



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
CURSO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA – REMULTISF



MARTHA ARDUIM MAGALHÃES

**Momentos Multiprofissionais e sua importância para a formação
do residente em Saúde da Família: um relato de experiência.**

FLORIANÓPOLIS
2017

Martha Arduim Magalhães

Momentos Multiprofissionais e sua importância para a formação do residente em Saúde da Família: um relato de experiência.

Trabalho de Conclusão de Residência para a obtenção do título de Especialista da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Jussara Gue Martini

**Florianópolis
2017**

Ficha de Identificação da Obra

Magalhães, Martha Arduim

Momentos Multiprofissionais e sua importância para a formação do residente em Saúde da Família: um relato de experiência. / Martha Arduim Magalhães; orientador, Jussara Gue Martini - Florianópolis, SC, 2017. 27 p.

Monografia (especialização) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Inclui referências 1.Saúde da Família. 3. Residência Multiprofissional. 4. Formação para o SUS. I. Gue Martini, Jussara . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Residência Multiprofissional em Saúde da Família. III. Título.

Banca



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ATA DE DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Às 11:00 horas do dia 21 de fevereiro do ano de 2017, no Auditório do Centro de Ciências da Saúde - CCS/UFSC, compareceram para defesa pública do Trabalho de Conclusão de Residência, requisito obrigatório para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família a

aluna: Martha Arduim Magalhães

tendo como Título: Momentos multiprofissionais e sua importância para a formação do residente em Saúde da Família: um relato de experiência

Constituíram a Banca Examinadora os professores abaixo assinados. Após a apresentação e as observações dos membros da banca avaliadora, ficou definido que o trabalho foi considerado aprovado (aprovado ou reprovado). Eu, Maneiri Rocha Farias, no momento de impedimento do orientador, lavrei a presente ata que segue assinada por mim e pelos demais membros da Banca Examinadora.

Nome do Presidente

Maria Luíza da Costa Alves

Nome do Examinador 1

Vanessa Stano Gonçalves

Nome do Examinador 2

Assinatura

M. Luíza da Costa Alves

Assinatura

Assinatura

Índice

1. Introdução	8
2. Metodologia.....	12
3. Discussão	13
4. Conclusão	23
5. Referencias	25

Lista de Abreviaturas e Siglas

SUS- Sistema Único de Saúde

AB- Atenção Básica

CS- Centro de Saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

PSF - Programa de Saúde da família

ESF - Estratégia de Saúde da Família

PACS- Programa de Agentes Comunitária de Saúde

PPP- Projeto Político Pedagógico

REMULTISF- Residência Multiprofissional em Saúde da Família

UFSC- Universidade Federal de Santa Catarina

PRISF- Programa de Residência Integrada em Saúde da Família

TCR- Trabalho de Conclusão de Residência

AC- Atividade Compartilhada

PI- Projeto Integrado

Resumo

Este trabalho tem a finalidade de demonstrar a importância de dois momentos multiprofissionais, denominados: Projeto Integrado e Atividade Compartilhada, garantidos pelo Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência em Saúde da Família da Universidade Federal de Santa Catarina, na formação do residente. O estudo discute a formação acadêmica de cada categoria profissional e o quanto influencia na vida profissional, o SUS, as políticas de residências no País, a ESF e AB e as competências que são necessárias para a realização de suas diretrizes, e o quanto esse ambiente da Saúde da família proporciona o meio para se alcançar os objetivos do programa de residência. É demonstrado através do relato de experiência, o crescimento e amadurecimento do grupo de residentes, as ações e aprofundamentos teóricos realizados nesses momentos multiprofissionais.

Descritores: Atenção Básica, Residência, Educação Permanente.

1. Introdução

Este trabalho tem como objetivo relatar os momentos multiprofissionais propostos pelo Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a sua contribuição para a formação do residente enfermeiro. A fim de contextualizar o tema, apresenta-se uma revisão de literatura de temas como: Sistema Único de Saúde, a Estratégia de Saúde da Família, o trabalho multiprofissional e interdisciplinar, a história do curso e as atividades multiprofissionais da residência.

Após a luta popular de muitos brasileiros por uma saúde pública para todos e de qualidade, foram organizadas e compiladas as propostas da VIII conferência Nacional de Saúde em 1986, sendo garantido o Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988, principalmente em seu art. 196 que determina que a saúde é um direito de todos e dever do estado (Brasil 1988).

A implantação do SUS foi o início e a base de uma série de mudanças nas políticas públicas de saúde, buscando cumprir os princípios doutrinários e organizativos do SUS que são respectivamente: Universalidade, Equidade e a Integralidade; e a Descentralização, comando único, regionalização, hierarquização e participação popular.

Tendo em vista mais fortemente a descentralização e a regionalização foi criado em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) como seguimento de outro programa que tinha sido instituído em 1991, o Programa de Agentes comunitários de saúde (PACS), cujo foco era o cuidado das pessoas em seus lares e nas comunidades. O PACS alcançou bons resultados, pois levou ao interior do Brasil uma ampliação do trabalho de educação em saúde.

O PSF, em 2006, com a portaria nº648, em março do mesmo ano, passa a ser a Estratégia de Saúde da Família (ESF), devido ao entendimento de que um programa é algo que tem início e fim (Brasil 2006 a).

A ESF torna-se uma prioridade para o Ministério da Saúde (MS), ela busca organizar a atenção básica no SUS, e tem como proposta fundamental a mudança do modelo de atenção à saúde, saindo de um modelo centrado no médico e no hospital, para um trabalho baseado nos conceitos de promoção, prevenção e vigilância, realizada

em áreas geográficas delimitadas, por uma equipe multiprofissional conjuntamente com as agentes comunitários de saúde.

Com a ampliação da atenção básica e da ESF ficou cada vez mais evidente a necessidade de se trabalhar em equipe, pois as políticas de saúde visam os atendimentos multiprofissionais, projetos terapêuticos singulares e, em conformidade com os princípios do SUS, atender a integralidade da pessoa.

Mas há uma diferença entre o trabalho multidisciplinar ou multiprofissional e o interdisciplinar, Gelbcke, Matos e Sallum (2012) afirmam que “o trabalho multiprofissional consiste no estudo de um objeto por diferentes disciplinas, na prática interdisciplinar há uma integração das disciplinas ao nível de conceitos e métodos”

Segundo Santos e Cutolo (2003) o “termo interdisciplinaridade pressupõe um trabalho coordenado e com objetivo comum partilhado de vários ramos do saber de forma integrada e convergente que nos reporta imediatamente ao conceito de trabalho em equipe multidisciplinar, base da atuação do PSF”

No artigo 200 inciso III, da Constituição de 1988 lemos a determinação: “ ao SUS compete (...) ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”, para cumprir essa determinação foi criada a Portaria Interministerial 2118 de 2005, que institui a parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação com o objetivo de formar profissionais com o perfil para trabalharem em conformidade com os preceitos do SUS (Brasil 2005 a).

Esta ação foi necessária, segundo Gil (2005), porque “tem sido constatado que o perfil dos profissionais formados não é adequado o suficiente para prepará-los para uma atuação na perspectiva da atenção integral à saúde e de práticas que contemplem ações de promoção, proteção, prevenção, atenção precoce, cura e reabilitação”.

A partir da ideia de formação de profissionais voltados para o SUS e com olhar multiprofissional, os programas de Residência Multiprofissional na área da saúde foram criados então a partir da Lei nº 11.129 de 2005, com a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, e permitindo assim seu reconhecimento como uma modalidade de pós-graduação lato sensu.

Destaca-se que esta modalidade de pós graduação é caracterizada por ter uma formação a partir da inserção no trabalho com o objetivo de possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho technoassistencial do SUS (Brasil 2005b).

Segundo Maia (2013) “a residência multiprofissional é sim uma formação para que os profissionais atuem em equipe, com o coletivo e de forma interdisciplinar”

Na UFSC temos o histórico pioneiro no ensino em serviço e multiprofissional, no final da década de 70 quando médicos e enfermeiros do departamento de Saúde Pública desenvolviam um trabalho com alunos voluntários, apoiados pela Pró-reitoria de Extensão na comunidade de um bairro em Florianópolis. Com o passar dos anos outras modalidades se vincularam ao programa e outras comunidades foram contempladas.

Em 1992 ocorreu um fórum interdisciplinar no Centro de Ciências da Saúde/UFSC para discussão de proposta de uma residência Multiprofissional em Saúde Comunitária. Em 1997 houve a parceria entre UFSC e Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis criando assim a Rede Docente Assistencial (RDA) que tinha como objetivo construir um espaço de articulação entre ensino e serviço, esta articulação abrangia a realização de estágios por acadêmicos dos cursos da área da saúde nos serviços do município.

No ano de 2002 se organizou a primeira turma do Programa de Residência com 30 residentes constituída por 6 médicos, 6 enfermeiros, 6 cirurgiões-dentistas, 3 psicólogos, 3 nutricionistas, 3 farmacêuticos, 3 assistentes sociais, sendo, portanto, 6 residentes do Programa de Medicina de Família e Comunidade e 24 residentes do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família. (PRISF/UFSC) (BRASIL, 2006b).

Com o passar dos anos esses programas se separaram sendo agora o Programa de Residência Médica em Família e Comunidade organizado pela Escola de Saúde Pública da Secretaria Municipal de Saúde e o Programa REMULTISF ainda sob responsabilidade da UFSC.

A REMULTISF/UFSC tem processo seletivo anual, com vagas para os profissionais em: Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Odontologia, Serviço Social, Educação Física. Com carga horária de 5.760 horas, realizadas durante 24 meses, divididas entre atividades teóricas (20% da carga horária) sendo a UFSC responsável pela disponibilidade de corpo docente, espaço físico e material permanente, e atividades teórico práticas e práticas (80% da carga horária) sendo a Prefeitura Municipal de Florianópolis fornecedora de condições de trabalho nas unidades básicas de saúde e profissionais preceptores. O Ministério da Educação então é o mantenedor das bolsas dos residentes.

A REMULTISF tem por objetivo “formar profissionais de saúde, por meio da educação no trabalho, para o desempenho de suas atividades no SUS, tendo por base o modelo assistencial proposto pela Estratégia de Saúde da Família” Universidade Federal de Santa Catarina. Residência Multiprofissional em Saúde da Família.(**Guia Acadêmico**,2016).

No Projeto Político Pedagógico temos como eixo teórico prático as disciplinas desenvolvidas pelos tutores/professores da UFSC em suas dependências, com carga semanal no primeiro ano da residência constituída por atividades em dois períodos, e tem como objetivo aprofundar o conhecimento sobre o SUS e a ESF. No segundo ano ocorrem as disciplinas de produção científica e metodologia da pesquisa, no primeiro semestre e a construção do trabalho de conclusão da residência (TCR), para isso temos a liberação de um período semanal.

A proposta pedagógica do curso defende que o grupo de residentes multiprofissionais atuem na mesma unidade de saúde, visando assim uma maior integração e organização entre os residentes, serviço e ensino.

É previsto um encontro mensal de categorias chamado Específico, onde cada categoria discute suas dificuldades e fortalezas em cada campo de atuação, bem como são utilizados para aprofundamento teórico em temas escolhidos pelos residentes.

Mensalmente também temos o Momento Integrado Geral (MI) onde todos tutores, preceptores, residentes e coordenação da Residência se reúnem para alinhar pensamentos e ações.

Ainda estão previstos no PPP dois momentos de reflexão nomeados Atividade Compartilhada (AC) e Projeto Integrado (PI). Esses são realizados nos Centros de Saúde, participando deles o grupo de residentes daquele local e sendo incentivado na AC a participação dos preceptores. Esses momentos têm como finalidade a educação no trabalho, o planejamento e desenvolvimento de ações para e na comunidade como a territorialização, ocorrem discussões de casos clínicos, e a educação permanente.

Neste texto, apresento reflexões sobre a importância destes momentos multiprofissionais para a formação dos residentes.

2. Metodologia

Trata-se de um relato de experiência com objetivo geral de descrever os momentos multiprofissionais propostos pelo PPP do curso REMULTISF/UFSC e refletir sobre a sua contribuição para a formação do residente enfermeiro, buscando defender a permanência desses momentos multiprofissionais, por entender que são fundamentais para a formação do residente.

Trabalho estruturado na metodologia qualitativa a partir de uma pesquisa documental, na qual utilizou-se como documento base as atas das reuniões de PI e AC realizadas pelo grupo de residentes do Programa REMULTISF/UFSC em um Centro de Saúde localizado no sul da cidade de Florianópolis nos anos de 2015 e 2016.

A pesquisa documental, segundo Santos, (2000) pode ser realizada em fontes como tabelas estatísticas, cartas, pareceres, fotografias, atas, relatórios, obras originais de qualquer natureza – pintura, escultura, desenho, notas, diários, projetos de lei, ofícios, discursos, mapas, testamentos, inventários, informativos, depoimentos orais e escritos, certidões, correspondência pessoal ou comercial, documentos informativos arquivados em repartições públicas, associações, igrejas, hospitais, sindicatos e etc.

Cellard (2008) afirma que o documento escrito constitui uma fonte extremamente preciosa para todo pesquisador, e representa a quase totalidade dos vestígios da atividade humana em determinadas épocas, e frequentemente, ele permanece como o único testemunho de atividades particulares ocorridas num passado recente.

O autor prossegue afirmando que a análise documental favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros. De acordo com Cellard realizei a coleta documental para realizar meu relato de experiência, como já mencionado, nas atas das reuniões da equipe de residentes, buscando destacar a evolução do grupo, construção de conhecimentos e ações realizadas, visando destacar e promover a contribuição desses espaços para a formação multiprofissional.

3. Discussão

A formação dos profissionais da saúde mesmo com a criação e avanço do SUS há mais de 20 anos ainda é fragmentada e técnico assistencialista. A enfermagem realizou mudanças significativas em seu currículo e percebemos uma mudança de ênfase na formação, de uma tendência antes hospitalocêntrica para uma proposta voltada à formação para o SUS. Rocha (2000) descreveu essa procura por adequar o processo de trabalho e a formação:

“A enfermagem como parte do trabalho em saúde e como uma das profissões cuidadoras vem repensando seu conhecimento buscando fundamentos e discussões que gerem reflexão sobre a necessidade do diálogo interdisciplinar quando se tem como objeto de trabalho o processo saúde-doença-cuidado”.

Visto a importância da formação do profissional com foco no processo saúde-doença- cuidado, voltado para os princípios do SUS e com olhar interdisciplinar, o PPP da REMULTISF/UFSC tem em sua semana típica previstos dois momentos multiprofissionais, esses dois períodos semanais sendo denominados de Projeto Integrado e Atividade Compartilhada, o primeiro tem como objetivo o planejamento e execução de ações que sejam demandas do serviço e do território e a sua avaliação; o segundo é um espaço, que conta com a presença dos preceptores de campo, para discussão e aprofundamento teórico de temas relacionados ao processo de trabalho específico e da conjuntura nacional da saúde e os temas que a perpassam. Segundo Trentim (2014):

“exercer o papel de trabalhador da saúde requer um olhar plural, pois se a realidade é complexa, ela requer um pensamento abrangente, multidimensional, capaz de compreender a complexidade do real e construir um conhecimento que leve em consideração essa mesma amplitude”.

Ao nos inserirmos na Atenção Básica (AB) através do Centro de Saúde (CS) logo percebemos que os maiores objetivos da ESF aprendidos na graduação e reforçados nas aulas teóricas na residência são conflitantes. Por um lado percebemos que o trabalho é em equipe, promovendo saúde e prevenindo as doenças com ações de vigilância e pro outro o numero reduzido de equipes na AB é a porta de entrada para o

atendimento de demandas espontâneas e programáticas dificultando a realização dos momentos multiprofissionais.

Essas contradições ocorrem pois percebemos dois modelos distintos de atenção o novo modelo contempla ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e o outro o conhecido modelo biomédico/clínico cujo o foco é a doença.

Almeida e Mishima (2001) falam sobre essa mistura de práticas em que o modelo clínico acaba prevalecendo ocasionando então a atenção desumanizada e fragmentada, dificulta para as equipes se integrarem e realizarem por completo o que preconiza a ESF que são as ações e saberes que contemplam as determinações bio psicossociais do processo saúde/doença, sendo imprescindível para o trabalho multiprofissional na assistência à saúde.

Com essa visão mais crítica conseguimos ter um aproveitamento melhor dos espaços multiprofissionais PI e AC previstos no PPP do curso, a reflexão mas aprofundada sobre a articulação interdisciplinar, intersetorial, planejamento, execução e processo educativo em saúde.

Não era fácil interromper o atendimento da demanda espontânea e programática por um período e criar condições para realizar os momentos multiprofissionais, pois as demandas pontuais continuavam chegando através dos preceptores e agentes comunitários que nos procuravam para resolvê-las.

Também ouvimos algumas críticas sobre o estar em “reunião” na unidade, pois muitos profissionais não entendiam esses momentos multiprofissionais como algo produtivo, ou um momento de formação multiprofissional, mas tínhamos a clareza do quanto eram essenciais para nossa formação e trabalho.

Nesta perspectiva vemos em Salvador (2011) ressalta a importância da residência ter a vivência multiprofissional na residência, pois isso é um forte condicionante para a busca da integralidade do cuidado e é um alicerce para a formação articulada entre diversas profissões, uma vez que, é nessa vivência que se agregam as contribuições e se amplia as possibilidades para efetivar uma prática renovadora.

Para uma melhor compressão e demonstração da importância de cada espaço iniciarei relatando sobre o PI, mas os dois momentos, a AC e o PI, estão interligados, pois através dos estudos e aprofundamentos feitos AC é que conseguimos realizar as ações no PI.

Nossas primeiras ações foram o reconhecimento dos membros da equipe, dos fluxos de atendimento e a territorialização, que foi um momento riquíssimo para

conhecermos o local onde a população que passamos a atender e trabalhar habita, quais os diagnósticos da área, fortalezas e dificuldades. Mora (2013) nos evidencia que a territorialização é uma ferramenta de avaliação na ESF, é um pressuposto ímpar, pois tem como objetivo compreender o atual processo saúde doença, apontando que as variáveis podem ajudar a decidir e planejar ações que sejam específicas para aquele território e ainda considera e reforça os princípios do SUS, como regionalização e descentralização”.

A partir da territorialização conseguimos, além de conhecer o local que estaríamos inseridos, nos aproximar das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), de cada microárea e podemos acompanhar e conhecer os modos de viver da população local. Ainda produzimos um trabalho acadêmico para finalização de uma disciplina apontando a história do bairro, número de habitantes, indicadores e os equipamentos sociais que são escolas, igrejas, lazer, etc.

Os residentes do segundo ano (R2) nos ajudaram a compreender quais as diferenças entre o PI e as AC e quais suas impressões sobre a residência, a formação, a unidade. Eles sempre nos incentivaram muito a não nos deixarmos ser “engolidos” pela demanda e defender a participação de todos os residentes nestes momentos de formação multiprofissional.

A cada reunião realizamos uma ata com os informes e pautas, preenchemos no sistema o registro de atividade coletiva e por fim apresentamos as deliberações, casos e sugestões para as equipes, como uma forma de demonstrar a validade daqueles momentos de construção coletiva.

No PI tínhamos como pauta fixa mensal a elaboração das agendas dos residentes e as escalas de participação nas reuniões dos conselhos de saúde (local, municipal e estadual). Durante o primeiro ano tivemos como foco a participação no Programa Saúde na Escola (PSE) que se localizava ao lado do CS e no Núcleo de Ensino Infantil (NEI). Organizamos juntamente com os R2 oficinas de educação em saúde que foram realizadas com as crianças e adolescentes, preparamos folders e apresentações sobre os temas propostos, sem descuidar dos componentes obrigatórios do programa que são a antropometria, atualização da carteira de vacinação, a avaliação bucal e o teste de Snellen (visual).

Devido ao bom vínculo que criamos com a escola, alunos e professores, fomos convidados para participar da festa junina e divulgar o CS. Neste evento fomos vestidos de jaleco com remendos, idealizamos e apresentamos um cordel com o nome “cordel da

saúde” que tinha como tema central o SUS, e abrindo as portas do Centro de Saúde para a comunidade, distribuimos folders sobre os grupos que ocorrem na unidade de saúde.

Outra atividade organizada pelo grupo de residentes, representante da Unidade de Saúde e da Escola, foi a criação de um grupo de escuta, que se reunia quinzenalmente, com a coordenação dos professores que relatavam casos de crianças que necessitavam de acompanhamento de saúde pela equipe.

Essa atividade específica ficou ao encargo da equipe da Unidade de Saúde, uma vez que, entendermos que a equipe deveria assumir essa atividade.

Ainda no primeiro ano, planejamos continuar o grupo de gestantes que era de responsabilidade de uma das enfermeiras que estava de licença maternidade, em que planejamos alguns temas multidisciplinares como: direitos da gestante, saúde bucal, nutrição, medicamentos, mitos e verdades, parto domiciliar, convidamos algumas pessoas para falar nesses encontros.

A enfermeira que estava de licença participou de um momento e ofereceu o ultrassom natural que é uma técnica de pintura da barriga da mulher segundo a posição que o seu bebê está, convidamos também uma puérpera que decidiu fazer seu parto domiciliar e contou a experiência e uma doula para explicar seu trabalho e os avanços da legislação quanto às atividades das doulas e o parto domiciliar. A organização dos espaços, divulgação, lanche e avaliação dos grupos era algo muito rico nas discussões da equipe de residentes. Nas AC foi necessário a discussão sobre os temas de saúde da mulher para que todos os profissionais residentes compreendessem a proposta do grupo, discutimos sobre: parto normal, cesárea, parto domiciliar, presença da doulas, o exame preventivo papanicolau, aborto e sua legislação. No segundo ano repassamos a coordenação do grupo de gestante novamente para a enfermeira que o idealizou.

Em grupos trabalhamos com mais três propostas além da gestante, o grupo de mulheres, antitabagismo e diabéticos, além de fazer pequenas participações como equipe multiprofissional nos grupos de atividade física.

Os grupos de antitabagismo e diabetes são preconizados pelo Ministério da Saúde (MS) e têm cartilhas e treinamentos enquanto equipe multiprofissional conseguimos realizar um ótimo trabalho, pois os pacientes tinham disponíveis os profissionais para retirada de dúvidas e aconselhamento. Ao decorrer dos dois anos que estivemos a frente desses dois grupos realizamos o planejamento de acordo com as necessidades específicas, o de diabetes foi desenvolvido com uma escala elaborada com

a enfermeira responsável na época, contou com a participação dos profissionais da unidade, com temas abordados em encontros mensais.

Além disso, organizamos quatro edições do grupo anti tabagismo, utilizamos as orientações e cartilhas do MS, que tem como método um encontro semanal por quatro semanas, a cada edição fizemos cartazes, anunciamos nas reuniões de equipe para encaminhamentos, e por fim ligávamos para os pacientes que tinham os nomes em lista de espera. Nas AC estudamos sobre os temas tabagismo e diabete, como mediar grupos, também sobre terapias complementares e medicina tradicional chinesa específicas ou não para essas duas necessidades, e ao final do nosso tempo no CS repassamos os grupos para os profissionais das equipes.

O grupo de mulheres surgiu, a partir da nossa idealização enquanto residentes, com consultas individuais e observação de várias mulheres que participavam de grupos ou buscavam diariamente a unidade. Fizemos uma lista das mulheres que tinham perfil para o grupo.

Iniciamos o grupo com encontros quinzenais intitulado “Mulheres conversam sobre” com temas abertos escolhidos por elas e realização de atividades corporais, passeio no horto da unidade, confecção de mandala, lanches ao redor da mesa com conversa sobre o cotidiano e suas rotinas. Nas reuniões de equipe apresentamos a proposta do grupo de mulheres e solicitamos aos profissionais que encaminhassem aquelas que julgavam ter perfil para o grupo, no dia do projeto integrado realizamos o grupo e na semana seguinte preparamos as atividades do próximo encontro, confeccionando cartazes e ligando para as mulheres. Após alguns meses de grupo percebemos o quanto se fortaleceu o vínculo entre as participantes e também com os profissionais do CS.

Esse grupo foi tema de vários dos nossos momentos de educação na AC, nos aprofundamos no estudo sobre gênero, sexualidade, patriarcado, saúde da mulher, violência e seus tipos. Com certeza foi o grupo que mais nos marcou por sua carga de experiências e emoções contidas naquelas reuniões e tocadas por mulheres que abriram seus corações para nós. Antes de deixarmos a residência passamos gradativamente a organização do grupo para membros da equipe de saúde e residentes do primeiro ano.

Nas campanhas de vacinação e Outubro Rosa para que todas as profissões pudessem participar, organizamos a mesa de lanche, atividades para as crianças onde contamos estórias, pintura do rosto, balões, mutirões no horto, atividades físicas como alongamento, zumba e yoga, consultoria sobre os direitos com as assistentes sociais. As

residentes de enfermagem, além de participarem do planejamento desses momentos, aprofundaram os conhecimentos e realizaram atividades como aplicação de vacinas, exames preventivos do colo do útero e exame das mamas.

Na maioria das atividades dentro e fora do CS confeccionamos folders de apresentação dos serviços disponíveis, para isso utilizamos o período de PI para a montagem e impressão desse material.

A organização dos murais foi uma atividade realizada constantemente, decidíamos em consenso a cada reunião o que colocaríamos em destaque naquela semana, aproveitamos esse momento de organização para realizar uma conversa ou ação com os usuários - a sala de espera.

Essas ações incluíram desde uma conversa sobre o fluxo dos serviços da unidade, a composição das equipes, até a confecção de mandalas e terapias de relaxamento como reflexologia. Essas oportunidades foram de boas experiências, pois tínhamos uma resposta do usuário, e ouvíamos o que eles tinham a dizer, dúvidas, reclamações ou elogios. Sobre a sala de espera lemos em uma AC no artigo de Rodrigues (2009) que a educação em saúde é uma estratégia fundamental nos serviços de saúde, pensando em ESF aproveita-se o momento da espera que pode funcionar como “espaço potencial” para repassar informações e ocorrer as trocas de saberes, nesse processo de educação e o usa para discussões e retirada de dúvidas da população, visando sempre o autocuidado e protagonismo dos pacientes e da população.

Utilizamos o PI para planejar a recepção dos residentes que seriam nossos R1, tivemos ideias e confeccionamos placas de identificação e alguns jogos. Em conjunto com os residentes de outro CS realizamos então no nosso segundo ano a recepção com sucesso.

Em 2015 tivemos o Encontro Nacional de Residentes em Florianópolis, alguns participaram da comissão organizadora, podemos ajudar com algumas ideias e utilizamos o espaço do PI para fazer, e a AC para nos aprofundarmos no estudo sobre como está a legislação que rege as residências no País e quais as maiores reivindicações. Percebemos que a maior parte delas é a carga horária ser de 60 horas semanais, e para além disso o Ministério de Educação não ter condições para supervisionar as residências criadas gerando assim muitos casos de instituições com PPP que deixam a formação em segundo plano, exaltando o serviço como sendo uma fonte por si só para a formação. O encontro foi grandioso, proporcionando experiências compartilhadas pelos residentes que aqui estiveram.

Neste mesmo ano tivemos as conferências municipais, estaduais e nacional de saúde, momento para o controle social tão defendido pelo SUS. Utilizamos do nosso período de PI para participarmos como relatores da conferência municipal de saúde, tivemos uma capacitação junto a casa dos conselheiros de saúde do município, que nos ensinaram a parte técnica da relatoria, discutimos o tema central da conferência e as principais reivindicações vindas das pré conferências de distrito do qual participamos também.

Na AC discutimos ao longo dos dois anos, mas com mais afinco neste período das conferências sobre o controle social, os ataques ao SUS, e as privatizações.

Tivemos também a oportunidade de nesses dois anos participar do Conselho Local de Saúde e fazer algumas contribuições, uma delas foi participar de uma reunião marcada com o secretário municipal de saúde para reivindicar algumas necessidades da unidade de saúde, o qual pelo menos uma delas foi efetivada. Segundo Rolim (2013) o controle social é uma ferramenta para democratização e para que o povo tenha suas necessidades atendidas e ainda está muito aquém do que poderia realmente ser, nos relata também que as conferências e os conselhos são os principais espaços para o exercício do controle e participação social.

Após as conferências discutimos o relatório final da conferência nacional e percebemos o quanto necessitamos lutar para manter e aperfeiçoar o SUS que conquistamos.

Ainda nesse aspecto percebemos a urgência de nos aprofundarmos na AC no tema: as privatizações, organizações sociais, cortes no SUS. O hospital da universidade, (HU) no qual somos vinculados passou recentemente por essa transição, sendo gerido agora por uma empresa. Com o apoio da residência e por interesse próprio participamos de alguns atos contra a entrada desta empresa no HU, mas como sabemos o SUS está sendo sucateado para fins de privatização, algo que está muito forte nesses últimos anos.

A partir do artigo de Santos (2016) compreendemos um pouco mais sobre esse tema, de que o SUS não é como o defendido em 1988, e que está sendo subfinanciado, ao contrário do setor privado que tem recebido muito investimento público, percebe-se a intenção das privatizações e venda de planos de saúde por parte dos políticos, pois cada vez mais formulam e aprovam medidas e leis para que fique mais fácil e legal essa prática. O Autor finaliza seu texto afirmando que o SUS melhorou muito os indicadores de saúde e diminuiu as desigualdades, e defende assim como nós que ele deve ser mantido e que tenha um maior investimento por parte do Estado para que assim a

população tenha um sistema público que atenda a todos e com qualidade, o “SUS constitucional”.

Já no final do segundo ano, utilizamos do nosso PI, para organizar nossos estágios optativos e específicos, o primeiro com duração de 30 dias em qualquer local e sendo supervisionado por profissional não necessariamente específico da área, e o último sendo realizado 64hs com a prerrogativa de ser profissional de mesma categoria.

Ao longo do relato sobre o projeto integrado percebo quantas ações e em diversas áreas conseguimos realizar, e isso demonstra as oportunidades de conhecimento e experiência que não se conseguiria somente dentro de um consultório.

Mencionei por várias vezes a AC quando relatava os estudos para as ações e planejamentos que realizamos nos projetos integrados, assim posso dizer que foi um período para fortalecer a mente e ampliar as ideias sobre assuntos que julgamos pertinentes e necessários à nossa formação.

Ceccim (2005) aponta que

“ A educação permanente como definição pedagógica para o processo educativo coloca o cotidiano do trabalho- ou da formação- em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação do sentido dos atos produzidos no cotidiano”.

Uma das dificuldades de ambos os momentos foi, além da grande demanda de trabalho assumida pelos residentes, a não possibilidade de tempo dos preceptores para participar das atividades, o que é recomendado pelo PPP do programa REMULTISF/UFSC, como já foi relatado. A demanda da AB é muito intensa, mas os poucos momentos em que tivemos a presença deles foram muito enriquecedores, pois nos apresentavam a realidade do cotidiano e suas experiências. O estudo de Barros (2010) evidencia que os preceptores são mediadores entre os residentes e as equipes, e facilitadores no processo de construção do conhecimento fazendo isso através de uma prática reflexiva.

No início da residência estudamos o processo de trabalho da Secretaria Municipal, e sua Carteira de Serviço de cada profissão, discutimos os fluxos de atendimento da unidade segundo as cartilhas de acolhimento e humanização da assistência. Ao realizarmos a territorialização estudamos as leis da ESF, ACS, NASF e

sobre a rede disponível na cidade, tanto na área da saúde quanto na assistência social. Utilizamos um período para que cada residente fizesse um relato do histórico de sua profissão e no que consiste seu trabalho, e o porquê a escolheu. Essa atividade nos deu um maior embasamento sobre cada uma das profissões, como poderíamos colaborar e o que esperar de apoio do outro.

Após essa introdução de estudo, conhecendo um pouco mais a população e, já inseridos no trabalho do CS, passamos a utilizar alguns desses períodos para discussão de casos, alguns serão inesquecíveis pela sua complexidade e nesse momento nossa certeza que de que havia necessidade desses momentos só se fortalecia, pois uma ou duas profissões não conseguiriam ser resolutivas tendo em vista a integralidade do cuidado. Após considerações levamos os casos para discussão com as equipes.

Realizamos muitas visitas domiciliares e a partir dessa diretriz da ESF, nos aprofundamos em quais os reais objetivos de uma visita, quando e como fazer. As oportunidades foram para entender o que acontece realmente em cada situação e a equipe multiprofissional com certeza é imprescindível nessa tarefa, pois serão vários olhares sobre um mesmo caso e isso aumenta as chances de melhor resolutividade no atendimento das necessidades.

Para Cunha (2012) a visita domiciliar é uma tecnologia de interação no cuidado à saúde, pois tem como objetivo conhecer as condições de vida e saúde, e se volta à proposta de atendimento integral e humanizado do indivíduo inserido em seu contexto familiar.

Escolhemos também para discussão o tema autonomia e o quanto conseguimos de fato aplicá-lo no nosso cotidiano de trabalho com nossos pacientes, a importância do empoderamento do ser e a educação em saúde para esse fim.

Com a criação, e expansão da Política Nacional de Saúde Integral LGBT, Portaria 2.836 de 01 de dezembro de 2011, houve um crescimento no atendimento à essa população e, em nossa cidade tendo um ambulatório trans em um CS, não poderíamos ficar ignorantes no assunto e nos aprofundamos nele, refletimos sobre o quanto o uso do nome social ainda é restrito e deficitário, mesmo no sistema informatizado de prontuários tendo o campo para isso, não podíamos deixar de pesquisar sobre a violência que afeta essa população.

Tivemos temas mais abrangentes como a saúde do trabalhador, saúde da população negra, saúde das profissionais do sexo.

Com a chegada e disponibilidade dos testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites nos CS discutimos sobre DST e o crescimento da Sífilis no país e também sobre drogas e o quanto o uso ainda é velado, mas sabido na nossa comunidade.

Em surto de dengue e outras doenças transmitidas pelo mosquito *aedes aegypti*, decidimos estudar os fluxos encaminhados pela SMS, para minimamente poder informar a população sobre os cuidados em casa, sintomas e risco.

Aproveitamos esse momento de educação para produzir um artigo e enviá-lo à um congresso, no qual foi aceito, sendo o tema do nosso artigo “os desafios da interdisciplinaridade”, mas especificamente relatando sobre a residência e os momentos multiprofissionais que descrevi, pois acreditamos que a produção científica deve fazer parte da vida de qualquer profissional, pois auxilia na expansão do conhecimento e novas experiências.

Nas últimas AC decidimos em consenso apresentar nossos trabalhos de conclusão de residência uns para os outros, e com o auxílio dos colegas melhorar em algum aspecto o trabalho, pois já no final temos uma sensação de difícil descrição, mas que se parece com a de dever cumprido, misturado com a nostalgia da despedida.

4. Conclusão

Através da análise do livro ata das reuniões dos momentos multiprofissionais dos residentes em Saúde da Família de um CS de Florianópolis, pude realizar meu relato de experiência mais fielmente e descrever o planejamento, as ações, os estudos, o crescimento e amadurecimento desta equipe, juntamente com tentativa de demonstrar a importância da manutenção desses espaços e a sugestão para as residências que não tem prevista em seus PPP.

A residência na atenção básica proporciona o cenário ideal para o alcance do objetivo do programa, que é a preparação do profissional para o SUS, uma vez que proporciona um território para se trabalhar, a produção em saúde é realizada junto aos núcleos familiares, o que torna o trabalho mais complexo, e por fim a composição das equipes é multiprofissional, favorecendo e necessitando de um trabalho interdisciplinar.

Sabemos que a formação nas graduações pelo país, ainda é voltada ao modelo biomédico, que ensina a atuar de forma fragmentada e isso é dificultador para o profissional que irá ao campo de trabalho especialmente tendo em vista o SUS e mais especificamente a Atenção Básica, onde se exige um olhar mais ampliado e a capacidade de trabalho em equipe e uma construção solidária no olhar e atuação.

Por essa falha na formação que percebo e dei muito valor aos espaços e momentos multiprofissionais que tivemos no curso de residência, que é uma modalidade diferenciada de ensino, visto que promove a integração do conhecimento teórico e prático, buscando produzir um novo modelo de cuidado em saúde através de profissionais comprometidos com a atuação interdisciplinar. Destaca-se que por meio dela se tem a oportunidade de vivenciar esse processo diferenciado de aprendizado e experiência.

Entretanto mesmo o programa de residência sendo um avanço para a formação do profissional meu estudo se volta para a importância da formação compartilhada e acredito que é alcançada, em parte, nos espaços do PI e AC. Digo em parte, porque as demais atividades curriculares também são fundamentais, as disciplinas oferecidas aos residentes dão base teórica para a prática e se faz necessário a constante avaliação e atualização do currículo para que sejam, minimamente, alcançadas as competências profissionais e multiprofissionais dos residentes egressos do curso.

Defendo que os momentos multiprofissionais denominados: Atividade compartilhada e Projeto Integrado são fundamentais para formação do profissional residente, pois é a partir deles que temos condições de ter os períodos de discussão de caso, planejamento e execução de ações e o aprofundamento de temas relevantes para o serviço. Ainda, sei que esses momentos compartilhados entre residentes fortalecem e são essenciais para o crescimento, experiências exitosas e concretização da formação dos profissionais em saúde no SUS.

Sugiro aos demais programas de residência a inserção desses momentos em seus PPPs, por tudo que já foi discutido neste trabalho.

Com todo o exposto valorizo a formação de profissionais para o SUS na modalidade de residência, visto que consegue unir a reflexão teórica com o conhecimento advindo da prática, valorizo também o PPP do Programa REMULTISF/UFSC por ter garantido esses dois momentos, pois através deles busca produzir um novo modelo de cuidado em saúde através de profissionais comprometidos com a atuação interdisciplinar.

5. Referencias

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. Portaria Interministerial 2.118 de 03 de novembro de 2005 . Diário Oficial da União, n. 212, 2005.(a)

BRASIL. Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos. Aprova o Programa Nacional de Inclusão de Jovens.Lei nº 11.129 de 2005. (b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Aprova a Política de Atenção Básica. Portaria n. 648 de março de 2006. Diário Oficial da União, edição n. 61, 2006. (a)

BRASIL. **Residência Multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (b)

Gelbcke, F.L; Matos, E; Sallum, N.C. **Desafios para a integração multiprofissional e interdisciplinar**, Rev. Tempus Actas de Saúde Coletiva,V.6, nº.4, 2012.

Santos, M.A.M; Cutolo, L.R.A. **A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família**, Arquivos Catarinenses de Medicina. V.32, nº4, 2003.

Gil, C.R.R. **Formação de recursos humanos em saúde da família:paradoxos e perspectivas.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, V.21, nº2,p. 490-498,2005.

Maia, D. B.; et al; **Atuação interdisciplinar na Atenção Básica de Saúde: a inserção da Residência Multiprofissional**, Rev. Sau e Transf., Florianópolis, V.4, nº1, p.103-110,2013.

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Guia acadêmico.** UFSC, 2016.

Santos, Antonio Raimundo dos. **Metodologia Científica:** a construção do conhecimento. 3. ed.Rio de Janeiro: DP&A, 2000

Cellard, A. **A análise documental**. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

Rocha, S.M.M.; Almeida, M.C.P.de. **O processo de trabalho de enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade**. Rev. latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto, V. 8, nº6, p. 96-101, 2000.

Trentin, V.;Fajardo, A.P. **Práticas interdisciplinares nos processos de formação em atenção primária à saúde**. Livro Residência integrada em saúde, Grupo hospitalar Conceição: 10 anos fazendo e pensando em atenção integral à saúde.Porto Alegre. p.117-134, 2014.

Almeida MCP, Mishima SM. **O desafio do trabalho em equipe na Atenção a Saúde da Família: Construindo novas autonomias no trabalho**. Rev. Interface Comunic, Saúde, Educ.Agosto/2001.

Mora, L.B. et al. **O uso da Territorialização para o apoio ao planejamento das ações de uma Unidade de Saúde de Família**. In: 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Anais, Belo Horizonte, 2013. p. 03.

Rodrigues, A.D. et al. **Sala de Espera: O ambiente para efetivar a Educação em Saúde**. **Vivências** Revista Eletrônica de extensão da URI. v.5, n.7, p.101-106, Rio grande do Sul, 2009.

Salvador, A.S. et al. **Construindo a Multiprofissionalidade: Um Olhar sobre a Residência Multiprofissional em saúde da família e Comunidade**. Rev. Brasileira de Ciências da Saúde v.15, n 3,p.329-338,2011.

Rolim, L.B. et al. **Participação popular e o Controle Social como diretriz do SUS: Uma revisão narrativa**. Rev. Saúde em Debate, v.37, n.96, p.139-147, Rio de Janeiro, 2013.

Cunha, C.L.F; Gama, M.E.A. **A Visita Domiciliar no Âmbito da Atenção Primária em Saúde**. Assistência Domiciliar – Atualidades da Assistência de Enfermagem. p.336, Rio de Janeiro, 2012.

Ceccim, R.B. **Educação Permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário**. Interface, comunicação, Saúde, Educação. v. 9, n. 16, p. 167-177, 2005.

Santos, I.S. **A solução do SUS não é Brazilcare**. Rev. Eletron. Comuni. Inf. Inov. Saúde. v.10, n.3, 2016.

Barros, M.C.N. **Papel do Preceptor na Residência Multiprofissional: Experiência do Serviço Social.** Trabalho de conclusão de Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul,RS, 2010.