ul style="list-style-type: none">• Ter olhar ampliado para saúde, promoção, prevenção e para família• Correlacionar teoria e prática problematizando a realidade• Ter habilidade técnica específica• Trabalhar em equipe• Ter habilidade para abordar o paciente, acolher, escutar e cuidar• Ter habilidade para enfrentar e conduzir desafios e/ou problemas cotidianos• Ter postura profissional• Buscar parcerias intersetoriais• Envolver-se com a comunidade, estimular a participação popular e envolvimento no conselho gestor• Reconhecer que o enfoque clínico é insuficiente para o cuidado• Construir um plano de ação• Desenvolver todo potencial do profissional na prática e a segurança no fazer para resolução dos problemas e efetividade das ações• Saber fazer com poucos recursos, equipamentos e instrumentos, utilizando a criatividade• Promover a conscientização dos usuários para sua situação, para autonomia, para cidadania, para participação e para o respeito próprio
Saber Fazer – Profissionais Indicados
<ul style="list-style-type: none">• Valorizar o indivíduo como pessoa em seu contexto• Saber escutar, olhar, acolher e encaminhar• Desenvolver uma prática diferenciada com afinidade pelo trabalho• Saber planejar e organizar a agenda a partir da prevalência e incidência de casos• Desenvolver a criatividade• Ter habilidade técnica específica• Correlacionar teoria e prática• Aprender com os erros do dia-a-dia• Perceber as limitações individuais para o desenvolvimento do trabalho• Trabalhar em equipe• Desenvolver atividades em grupo – educativo e terapêutico• Discutir casos com a equipe• Trabalhar com as famílias e com educação em saúde• Promover o cuidado estimulando a autonomia do indivíduo• Atender o usuário como parte integrante de uma população• Vislumbrar possibilidades de ação a partir de um olhar abrangente e da necessidade da população• Reconhecer-se como agente de saúde e fonte de recursos para comunidade

Quadro 4 – Competências relativas ao saber ser na perspectiva dos preceptores e profissionais indicados. São Paulo, 2008.

Saber Ser – Preceptores
<ul style="list-style-type: none">• Ter espírito inovador, vontade, iniciativa, engajamento, envolvimento, responsabilidade, compromisso, comprometimento, interesse e pró-atividade• Ter respeito para com os usuários e colegas de trabalho e valorizar seus conhecimentos e opiniões• Reconhecer outros profissionais e sua influência para a equipe• Ter uma postura profissional madura, humanista, atenciosa, acolhedora, afetuosa, sensível, facilitadora e resiliente• Ser um líder motivador sem autoritarismo• Dedicar-se à pesquisa e a busca de conhecimentos/informações
Saber Ser – Profissionais Indicados
<ul style="list-style-type: none">• Reconhecer a constituição do sujeito e sua história de vida enquanto ser humano• Ter empatia, respeito, escuta, sensibilidade, acolhimento e interesse pelo paciente e seus problemas• Transmitir confiança• Gostar e acreditar no trabalho que faz• Estar aberto e ter a simplicidade para “trocar” com outros profissionais e para aprender com os usuários• Ter vontade de contribuir mais• Buscar seu conhecimento• Ter humildade, paciência, flexibilidade e otimismo

Quadro 5 – Competências relativas ao saber conviver na perspectiva dos preceptores e profissionais indicados. São Paulo, 2008.

Saber Conviver – Preceptores
<ul style="list-style-type: none">• Dominar tecnologia leve• Ter habilidade relacional• Respeitar os diferentes ritmos com diálogo• Trabalhar em equipe• Respeitar o usuário e o conhecimento popular• Reconhecer as necessidades dos usuários• Ser capaz de adaptar-se ao trabalho e resolver problemas• Ter uma postura acolhedora, flexível, aberta, respeitadora, responsável, sem hierarquia, afetuosa, dinâmica, com olhar ampliado para família, engajada e envolvida• Agregar pessoas• Respeitar o posicionamento do paciente frente ao seu tratamento• Ter vínculo com o paciente e família
Saber Conviver – Profissionais Indicados
<ul style="list-style-type: none">• Valorizar o conhecimento do outro, estar aberto para o novo e para “trocas”• Trabalhar em equipe• Compreender a família, como ela vive e se constrói• Ser acolhedor, empático, maleável, responsável e flexível• Respeitar as diferenças e saber lidar com as pessoas• Ter um olhar e uma escuta diferenciada• Envolver-se com a comunidade e construir vínculo

A elaboração do quadro síntese das competências para formação e atuação profissional na ESF resultou de um processo de articulação dos discursos dos dois grupos entrevistados, cujo resultado será apresentado a seguir e discutido no próximo capítulo.

Quadro 6 - Síntese das competências para formação e atuação profissional na Estratégia Saúde da Família por área de domínio. São Paulo, 2008.

Área de Domínio	Competências
1. Valores Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificar-se com o programa (ESF) e desenvolver uma prática diferenciada com afinidade e engajamento pelo trabalho ❖ Ter uma postura profissional resiliente, humanista, responsável, interessada, comprometida, envolvida, flexível, compromissada, humilde, dinâmica, empreendedora e pró-ativa ❖ Trabalhar com atenção, respeito, vontade, interesse, espírito inovador, autonomia, otimismo e paciência, de forma horizontal ❖ Trabalhar com dinamismo, iniciativa e disponibilidade
2. Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Saber ouvir com empatia, respeito e valorização do interlocutor ❖ Respeitar as diferenças e estabelecer diálogo ❖ Ter habilidade para abordar o usuário ❖ Dominar as tecnologias leves e ter habilidade nas relações interpessoais
3. Trabalho em Equipe	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Trabalhar em equipe, discutir casos e plano de cuidado ❖ Reconhecer o saber ser dos profissionais da equipe e valorizar seus conhecimentos e opiniões ❖ Estar aberto para “trocar” com outros profissionais e para agregar pessoas ❖ Exercer liderança, sem autoritarismo
4. Gerência	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ter conhecimento sobre gestão e gerenciamento de recursos ❖ Ser capaz de construir um plano de ação/realizar um planejamento estratégico ❖ Saber planejar e organizar o trabalho a partir da prevalência e incidência de casos
5. Orientada à Comunidade	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conhecer o território (área de abrangência e influência) e envolver-se com a comunidade ❖ Trabalhar com grupos (terapêuticos e educativos) ❖ Ter olhar ampliado para família, compreender seu contexto de vida e trabalho ❖ Construir vínculo ❖ Estimular a participação popular e o envolvimento no Conselho gestor ❖ Valorizar o indivíduo como pessoa em seu contexto (sua constituição e história) e como parte integrante de um grupo social ❖ Vislumbrar possibilidades de ação a partir de um olhar

	<p>abrangente sobre as necessidades dos indivíduos e dos grupos sociais</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Respeitar o usuário, seu conhecimento e seu posicionamento frente ao projeto terapêutico
6. Promoção da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Saber conhecer e saber fazer promoção e educação em saúde ❖ Promover a autonomia, a participação e o respeito próprio dos usuários, favorecendo o desenvolvimento da cidadania
7. Resolução de Problemas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ter habilidade para enfrentar e conduzir desafios e/ou problemas cotidianos ❖ Buscar parcerias intersetoriais ❖ Trabalhar com poucos recursos, equipamentos e instrumentos, desenvolvendo a criatividade ❖ Ser capaz de se adaptar ao trabalho e resolver problemas ❖ Desenvolver todo potencial na prática e a segurança no fazer para resolução dos problemas e efetividade das ações
8. Atenção à Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ter conhecimento para realizar consulta, fazer diagnóstico, prescrever e encaminhar para outros níveis de atenção à saúde ❖ Ter uma visão de saúde diferenciada, integral, humanista e ampliada do processo saúde-doença (do social, familiar, da economia, política e educação) ❖ Reconhecer que o enfoque clínico é insuficiente para o cuidado, necessitando também de envolvimento ❖ Reconhece-se como agente de saúde e fonte de recursos para comunidade ❖ Desenvolver ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação ❖ Transmitir confiança e ter uma postura aberta, sensível, acolhedora, atenciosa, afetuosa, facilitadora e interessada pelo paciente e seus problemas
9. Educacional	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reconhecer as limitações do saber e da ação profissionais, aprendendo com os erros do dia-a-dia e buscando atualização/informação/instrumentalização permanentes ❖ Reconhecer que a Educação Permanente deve acontecer no dia-a-dia: na reunião de equipe, na supervisão, na visita ❖ Reconhecer o trabalho como locus de produção de saber ❖ Reconhecer que a teoria respalda a prática e que ambas se correlacionam problematizando a realidade ❖ Reconhecer que a aquisição de conhecimentos é permanente e que também se adquire nas relações familiares, profissionais e na prática
10. Em Ciências Básicas da Saúde Pública/Saúde Coletiva	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ter formação generalista ❖ Ter conhecimento e habilidade técnica/clínica adquiridos na formação específica ❖ Ter conhecimento sobre políticas públicas, processo saúde-doença, atenção primária, interdisciplinaridade, epidemiologia, indicadores de saúde, práticas de saúde coletiva, rede de referência e contra-referência, princípios e estratégias organizacionais da ESF

5 DISCUSSÃO

O material empírico resultante da transcrição dos discursos foi inicialmente decomposto em frases temáticas para, em seguida, ser recomposto pelos pilares da educação (Delors, 2003): saber conhecer, saber fazer, saber ser e saber conviver, na perspectiva dos preceptores da RMSF e dos profissionais indicados e com base na experiência vivenciada por eles no dia-a-dia na ESF.

Ancorado no referencial teórico, esse movimento analítico e sintético que incidiu sobre o material empírico propiciou a construção de um quadro síntese das competências para formação e atuação profissional na Estratégia Saúde da Família.

Em seguida, utilizou-se o estudo de Witt (2005) para organizar tais competências em áreas de domínio. Em seu estudo sobre as competências da enfermeira na Atenção Básica e sua contribuição para a constituição das Funções Essenciais de Saúde Pública a autora propôs dez áreas de domínio para organizar as competências identificadas: valores profissionais, comunicação, trabalho em equipe, gerência, orientada à comunidade, promoção da saúde, resolução de problemas, atenção à saúde, educacional e em ciências básicas da saúde pública e coletiva. As competências identificadas neste estudo em cada uma das áreas serão discutidas a seguir.

5.1 Valores Profissionais

Segundo Witt (2005), valores profissionais são processos socioculturais e históricos que englobam a ética como norteadora da ação profissional, o comprometimento e o compromisso com a saúde individual e coletiva e a responsabilização pela atenção à saúde dos indivíduos.

Em seu estudo, a área de domínio dos valores profissionais foi grandemente mencionada, agregando competências gerais dos profissionais da saúde, ou seja, competências compartilhadas por toda a equipe da Atenção Básica.

O comportamento dos profissionais de saúde baseia-se em valores individuais e coletivos construídos ao longo de suas vidas e também nos valores definidos e regidos pelos códigos de ética profissional.

As DCN dos cursos de graduação na área da saúde recomendam que a atuação profissional envolva compromisso social, responsabilidade, empatia, habilidade para tomar decisões, gerenciamento e comunicação (Almeida, 2003).

A competência ética deve permear a prática dos profissionais de saúde em todos os âmbitos de atuação, em particular na ESF, devido ao maior envolvimento e relacionamento com as famílias, o que pressupõe um amplo conhecimento de seus problemas, que precisam ser respeitados e mantidos em sigilo.

No presente estudo, na área de domínio dos valores profissionais, os preceptores e os profissionais por eles indicados consideraram com uma das competências para o trabalho em ESF **identificar-se com o programa e desenvolver uma prática diferenciada com afinidade e engajamento pelo trabalho:**

“E ela se propôs a estar engajada nesse trabalho, num perfil totalmente de PACS. Ela não tinha médico, ela agregava outros colaboradores que estavam em outras unidades para fazer o processo de implantação juntamente com ela. Foram “n” desafios que ela acabou recebendo e conseguiu conduzir”. (P3)

“Primeiro você tem de gostar muito, tem de ser um negócio que você acredita”. (PI4)

“Eu acho que não é só a questão técnica, ela é importante, é óbvio, mas eu acho que não é o maior diferencial, não. Ele pode ser muito competente numa área e não saber lidar com essa competência técnica. Eu acho que tem de ter esse envolvimento. Só que eu acho difícil ter esse envolvimento se você não gostar, não consegue”. (P16)

O estudo de Ronzani e Silva (2008) também havia identificado que, além da capacidade técnica, os profissionais que compõem as equipes de saúde da família precisam se identificar com o modelo de trabalho, que exige criatividade, iniciativa e vocação para o trabalho em grupo e com a comunidade.

A afinidade e o engajamento pelo programa enriquecem a atuação profissional e colaboram para que as intervenções sejam mais efetivas e capazes de promover transformações sociais. Oliveira e Marcon (2007) também enfatizam que o trabalho na ESF requer envolvimento e responsabilidade com a comunidade e com a família no contexto da prática.

Outra competência necessária aos profissionais na ESF refere-se a ter uma postura profissional resiliente, humanista, responsável, interessada, comprometida, envolvida, flexível, compromissada, humilde, dinâmica, empreendedora e pró-ativa.

Os achados de Witt (2005) corroboram os deste estudo, uma vez que essa autora também identifica a postura profissional responsável, comprometida e compromissada como uma competência de todos os profissionais da saúde. Os discursos abaixo exemplificam as competências relacionadas aos valores profissionais:

“O importante da competência, não é só ter habilidade, conhecimento, mas é a atitude, o comportamento do profissional. Ele tem que se comprometer com a comunidade. Não é só querer participar. Esse compromisso que é importante. Então, eu falei da A., eu senti que a A. se comprometia com a comunidade. Não só porque queria participar, mas

[porque] tinha esse envolvimento. Acho que isso é importante para o profissional". (P14)

"Acho que outra [competência] é a resiliência, que a gente vê sendo bastante comentada por aí hoje em dia. Acho que é uma característica do perfil profissional, a gente sai um pouquinho da técnica e vai um pouco mais para a pessoa. Então, o perfil do profissional". (P13)

"Tem de ter compromisso, tem de ter comprometimento, mais do que compromisso, tem que ter comprometimento mesmo. Tem de ter competência no sentido completo mesmo, tem de conhecer, saber fazer realmente, dominar a habilidade. Tem de ter uma atitude coerente. Eu acho que atitude envolve o comprometimento, a responsabilidade, a pró-atividade". (P7)

"Eu acho que é comprometimento. Se você tiver comprometimento realmente, se tiver intenção de promover a saúde, você está fazendo o melhor para a população, apesar de todas as dificuldades que você encontra de fazer diagnóstico". (P9)

"Então, eu acho que ter essa flexibilidade para lidar com estratégias, acolher, escutar e entender que você não sabe tudo e vai ter que buscar outras técnicas, às vezes". (P13)

Para o estabelecimento de uma relação efetiva de cuidado integral é essencial que o profissional 'saiba mais ser do que conhecer', tendo envolvimento com as pessoas e uma postura ética (Oliveira, Marcon, 2007).

De acordo com Campos e Belisário (2001), para que o trabalho em saúde seja humanizado, é preciso que os profissionais tenham uma sólida formação ética e um elevado compromisso social.

Ronzani e Silva (2008) afirmam que a ESF requer dos profissionais atributos como atenção, comprometimento e sensibilidade. No entanto, as orientações capazes de produzir impacto na saúde e na qualidade de vida

da população ainda permanecem em desatenção, no contexto das necessidades da população.

No contexto da ESF, as competências profissionais requeridas incluem saber fazer bem o trabalho em saúde, técnica e politicamente, com mediação da ética. Além disso, incluem **trabalhar com atenção, respeito, vontade, interesse, espírito inovador, autonomia, otimismo e paciência, de forma horizontal:**

“(...) ‘Olha, dona Maria, é o seguinte: eu estou com um probleminha aqui... a gente trabalha em equipe, a senhora sabe. A senhora quer fazer o quê? Quer que eu termine de atendê-la agora ou a senhora poderia esperar uns cinco minutinhos para eu resolver esse caso que apareceu e que provavelmente é mais urgente?’. Aí ela ficou assim... No caso eu percebi que ela se sentiu muito valorizada por ele estar respeitando a opinião dela em relação a continuidade do atendimento ou não”. (P1)

“(...) ser muito humano, acho que tem uma questão de respeitar o outro [o que] também é difícil, porque [é] uma atitude muito individual (...)”. (P8)

“(...) Tem que ver a pessoa e atendê-la como se fosse uma pessoa amiga, um parente, sendo que o cidadão tem direito a saúde igual ao que mora em Pinheiros, o que mora em regiões dos Jardins e tudo”. (P18)

Trabalhar de forma horizontal implica repensar o exercício da autoridade e da liderança do profissional da saúde, ambos historicamente determinados. Significa pactuar o projeto terapêutico em bases democráticas e não de forma autoritária e hierarquizada (Saupe et al, 2005).

De acordo com Mandú (2004), a assistência prescritiva e legitimadora do conhecimento profissional, focada em recomendações de atitudes e ações voltadas ao auto-cuidado, restringe a autonomia, a responsabilidade e a cidadania dos usuários. Somente o trabalho de contínuo respeito, atenção, responsabilidade e compromisso para com os usuários pode ser capaz de

estreitar vínculos e garantir cuidados efetivos, integrais e emancipatórios, a partir da subjetividade, sensibilidade e engajamento social de profissionais e usuários dos serviços.

Gomes e Pinheiro (2005, p. 295) consideram que “*o desempenho do processo de trabalho do PSF deve estar relacionado à existência de profissionais que têm claro em suas mentes o papel de agente transformador, assegurando a participação e o controle social, tornando transparentes as informações, criando vínculos efetivos entre usuários e equipe e estabelecendo relações de trocas e confiança*”.

Outra competência identificada nesta área de domínio diz respeito à necessidade de o profissional **trabalhar com dinamismo, iniciativa e disponibilidade**. Esses atributos são desejáveis a todo profissional da saúde, frente à complexidade e a diversidade das necessidades e problemas dos indivíduos, famílias e grupos sociais atendidos. Na realidade complexa e multifacetada da ESF, esses atributos podem gerar novas condutas e formas de agir profissional, atreladas à competência técnica:

“Para essa troca, [você] tem de estar aberta, tem de estar disponível. Tem de ter essa disponibilidade, e aí vai do sujeito, da formação dele, não da formação teórica, acadêmica, mas da formação de vida dele, de poder enxergar isso tudo e estar disposto a mudar, o que nem sempre é fácil. Enxergar é menos difícil, agora [o difícil é] estar disponível a mudar, mudar o jeito que eu sempre fiz ou que eu aprendi que era o certo”. (PI2)

“Mas, assim, o conhecimento técnico, a habilidade para pôr esse conhecimento e a disponibilidade de criar um clima de empatia com a pessoa que você está atendendo, criar um clima em que a pessoa confie no que você fala, de abertura para que a pessoa, o seu paciente, o seu cliente, fale, que ele confie em você. Uma situação de respeito, mas sem hierarquia....”.
(PI1)

De acordo com Chaves (1980), frente à realidade e às necessidades de saúde dos usuários, o compromisso social do profissional expressa-se na busca de compreensão crítica dessa realidade, no envolvimento com a comunidade, na atuação cotidiana e no interesse em transformar as vulnerabilidade sociais às quais a coletividade está exposta. Para que isso aconteça, faz-se necessário que cada profissional da equipe de saúde da família desenvolva suas ações com responsabilidade e responsabilização pelo cuidado e atenção à saúde dos indivíduos e famílias sob seus cuidados.

5.2 Comunicação

A habilidade de se comunicar é indispensável ao profissional da saúde no desenvolvimento do trabalho em equipe na ESF e também para a interação adequada com o paciente no processo de cuidado. A comunicação nos relacionamentos interpessoais é fundamental para o estabelecimento de vínculo, para compartilhar conhecimentos entre os profissionais e entre estes e os usuários dos serviços de saúde.

Em seu estudo, Witt (2005) refere-se à comunicação como uma ferramenta imprescindível para os profissionais da Atenção Básica, para promover as relações interpessoais com a equipe e com os usuários e para garantir a qualidade do cuidado.

Witt distingue a dimensão verbal e não-verbal da comunicação. A verbal está relacionada à competência de saber ouvir e de acolher o usuário. A não verbal, por outro lado, expressa-se na capacidade de identificar sentimentos, gostos e anseios muitas vezes não manifestos verbalmente pelos usuários.

O *Council of linkages between academia and public health practice*, citado por Witt (2005), afirma que a competência da comunicação dos profissionais que atuam em saúde está relacionada à habilidade de ouvir o

outro de maneira imparcial, respeitando seus pontos de vista e promovendo a expressão de opiniões e perspectivas variadas. Pereira (2003, p. 1532) considera que *“a comunicação é uma relação social igualitária, dialogal, que produz conhecimento”*.

Reconhecendo a interação entre sujeitos e o saber popular como construtores de relações sociais, Stotz (2005) propõe a escuta e o diálogo com a população como quesitos indispensáveis às práticas de saúde, fundamentais, portanto, para a organização dos serviços da Atenção Básica.

O conhecimento e a participação popular devem ser respeitados como um dos princípios doutrinários do SUS. O discurso abaixo evidenciado que os profissionais entrevistados valorizam o respeito ao usuário como um componente da comunicação:

“A questão de respeitar o usuário, respeitar o conhecimento popular, respeitar o conhecimento de outras categorias, valorizar isso, e principalmente, a questão das relações. Cultivar a relação, tanto a relação profissional com outras categorias, na mesma categoria, como relação com o usuário”. (P1)

A comunicação caminha junto com a aprendizagem e é um importante instrumento para o crescimento pessoal e para as trocas intersubjetivas. Entretanto, pode ser paralisante na interação entre os profissionais e profissionais-usuários (Fortuna et al, 2005), já que também pode para expressar poder e cerceamento das relações interpessoais.

Neste estudo, uma das competências apontadas pelos preceptores e profissionais por eles indicados refere-se à habilidade de **saber ouvir com empatia, respeito e valorização do interlocutor**:

“Outro ponto que eu acho que diferencia qualquer profissional é ele aliar o conhecimento técnico à valorização do momento do contato com o indivíduo da consulta. Você pode saber tudo sobre como tratar dislipidemia, [mas] se não tiver interesse em ouvir, em estar ali de corpo e alma naquele momento, fazer

daquele momento um momento que realmente produza, você não vai ter eficácia. Porque você vai falar uma linguagem que a pessoa não vai entender ou não vai poder orientar uma dieta porque você não ouviu o que ele... você não se interessou pelo que ele realmente comia. Ou ele não vai ter uma adesão terapêutica porque não vai estar convencido de que aquela medicação é melhor porque você não o sensibilizou porque é importante usar, não é?”. (PI1)

“Saber ouvir. Na verdade, uma escuta qualificada, e entender. Só isso. Aí eu acho que o profissional, eu acho que qualquer um, tem competência. Primeiro de tudo é [preciso] gostar, tem de saber ouvir e gostar do que está fazendo, senão o trabalho não anda, para mim não anda. Isso é competência para mim”. (PI5)

No cotidiano do trabalho em saúde, **respeitar as diferenças, estabelecer diálogo e ter habilidade para abordar o usuário** são competências essenciais aos profissionais da saúde, pois com elas é possível construir vínculos na interação profissional-usuário, ampliando as possibilidades de cuidado e a adesão ao tratamento:

“Acho que tem de saber escutar e acolher o outro, no sentido de ser simples e entender que você não sabe tudo que, na verdade, ele vai te dizendo... A pessoa que vem procurar o serviço vai te dizer o que ela veio procurar. Você tem de saber interpretar aquilo e entender aquilo para propor alguma coisa. Eu acho que isso é fundamental”. (PI3)

“Eu acho que a competência vem de você escutar o que o outro tem e entender que você é responsável pelo que você vai fazer com ele, mas sempre buscando retorno dele. Acho que é o retorno dele que te diz se aquilo foi competente naquele caso ou não. Porque quando vem a pessoa e fala assim: - ‘Olha, isso aqui mudou a minha vida, eu comecei a fazer tal coisa, eu mudei alguma coisa em mim, fez efeito para mim’, ele já te diz depois, não é?”. (PI3)

Respeitar as diferenças também aparece como competência relacionada ao cotidiano do trabalho em equipe, no qual o diálogo deve

permeiar o desenvolvimento do trabalho, por meio do estabelecimento de um canal de comunicação e de uma prática comunicativa (Araújo, Rocha, 2007).

Outra competência mencionada como desejável aos profissionais da saúde que atuam na ESF foi **dominar as tecnologias leves e ter habilidade nas relações interpessoais**:

“(...) em relação a categoria profissional, em relação à questão da saúde pública, da atenção primária, é [competente] a pessoa que tem habilidade em relacionamento, que domina as tecnologias leves, que consegue dominar a questão das relações”. (P1)

“(...) a linha condutora do PSF é a questão do vínculo, a questão das relações humanas”. (P2)

Referindo-se à produção do cuidado em saúde, Merhy (1997) distinguiu três tipos de tecnologias presentes no trabalho em saúde: as “tecnologias duras” - representadas por máquinas, equipamentos e saberes estruturados; as “tecnologias leve-duras” - que se referem ao conhecimento técnico e ao modo como o trabalhador o aplica no cuidado ao paciente; e as “tecnologias leves” – que dizem respeito às relações, à maneira de ser e a atitude do profissional, com suas intencionalidades e subjetividades, no contexto do trabalho em ato.

De acordo com Garcia (2001, p. 95), a habilidade de apreender as tecnologias leves está pautada pela “*ética do compromisso com a vida*” e expressa-se em acolhimento, vínculo, resolubilidade e respeito à autonomia dos indivíduos.

Para Feuerwerker (2005), a produção de tecnologias leves ou relacionais e a visão da clínica ampliada, ancorada no cuidado centrado no paciente, ampliariam a capacidade dos profissionais de lidar com a subjetividade e com as necessidades de saúde da população.

5.3 Trabalho em Equipe

O trabalho em equipe é uma importante diretriz para reorganização do processo de trabalho na ESF, tendo em vista as múltiplas e complexas necessidades da população. Somente o trabalho interdisciplinar, com foco na integralidade da atenção e na resolubilidade das ações em saúde, é capaz de fazer frente aos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença.

No estudo de Witt (2005), a concepção de trabalho em equipe assume a forma de uma competência mais gerencial dos profissionais da saúde, através da qual se pode organizar o processo de trabalho das equipes de saúde de forma articulada, em uma perspectiva interdisciplinar. A reunião de equipe é apontada como um momento em que a prática interdisciplinar - indispensável à integralidade, concretiza-se por meio do planejamento das ações de saúde.

No presente estudo, as competências esperadas na área de domínio do trabalho em equipe foram: saber **trabalhar em equipe**, com a participação e interação de diversas áreas de conhecimento, podendo **discutir casos** e tendo um objetivo comum para o estabelecimento de um **plano de cuidado** individual ou coletivo para os usuários, conforme ilustram os discursos a seguir:

*“(...) saber trabalhar em equipe, respeitar essa equipe, trabalhar com esse diferencial que é o agente, é o médico, é o gerente. Eu acho que isso é essencial. Se você sabe trabalhar com a equipe, consegue se integrar, consegue fazer com que essa equipe se... Eu acho que o restante você vai conseguindo fazer fluir”.
(P16)*

“A técnica pura não vai me fazer diferente, vai me por num consultório particular. Se eu estou lá [no PSF] não é para estar num consultório particular, é para estar com a equipe. A equipe tem de dar essa possibilidade, essa coisa de discutir o caso, ir atrás do

agente comunitário, participar disso, indo atrás, ajudando a família, trazendo ela de volta para a gente ver o que a gente... [veja] o buraco que ficou faltando para ela ter abandonado o tratamento". (P12)

"(...) eu acho o que pega mais na estratégia é a questão do trabalho em equipe, dessa relação interpessoal que eu acho que é um desafio grande. Porque a gente é formado para trabalhar por nós mesmos, para nos sentirmos competentes. E trabalhar em equipe é você, às vezes, depender do outro, é você respeitar o ritmo do outro. Eu acho que é aí que está o maior nó crítico para a gente". (P3)

O trabalho em equipe acontece no contexto das situações objetivas das práticas em saúde e consiste de uma modalidade de trabalho coletivo, mediado pela comunicação, que se estrutura nas relações recíprocas entre as várias intervenções técnicas e a interação dos diferentes profissionais e suas áreas específicas (Peduzzi, 1998).

Para Oliveira e Spiri (2006), a concepção de equipe está etimologicamente associada à realização de tarefas e trabalhos compartilhados entre os integrantes da equipe que, de forma coletiva, alcançam o sucesso para uma dada ação planejada.

Ronzani e Silva (2008) afirmam que as reuniões de equipe são espaços privilegiados em que os profissionais devem discutir os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica, bem como decidir e traçar estratégias de intervenção conjuntas, de acordo com os problemas e com a realidade local/regional.

Em contraponto, Fortuna et al (2005) alertam para o fato de que a reunião de equipe pode ser um espaço morto e pouco operativo, onde nada se modifica, devido às dificuldades dos profissionais em participar efetivamente, cumprindo o horário destinado para este fim, dificuldades para formular propostas e perceber que se trata de um momento como propício para refletir sobre as formas de organizar o trabalho.

O trabalho em equipe multiprofissional na ESF deve ser desenvolvido em uma perspectiva interdisciplinar, dada a necessidade de complementaridade do trabalho especializado de um único profissional, frente à diversidade de aspectos relacionados ao contexto de saúde-doença de indivíduos, famílias e grupos sociais. A interação da equipe por meio de uma atuação contínua e envolvida pode contribuir de forma mais efetiva para as mudanças dos indicadores de saúde da população e, conseqüentemente, para a melhoria de sua qualidade de vida.

A competência para reconhecer o saber ser dos profissionais da equipe, valorizar seus conhecimentos e opiniões, estar aberto para “trocar” com outros profissionais e agregar pessoas é indispensáveis para o trabalho em equipe na lógica da ESF. Esta pressupõe maior integração entre os profissionais e as ações a serem desenvolvidas, por meio da socialização dos conhecimentos, em busca da interdisciplinaridade, e da flexibilização das estratégias programadas, com a participação de todos os membros da equipe, sem hierarquias.

Segundo Araújo e Rocha (2007) os profissionais da saúde não podem se aprisionar em seu próprio campo específico de saberes e de práticas, limitando o processo de trabalho à aplicação das estruturas rígidas do conhecimento tecno-estruturado.

“Porque na Estratégia Saúde da Família, a gente tem uma coisa de se achar o dono do mundo, de se achar aquela pessoa que vai resolver tudo, e aí a gente extrapola esses limites e isso acaba trazendo grandes entraves para o trabalho em equipe. Então, a primeira coisa [que] esse profissional tem de ter [é] aquele perfil daquele... Eu respeito a pessoa que está trabalhando comigo, então eu sei até aonde eu posso ir, para que o outro vá até aonde ele também pode ir. Então, é... agregar tudo isso dentro da equipe, eu acho que é o desafio maior. Mas a competência em si é do profissional, é essa base pra trabalhar com família, é primordial. Eu acho que já é para a gente estar engajado nisso, com esse olhar amplo, não é? (P3)

“Eu sempre gosto de fazer isso junto com a equipe porque a equipe pensando junto, acho que ela te dá um outro olhar também, junto com o agente comunitário, principalmente, porque ele está lá. Aí ele fala: “Fulano gosta disso, gosta de horta, a outra fazia bolinho para fora”... Enfim, eles vão te dando outro olhar que você vai usando como estratégia”. (PI3)

“De [algumas] pessoas que você copia o que é bom. Você vê uma pessoa fazendo um grupo e você acha que aquilo é importante, você pode até não fazer o grupo igual, mas você incorpora o conhecimento. Por eu estar há oito anos, é lógico que eu já vi muita coisa boa acontecer aqui e muita coisa ruim. É preciso estar aberto também para aproveitar o conhecimento das outras pessoas”. (PI1)

“Se eu acho que o meu trabalho isolado dá conta de tudo, eu não vou conseguir ver que o trabalho do médico é importante, que o enfermeiro é importante, que o papel do agente é importante. Não vou ver isso e não vou levar isso em consideração. Então, todo o meu processo, acho que é de vida, não é nem de formação só, me faz ver o que os outros também podem me oferecer e aí, na prática, é que eu vou ver o quanto isso vai ajudar no meu trabalho”. (PI2)

O enfrentamento de todos os problemas vivenciados pela equipe exige, cada vez mais, a interação das diversas disciplinas, transpondo inclusive o âmbito do setor saúde. A articulação dos saberes por meio de uma interação comunicativa e horizontal é um requisito indispensável para os profissionais no cotidiano do trabalho em equipe. Conforme afirma Peduzzi (2001, p. 106): *“a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca ao trabalho em equipe”*.

Silva e Trad (2005), em sua investigação sobre a articulação técnica e a interação entre os profissionais durante o trabalho em equipe na ESF, identificaram que essa interação está ligada à comunicação que permeia a ação profissional. Se a reunião de equipe limita-se à transmissão de informações de cunho técnico, a discussão crítica em torno dos problemas

da equipe e da população fica na superficialidade e não explicita as contradições e as possibilidades de superação.

É importante salientar que a organização do serviço e as características individuais de cada profissional, como sua história e sua formação específica muitas vezes influenciam as relações de trabalho na equipe saúde (Fortuna et al, 2005). Esses aspectos precisam ser considerados para que não haja uma fragmentação do trabalho e para que a interação entre os profissionais possibilite um compartilhamento de idéias que sejam incorporadas por todos os membros da equipe em prol de um projeto assistencial comum.

A presença de um líder na equipe vem gerando grande discussão no contexto da ESF. Ainda assim, **exercer liderança, sem autoritarismo** foi uma das competências apontadas como necessária aos profissionais da saúde:

“Eu acho que uma das competências que se tem de desenvolver é a liderança, a liderança motivadora. Não aquela liderança autoritária, que você chega e tenta motivar a população a reagir, de forma autoritária. Não, tem de gostar daquilo que está fazendo, vai ter de entender a importância daquilo... Então, a liderança motivadora é importante. Cativar a população para isso”. (P14)

“Também tem capacidade de convencimento [sobre o] que você acredita. Você é aberto à informação nova, ao novo conhecimento e também sabe defender seus pontos de vista de uma forma democrática”. (P11)

“(...) dentro desses grupos de categorias existem líderes que se sobressaem pela sua competência técnica, pela sua habilidade e pela atitude que demonstram, mesmo não querendo, acabam sendo um líder (...) E aí essas categorias identificam o líder e tornam ele sua referência. Então você vai ver que sempre vai ter um enfermeiro que todo mundo vai

atrás, sempre vai ter um médico que todos os outros vão atrás”. (P1)

Oliveira (2000) alerta que um líder dentro da equipe pode favorecer a passividade dos demais membros e sugere um “revezamento” da liderança entre todos os profissionais como uma forma de evitar a acomodação.

Bastos (2003) considera que nas representações dos profissionais da equipe de saúde da família ainda permanece a concepção de hierarquia entre os diversos níveis e categorias profissionais. Essa hierarquização, entretanto, é contestada por um dos entrevistados, que defende uma perspectiva não hierarquizada do trabalho em equipe, exemplificada a seguir:

“(...) na verdade, a equipe tem de ser horizontal, não tem de ter chefe de equipe. A proposta na equipe no PSF é que todo mundo seja o quê? No mesmo nível (...) só que isso não acaba acontecendo, né?”(P1).

O trabalho em equipe, com vistas à integralidade, é uma modalidade de trabalho solidário baseado numa perspectiva interdisciplinar que tem como desafio transpor as arrogâncias pessoais e a necessidade de exercer poder sobre o outro, reconhecendo a importância do papel de cada membro da equipe no processo de construção de uma prática efetiva e resolutive (Saupe et al, 2005). O trecho a seguir ilustra esse ponto de vista:

“Primeiro, você precisa saber um pouquinho da sua disciplinaridade, você precisa saber o que fundamenta a sua prática, ou qual é a sua prática. Acho que, a partir daí, você pode começar pensar interdisciplinarmente. Então, acho que a interdisciplinaridade é consequência da disciplinaridade: você se encontrou, você consegue fundamentar o seu trabalho, você vai partilhar esse trabalho e vai agregar esse trabalho a outros de outras competências, de outras categorias da saúde. Então, eu acho que essa é uma característica”. (P13)

Faz-se necessário que os profissionais das equipes reflitam sobre a finalidade de seu trabalho enquanto produtores de cuidado e não tomem o

trabalho em equipe apenas como uma forma de trabalho estruturado para aumentar a produtividade e a racionalização dos serviços. Dessa forma, podem contribuir para a efetiva implementação dessa ferramenta essencial ao trabalho na ESF.

5.4 Gerência

Witt (2005) considera que para atuar na Atenção Básica, os profissionais da saúde devem desenvolver habilidades e atitudes gerenciais dirigidas à administração de recursos físicos, materiais e de informação, assim como gerenciar as ações de saúde e cuidado aos pacientes, famílias e comunidade.

Segundo a mesma autora, nessa área de domínio, cada profissional deve incumbir-se da gestão e da gerência dos serviços de saúde e da integração da equipe durante o planejamento e avaliação das ações.

Os profissionais da saúde e os próprios gestores trabalham com as políticas públicas de forma fragmentada e com dificuldade de visualização do todo de maneira integrada. Assim, a gestão fica distante da assistência, a assistência fica distante dos sistemas de informação, contribuindo para que a participação das pessoas fique restrita a áreas especializadas, sem a compreensão de que todos podem ser agentes de organização do trabalho.

Saupe et al (2007) consideram urgente a necessidade de instrumentalização dos profissionais da saúde para o gerenciamento, afirmando que não basta ser um bom profissional da saúde para gerenciar os serviços.

Neste estudo, esta área de domínio não foi muito enfocada, talvez porque a gerência seja percebida pelos entrevistados como algo distante de sua prática profissional e própria dos gerentes das Unidades e coordenadores da Atenção Básica. Tampouco são mencionadas

competências relativas à gestão do trabalho em equipe, o que inclui definição de metas, implementação e avaliação dos resultados. A seguir apresenta-se a única fala referente ao tema, que faz menção à gestão por projetos, o que parece assinalar que esse preceptor considera a prática assistencial em um possível espaço para desenvolver a competência gerencial.

“Eu falo isso, mais assim, mais macro... Esse que é o meu macro: você ter uma visão mais de gestão mesmo, tem de montar um projeto. Bom, se eu quero atingir isso, não adianta eu ficar tentando só dentro da clínica. É claro que eu também tenho essa, mas eu tenho então de ir atrás e discutir com a Secretaria, mostrar meu projeto, mostrar o papel, falar o que eu penso”. (P6)

A lógica da gestão engloba a integração entre os processos de gestão de pessoas, de estratégias e de organização, que atualmente se orienta por uma perspectiva mais horizontal e participativa, englobando todos os envolvidos no processo de trabalho. No entanto, a gerência freqüentemente é assumida *“sem a necessária autonomia para implementação das atividades gestoras, submetidas a interesses relacionados, prioritariamente, com a ordem econômica”* (Pierantoni et al, 2006, p.28). No presente estudo, **ter conhecimento sobre gestão e gerenciamento de recursos** foi uma das competências apontadas nesta área de domínio:

“(...) você tem um grupo que você tem de organizar e você tem de ter um olho clínico para saber quem dali precisa, naquele momento, de uma atenção mais rápida, mais precisa, quem eu tenho de passar na frente na fila da tomografia. Então, gerenciar isso, gerenciar os recursos, que às vezes são esparsos, também é uma dificuldade grande quando você trabalha coletivamente”. (P12)

De acordo com Pierantoni et al (2006), a gestão do trabalho em saúde deve incorporar e fortalecer as práticas gerenciais, buscando garantir o direito à saúde instituída constitucionalmente.

No cotidiano da prática, o profissional deve ser capaz de construir um plano de ação, realizar um planejamento estratégico e saber planejar e organizar o trabalho a partir da prevalência e incidência de casos, ou seja, de acordo com a realidade locorregional e as necessidades de saúde da população. O discurso a seguir traz um exemplo relativo ao gerenciamento do tempo, do trabalho e dos recursos disponíveis:

*“(...) você se perde se não tiver a capacidade geral de organização, de planejamento. Porque isso, eu acho, que é o que diferencia mais qualquer profissional. Porque, por exemplo, eu tenho de saber que eu tenho uma agenda que é limitada e que eu sou um recurso para aquela comunidade, mas um recurso limitado. Como eu posso ser mais útil? Como vou gerenciar meu tempo? E eu só vou gerenciar de uma forma competente se eu entender, se conhecer aquela comunidade. Então, tem de ter uma capacidade de organização, por exemplo, para saber o que é mais prevalente, qual é a maior incidência e como eu vou gastar a minha energia para poder ser mais efetivo”.
(P11)*

O planejamento é um instrumento do processo de trabalho gerencial *“que possibilita a programação, direção, coordenação, controle e a avaliação de ações no processo de gestão do trabalho”* (Kawata, 2007, p. 109).

Feuerwerker (2005) considera que o planejamento local deveria ser uma das principais atividades para organizar o processo de trabalho das equipes na ESF.

A epidemiologia tem contribuído para o planejamento e a análise crítica e analítica dos sistemas gerenciais. É considerada uma tecnologia que contribui para aperfeiçoar as formas de organizar e gerir os processos de trabalho, pautada em intervenções assistenciais e preventivas (Drumond Jr., 2006).

É necessário ao profissional da saúde compreender que nem sempre seu planejamento é eficaz e adequado àquela realidade, sendo de

fundamental importância a avaliação dos resultados para detecção dos pontos críticos, para posterior replanejamento das ações. A avaliação das ações desenvolvidas deve ser um instrumento de fortalecimento e transformação das práticas e da gestão na medida em que reorienta o processo de trabalho:

“Como você tem uma área, a gente costuma planejar, muitas vezes esse planejamento não dá certo, você planeja, tem que replanejar. Isso é uma coisa que você tem que trabalhar”. (PI6)

No atual contexto político, Feuerwerker (2005, p. 503) julga que é preciso enfrentar alguns desafios como *“a ampliação da produção de conhecimento a respeito das estratégias de gestão democrática, do processo de trabalho em saúde, das diferentes possibilidades de construção da rede de atenção à saúde e que se produzam novas tecnologias de cuidado orientado às necessidades de saúde dos usuários”*.

5.5 Orientada à Comunidade

Starfield (2002) considera que somente um enfoque baseado na coletividade permite compreender o modo como a enfermidade se distribui entre os distintos grupos sociais. Em sua proposta de Atenção Primária orientada à comunidade, defende uma abordagem do processo saúde-doença a partir de parâmetros epidemiológicos e clínicos, utilizados de forma complementar, de modo a adequar os programas de atendimento às necessidades específicas de saúde de uma dada população.

O envolvimento dos serviços de saúde com essas necessidades deve partir do reconhecimento das especificidades locorregionais. A territorialização gera a possibilidade de haver responsabilidade sanitária, ou seja, o comprometimento do serviço com os resultados da atenção à saúde

oferecida na qualidade de vida de indivíduos, famílias e grupos destinatários do cuidado.

Para atuar em equipe e envolver-se com as coletividades que assiste, o profissional de saúde deve ser capaz de construir vínculos e desenvolver ações de vigilância à saúde, respeitando e interagindo com as diferentes culturas locais.

A atuação coletiva também pode ser expressa pela maneira de organizar a intervenção, por exemplo, pelo trabalho com grupos, uma atividade que, segundo (Witt, 2005), muitas vezes é reduzida a uma estratégia que objetiva meramente atingir o maior número de pessoas.

A mesma autora também afirma que a vigilância à saúde, a prevenção do adoecimento, o acompanhamento e o controle das enfermidades transmissíveis e não-transmissíveis devem ser da competência de todos os profissionais da saúde. Muitas vezes, esse monitoramento das condições de saúde dos grupos sociais de um determinado território recai sobre a enfermeira, devido ao desinteresse ou até mesmo despreparo dos outros profissionais que compõem a equipe.

De acordo com Starfield (2002, p. 534), o aspecto mais importante da atenção orientada à comunidade *“é garantir que os recursos fluam para áreas em que são mais necessárias, diminuindo, assim, as iniquidades dentro das populações”*.

No presente estudo, uma das competências fundamentais identificadas neste nível de atenção foi a necessidade do profissional **conhecer o território (área de abrangência e influência) e envolver-se com a comunidade**.

É imprescindível que a equipe de saúde da família conheça a realidade das famílias no território sob sua responsabilidade. Ademais, deve ser capaz de identificar necessidades e problemas de saúde, condições

específicas de vulnerabilidade e resiliência às quais tais famílias possam estar expostas, para estabelecer parcerias para o planejamento e a programação local das ações de saúde, em busca do atendimento integral à demanda adstrita.

De acordo com Andrade et al (2006), as famílias e grupos sociais inseridos em um dado território constituem a esfera sociocultural da população quando esta compartilha formas semelhantes de organização da vida e utilização comum de espaços e equipamentos sociais e governamentais.

Os discursos a seguir mostram a importância e o diferencial agregado ao trabalho das equipes na ESF por meio do envolvimento com a comunidade:

“...começou a mostrar para os profissionais de saúde de lá como era trazer a população para participar e a população começou a participar. A população começou a trazer coisas, elementos que a gente não conhecia. Áreas de risco que a gente não conhecia e que eles trouxeram... Inclusive o prefeito se surpreendeu, não sabia que era assim. Até quando a gente fez o levantamento das famílias, se achava que tinha duzentas famílias no território - isso era o que a Prefeitura tinha cadastrado. Quando a gente começou a fazer o levantamento, tinha oitocentas famílias. Quer dizer, era totalmente diferente. Porque as pessoas... porque não tinha esse envolvimento com a população”.
(P14)

“A gente vê muitas vezes que pela própria falta de conhecimento da comunidade, muitas vezes lá dentro da comunidade, eles não conseguem enxergar... Então, às vezes, um profissional com uma visão mais ampla consegue apontar caminhos, discutir com a comunidade e então melhorar todo o contexto de saúde, baseado nessa visão mais ampla, não só técnica, do profissional”. (P10)

“Qual é a situação que é mais grave no ponto de vista social? É o desemprego? É a violência? É a

gravidez na adolescência? Eu tenho de conhecer minha comunidade. Se eu conheço minha comunidade, se eu me proponho... E eu só conheço com o tempo e se eu estiver disposto achar que isso é uma tarefa minha. Se eu não achar que não é, eu vou ficar lá me limitando a prescrição". (PI1)

Campos e Belisário (2001) consideram que, tanto na formação inicial como na pós-graduação, a formação dos profissionais deve incluir a prática em espaços sociais, como o domicílio, a rede de Atenção Básica, para que certas competências sejam desenvolvidas e para promover verdadeiro entendimento daquilo que causa adoecimento, sofrimento e morte.

Em seu estudo sobre a avaliação das competências dos profissionais necessários à consolidação do SUS, Saupe et al (2007) destacaram as habilidades para o trabalho em grupo e a ação educativa e as atitudes de acreditar na potencialidade das pessoas.

A abordagem grupal na dinâmica de trabalho da ESF apresenta-se com objetivos diversificados de acordo com cada profissional e com a realidade e necessidade locorregional, mas com foco na garantia de maior envolvimento e comprometimento da população, tendo em vista as questões que afetam à saúde dos indivíduos. Esta estratégia ainda não é utilizada com frequência pelos profissionais nos serviços de saúde e, quando ocorre, muitas vezes tem o enfoque curativo e individualizado.

Os profissionais entrevistados neste estudo também mencionaram a necessidade de competência profissional para **trabalhar com grupos (terapêuticos e educativos)** no contexto da ESF:

"Acho que tem de ter a formação específica da área que você vai atuar, mas acho que tem de ter noção de trabalhar em grupo, não só o grupo terapêutico, mas o grupo educativo também, porque você acaba fazendo isso com todo mundo." (PI2)

O grupo é um espaço que possibilita visualizar com a dimensão "macro" da sociedade se expressa no "micro", ou seja, no próprio contexto

grupais. O desenvolvimento de competências para trabalhar com grupos precisa ser estimulado como uma alternativa de superação das formas de exclusão, com vistas à justiça e cidadania, tendo como princípios norteadores o respeito às diferenças, a empatia e o vínculo (Chiesa et al, 2007).

No trabalho com grupos é de fundamental importância considerar o “clima” dos encontros (Fortuna et al, 2005), que pode indicar os pontos negativos ou positivos para permitir a adesão dos usuários a futuros grupos, assim como a incorporação de novos hábitos de vida.

Outra competência identificada nesta área de domínio diz respeito à importância do profissional **ter olhar ampliado para família, compreender seu contexto de vida e trabalho:**

“Primeiro, no meu trabalho em termos de PSF, eu acredito muito em trabalhar a família. Trabalhar a orientação em saúde, o processo saúde-doença da família, para que essa família possa vir até a gente e acreditar no que eu tenho que trazer para ela. [É] por isso que eu ‘ganho’ os meus pacientes, no trabalho do PSF”. (P15)

“(...) vou olhar o que esse sintoma está contextualizado na maneira como a pessoa vive, na questão social, econômica, na dinâmica familiar. Então, acho que ela, na clínica, consegue enxergar e atuar não só na questão do sintoma, mas a partir da intervenção nesses outros determinantes da saúde”. (P6)

“(...) ela transcendeu o olhar técnico, viu muito mais do que aquilo que era aparente, e assim, conseguiu problematizar aquilo com a mãe na hora, naquele momento. Ela levantou os recursos, não só prescreveu. Minimamente ela, de fato, pensou na realidade daquela família, daquela mãe, naquilo que seria viável para aquela situação. A atitude dela é sempre assim. Nessa situação específica eu estava presente e vi o envolvimento dela em tentar resolver o problema, em olhar o problema de uma forma

ampliada, perceber todas as questões que estavam presentes ali, que poderiam dificultar a continuidade...” (P7)

“Você atende a moça que está fazendo o pré-natal e você sabe a influência que a sogra tem nesse pré-natal, porque a sogra é hipertensa e você atende também. E você sabe que essa sogra também é hipertensa porque o irmão mais novo daquela família está preso. Então, [vê] toda aquela dinâmica familiar e como aquilo influencia na vida de cada um... Isso eu acho que você só aprende fazendo. Não adianta ler dez livros e fazer mestrado e doutorado se você não vivenciar aquilo e ver como influencia. Você pode se instrumentalizar, você pode usar as ferramentas para se instrumentalizar, mas...” (P12)

Oliveira e Marcon (2007) solicitaram a opinião de enfermeiros acerca das competências necessárias ao trabalho com famílias e obtiveram como respostas: o envolvimento do profissional no universo da família, a identificação de suas necessidades e o estabelecimento de estratégias de ação compartilhadas. No presente estudo, essas competências identificadas por esses autores para os profissionais da Enfermagem também puderam ser aplicadas aos demais profissionais da saúde.

Saupe et al (2007) acreditam que a família é um espaço onde se constrói a saúde; no entanto, ela ainda não é vista como uma unidade para prestação de assistência e a saúde e o cuidado aos seus membros são vistos de forma individualizada. Em sua formação, os profissionais da saúde não aprendem a realizar a abordagem familiar e muitas vezes têm dificuldade para compreender o conceito de família, devido à diversidade de tipos de família (Oliveira, Marcon, 2007).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família é um espaço no qual o enfoque familiar e o conhecimento das Teorias de Família deve ser enfatizado, a fim de minimizar as dificuldades de compreensão e de abordagem de famílias por parte dos profissionais da saúde.

Nesta área de domínio, **construir vínculo** também foi mencionado como uma competência desejável ao profissional que trabalha na ESF:

“E você ter empatia mesmo com o paciente, acho isso uma coisa importante. Você ter empatia, você cria um vínculo, você consegue um resultado melhor frente às doenças, o tratamento do próprio paciente”. (P14)

“(...) ele tem um bom vínculo... você vê que ele não é uma referência só para a equipe como também é uma referência para população”. (P1)

O estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários emerge do encontro, em um ambiente de sensibilidade à situação do outro, constituindo assim um espaço de confiança, co-responsabilidade e de construção de autonomia (Silva, Sena, 2008). A reorganização da Atenção Básica nos moldes da ESF requer a renovação das práticas de saúde, dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços de saúde e os usuários (Vasconcelos, 1999).

Stotz (2005) afirma que a eficácia do serviço depende diretamente da qualidade do vínculo que o profissional ou a equipe estabelece com o usuário. A construção de vínculo entre profissionais e usuários está diretamente relacionada a outras competências identificadas neste estudo, como os valores profissionais, a habilidade de comunicação, a disponibilidade em resolver problemas e a integralidade da atenção. O vínculo estabelece-se a partir de uma relação de confiança, comprometimento e responsabilização do profissional para com o cuidado da população.

O vínculo entre profissionais e usuários tornou-se mais estreito a partir do Movimento da Reforma Sanitária e, posteriormente, com a instituição do SUS, que estabeleceu a participação popular como um dos seus princípios doutrinários. A participação popular busca o envolvimento e a tomada de decisões por parte da população na organização e no

funcionamento dos serviços de saúde, em prol dos interesses das coletividades.

Assim, uma competência para o trabalho em saúde da família identificada pelos preceptores e profissionais indicados foi **estimular a participação popular e o envolvimento no conselho gestor**, um espaço de análise crítica de sua realidade e de desenvolvimento de autonomia, é uma das competências necessárias ao profissional, conforme o discurso abaixo:

“(...) ela estimulava a participação popular, a formação de conselho gestor. E nem por isso ela saiu da atribuição principal dela que era enfermeira de equipe”. (P3)

A importância do profissional da saúde valorizar o indivíduo como pessoa em seu contexto (sua constituição e história) e como parte integrante de um grupo social está representada no discurso a seguir:

“Para mim é saber ouvir e ganhar esse paciente para perto de mim, mas como ser humano; gostar do que eu estou fazendo e ver ele como pessoa; ele está aqui precisando de mim, mas eu preciso entender em que contexto, em que território ele vive para poder atuar de acordo com o que eu aprendi na técnica, na minha teoria, para que eu possa por em prática, mas vendo o território em que ele vive”. (P15)

Leite e Vasconcelos (2006) consideram que os profissionais da saúde racionalizam as práticas de saúde utilizando a lógica biomédica, de forma descontextualizada da vida cotidiana dos indivíduos. Com base nessa afirmação, **vislumbrar possibilidades de ação a partir de um olhar abrangente sobre as necessidades dos indivíduos e dos grupos sociais** faz-se necessário no dia-a-dia do profissional na ESF.

Para que o profissional seja capaz de reconhecer as necessidades da população é preciso que compreenda que processos de adoecer são expressões das formas de vida e trabalho e saúde, determinadas

socialmente e expressas na subjetividade, ou seja, nas percepções, crenças e valores dos indivíduos assistidos (Toledo et al, 2007).

O conhecimento das ciências sociais por parte dos profissionais da saúde melhoraria o reconhecimento dos problemas existentes, por meio da compreensão do impacto das condições socioeconômicos sobre a saúde, aí incluídas a pobreza, o desemprego e outras condições geradoras de sofrimento, adoecimento e morte (Starfield, 2002).

Para Leite e Vasconcelos (2006), a cultura e a vivência dos indivíduos fornecem elementos para a compreensão e incorporação das práticas de saúde. Para isso, os profissionais da saúde precisam organizar as informações disponíveis de modo que façam sentido para a vida de cada pessoa. **Respeitar o usuário, seu conhecimento e seu posicionamento frente ao projeto terapêutico** foi citado como uma competência a ser desenvolvida pelo profissional da saúde, exemplificada nos discursos a seguir:

“(...) tecnicamente ele é um cara preparado para o contato com o paciente na questão da atenção. É um cara que está disponível, que dá abertura para o paciente se posicionar frente ao seu próprio tratamento”. (P9)

“...a pessoa tem de ter uma escuta para o paciente, porque esse paciente tem um entendimento, [é] ele que está sentindo qual é o problema, já tem uma certa... Eu acho que até pela cultura mesmo de curandeiro na história do Brasil, as pessoas já tem algumas coisas que usam para curar algumas doenças. Então elas já têm uma bagagem. Então, a gente tem de escutar, dar valor àquilo, valorizar aquilo e dar orientação adequada e fazer com que a pessoa entenda que aquilo que ela sabe é importante (...)”. (P15)

Nas palavras de Leonello (2007, p. 74) um dos desafios para os profissionais da saúde está no “exercício cotidiano de reconhecimento e respeito à autonomia das pessoas em relação ao seu modo de andar a vida,

como forma de reafirmar o compromisso com a atenção à saúde integral e humanizada”.

5.6 Promoção da Saúde

As bases ideológicas da promoção da saúde foram formuladas em 1986, na Conferência da Organização Mundial de Saúde, realizada em Ottawa. A Carta de Ottawa definiu a promoção da saúde como o processo através do qual as pessoas são capacitadas para ter maior controle sobre suas vidas, com o objetivo de melhorar sua saúde e o bem estar individual e coletivo, tendo como fundamento a capacidade dos indivíduos de realizar escolhas (Oliveira, 2005).

Segundo Ruiz (2000), a promoção da saúde compreende o incentivo e o apoio a ações comunitárias e a elaboração de programas para minimizar riscos e agravos à saúde; a articulação intersetorial para efetivar ações de promoção da saúde; medidas de controle ambiental; socialização de informações para o fortalecimento da saúde e da vida em todos os contextos sociais (domicílio, escola, trabalho, comunidade) e estreitamento dos vínculos intersetoriais e com a comunidade em prol da promoção da saúde e da saúde como um direito de todos.

A promoção da saúde é fundada em uma concepção ampliada do processo saúde-doença e seus determinantes, que articula saberes técnicos e populares. O modo de vida e as condições de trabalho individuais e dos grupos sociais e suas repercussões sobre o processo saúde-doença são considerados o foco central de observação, não apenas a doença (Chiesa et al, 2007).

As competências relacionadas à promoção da saúde devem ser desempenhadas por todos os profissionais, embora existam estudos que

destacam a atuação do profissional de enfermagem neste campo (Witt, 2005).

Leonello (2007), ao pesquisar as competências para ação educativa da enfermeira, corroborou os achados de Witt (2005) afirmando que, embora a ação educativa esteja presente no trabalho de todos os profissionais da saúde, é essencial para o processo de trabalho assistencial da enfermeira.

Witt (2005) apresenta a articulação da educação em saúde na prática profissional cotidiana como uma competência na área de domínio da promoção da saúde. Tal competência define-se a partir da organização das ações de saúde de um determinado serviço, frente a uma dada realidade. Muitas vezes as intervenções são formuladas e implementadas de forma vertical, sem a participação dos usuários, contrariando o princípio da participação popular do SUS e da concepção de empoderamento que está presente na educação em saúde.

No contexto da ESF, as ações de promoção da saúde fazem parte do enfoque de reorientação do modelo assistencial. Nessa perspectiva, a educação em saúde deixa de ser considerada como uma simples estratégia para a prevenção de doenças para se tornar um instrumento de conscientização e de superação das vulnerabilidades.

Os estilos de vida adotados pelos indivíduos são fruto de padrões de comportamento pré-determinados pela estrutura social, assim como as necessidades de saúde que, ainda que sentidas individualmente, são expressões das formas de produção e reprodução social dos grupos de uma dada coletividade.

Uma das competências deste domínio refere-se à necessidade do profissional da saúde **saber conhecer e saber-fazer sobre promoção e educação em saúde**, ou seja, que detenha conhecimentos e habilidades para desenvolver estratégias de educação em saúde na lógica da promoção,

levando em consideração as interações e construções sociais que permeiam a vida dos indivíduos:

“(...) ela tem conhecimento do que são os saberes, os conhecimentos de um profissional (...) Ela tem a prática, ela agrega isso, e dentro da Saúde da Família, ela integra a equipe, é uma pessoa dinâmica, uma pessoa flexível. Então, é uma pessoa que está aberta ao trabalho em equipe, que tem um olhar ampliado, voltado para promoção, para prevenção”. (P3)

“Então, eu tenho que fazer a prevenção, tenho que fazer a promoção, tenho que fazer a assistência (...)”. (P12)

A educação em saúde é um dos principais elementos da promoção da saúde. Pautada numa perspectiva emancipatória, adota o diálogo participativo como base de sustentação. Está baseada em *“práticas de saúde desenvolvidas no ‘território da vida’- e que inclui a pluralidade de saberes e práticas de lidar com problemas de saúde”* (Stotz, 2005, p. 9).

A educação em saúde pautada na lógica da promoção à saúde pode ser exemplificada no discurso abaixo, no qual o usuário dos serviços de saúde tem espaço e oportunidade para participar dos processos decisórios referentes a sua vida e sua condição de saúde:

“Acho que especificamente a abordagem... [a forma] como você aborda o usuário e a resolutividade em relação àquelas patologias, mas com a participação do usuário, não é simplesmente uma prescrição de uma receita, mas como nós juntos podemos resolver esse problema”. (P11)

A autonomia, enquanto possibilidade do indivíduo decidir e governar sua vida, gera desconforto para alguns profissionais da saúde, que permanecem na lógica detentora do poder e do conhecimento técnico-científico imposta pela sociedade, sendo eles os únicos responsáveis por

determinar a forma de enfrentamento dos problemas de saúde dos indivíduos (Leonello, 2007).

O autoritarismo advindo da cultura sanitária e da hegemonia médica não leva em conta os direitos do usuário e tampouco reconhece seus saberes (Stotz, 2005). Essa visão precisa ser superada pelo entendimento de que os indivíduos são capazes de tomar decisões, pois possuem uma vivência que os respalda, assim como o direito de decidir sobre sua vida e sobre a forma de enfrentar seus problemas de saúde.

O *empowerment* ou empoderamento é um conceito que advém da promoção da saúde e que, incorporado pelos profissionais nas práticas educativas, individuais e coletivas, visa garantir aos usuários dos serviços de saúde a autonomia para fazer escolhas conscientes e consistentes a partir da informação e da conscientização sobre a saúde como qualidade de vida. Nessa perspectiva, uma competência desejável aos profissionais da ESF foi assim descrita: **promover a autonomia, a participação e o respeito próprio dos usuários, favorecendo o desenvolvimento da cidadania**, conforme os discursos abaixo:

“O cuidado é a busca da autonomia. Então, se eu tenho conhecimento que eu adquiri, eu vou aplicar esse conhecimento na busca da autonomia daquela pessoa que eu estou assistindo, que eu estou cuidando, né? Fornecendo a ela... [Dando] instrumentos e habilidades para que ela consiga tocar a sua vida sozinha, independente do grau de complexidade da assistência. Se eu estivesse no hospital, eu seria de um jeito, se eu estivesse na Atenção Básica, de outro”. (P17)

“Teve um resultado positivo até de conscientizar a gestante da situação dela e dar um pouco de autonomia para agir, de cidadania, de se respeitar e tentar sair um pouco da situação”. (P8)

De acordo com Pereira (2003), a promoção da saúde remete a uma possibilidade de incremento de poder individual e coletivo por meio do

desenvolvimento de habilidades e atitudes e da aquisição de saberes técnico-políticos para atuar em benefício de sua própria saúde.

Refere-se, portanto, a uma articulação de estratégias entre o Estado - como poder instituidor de políticas saudáveis; a comunidade – capaz de se organizar e desenvolver ações coletivas; e os indivíduos – desenvolvendo habilidades pessoais e buscando ações intersetoriais, tendo em vista a construção de uma responsabilização conjunta de todas as pessoas envolvidas nesse processo (Buss, 2003). Souza e Grundy (2004) alertam para o risco de o Estado deixar que toda responsabilidade recaia sobre os cidadãos, culpando os indivíduos e comunidades por não serem saudáveis.

A visão da promoção da saúde pode ser considerada holística e sócio-ambiental, pois tem como imperativo ético a busca de uma prática de saúde que favorece a autonomia e a emancipação dos sujeitos assistidos (Westphal, 2000).

No Brasil, não existem políticas públicas consistentes que enfatizem e incentivem as ações de promoção da saúde, pelo próprio contexto histórico e político que busca preferencialmente minimizar os danos à saúde em decorrência de patologias já instaladas.

Faz-se necessário compreender, compartilhar e incentivar ações de promoção da saúde a partir do entendimento da própria saúde com suas *“determinações sociais, econômicas, políticas e culturais mais amplas do que simplesmente a herança genética, a biologia humana e os fatores ambientais mais imediatos”* (Buss, 2003, p. 36). Trata-se de uma visão ampliada do processo saúde-doença, expressa no discurso abaixo:

“(...) a questão de visão ampliada mesmo, de processo saúde-doença, ampliar mais isso e saber que o ser humano não é só aquele biológico, entendeu? Porque senão a gente não vai ter efetividade nas ações que a gente vai propor para fazer para ele, então acho que isso é fundamental”. (P8)

5.7 Resolução de Problemas

Esta área de domínio é de grande importância para os trabalhadores da saúde que têm como objetivo final de sua atuação profissional a identificação de necessidades e a resolução de problemas da população. Está intimamente relacionada às demais áreas de domínio, como: valores pessoais (atenção, respeito, interesse e paciência); habilidade de comunicação (saber ouvir e ter habilidades relacionais); trabalho em equipe (integralidade da atenção); orientada à comunidade (reconhecimento das necessidades sociais e de saúde da população); promoção da saúde (autonomia e cidadania); atenção à saúde (conhecimento clínico e visão de saúde ampliada) e em ciências básicas da Saúde Pública e Saúde Coletiva (conhecimento global: políticas públicas, processo saúde-doença, dentre outros).

Como estratégia de reorientação da Atenção Básica, a ESF tem como diretriz a resolubilidade dos problemas de saúde. Por ser considerada a porta de entrada do Sistema de Saúde, as Unidades Básicas devem ser capazes de resolver a maioria dos problemas de saúde da população.

Witt (2005) considera que a resolução de problemas é outra competência geral dos profissionais de saúde, definindo-a como a capacidade de identificar e compreender a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde, priorizando os casos urgentes com resolubilidade e iniciativa.

As competências nessa área de domínio são indispensáveis para o trabalho na Atenção Básica e operacionalizam-se mediante a implementação de estratégias resolutivas, individualizadas e contextualizadas, construídas no dia-a-dia do trabalho em saúde.

As DCN também indicam a necessidade dos profissionais da saúde desenvolverem competências para identificar as necessidades individuais e

coletivas da população, atentando para os determinantes e os condicionantes do processo saúde-doença (Almeida, 2003).

Uma formação voltada para o mundo do trabalho, assim como preconiza a Residência, deveria preparar o profissional de saúde para a identificação das necessidades de saúde dos grupos sociais, assim como para proposição de respostas efetivas aos problemas de saúde.

Uma outra competência identificada nesta área de domínio foi ter habilidade para enfrentar e conduzir desafios e/ou problemas cotidianos na ESF:

“(...) o que espero de um profissional na estratégia não é que ele vá resolver todos os problemas, porque a gente não vai conseguir mesmo, mas que ele saiba lidar com esses problemas e que seja facilitador para que outras pessoas se apropriem dessa realidade, principalmente a população”. (P3)

Enfrentar todos os problemas cotidianos na ESF é um grande desafio, tendo em vista seus determinantes e condicionantes. O setor saúde não pode ser o único responsável pela saúde dos indivíduos, quando se considera que as vulnerabilidades ao adoecimento e a morte resultam das formas de produção e reprodução social. Portanto, é indispensável ao profissional da saúde, que pretende desenvolver ações resolutivas e de impacto na vida e na saúde da população, **buscar parcerias intersetoriais**, conforme mostra o discurso:

“(...) então, uma questão que eu acho que é muito importante é trabalhar a questão intersetorial... O PSF dá essa possibilidade de trabalhar intersetorial para justamente não ser um profissional só técnico, mas conseguir enxergar todos os determinantes sociais daquela comunidade e conseguir potencializar”. (P10)

Segundo Junqueira (1998, p. 84), a intersetorialidade “*articula saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação das ações*

para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando ao desenvolvimento e à inclusão social”.

A Atenção Básica tem uma característica de trabalho própria desse nível de atenção, que utiliza predominantemente tecnologias leves no processo de cuidar. É desejável ao profissional da saúde que saiba **trabalhar com poucos recursos, equipamentos e instrumentos, desenvolvendo a criatividade**, incentivando e subsidiando os indivíduos a cuidarem de si, da família e da coletividade, objetivando a autonomia e a emancipação dos sujeitos assistidos (Machado et al, 2007). O discurso a seguir ilustra essa competência:

“Porque a gente sabe que tem muitas dificuldades e, muitas vezes, não tem muitos recursos. Não adianta pensar em altas tecnologias, no melhor possível, mas, dentro do que é possível, do que a gente tem dentro do serviço, buscar potencializar tudo o que a gente tem e o intercâmbio mesmo, não só dentro da equipe, mas com outras equipes...”. (P10)

“Então você tem que ser um profissional que tem muito domínio para poder, dentro daquilo tudo que você conhece, ver o que dá para usar em cada situação, daí vem a flexibilidade, a criatividade”. (P4)

Nesta área de domínio **ser capaz de adaptar-se ao trabalho e resolver problemas** é uma das competências que o profissional deve ter, a partir da visualização do cuidado centrado no usuário e na incorporação de saberes e práticas de saúde muitas vezes não vivenciados na formação inicial:

“(...) as vezes que eu vou lá na Unidade, vejo o atendimento dele com as pessoas, vejo a atenção que ele dá, a preocupação que ele busca, assim, de todas as formas conseguir resolver o problema daquele indivíduo. (P10)”

“Quando entram no consultório, em qualquer processo terapêutico, elas [as pessoas] querem sentir o

seguinte: 'Eu sou importante para aquela pessoa naquele momento'. Se ela sentir que você realmente está interessado nela e nos problemas dela, a sua chance melhora muito de ter sucesso". (P11)

Do mesmo modo, desenvolver todo potencial do profissional na prática e a segurança no fazer para resolução dos problemas e efetividade das ações:

"(...) eu acho que os eixos centrais são esses, a habilidade emocional e a competência técnica, porque você tem de saber fazer, porque dificilmente você vai ter tantos instrumentos, você não vai ter tantos recursos, equipamentos, né?" (P4)

O saber-fazer profissional refere-se ao âmbito operativo do desempenho na realidade prática, na qual o profissional precisa treinar para executar com eficiência o seu trabalho. A eficiência prática reflete-se diretamente na resolubilidade dos problemas de saúde da população.

Para que o profissional incorpore novos elementos à sua prática e até mesmo reformule seus próprios conceitos, é indispensável à experimentação de desconfortos no cotidiano do trabalho. Este desconforto vivido promove a percepção de que o modo vigente de fazer ou de pensar é insuficiente para fazer face aos desafios do trabalho e possibilita produzir transformações (Ceccim, 2005a).

Feuerwerker (2005, p. 501) pondera, entretanto, que *"o trabalho em saúde não é completamente controlável, pois se baseia em uma relação entre pessoas, em todas as fases de sua realização e, portanto, sempre está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo, privado, de concretização da prática"*.

5.8 Atenção à Saúde

A área de domínio da atenção à saúde está relacionada ao saber-fazer dos profissionais, voltada para o desenvolvimento de ações individuais e coletivas, em âmbito integral e contínuo, por meio de ações de promoção, proteção, assistência e reabilitação.

Para Witt (2005), realizar atendimento integral dentro dos princípios do SUS e demonstrar a capacidade de acolhimento e sensibilidade são competências gerais de todos os profissionais da equipe. É interessante ressaltar que, em seu estudo, o cuidado domiciliar aparece como uma competência específica da enfermeira na Atenção Básica. No entanto, observa-se que, na ESF, todos os profissionais da saúde que desenvolvem suas atividades nas Unidades de Saúde da Família têm como atribuições a visita domiciliária, a prestação de cuidados no domicílio, não apenas com enfoque curativo e reabilitador, mas como estratégia privilegiada para a promoção e prevenção da saúde individual e familiar.

Segundo Witt (2005), atuação profissional ainda é fortemente centrada na clínica e o enfoque biológico permanece hegemônico, em detrimento das dimensões social e da subjetividade, contribuindo para que as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos fiquem em segundo plano.

No presente estudo, uma competência identificada diz respeito ao profissional ter conhecimento para realizar consultas, fazer diagnóstico, prescrever e encaminhar para outros níveis de atenção à saúde:

“(...) ele teve um grande interesse pelo caso. Então ele fez um exame físico detalhado, fez uma consulta, fez todos os exames complementares que estava ao alcance dele, dialogou com o agente comunitário para saber um pouco do cotidiano daquela família, inseriu o profissional de enfermagem, discutiu o caso com a fisioterapeuta da área que tinha uma

interação, pensando em uma radiculopatia e alguma coisa assim”. (P12)

“Porque outras pessoas poderiam ter uma postura mais passiva, por exemplo, assim: eu vou encaminhar ao neurologista eu vou pedir uma ressonância, se não der nada, infelizmente fugiu da... Ele extrapolou, ele gerenciou realmente aquela situação que era mais difícil, foi realmente... Ele fez a ligação com nível secundário, com nível terciário”. (P12)

A atuação clínica com enfoque na doença, na prescrição e no tratamento é de fundamental importância no contexto do cuidado à saúde, uma vez que a população encontra-se adoecida, desde que associado a uma visão de saúde ampliada, incorporando ao fazer profissional competências que possibilitem **ter uma visão de saúde diferenciada, integral, humanista e ampliada do processo saúde-doença (do social, familiar, da economia, política e educação)**, conforme expressa o discurso a seguir:

“Acho que a postura dela em termos de visão mais ampliada da situação de saúde, humanização, ela tem um “quê” de humanização muito grande, entendeu? Competente tecnicamente, que eu acho que tem que ter mesmo. E entende o processo de saúde da família, a questão comunidade, consegue trabalhar essa questão maior, mais ampla de saúde que é o que a gente discute, a questão não só biológica, mas também social, psicológica, além de uma excelente competência técnica”. (P8)

“Se a gente for ver a relação, esse binômio saúde-doença, a gente vai ver que muitos distúrbios psicossomáticos são de origem emocional, e essa origem emocional, por exemplo, pode ter uma questão ligada à falta de atenção. Vamos falar um português bem claro: uma simples conversa, um acolhimento, ‘dar atenção’, ver essa pessoa, ver esse indivíduo de uma outra forma, pode ser terapêutico. Pode ser feito por qualquer profissional, a gente sabe, por exemplo, que nas lombalgias, nas cervicalgias, existe um fundo depressivo. A psicossomática faz essa leitura, então não só olhar aquela dor. Mas, se você puder conversar

um pouquinho, ampliar um pouquinho esse teu olhar, aí entra direto a relação”. (P2)

Silva e Sena (2008) corroboram este achado ao expor que a formação profissional - inicial e de pós-graduação, não pode ter como referência apenas a doença, o diagnóstico e o tratamento, mas deve estimular uma compreensão ampliada das necessidades de saúde, com vistas à integralidade do cuidado.

As autoras discutem ainda a necessidade de mudança do modelo de atenção à saúde que é pautado na atenção curativa, na medicalização e no atendimento aos sintomas físicos para uma abordagem na perspectiva da integralidade do cuidado, que responda ao sofrimento e aos anseios dos indivíduos. De acordo com Pinheiro (2002, p. 15) *“a integralidade pode ser entendida como uma ação resultante da interação democrática entre os atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema”*.

A integralidade pode ser um princípio organizador de uma assistência alicerçada em um novo paradigma, voltado para o atendimento às demandas e necessidades da coletividade e dos grupos sociais. (Machado et al, 2007). O grande desafio da integralidade está em saber-fazer de forma integrada, buscando reconhecer as necessidades dos usuários para além das demandas explícitas (Gomes, Pinheiro, 2005).

Outra competência identificada está relacionada à importância do profissional **reconhecer que o enfoque clínico é insuficiente para o cuidado, necessitando também de envolvimento**. Isso implica uma atitude de compreensão de que efetividade do cuidado requer afetividade (Benito, Becker, 2007):

“Então, isso que me chama a atenção nele, essa preocupação de ir além da técnica (...) O que o indivíduo está precisando? Dentro do contexto que ele tem, o [que é] o melhor que ele pode fazer? Então, isso que me chama atenção. Pela própria conversa que

ele... Por exemplo, não o procedimento clínico em si, mas pela própria forma dele atender os pacientes, conversar com os pacientes e trabalhar em equipe também, dentro da equipe, dentro da unidade... Então, a gente vê que é um profissional... eu considero um profissional com perfil muito adequado mesmo para o trabalho no PSF". (P10)

Ceccim (2005b) ressalta a importância dos profissionais reconhecerem que os aspectos biológicos isoladamente não são garantia do sucesso terapêutico individual ou coletivo. O cuidado não está expresso apenas na forma do profissional ou do serviço responder às demandas dos usuários, mas através de um olhar sobre o que realmente significa 'cuidado' na vida das pessoas, ressignificando a responsabilização mútua e a autonomia do indivíduo (Silva, Sena, 2008).

A Atenção Básica, como porta de entrada do Sistema de Saúde, solicita dos profissionais uma maior responsabilidade pelas ações desenvolvidas, com a conseqüente resolubilidade. Tendo em vista a dificuldade muitas vezes enfrentada no serviço de realizar a referência do usuário para outro nível de atenção e a pouca utilização de tecnologias leves-duras ou duras, muitas vezes, o recurso de saúde mais efetivo na UBS é o próprio profissional.

Frente a essa situação, na ESF, o profissional precisa reconhecer-se como agente de saúde e fonte de recursos para comunidade:

"Bom, isso eu acho que são referências fundamentais: a competência técnica, a capacidade de organização, de enfrentamento das situações que são muito coletivas e estão, às vezes, muito embaralhadas, a capacidade de lidar, de trabalhar em equipe e depois se reconhecer... como sendo fonte de recurso para essa comunidade, de pensar o que é fundamental ali". (P12)

Como produto das práticas em saúde, o cuidado está diretamente ligado às relações de responsabilidade, interação, subjetividade e

acolhimento, instrumentos do cotidiano da produção dos serviços de saúde (Ferri et al, 2007).

Uma das competências identificadas nesta área de domínio está relacionada à importância do profissional transmitir confiança e ter uma postura aberta, sensível, acolhedora, atenciosa, afetuosa, facilitadora e interessada pelo paciente e seus problemas:

“Eu acho que está faltando um pouco... é o que eu percebo... é a questão do acolhimento. Eu acho que as pessoas não estão escutando muito o paciente. Eu acho que acolher é uma outra qualidade que o profissional deveria melhorar. Para que eu possa atuar (...) exatamente como eu aprendi na minha teoria, para que eu possa colocar em prática, se eu não acolher esse paciente bem eu não vou conseguir fazer PSF. Porque para mim PSF não é eu chegar e dar atendimento. É ver esse paciente de um modo geral, é contextualizar tudo que ele vive, não só na minha prática odontológica, mas na parte médica, entender um pouco, na parte de enfermagem e na parte odontológica, principalmente, que é a minha área. Mas saber ouvir e direcionar esse paciente, não só querer atuar na minha área. Aí eu não estou fazendo PSF de jeito nenhum, principalmente quando é a família”. (P15)

“(...) principalmente pela questão do acolhimento, da escuta e do cuidado, porque eu acho que são as principais... os principais pontos para você trabalhar dentro do Programa Saúde da Família”. (P6)

Esta competência relaciona-se aos sentidos atribuídos ao termo acolhimento, especificados no estudo de Gomes e Pinheiro (2005, p. 291), no qual os significados apresentados também se relacionam com a atenção integral à saúde e as demais competências discutidas por área de domínio neste estudo: *“atenção, consideração, abrigo, receber, atender, dar crédito a, dar ouvidos a, admitir, aceitar, tomar em consideração, oferecer refúgio, proteção ou conforto físico, ter ou receber alguém junto a si”*.

A maneira como ocorre o acolhimento ao usuário no serviço de saúde pode influenciar positiva ou negativamente diversos aspectos relacionados a

sua saúde. A valorização do cuidado prestado pode transformar hábitos e costumes com conseqüente adesão ao tratamento.

A concepção de acolhimento empregada neste trabalho baseia-se no acolhimento que está incorporado ao processo de trabalho dos profissionais da saúde no cotidiano de suas práticas. Não se refere, portanto, à ação realizada em alguns serviços por uma “equipe” que permanece à porta da Unidade de Saúde ou na sala de espera para “receber” as demandas dos usuários e muitas vezes resolver alguns problemas pontuais.

Para Merhy (1994), o acolhimento é a relação humanizada e acolhedora que os profissionais devem estabelecer com os usuários. Para Leonello (2007) considera que promover o acolhimento significa ter uma escuta ampliada, oferecendo atenção e reconhecendo as necessidades da população.

A maneira como o profissional acolhe, posiciona-se e manifesta interesse pelos problemas apresentados pelos usuários afetará sua adesão aos projetos terapêuticos, indispensável ao cuidado à saúde.

5.9 Educacional

A formação profissional exige aperfeiçoamento contínuo por meio da busca permanente de conhecimentos e de identificação de espaços de aprendizagem possibilitados pelo compartilhamento de saberes e experiências entre os profissionais.

Reconhecer-se em contínua formação foi a competência geral identificada por Witt (2005) para todos os profissionais da saúde, enquanto promover a educação permanente foi apresentada como competência específica da enfermeira. Em seu trabalho é possível observar a dicotomia entre o processo ensino-aprendizagem e a concepção de educação permanente (EP) que parece estar relacionada ao preparo e à supervisão da

equipe de enfermagem, diferentemente da EP atualmente discutida, que engloba as múltiplas disciplinas no trabalho voltado à gestão, formação, cuidado e controle social, capaz de problematizar e recriar a prática à luz da teoria.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o SUS, como estratégia de formação e desenvolvimento de trabalhadores, foi instituída pela Portaria nº 198 GM/MS/13 de fevereiro de 2004. Visa “*a melhoria da qualidade do cuidado, a capacidade de comunicação e o compromisso social entre as equipes de saúde, os gestores do Sistema de Saúde, Instituições formadoras e o controle social*” (São Paulo (Estado), 2007, p. 5).

No atual contexto da educação, faz-se necessário uma diferenciação entre EP e Educação Continuada, conceitos antagônicos, com importantes especificidades relativas ao processo de ensino-aprendizagem.

A EP está vinculada à política de descentralização, que tem como base o desenvolvimento dos serviços de saúde a partir de suas características e necessidades. O cotidiano do trabalho em saúde está em constante análise, que passa pelas relações que operam no trabalho concreto, o que permite construir espaços coletivos para reflexão e avaliação das ações desenvolvidas (Ceccim, 2005a; São Paulo (Estado), 2007).

A EP é uma modalidade de educação “em serviço” e constitui uma estratégia fundamental para a efetivação de transformações na área da saúde, em busca de uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e com competência técnica (Ceccim, 2005b) que se legitima por meio da participação dos gestores, profissionais, estudantes e usuários.

A aprendizagem à luz da EP é reconstrutiva, com o repensar das práticas e enfrentamentos que não são constantes e padronizados, requerendo dos profissionais e serviços disponibilidade para aprender a aprender e para a ação que pode transformar realidades concretas e

contextualizadas por meio do diagnóstico e planejamento participativo de todos envolvidos.

Paim (2001, p. 9) afirma que *“entre os desafios para as práticas de formação e educação permanente encontra-se o produzir uma nova consciência do ‘sujeito público’ que integre os processos de construção contra-hegemônica”*.

A Educação Continuada (EC), segundo Ceccim e Feuerwerker (2004b), está relacionada ao acúmulo de informações, tendo como cenário da prática um território de aplicação da teoria. É uma prática autônoma do profissional que busca atualização, muitas vezes com temas referentes à sua especialidade ou temas definidos institucionalmente, a fim de garantir a efetividade em novos programas ou ações em um dado momento.

Na EP a aprendizagem é significativa e está centrada na resolução de problemas de saúde da população, em um contexto multiprofissional, enquanto na EC cada profissional busca investir em sua carreira de forma individualizada e muitas vezes por meio de uma metodologia de transmissão de conhecimentos.

Nesta área de domínio, reconhecer as limitações do saber e da ação profissionais, aprendendo com os erros do dia-a-dia e buscando atualização/informação/instrumentalização permanentes foi uma das competências profissionais apontadas pelos preceptores e profissionais indicados por eles indicados. No entender dos entrevistados, essa busca de informação pode se dar principalmente por meio de cursos, pesquisas em livros e artigos e da troca de conhecimento com outros profissionais:

“Porque, se eu tenho dúvida, se eu não sei ou se eu tenho certeza que essa minha dúvida está implicada de uma forma negativa naquilo que eu vou fazer, que eu faço? Eu vou, pergunto, vou atrás, reconheço que eu não sei aquilo, [que] eu não sei tudo. Não posso dizer: - ‘Ah, eu sou competente para fazer qualquer coisa’. De jeito nenhum, eu sou uma pessoa que está

em constante aprendizado, em constante troca (...) Então, eu penso assim: acho que a competência é saber que você não sabe tudo”. (P17)

“(...) olha, o técnico eu acho que é mais fácil, porque você corre atrás, você vai fazer os cursos, você lê, isso é tranquilo. À medida que você vai sentindo a necessidade, você vai buscando”. (P16)

“Mas, eu também, acho que você tem que continuar estudando sempre, porque é assim, as coisas mudam e é muito... eu me sinto muito mais seguro, quer dizer, eu acho que eu passei a ser uma pessoa muito mais segura quando, por exemplo, se iniciou a discussão sobre um assunto ou a pessoa lhe procura e você tem uma informação que é recente; você está atualizado e você não cristalizou aquele conhecimento, então assim, a arte para isso, tem que ir estudando mesmo, tem que ir vendo artigo, tem que estar lendo, tem que estar indo a congressos – eu acho que você tem que se atualizar”. (P11)

É desejável ao profissional da ESF que reconheça os ‘novos espaços’ de EP dentro deste novo modelo assistencial, incorporando não apenas o profissional, mas a equipe no saber-conhecer. **Reconhecer que a Educação Permanente deve acontecer no dia-a-dia: na reunião de equipe, na supervisão, na visita e reconhecer o trabalho como locus de produção de saber** também foi considerada uma competência para o trabalho em ESF, conforme mostra o exemplo a seguir:

“(...) é a todo momento, é durante a reunião de equipe, é no dia-a-dia, é na supervisão, é na visita, é a educação permanente que eles têm de fazer constantemente”. (P1)

“Porque, às vezes, não é no falar que você vai entender, é no fazer mesmo. Eu acho que a maior parte das coisas que eu entendi como conhecimento nesse sentido do processo foi fazendo mesmo (...). E aí, só vivendo mesmo, só fazendo. Eu não vejo muito outra alternativa”. (P13)

“Na prática. E eu não sei, acho que não tem outra forma de adquirir isso não, não sei. É o que te falei, a técnica você corre atrás. ‘Opa, deixa eu buscar o

protocolo, deixa eu buscar mais informações'. Isso você vai atrás, isso é mais fácil. (...) O restante é na prática mesmo, é no teu dia-a-dia que você vai se formando e vai melhorando". (P16)

De acordo com Silva e Sena (2008), o profissional competente é capaz de reordenar a relação trabalho-educação, fundamentada na práxis, de forma a potencializar as ações em saúde, reconhecendo a subjetividade dos indivíduos, seu contexto, assim como as questões éticas.

Para promover a articulação educação-trabalho-saúde é preciso a participação da equipe de forma horizontal, capaz de compreender que as relações são produtos de práticas e saberes acumulados, delimitadas pela dinâmica da realidade social (Brasil, 2005a), mas que são passíveis de transformação a partir da incorporação de um novo saber advindo do trabalho em saúde.

Segundo Pereira (2003, p. 1532) *"aprender é um ato de conhecimento da realidade concreta"*, ou seja, é através da vivência prática que novos conceitos são incorporados por meio de uma aproximação crítica da realidade. Sendo assim, **reconhecer que a teoria respalda a prática e que ambas se correlacionam problematizando a realidade**, foi uma competência mencionada nesta área de domínio:

"(...) ela é uma pessoa que consegue concatenar muito bem a teoria e prática. Então você percebe que ela tem um arcabouço teórico forte o suficiente pra respaldar a prática dela, e quando você faz alguma pergunta pra ela na prática, o pouco contato que eu tive com ela, ela consegue também te fazer pensar". (P2)

"(...) a questão do conhecimento e da prática é extremamente próxima, extremamente relacionada, elas sempre perpassam uma pela outra, não é? Sempre estão constantemente juntas, então é o que a gente percebe". (P1)

“Porque eu acho que toda a ação dela era sempre muito comprometida, era sempre muito... Trazia muita coisa da correlação da teoria com a prática”. (P7)

A problematização, uma metodologia crítica para a leitura da realidade, possibilita aos profissionais da saúde apropriar-se dessa realidade, a fim de desencadear transformações sociais significativas.

A competência está em reconhecer que a aquisição de conhecimentos é permanente e que também se adquire nas relações familiares, profissionais e na prática.

“(...) eu não posso dizer como eu adquiri [a competência], foi a minha vida toda, é uma coisa que eu gosto, acho que desde o início. Eu falei para você, é uma coisa que eu venho construindo desde a minha infância, tanto em relação a lidar com o outro... Porque eu venho de uma família que é muito afetuosa e essa questão da afeto, do respeito ao outro... E a questão do conhecimento, da busca, do estudo, da pesquisa, do você ir atrás, de não ficar limitado aquilo que você aprendeu hoje”. (PI7)

O discurso a seguir exemplifica que há um conhecimento que se adquire na convivência com o usuário, portanto, um conhecimento que se adquire na prática a partir do reconhecimento da *“incompletude do saber profissional”* (Leonello, 2007, p. 76):

“Mas eu acho que você tem que ter a simplicidade de dizer:- ‘Olha, não sei tudo’. Porque cada caso é único, e na verdade, a gente vai aprendendo muito com eles [usuários], porque aparece de tudo. Então, eu não sei se isso seria uma habilidade, o que seria. Eu sei que tem a ver com isso”. (PI3)

“E a habilidade você vai adquirindo com o passar do tempo com a sua experiência, quando você vai colocando em prática tudo aquele conhecimento que você se formou, que você adquiriu. Não só em relação a sua carreira acadêmica, por exemplo, você se formou em fisioterapia ou em enfermagem. Não, no decorrer da sua vida, porque eu acho que o conhecimento, ele

vem desde a questão técnica até a sua questão cultural, até sua questão de formação, de seu perfil social, da sua personalidade, então tudo isso influi na questão do conhecimento e isso vai repercutir na habilidade que você vai ter de colocar isso em prática” (P17)

Os discursos enfatizam que o profissional deve se responsabilizar por sua própria educação permanente:

“A prática contribui. Contribui muito se for bem aproveitada... Se você o paciente sai daqui, você tem dúvida e depois se atualiza, vai pesquisar nos livros que tem na Unidade, vai pesquisar na internet, vai pesquisar onde quiser sobre aqueles assuntos, aí a prática serve; se não você pode fazer prática o dia todo e não aprender nada. Fazer só um arroz-feijão. Agora se você quiser acrescentar um bife, um bom cardápio bem rico de coisas, além da prática tem de ter esse estudo, atualização, cursos, troca de experiências com outros colegas, referência para você tirar as dúvidas com alguém com mais experiência, um especialista, alguém mais competente. Aí a prática, realmente, nesse caso é bem aproveitada, serve”. (P18)

“(...) você não se constrói fora, na faculdade, na universidade ou a própria residência, entendeu? É no dia-a-dia estudando mesmo, que você vai pegando aos poucos e vai pegando assim no sistema, é muito cheio de nuances. É muita coisa, é muita coisa”. (P14)

“O buscar... o profissional sempre estar buscando, este espírito inovador, essa iniciativa – isso é fundamental”. (P1)

Para Ceccim (2005a), a vivência prática possibilita o contato com o desconforto, fomentando a disposição para mudanças de conceitos e práticas e enfrentamento do desafio de realizar as transformações. Os cenários da prática explicitam e reformulam a teoria, resignificando a própria prática e o enfoque dos profissionais da saúde na busca pela EP e nas atividades profissionais cotidianas, não mais com objetivos puramente individuais, mas tendo como foco as necessidades da população.

5.10 Em Ciências Básicas da Saúde Pública e Coletiva

Segundo Witt (2005), esta área de domínio possibilita uma compreensão ampliada da definição e da avaliação das condições de saúde da população, de seus determinantes e condicionantes que podem contribuir para promoção da saúde e a prevenção de agravos ou que podem interferir na utilização dos serviços de saúde.

Para essa autora, as competências gerais em Ciências Básicas da Saúde Pública e Coletiva englobam a rede de serviços de saúde, conhecer o Sistema Nacional de Saúde e as políticas de saúde, demonstrar capacidade técnica e conhecimento dos problemas e necessidades de saúde da população, incluindo seus determinantes sociais e saber socializar seus conhecimentos.

Para alcançar este modelo de atenção, é preciso que os profissionais desenvolvam, tanto na formação inicial, como na Residência ou em outras modalidades de pós-graduação, uma visão generalista, capaz de enfrentar os desafios da Atenção Básica em consonância com os princípios do SUS.

A formação generalista implica adquirir conhecimentos para além da Clínica, com foco também nas Ciências Sociais, um conhecimento teórico que possibilite a análise, a reflexão e a transformação da realidade e das práticas de saúde em determinados grupos sociais. Neste sentido, **ter formação generalista** é uma das competências necessárias aos profissionais na ESF:

“Quando você é generalista, independente da categoria que você trabalha... as pessoas vem com aspecto emocional envolvido, com aspecto físico envolvido, de uma forma embaralhada. Você tem de ter habilidade, além da competência técnica de saber a patologias, de pensar o que é fundamental... ter habilidade para dizer: - ‘Não, isso aqui é preponderante nesse momento; esse não é; isso leva a isso...’ E de organizar, não é? Mais do que o próprio clínico, porque

você coloca nesse caldeirão problemas ginecológicos... e você coloca fundamentalmente numa dimensão diferente, na dimensão familiar, na dimensão da comunidade... Então, imagina a dificuldade de você ter conhecimento grande sobre isso e saber organizar essas queixas e como a pessoa... como essas queixas se apresentam a você". (P12)

"(...) especificamente para atuar no PSF, você tem que ter a questão da formação generalista". (P17)

O desafio de uma formação generalista está na urgência em integrar as diversas disciplinas, saberes e práticas (Furtado, 2007), tendo como foco o cuidado centrado no paciente, família e comunidade.

Os resultados provenientes dos discursos dos preceptores e dos profissionais por eles indicados apontam para necessidade do profissional da saúde possuir primeiramente conhecimento técnico e clínico adquirido em sua área de formação específica. Assim, **ter conhecimento e habilidade técnica/clínica adquirida na formação específica** foi considerado uma competência comum a todos os profissionais:

"Primeiro, conhecimento. A pessoa tem de ter conhecimento, em qualquer área. Se for psicologia, tem de ter conhecimento da psicologia, se for de serviço social, conhecimento das questões sociais, e qualquer outra categoria [deve] ter conhecimento profissional". (P15)

"(...) acho que tem de ter técnica, é fundamental. Você tem o PSF, não só o PSF, mas a atenção primária, o cara está entrando e você tem de diagnosticar e perceber qual é o problema e ninguém viu. Então você tem de ter uma baita técnica pra que você consiga fazer isso". (P8)

"Eu acho, assim, a capacidade técnica... Acho que é muito difícil trabalhar no PSF, porque você tem de ter um domínio amplo, uma gama muito grande de conhecimento para você fazer bem o que você faz. Você tem de ter um conhecimento amplo, geral. Primeiro você tem de ser bom tecnicamente. Aí [vem]

as outras características, que vão além da capacidade técnica”. (P12)

Toledo et al (2007) contrapõem-se o enfoque puramente técnico das práticas em saúde afirmando que não é possível comprovar o caráter social do processo saúde-doença por meio do caso clínico, mas pela maneira característica de adoecer e morrer dos grupos humanos.

Os entrevistados consideram ainda que, para o desenvolvimento do trabalho na ESF, é imprescindível ao profissional ter conhecimento sobre políticas públicas, processo saúde-doença, atenção primária, interdisciplinaridade, epidemiologia, indicadores de saúde, práticas de saúde coletiva, rede de referência e contra-referência, princípios e estratégias organizacionais da ESF. Esses conhecimentos, uma vez articulado ao cenário das práticas, ou seja, à Atenção Básica, tornariam possível o enfoque generalista.

“(...) além daquele conhecimento de formação, que você tem, que vem lá da sua, da questão acadêmica, que é fundamental, você precisa, lógico, conhecer os princípios da atenção primária, você precisa saber o que é integralidade, você precisa saber como operacionalizar a integralidade. (P1)

Foi destacada a importância do profissional saber conhecer para além do específico de sua categoria, tendo um conhecimento maior de políticas públicas:

“(...) não só um conhecimento específico porque eu posso ter meu conhecimento de enfermeira, conhecimento específico, que são as matérias básicas de formação ou talvez algo muito mais ponderado, ou mais pontual como no caso uma especialização, mas um conhecimento maior, um conhecimento de política pública, né? Um conhecimento de relações, um conhecimento de outras ciências que vão além daquelas que você... é... adquiriu na tua formação acadêmica”. (P1)

“(...) que é o cara, que veste a camiseta o Programa Saúde da Família, é um cara de, que tem muita noção de política pública”. (P9)

A interdisciplinaridade também aparece como competência nesta área de domínio e na área do trabalho em equipe, onde pôde ser mais explorada.

Segundo Furtado (2007) a interdisciplinaridade pode ser analisada em duas perspectivas: epistemológica e pedagógica. A primeira refere-se à interdisciplinaridade como um saber organizado, constituído por um conjunto de teorias, métodos e conceitos. Na perspectiva pedagógica, por sua vez, as disciplinas ganham sentido de conhecimento e são abordadas em matérias específicas. O mesmo autor acrescenta que *“a interdisciplinaridade representa o grau mais avançado de relação entre disciplinas, se considerarmos o critério de real entrosamento entre elas”* (Furtado, 2007, p. 242).

No campo da epidemiologia, de acordo com Drumond Jr. (2006), a sua aplicação nos serviços de saúde contribui para o entendimento sobre os determinantes dos agravos à saúde, assim como sua distribuição, possibilitando a identificação dos perfis epidemiológicos dos grupos sociais por meio do uso da epidemiologia no diagnóstico, na vigilância e monitoramento e na avaliação das situações de saúde-doença.

Os profissionais entrevistados mencionam as lacunas de conhecimento referentes à epidemiologia e aos indicadores de saúde no planejamento e organização do trabalho em saúde no contexto da ESF:

“(...) vamos pegar esse teu conhecimento e [ver] como fazer um planejamento estratégico em cima do seu diagnóstico de saúde: que ações você faria para melhorar a questão dos indicadores de saúde ou para garantir algum impacto efetivo na sua população? Ele [o profissional] não sabe, não tem habilidade para fazer isso”. (P1)

A promoção da saúde, uma das áreas de domínio identificadas neste estudo, aparece também relacionada a prevenção do adoecimento, proteção e recuperação da saúde, tal como exemplificada no discurso abaixo:

“A segunda coisa que você tem de ter são as práticas de saúde coletiva. Então, o que são as práticas de saúde coletivas? São aquelas coisas pertinentes ao dia-a-dia da Atenção Básica, da Atenção Primária à Saúde, que é promoção, prevenção, proteção, recuperação de saúde e as ações voltadas para isso, que no PSF são várias. E a gente tem esse conhecimento independente da categoria profissional que está inserido”. (PI7)

A rede própria de serviços de saúde do SUS organiza-se de forma regionalizada e hierarquizada, integrando a Atenção Básica e Especializada. O profissional da saúde precisa conhecer a rede de referência e contra-referência para garantir o cuidado integral e contínuo nos casos de maior complexidade:

“Mas, o profissional percebe que tem que ser particularmente envolvido, conhecer a rede, conhecer as referências e as contra-referências, também conhecer onde não tem e tentar e se virar. Isso é uma coisa que acho que é um diferencial”. (PI8)

“Fundamentalmente, acho que para trabalhar bem em PSF, primeiro você tem que ter a competência clínica. (...)Então, você tem de ser competente clinicamente, tecnicamente para tratar bem uma pessoa com hipertensão, com diabetes, com tuberculose, tem de fazer um pré-natal bem feito, tem de fazer uma puericultura”. (PI1)

Andrade et al (2006, p. 804) conceituam a ESF como “um modelo de atenção primária, operacionalizado mediante estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar e consistente com o contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que

está inserido.” O cuidado integral requer uma visão ampliada do processo saúde-doença, que articule a promoção da saúde e a ação intersetorial.

A ESF alcançou mais de um terço da população brasileira, tendo com premissas o trabalho em equipe, a adscrição da clientela, o estabelecimento de vínculo com foco de atenção na família, o estímulo à participação da comunidade e o trabalho dos agentes comunitários de saúde.

Para a construção de uma Atenção Básica de qualidade, efetiva e equânime, faz-se necessário investir na educação permanente dos profissionais, assim como na preparação de futuros profissionais durante a formação inicial e na pós-graduação.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família necessita pensar a formação a partir de uma perspectiva ampliada do processo- saúde doença dos indivíduos, assim como refletir sobre as competências e ações que devem ser desenvolvidas por todos os profissionais no contexto da ESF.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo tomou como objeto a formação dos profissionais da saúde para o SUS, a partir de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, e teve como objetivos identificar a concepção de competência que orienta a prática pedagógica dos preceptores do curso; identificar as competências profissionais referidas por trabalhadores das equipes da Estratégia Saúde da Família como necessárias no cotidiano de sua prática profissional e construir um perfil de competências para orientar a formação profissional na Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF).

Os resultados permitiram construir um perfil de competências classificadas pelas áreas de domínio propostas por Witt (2005):

Na área de domínio dos **valores profissionais**, foi identificada uma competência relativa ao saber ser, frente à necessidade do profissional ter uma postura ética, comprometida, flexível e compromissada, expressando sua identificação e engajamento profissional pelo trabalho na ESF. Ter iniciativa, respeito, atenção e disponibilidade também foram identificadas como competências necessárias ao profissional.

Na área de domínio da **comunicação**, o que inclui tanto as relações interpessoais como as tecnologias leves utilizadas na assistência à saúde, pôde ser identificada uma competência relativa ao saber conviver, expressa pela habilidade do profissional para abordar o usuário, assim como pela capacidade de saber ouvir com empatia, respeitando o interlocutor e as diferenças de opinião. Estas competências representam um dos maiores desafios para a formação e para o desenvolvimento do trabalho em equipe no cotidiano dos serviços.

No que diz respeito ao **trabalho em equipe**, as competências relativas ao saber conviver aparecem novamente, pois nesta forma de trabalho está implícita a primazia das relações, de maneira que o profissional precisa estar aberto para a comunicação com os demais integrantes da equipe, na discussão de casos e no estabelecimento de um plano de cuidado integrado. A competência de reconhecer o saber ser dos profissionais da equipe e exercer liderança sem autoritarismo torna-se imprescindível para o trabalho em equipe que busca alcançar a integralidade da atenção e do cuidado em saúde.

Na **gerência**, quarta área de domínio, foram identificadas competências do saber conhecer e saber fazer, sendo que a importância desta relação de saberes é inquestionável. Ter conhecimento sobre gestão e gerenciamento de recursos e do processo de trabalho com base na prevalência e incidência de casos, assim como saber realizar um planejamento estratégico e um plano de ação são competências compartilhadas por todos os profissionais da saúde.

Na quinta área de domínio, **orientada à comunidade**, as competências referem-se a diversos saberes: saber conhecer, saber fazer e saber ser. Conhecer o território e envolver-se com a comunidade, construindo vínculos, ter olhar ampliado para família e para as suas necessidades, compreendendo seu contexto e sua inserção em um dado grupo social, trabalhar com grupos, estimular a participação popular e o envolvimento no conselho gestor e respeitar o usuário foram mencionadas como competências fundamentais para os profissionais na ESF.

A sexta área de domínio, da **promoção da saúde**, diz respeito ao saber conhecer e saber fazer ações de promoção e educação em saúde, enquanto uma estratégia uma estratégia para promover autonomia e favorecer o desenvolvimento da cidadania dos usuários.

Na sétima, da **resolução de problemas**, destaca-se a necessidade de o profissional ter competência relacionada ao saber fazer, para enfrentar

e conduzir os desafios do cotidiano em saúde e os problemas de saúde de indivíduos famílias e grupos sociais da coletividade, utilizando a criatividade e buscando parcerias intersetoriais.

Na oitava área de domínio, da **atenção à saúde**, foram identificadas competências relativas aos saberes fazer e ser. Em relação ao saber fazer, a competência diz respeito à importância do profissional ter habilidades para realizar uma consulta, estabelecer o diagnóstico, prescrever e encaminhar para outros níveis de atenção. Em decorrência da visão ampliada do processo saúde-doença, na dimensão do saber ser, emerge ainda a competência de acolhimento, envolvimento e abertura para se reconhecer como fonte de recursos para as coletividades, fruto do interesse pelo usuário e seus problemas.

Na área de domínio **educacional**, as competências referem-se ao saber conhecer e saber fazer, destacando-se o reconhecimento de que a educação permanente e a busca de conhecimentos devem acontecer no dia-a-dia e que o trabalho é *lócus* de produção de saber e espaço de problematização e de aproximação entre teoria e prática (práxis).

Na última área, das **ciências básicas da saúde pública e coletiva**, observa-se a primazia do saber conhecer a partir de uma formação generalista, sendo consideradas as competências relativas ao conhecimento sobre políticas públicas, epidemiologia, práticas de Saúde Coletiva, Atenção Primária, dentre outros.

As Residências Multiprofissionais em Saúde da Família encontram-se em processo de construção, tendo em vista sua recente proposição como uma modalidade de ensino que integra a política de formação para os trabalhadores da saúde, que visa contribuir para uma mudança no contexto tecno-assistencial do SUS.

Como parte das estratégias de formação permanente para o SUS, a RMSF apresenta potencialidades pedagógicas e políticas para

transformação do modelo de atenção e das práticas de cuidado em saúde a partir da aprendizagem vivenciada no contexto real do trabalho em saúde em Unidades de Saúde da Família.

Essa aproximação possibilita o reconhecimento das necessidades dos grupos sociais assistidos e a formulação de estratégias específicas e multiprofissionais para seu enfrentamento, impulsionando transformações na realidade da população, das famílias, das equipes e da Unidade, visando garantir a integralidade da atenção enquanto um princípio constitucional.

O contato diário com a realidade de vida e trabalho dos grupos sociais estimula o enfrentamento dos problemas de saúde e a busca de soluções compartilhadas entre a equipe e os usuários dos serviços, com vistas à promoção da saúde e da qualidade de vida.

A ESF oportuniza relações interpessoais entre a equipe de saúde e entre esta e as famílias de um determinado território. A RMSF, por sua vez, permite o estabelecimento de vínculos com as coletividades. Os residentes têm uma ação profissional diferenciada da equipe do serviço, um “tempo protegido” a ser investido no acompanhamento individual ou familiar, desvinculado das metas de produtividade. Essa possibilidade resulta no fortalecimento de uma relação humanizada e de confiança que favorece o desenvolvimento de competências ético-políticas nos profissionais, ao mesmo tempo que estimula o desenvolvimento de autonomia e auto-cuidado dos indivíduos por eles assistidos.

A interdisciplinaridade e a intersetorialidade, inseridas em uma compreensão ampliada do processo- saúde doença dos indivíduos, implica a articulação de diferentes saberes em busca de soluções consensuadas, face à complexidade das necessidades da população.

No cotidiano do trabalho dos residentes nas Unidades de Saúde, entretanto, identificam-se dificuldades em planejar e desenvolver ações multi

e interdisciplinares, uma vez que os campos de saberes e de práticas específicas de cada categoria profissional são fortemente delimitados.

Os residentes que se integram às equipes de Saúde da Família estimulam a construção de novas práticas e a produção de novas maneiras de cuidar e trabalhar em equipe, estimulando a renovação do trabalho em saúde. Podem inclusive contribuir para reduzir o desgaste a que estão sujeitas tais equipes, em decorrência de grande demanda, carência de profissionais e cobranças em relação à produção.

Em contrapartida, a equipe de saúde da família contribui para o aperfeiçoamento da formação dos residentes **pelo e no** trabalho, possibilitando a construção de uma prática ancorada na realidade localregional e no conhecimento adquirido no dia-a-dia do trabalho na ESF. Na interação entre residentes e as equipes de saúde, práticas e saberes compartilhados em torno de projetos comuns podem ser incorporados a um novo saber-fazer em saúde frente a uma dada realidade que precisa ser problematizada.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família, ao promover o contato com as necessidades da população, pretende proporcionar aos residentes as bases para uma nova conduta e um novo olhar profissional, mais humanizado, centrado no paciente, com integralidade da atenção e postura crítica e reflexiva. Espera que o profissional formado seja capaz de compartilhar saberes e que se mostre presente e participante, com objetivo final de aliviar o sofrimento humano e melhorar a qualidade de vida da população.

A diversidade dos contextos onde se desenvolvem as Residências Multiprofissionais em Saúde da Família no país, assim como as diferenças de financiamento, carga horária, projetos político-pedagógicos, formas de avaliação, capacitação de tutores e preceptores representam alguns dos aspectos dificultadores que impedem o avanço e a construção de uma

política de formação efetiva, sustentável e não vulnerável aos momentos políticos.

As dificuldades e os entraves vivenciados pelas RMSF não devem ser ignoradas, mas interrogadas e problematizadas com o envolvimento de todos os partícipes na construção dessa nova modalidade de formação, em busca de formas de enfrentamento e superação. É preciso investir nas potencialidades que a RMSF apresenta para criar espaços coletivos de discussão, com conseqüente transformação das práticas e do cuidado prestado à população. O trabalho coletivo da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional pode contribuir para a superação dos limites que hoje se apresentam na operacionalização das RMSF, em prol da qualidade da formação e da assistência/cuidado desenvolvidas pelos residentes.

“Por um lado, as RMSF 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 construir políticas públicas de formação e de financiamento que regulamentem e fortaleçam os programas, estabelecendo não apenas diretrizes, mas direcionamentos para a inserção e atuação profissionais egressos no SUS” (Nascimento; Oliveira, 2006, p.439).

Este estudo revelou, entre outros aspectos, a necessidade de repensar a RMSF como uma modalidade de formação fundada no trabalho em saúde, assim como refletiu sobre as competências formuladas a partir desse trabalho e as ações que devem ser desenvolvidas por todos os profissionais no contexto da ESF, fazendo emergir o papel do profissional cidadão, comprometido e competente, que sabe conhecer, fazer, ser e conviver.

Como resultado deste processo investigativo, foi construído um perfil de competências para orientar a formação profissional na Estratégia Saúde da Família, no contexto da RMSF, baseado na percepção de preceptores e profissionais por eles indicados em razão da prática competente.

O incentivo às mudanças na formação, com a inserção de profissionais nos serviços de saúde, tal como preconiza a Residência, busca não apenas responder à expansão dos postos de trabalho na Atenção Básica, mas propiciar a renovação das práticas em saúde pela maior aproximação entre profissionais e usuários, de forma crítica e participativa, dispostos a contribuir com a consolidação do SUS.

Os resultados aqui alcançados, como os produtos de qualquer investigação, devem ser encarados de maneira provisória e aproximativa (Minayo, 1998). Espera-se que esse estudo contribua para novas indagações e reflexões no caminho das pessoas envolvidas no processo de formação na RMSF.

REFERÊNCIAS

Almeida M. organizador. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.

Andrade LOM, Barreto ICHC, Bezerra RC. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p.783-836.

Amoretti R. A Educação Médica diante das necessidades sociais em saúde. Rev Bras Educ Médica 2005;29(2):136-46.

Aquino R, Barreto ML. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. Cad Saúde Públ[periódico na Internet] 2008;24(4)[citado 2008 abr 15]. Disponível em: <http://WWW.scielo.br>

Araujo MBS, Rocha PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de Saúde de Família. Ciênc Saúde Coletiva 2007;12(5):455-64.

Barros ALBL, Michel JLM. Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência: experiência de implantação em um hospital escola. Rev Latino-Amer Enferm [periódico na Internet] 2000;8(1) [citado 2007 abr 07]. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Batista N, Batista SH, Goldenberg P, Seiffert O, Sonzogno MC. O enfoque problematizador na formação de profissionais da saúde. Rev Saúde Públ 2005;39(2): 231-7.

Benito GAV, Becker LC. Atitudes gerenciais do enfermeiro no Programa Saúde da Família: visão da Equipe Saúde da Família. Rev Bras Enferm 2007;60(3):312-6.

Bourget MMM. organizadora. Programa Saúde da Família: guia para o planejamento local. São Paulo: Martinari; 2005.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Anteprojeto de Lei. Dispõe sobre a Residência em Enfermagem, e a sua respectiva Comissão Nacional. Rio de Janeiro; 1996.

Brasil. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em área profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde [legislação na Internet]. Diário Oficial da União 2007; [citado 2007 jan 16].

Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília; 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos Serviços de Saúde. Brasília; 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem: práticas educativas no cotidiano do trabalho em saúde. Rio de Janeiro; 2005a. 62p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem: trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro; 2005b. 104p.

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

Buss PM. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: Czresnia D, Freitas CM organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p.15-38.

Campos FE, Belisario AS. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. Interface: Comum Saúde Educ 2001;(9):133-42.

Campos GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad Saúde Públ [periódico na Internet] 2007;23(2) [citado 2008 jan 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Car MR, Bertolozzi MR. O procedimento da análise de discurso. In: Chianca TCM; Antunes MJM, organizadoras. A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: CIPESC. Brasília: ABEN; 1999 [Série Didática: Enfermagem no SUS]. p.348-53.

Casa de Saúde Santa Marcelina. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Proposta Institucional da Casa de Saúde Santa Marcelina e Faculdade Santa Marcelina. São Paulo; 2004.

Ceccim RB Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface: Comum Saúde Educ [periódico na Internet] 2005a;9(16)) [citado 2006 jun 11]. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Ceccim RB Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc Saúde Coletiva [periódico na Internet] 2005b;10(4) [citado 2008 jan 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Ceccim RB, Ferla AA. Residência integrada em saúde: uma resposta à formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2003.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área de saúde; ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Rev Saúde Coletiva 2004a;14(1):41-65.

Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Públ 2004b;20(5):1400-10.

Chaves DE. Posicionamento de um grupo de enfermeiros sobre o seu compromisso social. Rev Bras Enferm 1980;33:275-304.

Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. Cogitare Enferm 2007;12(2):236-40.

Chirelli MQ. O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da FAMEMA [tese]. Ribeirão Preto; 2002. 286p.

Chirelli MQ, Mishima SM. A formação do enfermeiro crítico-reflexivo no curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília – FAMEMA. Rev Latino-Amer Enf 2003;11(5):574-84.

Clemente A, Matos DR, Grejanin DKM, Santos HE, Quevedo MP, Massa PA. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a formação de psicólogos para a atuação na Atenção Básica. Saúde Soc 2008;17(1):176-84.

Cordeiro H. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos Pólos de capacitação em Saúde da Família. *Divulg Saúde Deb* 2000;(21):36-46.

Costa N, Menezes M. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento da Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Czresnia D, Freitas CM organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. 174p.

Davine MC. Currículo integrado. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Geral. Secretaria de Modernização Administrativa e Recursos Humanos. Capacitação pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde. Brasília; 1989. p.39-55.

De Domenico EBL, Ide CAC. Estratégias apontadas pelos docentes para o desenvolvimento das competências nos diferentes níveis de formação superior em enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2005;58(5):509-12.

Del Ciampo LA, Ricco RG. O internato do curso de medicina e o Programa de Saúde da Família. *Rev Bras Educ Méd* 2003a;27(1):50-4.

Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC. Residência médica em Medicina Geral e Comunitária. Proposta de um Programa de Formação de Médicos Generalistas. *Rev Bras Educ Méd* 2003b;27(3):200-4.

Delors J. organizador. *Educação: um tesouro a descobrir*. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2003. (Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI).

Desaulniers JBR. Formação, competência e cidadania. *Educ & Soc* 1997;18:60.

Desprebiteris L. O desafio da avaliação da aprendizagem: dos fundamentos a uma proposta inovadora. São Paulo: EPU; 1989.

Drumond Jr M. Epidemiologia em Serviços de Saúde: conceitos, instrumentos e modos de fazer. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Jr M, Carvalho YM organizadores. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p.419-56.

Egry EY. *Saúde coletiva: construindo um novo método em Enfermagem*. São Paulo: Ícone; 1996.

Egry EY, Fonseca RMGS, Bertollozzi MR, Oliveira MAC, Takahashi RF. Construindo o conhecimento em saúde coletiva: uma análise das teses e dissertações produzidas. *Rev Esc Enferm USP* 2005;39(esp):544-52.

Epstein RM, Hundert EM. Defining and assessing professional competence. *Jama* 2002;287(2):226-35.

Falcón GS, Erdmann AL, Meirelles BHS. A complexidade na educação dos profissionais para o cuidado em saúde. *Texto Contexto Enferm* 2006;15(2):343-51.

Faustino RLH. Saberes e competências na formação da enfermeira em saúde coletiva [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003. 198p.

Faustino RLH, Moraes MJB, Oliveira MAC, Egry EY. Caminhos da formação em enfermagem: continuidade ou ruptura? *Rev Bras Enferm* 2003;56(4):343-7.

Ferri SMN, Pereira MJB, Mishuma SM, Caccia-Bava MCG, Almeida MCP. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. . *Interface: Comum Saúde Educ* [periódico na Internet] 2007;11(23) [citado 2008 jan 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface: Comum Saúde Educ* 2005;9(18):489-506.

Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação* 1998;2(3):51-71.

Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na Educação Médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002. 306p.

Fiorin JL. Elementos de análise do discurso. 7ª ed. São Paulo: Contexto; 1999.

Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. *Rev Latino-Amer Enferm* 2005;13(2):262-8.

Freitas RAMM. Reflexividade e competência: a graduação em enfermagem [tese]. Marília: Unesp; 2002. 251p.

Furtado JP. Equipes de referência: arranjo institucional para potencializar a colaboração entre disciplinas e profissões. *Interface: Comum Saúde Educ* 2007;11(22):239-5.

Garcia MAA. Saber, agir e educar: o ensino-aprendizagem em serviços de saúde. *Interface: Comum Saúde Educ* 2001;5(8):89-100.

Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. *Cad Saúde Públ* 2005;21(2):490-8.

Gilbert ACB, Cardoso MHCA, Wuillaume SM. Médicos residentes e suas relações com/e no mundo da saúde e da doença: um estudo de caso institucional com residentes em Obstetrícia/Ginecologia. *Interface: Comum Saúde Educ* 2006;9(18):103-16.

Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface: Comum Saúde Educ* 2005;9(17):287-301.

Gonçalves DD, Arantes CIS. A Saúde Coletiva na formação em Fisioterapia [monografia]. São Carlos: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Carlos; 2000.

Hager P, Gonczi A. What is a competence? *Med Teacher* 1996;8:15-8.

Junqueira LAP. Descentralização e intersectorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *Rev Adm Públ* 1998;32(2):11-22.

Kawata LS. Os atributos mobilizados pela enfermeira na Saúde da Família: uma aproximação aos desempenhos na construção da competência gerencial [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2007.

Leite SN, Vasconcelos MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamento no cotidiano familiar. *Hist Ciênc Saúde Manguinhos* 2006;13(1):113-28.

Leonello VM. Competências para ação educativa da enfermeira: uma interface entre o ensino e a assistência de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2007.

Lessa GM. Residência multiprofissional como experiência de atuação interdisciplinar na assistência à saúde da família. *Rev Bras Enf* 2000;53(n. especial):107-10.

Lima VV. Avaliação de competência nos cursos médicos. In: Marins JJN et al. Organizadores. Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec; 2004. p.123-40.

Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. Interface: Comum Saúde Educ 2005;9(17):369-79.

Lüdke M, André MEDA. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. 4ªed. São Paulo: EPU; 1986. 99p.

Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciênc Saúde Coletiva 2007;12(2):335-42.

Mandu ENT. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. Rev Latino-Amer Enferm 2004;12(4):665-75.

Manfredi SM. Trabalho, qualificação e competência profissional: das dimensões conceituais e políticas. Educ Soc [periódico na Internet] 1998; 19(64)[citado 2006 jun18]. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Marsiglia RG. Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1995. 118p. (Saúde em Debate, 90).

Matsumoto NF. A Operacionalização do PAS de uma unidade básica de saúde do município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1999.

Meghnagi AS. A competência profissional como tema de pesquisa. Educ Soc 1998; 19(64):50-86.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR, São Paulo; 1992.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.71.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca de qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO organizador. Inventando a mudança em saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p.116-60.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1998.

Moraes MJB. O ensino de enfermagem em Saúde Coletiva: redescobrimos caminhos para novas práticas assistenciais [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Nascimento DDG, Oliveira MAC. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. REME: Rev Min Enferm 2006;10(4):435-9.

Nascimento DDG, Quevedo MP. Aprender fazendo: considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família na qualificação de profissionais da saúde. In: Bourget MMM organizadora. Estratégia Saúde da Família: a experiência da Equipe de Reabilitação. São Paulo: Martinari; 2008. p.43-59.

Nascimento DDG, Martins JS, Abreu SCC, Rodrigues CRF, Simplício L, Reis GT. A Residência Integrada em Saúde da Família: perfil dos residentes. Rev Olho Mágico 2005;12(2):327-8.

Nunes ED. Pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. Physis: Rev Saúde Colet 2005;15(1):13-38.

Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. Rev Latino-Amer Enferm 2005 ;13(3):423-31.

Oliveira EM, Spiri WC. Programa Saúde da Família: a experiência da equipe multiprofissional. Rev Saúde Públ 2006;40(4):727-33.

Oliveira MAC. Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2004. 89p.

Oliveira RF. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: limites e possibilidades para mudança na formação profissional [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007. 113p.

Oliveira RG, Marcon SS. The opinion of nurses regarding the work they perform with families in the Family Health Program. *Rev Latino-Amer Enferm* 2007;15(3)::431-8.

Oliveira V. Comunicação, informação e ação social. In: Organização Pan-Americana de Saúde. Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de Saúde da Família. Brasília; 2000. p. 65-74.

Paim JS. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. São Paulo: Abrasco; 1996. (Estudos de Saúde Coletiva, 4).

Paim JS. Saúde da família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface: Comum Saúde Educ* 2001;(9):143-6.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp; 1998.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Públ* 2001;35(1):103-9.

Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências sociais. *Cad Saúde Públ* 2003;19950:1527-34.

Perrenoud P. Avaliação: da excelência à regulação das aprendizagens entre duas lógicas. Porto Alegre: Artmed; 1999a. 183p.

Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999b.

Perrenoud P. Ensinar: agir na urgência, decidir na incerteza. 2ª ed. Trad. de Cláudia Schilling. Porto Alegre: Artemed; 2001.

Pierantoni CR, Varella TC, França T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática. *Cad RH Saúde* 2006;3(1):27-38.

Pinheiro R. Práticas de saúde e integralidade: as experiências inovadoras na incorporação e desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários no SUS. In: Brasil. Ministério da Saúde. Experiências inovadoras no SUS: relatos de experiências. Brasília; 2002. p.15.

Pinto LLS, Formigli VLA, Rêgo RCF. A dor e a delícia de aprender com o SUS: integração ensino-serviço na percepção dos internos em Medicina Social. *Rev Baiana* 2007;31(1):115-33.

Ramos MN. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. *Rev Formação* 2001;2:17-26.

Ramos MN. A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação. 2 ed. São Paulo: Cortez; 2002. 320 p.

Ribeiro ECO.Lima VV. Competências profissionais e mudanças na formação. *Olho Mágico* 2003;10(2):47-52.

Roldão MC. Para um currículo do pensar e do agir: as competências enquanto referencial de ensino e aprendizagem no ensino superior. Aveiro: Universidade de Aveiro, 2005. Trabalho apresentado no Workshop Competência e Avaliação em outubro de 2005. [citado em 2007 abr 23]. Disponível em:
http://www.uc.pt/pessoal/abade/bolonha/docs/Competencias_roldao.pdf

Ronzani TM, Silva CM. O Programa Saúde da Família: segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008;13(1):23-34.

Ruiz L. De la realidad a las disciplinas: estructuración de las respuestas educacionales con base en las competencias de las instituciones y de la fuerza de trabajo. [texto na Internet] 2000.[citado 2008 jan 10]. Disponível em: <http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSR/competencias.doc>

São Paulo (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde no Estado de São Paulo: documento norteador. São Paulo; 2007.

Saupe R, Cutolo LRA, Wendhausen ALP, Benito GAV. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Interface: Comum Saúde Educ* 2005;9(18):521-36.

Saupe R, Wendhausen ALP, Benito GAV, Cutolo LRA. Avaliação das competências dos recursos humanos para a consolidação do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Texto Contexto Enferm* 2007;16(4):654-61.

Seiffert OMLB. A formação do enfermeiro: uma aproximação à recente produção científica (2001-2005). *Trab Educ e Saúde* 2005;3(2):331-50.

Severino AJ. Metodologia do trabalho científico. 23ª ed rev atual. São Paulo: Cortez; 2007. 304 p.

Silva DJ, Da Ros MA. Inserção de profissionais de fisioterapia na equipe de saúde da família e Sistema Único de Saúde: desafios na formação. *Ciênc Saúde Coletiva* 2007;12(6):1673-81.

Silva IZQJ, Trad LAB. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. *Interface: Comum Saúde Educ* 2005;9(16):25-38.

Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP* [periódico na Internet] 2008;42 (1) [citado 2008 abr 04]. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Sousa MF. A Enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. *Rev Bras Enferm* 2000;53 (n.especial):25-30.

Souza EM, Grundy E. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. *Cad Saúde Públ* 2004;20(5):354-60.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. 726p.

Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. [texto na Internet] [citado 2005 abr 01]. Disponível em: <http://www.redepopsaude.com.br/Varal/Politicasaude/DesafioSUS.htm>

Teixeira CF. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da Atenção à Saúde no SUS. *Rev Bras Saúde Família* 2004;(ed. esp.):10-23.

Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento de hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enferm* [periódico na Internet] 2007;16(2) [citado 2008 jan 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br>

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas; 1987.

Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. São Paulo: Hucitec; 1999.

Westphal MF. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciênc Saúde Coletiva* 2000;5(1):39-52.

Witt RR. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das funções essenciais de Saúde Pública [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.

ANEXOS

Anexo 1 - Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Fone.: 3061-7548 - Fax.: 3061-7548
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 04 de maio de 2007.

Ilm.^a Sr.^a
Débora Dupas Gonçalves do Nascimento

Ref.: Processo nº 635/2007/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**A residência multiprofissional em saúde da família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em exercício

Anexo 2 - Permissão para utilização do nome das Instituições Casa de Saúde Santa Marcelina e Faculdade Santa Marcelina.

São Paulo, 01 de março de 2008.

Ilmª Irmã Dra. Monique M. Bourget
Coordenadora Geral do PSF Santa Marcelina
Ilmª Irmã Luiza Vanz
Vice-Diretora da Faculdade Santa Marcelina
Unidade Itaquera

Referência: Permissão para utilização do nome das Instituições Casa de Saúde Santa Marcelina e Faculdade Santa Marcelina em dissertação de mestrado.

Eu, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, aluna regularmente matriculada no Curso de Pós-Graduação – nível mestrado, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, venho através desta solicitar autorização de V.Sª. para utilizar o nome destas conceituadas Instituições em minha dissertação de mestrado intitulada: **“A Residência Multiprofissional em Saúde da Família como Estratégia de Formação da Força de Trabalho para o SUS”**, que desenvolvo sob a orientação da Profª Drª Maria Amélia de Campos Oliveira.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que tem como objetivo geral analisar o processo de desenvolvimento da Residência Multiprofissional em Saúde da Família visando a construção de um perfil de competências que oriente a formação e atuação profissional na Estratégia Saúde da Família.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob o nº 635/2007/CEP-EEUSP.

Coloco-me à disposição para eventuais dúvidas (F: 2295-5407) e informo o telefone do Comitê de Ética (3066-7548) e da orientadora do estudo (3066-7652).

No aguardo da permissão, subscrevo-me agradecendo antecipadamente pela atenção,

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento
ddupas@uol.com.br

Autorizamos:

Irmã Dra. Monique M. Bourget
Coordenadora Geral do PSF Santa Marcelina

Irmã Luiza Vanz
Vice-Diretora da FASM - Itaquera

Anexo 3 - Roteiro de Caracterização Sujeitos

Nome:

Idade:..... Sexo:

Profissão:.....

Nível de instrução: () aprimoramento
 () residência
 () pós graduação *lato sensu*
 () pós graduação *stricto sensu*
 () mestrado
 () doutorado

Tempo de exercício da profissão na ESF:

Tempo de formação inicial:

Natureza da instituição formadora: () pública
 () privada

Experiência profissional anterior à Saúde da Família (local e tempo):

Restrito aos preceptores:

Tempo que exerceu preceptoria:

Experiência anterior relacionada ao ensino / docência:() sim () não

Anexo 4 - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada para Preceptores

Nome:

Indique um profissional que em sua opinião tenha um agir competente no cotidiano da prática no PSF.

Descreva uma situação que você presenciou a atuação deste profissional e que exemplifique a atuação competente.

O que te levou a indicar este profissional?

Quais competências você considera necessárias aos profissionais da saúde para uma atuação competente no PSF? Por quê?

Anexo 5 - Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada para Profissionais Indicados

Nome:

Vocês foram indicados(as) pelos preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde da Família como profissionais competentes para atuar no PSF. Gostaria de saber no cotidiano da prática profissional o que vocês fazem e como fazem este trabalho que permitiu distingui-los?

.....
.....

O que é um agir competente em Saúde da Família? Dêem exemplos a partir de suas atividades cotidianas.

.....
.....

Quais competências vocês possuem e consideram essenciais para o trabalho no PSF?

.....
.....

Quais os conhecimentos, habilidades e atitudes são necessárias para atuar no PSF?

.....
.....

De que maneira vocês adquiriram estes conhecimentos, habilidades e atitudes?

.....
.....

Anexo 6 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Débora Dupas Gonçalves do Nascimento, mestranda do Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP, estou desenvolvendo uma pesquisa cujo título é: “*A Residência Multiprofissional em Saúde da Família como Estratégia de Formação da Força de Trabalho para o SUS*”. Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito seu consentimento e participação.

A pesquisa tem o objetivo de identificar as concepções de competência dos preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina, Faculdade Santa Marcelina e Ministério da Saúde, as competências dos profissionais da ESF em sua prática, visando a construção de um perfil de competência que oriente a formação na Residência em Saúde da Família.

A coleta de dados será realizada por meio entrevistas semi-estruturadas com os participantes da pesquisa. As informações assim obtidas durante serão registradas por meio de gravações de voz e diário da pesquisadora. A análise dos dados será feita por meio da técnica de “análise de discurso”, preconizada por Fiorin (1999) e adaptada por Car e Bertolozzi (1999).

Sua participação é voluntária e você tem a liberdade de desistir durante toda pesquisa, caso deseje, sem o prejuízo ou sanção. Por ocasião de divulgação dos resultados será garantido seu anonimato e o sigilo dos dados confidenciais. Se houver interesse, você terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discuti-la com a pesquisadora.

Caso sinta necessidade de qualquer esclarecimento durante ou após a coleta de dados, segue o telefone e endereço eletrônico para contato com a pesquisadora: **ddupas@uol.com.br** (11) 2295-5407 e telefone do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: (11) 3061-7548.

Ciente destas informações, concordo em participar deste estudo.

São Paulo, _____ de _____ de 2007.

Assinatura do(a) Participante

Assinatura da Pesquisadora