

Atuação como apoiadores em saúde: reflexões sobre a formação na residência multiprofissional

Acting as health supporters: reflections about graduation in multidisciplinary residence

Actuación como apoyadores en salud: pensamientos sobre la formación en la residencia multiprofesional

Karine Kyomi Beker¹
Adriana Barbieri Feliciano²
Maria Lúcia Teixeira Machado³

RESUMO: O estudo objetivou compreender as interfaces entre a atuação como apoiadores e a formação vivenciada na residência. Os cenários de aprendizagem, bem como as ferramentas da educação permanente, favorecem a formação de trabalhadores aptos às ações coletivas, apresentando elementos potencializadores para ambos os apoios. O projeto político pedagógico e o arranjo organizacional da residência foram elaborados de forma a favorecer o aprendizado sobre o apoio matricial. O mesmo não ocorre com relação ao apoio institucional, para o qual algumas lacunas devem ser analisadas. Discute-se a importância da aproximação entre a instituição formadora e a rede de saúde, proporcionando um aprendizado complementar entre a prática e a teoria, favorecendo a formação de trabalhadores ao Sistema Único de Saúde. Pode-se afirmar que há interface entre a formação na residência e a prática de ambos os apoios, com melhor embasamento do apoio matricial.

Palavras-chave: apoio matricial, apoio institucional, residência multiprofissional em saúde, saúde da família, Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT; The study aimed to understand the interfaces between their action as supporters and their experiences during the residency. Learning scenarios as well as the tools of continue learning process create a favorable scenario for the development of workers devoted to collective action, showing synergy from both support elements. The political pedagogical project and the organizational arrangement of the residence were drawn up in order to promote learning about the matrix support. The same does not occur with the institutional support, for which some gaps should

1 Fisioterapeuta especialista em Saúde da Família e Comunidade pela UFSCar. Mestre em Gestão da Clínica pela UFSCar.

2 Enfermeira, Doutor em Saúde Coletiva, Profa Associada da UFSCar, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica

3 Nutricionista, Doutor em Saúde Coletiva, Profa Associada da UFSCar, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica

be analyzed. It discusses the importance of the close relation between the educational institution and the health system network, providing a complementary learning between practice and theory, favoring the formation of workers for the Health System. It is possible to affirm that there is an interface between training in residence and the practice, with better basis of matrix support.

Keywords: matrix support, institutional support, multidisciplinary residency in health, family health, Health System.

RESUMEN: El estudio tuvo como objetivo comprender las interfaces entre los partidarios y el rendimiento que experimentó en la residencia. Los escenarios de aprendizaje, así como las herramientas de educación permanente, contribuyen a la formación de trabajadores aptos para la acción colectiva, con dosis de refuerzo para ambos elementos de apoyo. El proyecto pedagógico político y la disposición de la organización de la residencia se han elaborado con el fin de promover el aprendizaje sobre el soporte de la matriz. No sucede lo mismo en relación al apoyo institucional, en la cual se deben analizar algunas lagunas. Se discute la importancia del acercamiento entre la institución educativa y la red de salud, proporcionando un aprendizaje complementario entre la práctica y la teoría, lo que favorece la formación de trabajadores del sistema de salud. Podría argumentarse que no hay interfaz entre la formación en residencia y la práctica de los dos soportes, con una mejor base de apoyo de la matriz.

Palabras clave: apoyo de la matriz, apoyo institucional, residencia pluriprofesional en salud, salud de la familia, sistema de salud.

INTRODUÇÃO

Instigada por lutas sociais, a Constituição Brasileira de 1988 cria o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo um reordenamento dos serviços e ações de saúde, que passa a ser um direito do cidadão e dever do Estado. Regulamentado em 1990 pela lei nº 8.080, em vigor até os dias atuais, o SUS é regido pelas diretrizes de igualdade, equidade e integralidade e do ponto de vista organizacional estão a universalização, a descentralização, a regionalização, o controle social, a hierarquização e a suplementação do setor privado¹.

Para avançar na consolidação do SUS, fez-se necessário formular uma política para o setor, mediante espaços que concretizassem a aproximação entre a construção da gestão descentralizada do SUS, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo².

Perseguindo esta necessidade, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada no Brasil com o objetivo de reorientar o cuidado, baseando-se nos princípios do SUS, expandindo o acesso da população brasileira ao cuidado. Sua equipe é composta por um grupo interdisciplinar de profissionais envolvidos na assistência integral e primária à saúde, sendo responsável pelas famílias e comunidade de um território adscrito¹. A estes profissionais se atribui a designação de equipe de referência.

A fim de complementar as ações ofertadas na Atenção Básica (AB) pelas equipes de referência, o apoio matricial se apresenta como dispositivo para a retaguarda especializada tanto assistencial quanto de suporte técnico-pedagógico. Dependem da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias, entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem apoio matricial. Este apoio se faz uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, desfrutando de saberes e práticas especializadas na atuação frente a um indivíduo/coletivo, sem que este deixe de ser referenciado, ampliando as possibilidades de resolução dos problemas de saúde^{2,3}.

Além da prática especializada, os próprios profissionais da referência podem trabalhar internamente na lógica de equipe de referência e apoio matricial, na qual este último é realizado não somente por especialistas, mas também por profissionais que estão mais próximos do usuário, sendo capazes de distinguir outros aspectos relevantes².

Com o intuito de atuar na lógica do apoio matricial, em 2008 o Ministério da Saúde criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que tem a proposta de atuar dentro das diretrizes da AB, como: interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação permanente em saúde, entre outros⁴. Atualmente, alguns autores trabalham com a ideia do NASF atuar não somente no apoio matricial, como também no apoio à gestão e apoio institucional⁵.

O apoio institucional é outro dispositivo, função gerencial que reformula o modo tradicional de se fazer coordenação, planejamento, supervisão e avaliação em saúde. Possibilita a ampliação da capacidade de análise das equipes, pois busca incluir os indivíduos no trabalho, simplificando o processo de reflexão acerca das dificuldades do cotidiano, mobilizando a circulação de desejos, interesses e a constituição de vínculos⁶. Trata-se de um método de cogestão⁷. Objetiva apoiar e articular a produção de bens e serviços dos próprios profissionais envolvidos no processo, conferindo-lhes meios para pensarem sobre sua função, aliando-se a eles na resolução de problemas organizacionais, construção de redes, práticas e espaços coletivos⁸.

No entanto, o exercício desta prática requer algumas habilidades: atuar em equipes interdisciplinares, compartilhar o saber e coproduzir o cuidado e, em geral, os cursos de graduação em saúde ofertam pouco esta possibilidade, pois muitos deles ainda possuem modelos orientados pelo regime disciplinar, fragmentação, desarticulação entre área básica e clínica, ensino com pedagogias mais tradicionais, orientado para a prática individual num modelo de cura para doenças, sendo a avaliação baseada na memorização⁹.

A reorientação dos modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva, no universo do trabalho, e o fomento às mudanças curriculares de cursos de graduação e pós-graduação, visando uma formação e desenvolvimento para os profissionais da área de saúde, adequadas ao novo conceito de fazer saúde, foram as principais estratégias iniciais².

Considerando o SUS como indutor para novos processos de formação, já no início dos anos 90 buscou-se ampliar a integração ensino-serviço, procurando uma formação que respondesse melhor às necessidades da sociedade. Algumas iniciativas foram estruturantes, como os Projetos UNI: *uma nova iniciativa da educação dos profissionais de saúde: união com a comunidade* (p.84). O projeto de trabalho da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (Cinaem) buscou a articulação no debate do ensino entre escolas, trabalhadores e estudantes como protagonistas desta construção. Em 2004, o Ministério da Saúde coloca em pauta uma política do SUS para o diálogo com o ensino de graduação: *AprenderSUS*⁹.

No que se refere ao mundo do trabalho, outra estratégia de fortalecimento do SUS por meio da reorientação da atenção básica, que buscou formar profissionais de saúde que atendessem às novas demandas do cuidado em saúde, foi a criação dos Programas de Residência Multiprofissional, como forma de superação do modelo assistencial restritivo focado na assistência médica. A residência multiprofissional foi instituída em 2005, no Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem), como forma de qualificação de jovens ingressantes no mercado de trabalho e, por conseguinte, a qualificação do SUS.^{10,11}

A Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos, criou, em 2007, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), articulada ao arranjo organizacional da ESF¹². Constituíam-se em ensino de pós-graduação *lato sensu*, caracterizado por capacitação em serviço¹³, sendo destinado às profissões de saúde como enfermagem, educação física, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional, existindo oscilações nas ofertas de vagas por categorias. Desde o ano de 2012 não se abriu mais vagas para novas turmas¹⁴.

Segundo a proposta do programa, os residentes ficavam alocados nas Unidades de Saúde da Família (USF) divididos em dois arranjos interdisciplinares: enfermeiro e odontólogo, com atuação em uma única USF, caracterizando a equipe de referência, e a equipe matricial, constituída pelos outros profissionais, abrangendo duas equipes de Saúde da Família. Os mesmos atuavam segundo as áreas de competência: cuidado individual e coletivo, gestão, educação e pesquisa. A inserção dos residentes se dava na lógica do apoio, visando uma formação coletiva no campo de conhecimento – saúde coletiva – com a contribuição dos núcleos e saberes específicos de cada profissão¹⁴.

Além do modelo da prática profissional, este programa apresentava características que potencializam a formação do residente, como a garantia de espaços de reflexão sobre a prática e sobre os locais de trabalho, diversidade de atores envolvidos no processo formativo, relação horizontal entre os indivíduos envolvidos, processo de ensino-aprendizagem construtivista e fundamentado na aprendizagem significativa e de adultos¹⁴.

Neste sentido, este estudo corresponde ao desenvolvimento de um mestrado profissional do Programa de Pós Graduação em Gestão da Clínica da UFSCar e se propôs a compreender a interface

entre a atuação do residente como apoiador matricial e institucional e o processo de formação vivenciado na RMSFC da UFSCar.

DESENVOLVIMENTO

1 Método

Este estudo se ancora no referencial teórico-metodológico da pesquisa qualitativa, por se tratar de uma investigação sobre o cotidiano do residente e sua perspectiva em relação ao apoio matricial e institucional, tanto em sua trajetória no programa quanto em sua prática profissional após a conclusão da formação. Foram escolhidos como participantes os egressos das turmas de residentes do programa de residência, que atuavam profissionalmente em diferentes partes do país, fato este que tornou difícil o acesso fisicamente.

Por este motivo, optou-se pela pesquisa online para a coleta de dados, entendendo que esta oportuniza um meio de coleta e de disseminação de informações de forma rápida e eficiente^{15, 16}, sendo utilizado um questionário de autoaplicação com perguntas abertas e fechadas.

Foram inclusos todos os egressos do programa de residência das quatro primeiras turmas, totalizando 109 pessoas. Destes, 13 não foram localizados, sendo que todos os outros foram contatados e convidados a participar do estudo. Após o contato, 21 egressos concordaram em participar da pesquisa.

O critério de inclusão, portanto, foi ser egresso do programa de RMSFC da UFSCar das quatro primeiras turmas. Foram excluídos os egressos da quinta turma devido à recente conclusão da residência na época da pesquisa, no entanto, foram sujeitos (08 residentes) do pré-teste do instrumento de coleta dos dados da pesquisa. Em seguida, foi realizado contato com os participantes por e-mail.

Para a sistematização e análise dos dados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, com abordagem temática proposta por Minayo¹⁷.

O quadro a seguir demonstra o trajeto elaborado para a análise do material.

Quadro 1: Roteiro da análise temática utilizado na pesquisa. São Carlos/SP, 2014.

Leitura extensiva de todo o conteúdo	Separação dos fragmentos relevantes ao tema	Descrição do conteúdo dos fragmentos	Interpretação dos dados	Definição de categorias e temas
		Contagem da frequência das expressões		

A coleta dos dados foi realizada no período de abril a julho de 2013, após a pesquisa ter sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar sob parecer número 194.537/13.

2 Resultados e discussão

Participaram deste estudo 21 egressos do programa de residência, conforme quadro a seguir.

Quadro 2: Caracterização dos participantes da pesquisa. São Carlos/SP, 2014. Continua

Característica		Número de participantes
Profissão	Assistente social	1
	Cirurgião dentista	2
	Educador físico	1
	Enfermeiro	4
	Farmacêutico	3
	Fisioterapeuta	3
	Fonoaudiólogo	2

Quadro 2: Caracterização dos participantes da pesquisa. São Carlos/SP, 2014. Conclusão

	Nutricionista	4
	Psicólogo	0
	Terapeuta Ocupacional	1
Arranjo organizacional	Residentes da equipe de referência	6
	Residentes da equipe de apoio matricial	15
Sexo	Feminino	18
	Masculino	3

Com intuito de facilitar a diferenciação entre os residentes da equipe de referência e os do apoio matricial, os participantes foram identificados por meio de números, de 1 até 21, acompanhados das letras ER, para aqueles considerados integrantes da equipe de referência (enfermeiro e cirurgião dentista), ou das letras EAM, para os pertencentes às outras categorias profissionais.

Os resultados do estudo foram consolidados e apresentados considerando-se os temas e as respectivas categorias.

2.1 A função apoio e suas particularidades

Dentro deste tema foram identificadas duas categorias: “O apoio matricial como atividade que qualifica o cuidado” e “O apoio institucional como dispositivo para a organização do processo de trabalho”.

2.1.1 O apoio matricial como atividade que qualifica o cuidado

Com relação ao tema do apoio matricial, todos os entrevistados atribuíram a estas ações voltadas para o cuidado em saúde, envolvendo desde o seu planejamento, utilizando-se de ferramentas estratégicas, até a sua execução.

O apoio matricial se dava através de conversas com profissionais de saúde [...]; reuniões onde se abordavam projetos terapêuticos singulares; [...] grupos, onde trabalhadores da unidade faziam parte da organização e planejamento das atividades [...]. (EAM16)

Visitas domiciliares com toda equipe, atendimentos e grupos compartilhados [...], discussão de casos em reuniões de equipe. (EAM21)

Pinheiro e Mattos caracterizaram o cuidado como um modo de fazer, caracterizado pela atenção, responsabilidade, pelo zelo com pessoas, embasado em um modo de agir produzido pela experiência de vida específica de cada indivíduo e delineado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos¹⁸.

O cuidado em saúde não se alude apenas a um nível de atenção do sistema ou mesmo um procedimento técnico simples, mas sim de uma ação integral englobando significados e sentidos que se voltam para a compreensão de saúde como um direito¹⁸.

Esta relação entre o apoio matricial e o cuidado em saúde, estabelecida pelos respondentes, conflui ao proposto por Campos³. Segundo o autor, o propósito do arranjo organizacional em equipe de referência e apoio matricial é justamente a criação de um modelo de atendimento mais singularizado e personalizado, potencializando o papel terapêutico e proporcionando o melhor acompanhamento do processo saúde-doença de cada indivíduo³.

De acordo com o preconizado pelas diretrizes do NASF, o apoio matricial tem o potencial de ampliar a postura da equipe de saúde sobre o indivíduo, tornando o serviço mais resolutivo e eficiente. Estes produtos são alcançados por meio das duas dimensões relativas ao matriciamento: assistencial e técnico-pedagógica. A primeira é aquela que irá produzir ação clínica direta com os usuários; a segunda, por vez, visa produzir ação de apoio educativo com e para a equipe de referência⁴. Nota-se que estas dimensões são contempladas pelos respondentes:

[...] atendimentos e visitas domiciliares conjuntas. (EAM2)

Discussão de temas relacionados a Nutrição em reuniões com Agentes Comunitários de Saúde, reuniões de Equipe [...]. (EAM2)

A atuação dos residentes no apoio matricial mostrou-se com potência para o uso de diversificadas atividades de cuidado junto com a equipe, bem como teve potência para qualificar o cuidado

prestado uma vez que houve atuação na perspectiva da interprofissionalidade, corroborando com o disposto pelas diretrizes do NASF.

2.1.2 O apoio institucional como dispositivo para a organização do processo de trabalho

Todos os catorze sujeitos, que afirmaram ter efetuado o apoio institucional durante o período da residência, atribuíram ações relacionadas à organização do processo de trabalho e análise das práticas de saúde a esta função. Destacam-se, também, ações junto aos gestores das unidades e a formação de rede de atenção como atribuição do apoiador institucional.

Foi possível contribuir para a reflexão dos “gestores” [...] sobre a própria organização da reunião de equipe, sobre o trabalho dos ACS [...] foi possível repensar o trabalho, pensar em novas formas de organizar o trabalho com objetivos, metas, plano de ação. (EAM6)

[...] ações de apoio institucional, como territorialização, fortalecimento à estruturação de espaços de decisão compartilhada, ações de reorganização do processo de trabalho, atividades formativas e de análise de práticas, entre outras coisas. (EAM7)

Bastos et. al.¹⁹ atribuem ao apoiador institucional alguns papéis, tais como: avaliação do cuidado produzido nos aspectos quantitativos e qualitativos; reflexão sobre as dificuldades encontradas no cotidiano e soluções viáveis; avaliação dos resultados alcançados; assessoria à realização do planejamento e sua aplicação na prática. Apreende-se que todos estes estão associados à organização do processo de trabalho e à avaliação das práticas da equipe de saúde, assim como o trazido pelos respondentes desta pesquisa e em concordância com Campos⁷, que atribuiu ao apoiador institucional o desempenho de “funções nas equipes, ajudando-as na gestão e organização do processo de trabalho” (p.186).

A atuação junto aos gestores das unidades, trazida pelos respondentes, faz jus ao proposto por Oliveira²⁰ e Campos⁷. Ambos afirmaram que o apoiador institucional tem papel singular no apoio à cogestão, objetivando a formação de sujeitos capazes de analisar e intervir no ambiente de trabalho. Desta forma, além do empoderamento para a tomada de decisões em equipe e o incentivo à análise das práticas em saúde enquanto equipe e não de forma fragmentada setorialmente, há um fortalecimento da gestão local quanto ao favorecimento destes espaços e decisões coletivas⁷. Neste sentido, a inserção de residentes nas equipes de Saúde da Família se revelou também como um dispositivo de organização do processo de trabalho destas equipes. Este tema sobre a função apoio, os residentes, tanto de referência como das equipes matriciais se mostram como potencializados da gestão do cuidado em saúde, sendo uma importante alavanca para o fortalecimento do SUS nos cenários onde as mesmas acontecem. A saber, ganham os trabalhadores da rede, ganham os gestores, ganham os residentes e os usuários.

2.2 A rede escola como possibilidade de aprendizado da função apoio

Neste tema apreenderam-se duas categorias: “A contribuição do mundo do trabalho” e “Completando o ciclo: reflexão sobre a prática”.

2.2.1 A contribuição do mundo do trabalho

Citada por todos os respondentes como espaço fundamental no aprendizado adquirido, a imersão na prática do cotidiano das equipes, atuando, muitas vezes, como profissionais integrantes desta, proporcionou grande parte do aprendizado adquirido durante os dois anos de pós-graduação.

Em todas as respostas analisadas, é perceptível o predomínio de atividades coletivas e o estabelecimento de trabalho sempre junto à equipe de referência para ilustrar o apoio matricial.

[...] atuava na elaboração de projetos terapêuticos com a equipe, através de reuniões de discussões de casos e reuniões de equipe. (EAM13)

[...] acontecia principalmente nas reuniões de equipe, através de capacitações referentes a diferentes temas das especialidades contidas na equipe de apoio, bem como nas atuações coletivas e/ou individuais, compartilhadas. (ER5)

Para onze respondentes, o trabalho junto à equipe de referência possibilita ações importantes para a atuação do matriciamento. De fato, segundo Campos²¹, o arranjo organizacional em equipe de apoio matricial somente possui sentido se há o trabalho junto à equipe de referência, e não em substituição a esta, escapando à lógica tradicional de encaminhamento e transferência de responsabilidade. Desta forma, somam-se ideias e possibilidades e dividem-se responsabilidades entre os diversos atores envolvidos nos casos passíveis de resolução na atenção básica²¹.

Assim como para o apoio matricial, a inserção no serviço de saúde foi citada por treze respondentes como importante fator que contribuiu para a atuação como apoiadores institucionais durante a residência.

A reunião de residentes era também um momento de [...] discussão coletiva do programa e as dificuldades pelas quais passava. Aprendi muito sobre metodologia ativa e processos formativos emancipatórios (que serviram para a prática [...] como apoiador). (EAM7)

A inserção precoce no serviço possibilita conceber a necessidade de apoio por parte da equipe de saúde e o próprio funcionamento e cotidiano da USF, possibilitando ao residente se aproximar das questões de maior relevância em seu processo de aprendizado. A capacidade de assimilação de conhecimento e o interesse pelo tema em estudo estão diretamente relacionados à vivência atual de cada indivíduo²².

Feuerwerker considera que somente a experiência adquirida na prática pode completar a formação, pois é através da experiência clínica que o profissional se aproxima das pessoas que

necessitam de cuidados de saúde, diminuindo o enfoque apenas na doença²³.

Trabalhar a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas, apoiadas nos processos de aprendizagem por descoberta e na necessidade de resolução de problemas e tarefas diariamente no âmbito do serviço de saúde, contribuem para o interesse e dedicação do residente, aproximando-o da prática do apoio e sua relação com a equipe de referência.

A reunião de equipe, assim como a própria convivência em equipe interdisciplinar foi considerada por seis respondentes como um espaço de aprendizagem prática, satisfatoriamente rica, além de constituir o principal local de prática do apoio matricial, segundo dez participantes.

O espaço de reunião de equipe [...] também foi muito potente para a minha experiência de apoio matricial, as discussões de caso, os PTS desenvolvidos junto com a equipe, a participação nas reuniões com os ACS [...]. (EAM6)

Com relação ao apoio institucional, oito respondentes consideraram este o espaço mais apropriado para se por em prática as ações desta natureza.

As ações de apoio institucional ocorriam através das reuniões com a equipe, rede de serviços [...]. (EAM13)

Suporte à organização do processo de trabalho durante as reuniões de equipe. (EAM21)

Para Campos⁷, os apoiadores institucionais trabalham nas equipes de saúde ajudando-as, primeiramente, na construção de espaços coletivos. “Espaços onde o grupo analisa, define tarefas e elabora projetos de intervenção” (p.187).

Para tanto, a reunião de equipe, por ter como objetivo a análise coletiva sobre o território e seus determinantes do processo saúde-doença²⁴, torna-se o espaço mais adequado para as ações de apoio institucional, corroborando com o trazido pelos participantes.

Segundo Araújo e Rocha²⁴, a reunião de equipe tem a atribuição de favorecer o trabalho interdisciplinar e a soma de olhares dos distintos profissionais que compõem a equipe, facilitando, assim, a abordagem integral dos indivíduos e/ou famílias.

Para Cruz et al²⁵, a organização do trabalho em equipe é uma das bases de sustentação da proposta da ESF e, portanto, a reunião de equipe é uma ação estratégica, pois propicia o pensamento e a adoção de decisões coletivas, além da elaboração de planos de intervenção conforme os recursos disponíveis.

Além das ações de cuidado, constitui um espaço de aprendizado contínuo, atuando como forte

motivador de trabalho, que possibilita a convivência com as diferenças, propiciando que as relações interpessoais sejam lapidadas com ênfase no desenvolvimento do trabalho²⁵.

Por último, a mesma autora discute a importância da horizontalidade deste espaço para fortalecer e transformar o trabalho da equipe, modificando os integrantes, criando suporte para o enfrentamento dos desafios e propiciando a criação de locais para discutir as relações interpessoais²⁵. Estas características podem ser favorecidas com a presença de apoiadores matriciais e institucionais.

Promover o aprendizado pela aproximação do mundo do trabalho se coaduna com princípios de processos de ensino-aprendizagem mais ativos, que são por excelência produtores de autonomia do educando e se alinham com os princípios da aprendizagem significativa e baseada na solução de problemas.

2.2.2 Completando o ciclo: reflexão sobre a prática

Os espaços formativos ofertados pelo programa de residência foram citados por quinze respondentes como facilitadores da atuação e do aprendizado sobre o apoio matricial. A Unidade Estruturada (UE) e a tutoria de área (TA) foram as que trouxeram maior contribuição, segundo os participantes.

[...] trouxeram contribuições teóricas importantes sobre o apoio (UE), sobre como construir o apoio matricial na minha área (Tutoria de Área) e sobre como construí-lo em equipe (Tutoria de Campo). (EAM7)

Na UE, as situações simuladas em papel eram exploradas em pequenos grupos em um processo de aprendizagem baseada em problemas. A exploração das situações simuladas é fundamentada na compreensão e análise de adversidades, estimulando e acionando o conhecimento prévio de cada integrante do grupo, o que representa um ponto de partida para a teorização. Cada problema deve ter uma ligação com a realidade, devendo os participantes buscar, na vivência e no conhecimento prévio acumulado, a sua resolução¹⁴.

Cada grupo se reunia uma vez por semana e contava com um tutor, cujo papel é o de facilitador do processo de aprendizagem. A UE também se constituía em uma oportunidade “para o exercício do trabalho em equipe, comunicação, avaliação, responsabilidade, intercâmbio de experiências e estímulo à aquisição de conhecimento” (p.19)¹⁴.

Outro espaço de discussão teórica era a tutoria de área, que tinha como característica a abordagem do núcleo de formação dos residentes, sendo facilitado por um tutor da mesma área profissional, favorecendo o aprendizado sobre o apoio matricial, já que este está intimamente ligado ao cuidado em saúde. Em geral, este se dava pela discussão de temas ou situações narrativas vividas na prática pelo residente e também considerando a aprendizagem significativa.

Constata-se, portanto, que a proposta de organização do processo de aprendizagem ofertada pelo programa de residência conseguiu contemplar o aprendizado sobre o apoio matricial.

Com relação ao apoio institucional, dentre os onze que consideraram o respaldo teórico como um dos facilitadores para esta atuação, quatro citaram a tutoria de campo e o envolvimento e conhecimento de alguns tutores sobre o tema.

A Tutoria de Campo sustenta o apoio institucional ao estar mais próximo da prática, avalia a atuação e posicionamento do residente frente aos problemas, bem como a proposta de soluções cabíveis e suscita reflexões acerca da prática. (ER17)

A tutoria de campo tinha como foco principal estar no território, com visitas semanais do tutor de campo, onde o residente está inserido em uma atividade de intervisão (estar ao lado) para o conhecimento da realidade e consolidar com ele e com a equipe da USF uma comunicação horizontal¹⁴. O papel do tutor de campo era identificar necessidades de aprendizagem demandadas pelo residente e pela equipe apoiando a construção e reflexão das práticas em conjunto¹⁴.

Pelo exposto, a tutoria de campo apresentava-se como o espaço pertinente para o desenvolvimento de conhecimento a respeito do apoio institucional, conforme trazido por alguns. Mostra-se mais nítido, também, a importância do papel do tutor de campo para esta modalidade de apoio, pois o próprio por vezes assume o mesmo papel, ou seja, de auxiliar os residentes e a equipe de saúde a trabalharem conjuntamente, transformando divergências em convergências. A inserção do docente no cotidiano dos residentes permitia, inclusive, um melhor entrosamento e estabelecimento da rede escola, aproximando a teoria da prática. Este profissional deve, portanto, ter um domínio sobre os preceitos da educação permanente e de facilitação de grupos¹⁴.

Contraditoriamente, dez egressos citaram a falta de estrutura ou respaldo dos espaços formativos teóricos como uma das maiores dificuldades para exercer o apoio institucional. A falta de discussão em espaços teóricos, a falta de preparo dos tutores e o não reconhecimento desta prática pelo programa foram exemplos citados.

[...] é não ter tido a oportunidade de aprimorar este papel “na teoria”, ou vivenciar este papel em outros espaços, especialmente agora, como profissional (sem ter a “proteção” da residência). (ER10)

[...] não respaldo do programa de residência para determinadas ações, não reconhecimento deste espaço como de atuação do apoiador matricial pelo programa. (EAM4)

Pode-se levantar pelo menos uma hipótese para tal contradição ocorrer: com exceção da reunião de residentes, em todos os espaços oferecidos pelo programa, os residentes trabalhavam em grupos. Na tutoria de área, os grupos se conformavam por núcleo de formação comum, na tutoria de campo, por cenário de atuação e na UE, em pequenos grupos de estudo que procuram garantir diversidade entre os componentes do mesmo. Sendo o aprendizado dependente da bagagem teórica e do

contexto atual no qual cada indivíduo está inserido²² e o movimento do grupo do qual participava, fica evidente que o direcionamento do que foi aprendido pelo residente era dependente de muitos fatores, portanto, poderia ocorrer de forma diferente para cada um.

Corroborando com esta hipótese, o Projeto Político Pedagógico do programa de residência entendia que:

As necessidades de aprendizagem de cada residente são, assim, identificadas individualmente [...]. A individualização da aprendizagem, segundo as necessidades particulares de cada residente, representa uma pedagogia diferenciada e, portanto, centrada no estudante (p.20)¹².

Por outro lado, o preparo dos profissionais tutores e preceptores do programa para a condução de estratégias pedagógicas que se orientam pelas metodologias ativas, perante o tema do apoio institucional ainda em emergência, também é levado em consideração.

No meu tempo era mais comum quem não sabia conduzir os espaços formativos de forma horizontal e realmente formativo do que quem sabia. (EAM7)

Uma hipótese não extingue a outra, porém ambas demonstram que muitos fatores interferiam no aprendizado de cada indivíduo, principalmente com relação a temas ainda em fase de experimentação no cotidiano.

Parece, portanto, não haver consenso entre os respondentes em relação à contribuição do programa de residência para tal atuação. Embora a prática e a tutoria de campo tenham propiciado aproximações, este parece não ter sido contemplado no espaço comum a todos, somando-se a isto a maior/menor habilidade de tutores e preceptores para conduzir o processo.

Analisando o projeto pedagógico do programa, percebe-se não existir qualquer referência a esta modalidade de apoio, mantendo-se restrito à organização em equipe de referência e apoio matricial, práticas e desempenhos destes, assim como particularidades do matriciamento no âmbito da saúde da família.

Considerando que se trata de um programa que se orienta por competências a serem cumpridas pelos residentes na prática profissional, na competência de gestão da organização do trabalho em saúde, observa-se que as atribuições a serem desempenhadas assemelham-se daquelas do apoio institucional. Dentre elas, podemos citar: a promoção de espaços formais para reflexão coletiva sobre o processo de trabalho em saúde e planos de ação, de modo permanente e com todos os envolvidos; a utilização de indicadores da qualidade do serviço de saúde do qual participava; e a consideração das potencialidades e/ou obstáculos para a promoção de melhorias¹⁴. A literatura não oferece referência que atribua tais ações ao matriciamento.

Para residentes enfermeiros e cirurgiões dentistas, as atribuições contidas na competência

referida são mais habilmente assimiladas pelas características destes profissionais serem inseridos na equipe de referência, que apresenta funções de organização do processo de trabalho em equipe. Acresça-se a isto, o fato da gestão local das USF no município de São Carlos ser compartilhada entre enfermeiro, médico e cirurgião dentista. Já para as demais profissões contempladas pela residência, isto parece ter causado certa confusão.

A partir destes dados, entende-se que, possivelmente, apesar de atentar ações atribuídas ao apoio institucional dentre as competências dos residentes, esta função não era contemplada pelo projeto pedagógico do programa.

Trabalhando com esta hipótese, os espaços formativos, que tem seu planejamento realizado a partir do mesmo, poderiam estar inaptos para contemplar discussões a respeito do apoio institucional – nem mesmo seus facilitadores e tutores – ficando à mercê do conhecimento prévio de cada indivíduo (inclusive tutores e facilitadores) sobre o tema para a sua abordagem.

Considerando a característica da metodologia utilizada e que grandes parcelas dos espaços de discussão ocorriam em grupos restritos, o conhecimento sobre o tema pelos residentes, de fato, pode ser distinto.

De maneira geral, pode ser observado que a inserção no serviço, com o trabalho em equipe interdisciplinar e a organização em equipe de referência e apoio matricial pareciam contribuir significativamente para o aprendizado do apoio matricial e institucional, segundo os respondentes.

A complementaridade da teoria com a prática, e vice-versa, permite, segundo Berbel²², o completo aprendizado do indivíduo. Isto porque um preenche a lacuna deixada pelo outro e possibilita ampliar o olhar sobre o objeto a ser aprendido, de acordo com a necessidade encontrada no cotidiano. Além disso, a prática instiga o indivíduo a teorizar sobre o assunto, mobilizando interesses dentro do processo de aprendizado^{22, 26}.

Por outro lado, não apenas os residentes estão sujeitos ao impacto de sua inserção no serviço de saúde, os trabalhadores de saúde locais também o estão. Muitos respondentes identificaram a falta de preparo de alguns profissionais em recebê-los ou mesmo uma resistência à própria inserção do residente no serviço como uma das principais dificuldades para a atuação como apoiadores matricial e institucional.

Dificuldades: resistência da equipe com relação às mudanças. (EAM9)

[...] falta de preparação da rede em receber esses tipos de profissionais. (EAM1)

Nota-se que a falta de preparo da equipe para receber e conviver com os residentes os quais, por um lado são profissionais de saúde já formados, porém, por outro, ainda estão em processo de aprendizado pode trazer consequências e lacunas na proposta do programa. Dentre as possíveis

causas para justificar esta fragilidade, podemos considerar a interrupção do processo de educação permanente dos preceptores, essencial para a articulação da rede escola, ocorrida após o corte de bolsas de tutores e preceptores a partir de 2010.

Chirelli e Mishima consideram que o processo de formação deve ser articulado com o mundo do trabalho, rompendo a separação existente entre teoria e prática e estimulando os profissionais de saúde a desenvolver um olhar crítico-reflexivo, que possibilite a transformação das práticas, tendo em vista a resolubilidade e a qualidade dos serviços prestados à população²⁷.

Na mesma linha, Ceccim e Feuerwerker ressaltam que as práticas profissionais precisam ser organizadas a partir das necessidades de saúde da população e, para que isto ocorra, faz-se necessário transformá-las por meio da aproximação entre a academia e os serviços de saúde. Essa aproximação visa aprimorar a formação em saúde e as práticas profissionais, proporcionando mudança social e de saúde²⁸.

A construção deste perfil de competências deve ser realizada no contexto da aproximação entre a instituição formadora e os cenários da prática em saúde²⁹, com a participação de todos os sujeitos envolvidos. É imprescindível que estes entendam e vivenciem a horizontalização dos saberes, cada um desenvolvendo seu trabalho de modo a articular conhecimentos complementares, desenvolver habilidades técnicas e políticas conjuntas, refletindo sempre sobre o produto final de suas práticas: atender às necessidades da população mediante constante revisão e avaliação de todo o processo³⁰.

CONCLUSÃO

No desenvolvimento desta pesquisa, pudemos nos deparar com dificuldades e limitações impostas pela natureza da mesma, e que fazem parte do trajeto natural de uma investigação. Um primeiro obstáculo a ser superado foi a distância física dos participantes desta pesquisa, fazendo uso de métodos de pesquisa e coleta de dados que permitissem a inclusão daqueles que se encontram em diversos locais do país.

A segunda grande limitação, decorrente da anterior, foi a opção pela pesquisa virtual. Apesar de facilitar a comunicação com os participantes, o uso da internet sabidamente diminui a quantidade de respostas ao instrumento de pesquisa. Escrever a sua resposta pode levar mais tempo do que declará-la, além de diminuir a sua espontaneidade. Por outro lado, receber o instrumento e enviar sua resposta via email é uma grande vantagem se comparada ao uso da carta comum, por exemplo. A alternativa encontrada na tentativa de minimizar este obstáculo foi a inclusão de todos os egressos das quatro primeiras turmas do programa, já calculando a taxa de perda condizente com a pesquisa virtual.

Superando as dificuldades para a concepção desta investigação, pode-se considerar que o programa de RMSFC da UFSCar propõe, em seu projeto pedagógico, espaços de formação crítico reflexiva que contemple a prática cotidiana, o cuidado em saúde e o matriciamento.

Com o respaldo de todos os respondentes desta pesquisa, consegue-se afirmar que o programa de residência favorece a formação de apoiadores matriciais, sendo de grande relevância principalmente à saúde da família. Pode-se considerar, inclusive, que o programa e o arranjo organizacional em equipe de referência e apoio matricial foram pensados para contemplar a formação desta modalidade de apoiadores.

Apesar de catorze residentes relatarem praticar ações referentes ao apoio institucional durante o programa de residência, não se pode inferir que este tenha sido caracterizado como atribuição a ser cumprida durante o curso. Apesar de algumas ações serem contempladas dentre as competências, não há menção do tema apoio institucional no projeto pedagógico do programa.

A atuação do apoio institucional na área da saúde é verdadeiramente recente. Estudos sobre o tema neste contexto ainda são escassos, motivo pelo qual não apresenta tanto esclarecimento entre alguns respondentes, nem a intelecção sobre a atuação durante a residência.

Vale a pena ressaltar que, mesmo sem esta clareza sobre o tema ou sobre seu desempenho durante a residência, as atribuições contidas na competência da organização do trabalho em saúde contribuem imensamente para uma possível vivência posterior enquanto apoiador institucional. Isso porque o residente realiza ações referentes a ele no âmbito do trabalho em equipe na USF.

Defronte ao exposto, é possível afirmar que há interface entre o processo de formação vivenciado na residência, e a prática de ambos os apoios com a ressalva do apoio matricial apresentar melhor embasamento.

Além disso, a literatura tem apresentado trabalhos referentes ao apoio oferecido às equipes de saúde, englobando desde o cuidado à saúde até a organização do processo de trabalho. Desta forma, tem-se preconizado ações referentes ao apoio matricial e institucional, minimizando esta dicotomia e tornando o trabalho menos fragmentado.

Sugere-se que os programas de residência em saúde da família contemplem ações de apoio institucional e o manuseio de ferramentas essenciais a esta atuação, sendo inegável que a construção de uma boa parceria rede-escola, o alinhamento a pressupostos teórico-pedagógicos que valorizam o desenvolvimento da autonomia com métodos pedagógicos mais ativos, a valorização da educação permanente em saúde se constituem em dispositivos que acionam habilidades junto aos residentes na sua atuação como apoiadores matriciais e institucionais. Com isso, espera-se que o tema seja previamente incorporado aos espaços formativos de cada programa, aproximando à realidade da prática e permitindo o completo aprendizado dos residentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARBAN, E. G.; OLIVEIRA, A. A. O modelo de assistência da equipe matricial de saúde mental no programa saúde da família do município de São José do Rio Preto (Capacitação e

educação permanente aos profissionais de saúde na atenção básica). **Arq. Ciênc. Saúde**, São José do Rio Preto, v. 14, n. 1, p. 52-63, jan.-mar. 2007.

2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, 2004.
3. CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília, 2014.
5. MOURA, R. H.; Luzio, C. A. O apoio institucional como uma das faces da função apoio no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF): para além das diretrizes. **Interface**, Botucatu, v. 18, supl. I, p. 973-86, 2014.
6. CAMPOS, G.W.S. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.
7. _____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2005.
8. VASCONCELOS, M.F.F.; MORSCHEL, A. O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na saúde coletiva. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 1, p. 729-38, 2009.
9. CECCIM, R.B., CARVALHO, Y.M. Ensino da saúde como projeto da integralidade: a educação dos profissionais de saúde no SUS. In: PINHEIRO, R. et al. **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/ UERJ: ABRASCO, 2011, p. 69 a 92.
10. CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.
11. _____. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-10, 2004.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, 2006.

13. OLIVEIRA, M.S. Inserção da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade no contexto da graduação dos cursos da área de saúde. In: BRASIL. **Residências multiprofissionais em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, 2006.
14. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. **Manual da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade**. São Carlos, 2010.
15. MATTAR, J. A sociedade da informação. In: _____. **Metodologia científica na era da informática**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2008. p. 113-156.
16. MILL, D. **Educação à distância e trabalho docente virtual: sobre tecnologia, espaços, tempos, coletividade e relações sociais de sexo na idade média**. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2006. 322 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais.
17. MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
18. PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Hucitec/IMS/UERJ – Abrasco, 2005.
19. BASTOS, E.N.E. et al. O desenvolvimento do papel de apoiadores institucional em Fortaleza-CE. IN: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Orgs). **Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 388-406.
20. OLIVEIRA, G.N. **Apoio institucional: orientações metodológicas para o trabalho do apoiador da política nacional de humanização - material de apoio para egressos dos cursos ofertados pela PHN**. Brasília: 2012.
21. CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007.
22. BERBEL, N.A.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface**, Botucatu, v. 2, n. 2, p. 139-154, fev. 1998.
23. FEUERWERKER, L.C.M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface**, Botucatu, n. 3, p. 51-71, 1998.
24. ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Cienc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 455-464, 2007.
25. CRUZ, M.L.S. et al. Reunião de equipe: uma reflexão sobre sua importância enquanto estratégia diferencial na gestão coletiva no programa saúde da família (PSF). **Psi. Rev.**, São

Paulo, v.17, n. 1 e n. 2, p. 161-183, 2008.

26. CYRINO, E.G.; TORALLES- PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde e problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, mai.-jun. 2004.

27. CHIRELLI, M.Q.; MISHIMA S.M. A formação do enfermeiro crítico - reflexivo no curso de enfermagem da faculdade de medicina de Marília- FAMEMA. **Rev. latino-am. enf.**, São Paulo, v. 11, n. 5, p. 574-84, 2003.

28. CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

29. NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. **REME- Rev. Min. Enf.**, local, v. 10, n. 4, p. 435-439, out/dez. 2006.

30. CHIESA, A.M. et al. A formação de profissionais de saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 12, n. 2, p. 236-40, abr./jun. 2007.

Artigo apresentado em 30/01/2017

Artigo aprovado em 14/02/2017

Artigo publicado no sistema em 30/06/2017