

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**KARINE KYOMI BEKER**

**APOIO MATRICIAL E INSTITUCIONAL:**  
**INVESTIGANDO INTERFACES COM A RESIDÊNCIA**  
**MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**São Carlos**

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**KARINE KYOMI BEKER**

**APOIO MATRICIAL E INSTITUCIONAL:**  
**INVESTIGANDO INTERFACES COM A RESIDÊNCIA**  
**MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**

Trabalho de Conclusão de mestrado apresentado à  
Universidade Federal de São Carlos para obtenção do  
Título de Mestre junto ao Programa de Pós-graduação  
em Gestão da Clínica

Área de concentração em Gestão da Clínica

Orientação: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Adriana Barbieri Feliciano

Co-orientação: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Lúcia Teixeira Machado

**São Carlos**

**2014**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

B424am

Beker, Karine Kyomi.

Apoio matricial e institucional : investigando interfaces com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade / Karine Kyomi Beker. -- São Carlos : UFSCar, 2014.  
76 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Saúde pública. 2. Residência multiprofissional em saúde. 3. Apoio matricial. 4. Apoio institucional. 5. Saúde da família. 6. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD: 362.1 (20<sup>a</sup>)



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**KARINE KYOMI BEKER**

“APOIO MATRICIAL E INSTITUCIONAL:  
INVESTIGANDO INTERFACES COM A RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE.”

Trabalho de Conclusão de mestrado  
apresentado à  
Universidade Federal de São Carlos para  
obtenção  
do Título de Mestre junto ao Programa de  
Pós-graduação em Gestão da Clínica Área de  
concentração em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 21/03/2014

BANCA EXAMINADORA:

PROF<sup>a</sup>. DR.<sup>a</sup> JANISE BRAGA BARROS FERREIRA

PROF<sup>a</sup>. DR.<sup>a</sup> LUCIANA NOGUEIRA FIORONI

PROF<sup>a</sup>. DR.<sup>a</sup> ADRIANA BARBIERI FELICIANO

## DEDICATÓRIA

À minha família, meu porto seguro para todas as horas;

Aos meus pais, que sempre incentivaram e apoiaram meus estudos;

Aos meus avós Ruth e Shoroku, meus segundos pais;

Aos meus irmãos, Tati, Matheus e Hugo;

Ao Flávio, pela compreensão, companheirismo e paciência

Aos meus amigos, sempre ao meu lado.

*“Não se pode defender o que não se ama e não se pode amar o que não se conhece”.*

Autor desconhecido

*“Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-  
reflexão”.*

Paulo Freire

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Adriana, pela dedicação, paciência e oportunidade ofertados;

À minha co-orientadora Maria Lucia, pela preocupação e disponibilidade;

Às professoras Janise e Luciana, pelas importantes contribuições no exame de qualificação;

Ao meu companheiro Flávio, sempre paciente e disposto a me ajudar;

Aos residentes e egressos, que me proporcionaram tão rico estudo;

À residência, pelos dois anos intensos que me ofertaram amizades, oportunidades e todo um mundo novo de ideias;

Aos meus amigos e companheiros de residência, Flávia, João, Manoel, Mayara e Laís, por todos os momentos que passamos juntos e pela força para a minha caminhada neste estudo;

Aos eternos amigos e colegas da USF Cidade Aracy, também responsáveis pela dedicação e curiosidade que me trouxe a este trabalho;

À minha cunhada Paula, pelo socorro oferecido nos últimos momentos como mestranda;

À Fernanda, amiga para todas as horas, por compartilhar das minhas ideias e me oferecer todo o tipo de ajuda neste trabalho;

Aos meus amigos, por todos os momentos juntos;

À todos aqueles que me apoiaram nesta caminhada

O meu eterno muito obrigada!

## RESUMO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como foco a família e a comunidade, atuando mediante estratégias de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Complementando as ações das equipes de saúde da família, o apoio matricial compõe-se em um arranjo organizacional que oferece retaguarda especializada tanto assistencial quanto de suporte técnico-pedagógico às equipes e o apoio institucional tem o intuito de favorecer os espaços de cogestão e de articulação das equipes, possibilitando a ampliação da capacidade de análise destas e facilitando o processo de reflexão acerca das dificuldades do cotidiano. A necessidade de formação dos profissionais aptos a estas mudanças nos serviços de saúde incentivou a criação e desenvolvimento das Residências Multiprofissionais em Saúde. A Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e a Secretaria Municipal de Saúde do município propuseram a inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) na rede municipal de saúde, na qual os residentes atuam na lógica da ESF. O estudo objetivou compreender as interfaces entre a atuação como apoiadores e o processo de formação vivenciado na RMSFC da UFSCar. Trata-se de um estudo qualitativo e por meio da aplicação, via online, de um questionário com perguntas abertas e fechadas aos egressos do programa de residência do período de 2007 a 2012, foram obtidas 21 respostas ao questionário. Os dados empíricos foram examinados utilizando-se a análise temática e divididos em dois temas: apoio e rede escola. Para cada tema foram elaboradas duas categorias: apoio matricial como atividade que privilegia o cuidado, a organização do processo de trabalho como enfoque do apoio institucional, cenários de aprendizagem prática e espaços formativo teóricos e teórico práticos. Ao apoio matricial foram atribuídas ações relacionadas ao cuidado em saúde, enquanto que o apoio institucional refere-se à organização do processo de trabalho, segundo os mesmos. Os cenários de aprendizagem prática e teórica, bem como a utilização de ferramentas da educação permanente favorecem a formação de trabalhadores aptos às ações coletivas, apresentando elementos potencializadores para ambos os apoios, em especial o matricial. Constata-se, portanto, que o projeto político pedagógico (PPP) e o arranjo organizacional do programa de residência foram elaborados e estabelecidos de forma a favorecer o completo aprendizado sobre o apoio matricial. O mesmo não ocorre com relação ao apoio institucional, para o qual algumas lacunas devem ser analisadas. Porém, se o PPP não respalda esta modalidade de apoio, a competência de gestão do trabalho, contida nas atribuições e avaliações dos residentes, apresenta elementos próprios do apoio institucional. À luz do referencial teórico, discute-se a importância da aproximação entre a instituição formadora e a rede municipal de saúde, proporcionando aos residentes um aprendizado no qual a prática e a teoria se complementam. Desta maneira é perceptível que, com essa aproximação, fomenta-se a formação de trabalhadores com o perfil adequado ao Sistema Único de Saúde. Pode-se afirmar que há interface entre o processo de formação vivenciado na residência e a prática de ambos os apoios, com melhor embasamento do apoio matricial.

**Palavras-chave:** apoio matricial, apoio institucional, residência multiprofissional, competência profissional, educação, saúde da família, Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is focused on family and community, acting through strategies of promotion, prevention, recovery and rehabilitation. Complementing the actions of family health teams, matrix support consists in an organizational arrangement that offers specialized care as much rear of technical and pedagogical support teams and institutional support is intended to facilitate the spaces of co-management and joint teams, enabling the expansion of capacity and facilitating analysis of the process of reflection on the difficulties of everyday life. The need for training of professionals capable of these changes in health services has encouraged the creation and development of Multiprofessional Residences in Health. The Federal University of São Carlos (UFSCar) and the Municipal Health Secretariat of the municipality proposed the insertion of the Multiprofessional Residence in Health Family and Community (RMSFC) in municipal health network, in which residents work in the logic of FHS. The study aimed to understand the interfaces between activities as supporters and the process experienced in training RMSFC UFSCar. This is a qualitative study and by applying via online, a questionnaire with open and closed to graduates of the period 2007-2012 residency program questions, 21 answers to the questionnaire were obtained. Empirical data were examined using thematic analysis and divided into two themes: support and network school. For each theme, two categories were compiled: matrix support as an activity that focuses on care, the organization of the work process as the focus of institutional support, practical learning scenarios theoretical and practical training and theoretical spaces. The matrix support actions related to health care were assigned, while institutional support refers to the organization of the work process, according to the same. The scenario of practical and theoretical learning as well as the use of tools of lifelong education favor the formation of capable workers to collective actions, presenting augmenting elements for both supports, in particular the matrix. It appears, therefore, that the political pedagogical project (PPP) and the organizational arrangement of the residency program were developed and established in order to promote the full learning on the matrix support. The same is not true with respect to institutional support, for which some gaps should be analyzed. However, if the PPP does not endorse this type of support, the management powers of the work contained in assignments and assessments of residents, includes unique elements of the institutional support. In light of the theoretical framework, discusses the importance of integration between the educational institution and the municipal health system, providing residents an apprenticeship in which practice and theory complement each other. Thus it is apparent that, with this approach, fosters the formation of workers to adequate Unified Health System can affirm that there is an interface between the training process experienced in the residence and the practice of both supports listing, Top basement of the matrix support.

**Keywords:** matrix support, institutional support, multiprofessional residence, professional competence, education, family health, Unified Health System

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Sistematização das bases legais das Residências Multiprofissionais em Saúde.....	19
<b>Quadro 2</b> – Distribuição de vagas por categoria profissional na RMSFC – UFSCar.....	24
<b>Quadro 3</b> – Áreas de competência da RMSFC – UFSCar.....	25
<b>Quadro 4</b> – Caracterização dos participantes da pesquisa. São Carlos, 2014.....	37
<b>Quadro 5</b> – Caracterização da atuação no apoio matricial e institucional. São Carlos, 2014.....	39
<b>Quadro 6</b> – Temas e categorias elencados após análise temática do material. São Carlos, 2014.....	41

## LISTA DE ABREVIATURAS

**AB** – Atenção Básica

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**Aperf.** – Aperfeiçoamento

**Capacit.** – Capacitação

**CBO** – Código Brasileiro de Ocupações

**CNRMS** – Conselho Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

**CNS** – Conselho Nacional de Saúde

**DCN** – Diretrizes Curriculares nacionais

**Doutor.** – Doutorado

**EPS** – Educação Permanente em Saúde

**ESF** – Estratégia Saúde da Família

**Especial.** – Especialização

**GM** – Gabinete Ministerial

**MEC** – Ministério da Educação e Cultura

**Mestr.** – Mestrado

**MS** – Ministério da Saúde

**NASF** – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**NOB/RH** – Normas Operacionais Básicas de Recursos Humanos

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PES** – Planejamento Estratégico Situacional

**PET- saúde** – Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde

**PMSC** – Prefeitura Municipal de São Carlos

**PNH** – Política Nacional de Humanização

**Pós-grad.** – Pós-graduação

**PPP** – Projeto Político Pedagógico

**Priv.** – Privado

**PROMED** – Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares dos cursos de Medicina

**Pró-saúde** – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

**PSF** – Programa Saúde da Família

**PST** – Projeto de Saúde no Território

**PTS** – Projeto Terapêutico Singular

**Públ.** – Público

**RMS** – Residência Multiprofissional em Saúde

**RMSFC** – Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

**SMS** – Secretaria Municipal de Saúde

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TA** – Tutoria de Área

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UE** – Unidade Estruturada

**UFSCar** – Universidade Federal de São Carlos

**UnA – SUS** – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

**UNICAMP** – Universidade Estadual de Campinas

**USF** – Unidade de Saúde da Família

# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO .....	1
1. INTRODUÇÃO.....	4
1.1 A SAÚDE DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA ESTRUTURANTE DO SUS.....	4
1.2 APOIO MATRICIAL E APOIO INSTITUCIONAL: NOVOS CAMINHOS NO FAZER SAÚDE	8
1.2.1 APOIO MATRICIAL.....	8
1.2.2 APOIO INSTITUCIONAL .....	11
1.3 POLÍTICAS DE FORMAÇÃO PARA O SUS .....	13
1.4 RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE: FORMANDO TRABALHADORES PARA O SUS.....	16
1.5 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE DA UFSCAR.....	22
2. OBJETIVOS .....	28
2.1 OBJETIVO GERAL .....	28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
3. MÉTODO .....	29
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	29
3.2 CONTEXTO DA PESQUISA VIRTUAL .....	30
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	32
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO .....	32
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	33

<b>3.4 COLETA E PROCESSAMENTO DOS DADOS.....</b>	<b>33</b>
<b>3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>35</b>
<b>3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....</b>	<b>36</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>37</b>
<b>TEMA - APOIO .....</b>	<b>41</b>
<b>CATEGORIA 1 - APOIO MATRICIAL COMO ATIVIDADE QUE PRIVILEGIA O CUIDADO ....</b>	<b>41</b>
<b>CATEGORIA 2 – A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO COMO ENFOQUE DO APOIO INSTITUCIONAL.....</b>	<b>46</b>
<b>CATEGORIA 1: CENÁRIOS DE APRENDIZAGEM PRÁTICA.....</b>	<b>50</b>
<b>CATEGORIA 2: ESPAÇOS FORMATIVOS TEÓRICOS E TEÓRICO-PRÁTICOS .....</b>	<b>54</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>66</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....</b>	<b>72</b>
<b>QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>72</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>77</b>
<b>Anexo I - Portaria do conselho de parceria UFSCar – PMSC.....</b>	<b>77</b>
<b>Anexo II - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.....</b>	<b>78</b>

## APRESENTAÇÃO

Ingressei no curso de graduação em fisioterapia na Universidade de São Paulo em 2006. Durante os anos da graduação, tive pouco contato com a saúde coletiva, pois o enfoque do curso era sempre voltado para a assistência clínica e individual, a partir da concepção da doença e suas sequelas. As ações coletivas de vigilância à saúde não eram contempladas e as aulas de saúde pública resumiam-se a leis, descontextualizadas da realidade e pouco articuladas à prática.

Somente no último ano, durante o estágio curricular, é que passei a me interessar e dedicar à saúde coletiva, incentivada muito mais por colegas e indignação com a indiferença da universidade quanto à organização dos serviços de saúde do que por oferta do próprio curso.

Recém-egressa da graduação, trabalhei durante um ano ainda em São Paulo realizando atendimentos domiciliares e de promoção à saúde. Durante este período é que me aproximei da literatura da saúde coletiva, tentando suprir aquilo que a graduação não me ofertou e certa de que esse era o caminho que me proporcionaria satisfação profissional.

No ano de 2011, ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da UFSCar, mergulhando no “mundo” da saúde pública. Com o aprimoramento do olhar crítico-reflexivo e aprofundamento nos conhecimentos sobre a saúde coletiva e o Sistema Único de Saúde, deparei-me com uma nova base conceitual que postula a necessidade de mudança do paradigma que orienta o modelo

de atenção no país e, conseqüentemente a formação de um profissional em saúde de modo a prepará-lo para a assistência integral à saúde.

Apesar da RMSFC da UFSCar alicerçar-se na lógica de atuação em equipe de referência e apoio matricial, não estando previsto o apoio institucional, muitas vezes os residentes se veem em um papel que se aproxima deste, realizando apoio à gestão das equipes de saúde da família, promovendo e participando da organização do processo de trabalho destas, mediando conflitos internos, etc., indo além do matriciamento propriamente dito. Mesmo para os residentes considerados da equipe de referência (enfermeiro e odontólogo), alocados apenas em uma USF, por estarem em um “não lugar”, ou seja, são e não são parte da equipe de saúde da família, a competência de gestão da organização do trabalho em saúde acaba sendo realizada de forma diferente, aproximando-se a de um apoiador institucional.

Muitas vezes, as ações citadas são realizadas devido às demandas identificadas no cotidiano da equipe, sem a real reflexão do quanto isso cabe entre as competências estabelecidas ao residente.

Enquanto residente, vivenciei essas dúvidas e pude dividi-las com meus pares, que também estavam à procura de respostas para esta lacuna em nossa formação. Já com estes questionamentos, mostrou-se possível a participação no curso de extensão “Rodas de Apoio Paidéia” oferecido pelo Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas (UNICAMP), que visava a formação de profissionais do SUS a partir dos conceitos de clínica ampliada, apoio matricial, institucional e cogestão. Muitos residentes, identificando-se com o propósito do curso, interessaram-se pelo mesmo e o cursaram durante o ano de 2012.

Com o decorrer das Rodas, foi possível identificar diversos elementos presentes no dia-a-dia dos residentes que condizem com a função do apoio institucional, mesmo não estando claro nas diretrizes do programa de residência que temos este papel. Porém, também nos fez claro que a linha entre o apoio matricial e o apoio institucional é tênue para aqueles que vivenciam o cotidiano do serviço no processo de formação sem ter o respaldo da teorização para ambas as práticas. Ainda, que essa falta de teorização pode levar a uma confusão sobre aquilo que se considera da prática do apoio matricial e o que de fato é de competência deste, havendo a necessidade de ampliar o conhecimento no tema dos tipos de apoio na área da saúde para uma melhor compreensão dos nossos próprios atos.

Perante a este contexto, surgiu a proposta de investigar a atuação dos residentes durante o processo de formação da residência sob a perspectiva do apoio matricial e institucional, assim como a sua influência no perfil de egressos e na formação de possíveis apoiadores matriciais e institucionais.

Pretende-se, com esta dissertação, contribuir para o enriquecimento do conhecimento disponível sobre a formação de profissionais para o SUS advindos dos programas de residência multiprofissional e investigar qual a potencialidade destes para a atuação no apoio matricial e institucional.

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 A Saúde da Família como estratégia estruturante do SUS

Em 1977, a Assembleia Mundial de Saúde, em sua reunião anual, postulou como principal meta dos países participantes a obtenção de um nível de saúde no ano 2000 que permitisse a todos os cidadãos levar uma vida social e economicamente ativa. Esta declaração levou a uma série de atividades e impactos a respeito da saúde pública, culminando, no ano seguinte, nos princípios enunciados na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata (STARFIELD, 2002).

À época, os cuidados primários de saúde foram definidos como:

(...) cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país pode manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Organização Mundial da Saúde, 1978, p. 3).

Esta nova conceituação em saúde, apreendida a partir de Alma Ata, foi incorporada por alguns países como Moçambique, Cuba, Espanha, Inglaterra e Canadá, resultando em diferentes formatos de implantação. Na trajetória da atenção primária em saúde no mundo, as reformas na província de Quebec, Canadá e do National Health Service (NHS) na Inglaterra podem ser citadas para ilustrar a enorme

importância dada à atenção primária nesses sistemas coincidindo com a estratégia atualmente adotada para a reorganização das práticas no Sistema Único de Saúde (SUS) (CONILL, 2008).

A Saúde da Família foi implantada no Brasil no formato de um programa, em 1994, com o claro objetivo de consolidar os princípios do SUS, transformando-os em ações efetivas. O Programa de Saúde da Família (PSF) veio essencialmente como uma oportunidade de expandir o acesso à atenção primária para a população brasileira; de concretizar o processo de municipalização da atenção à saúde; simplificar o processo de regionalização – transigido entre municípios – e de coordenar a integralidade de assistência à saúde (ANDRADE et al, 2006). Destacam-se também, as atribuições na organização do processo de participação popular e de moderador e monitorador das comunidades. Fundamentou-se na exitosa experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de 1991 acrescida a necessidade de incorporação de novas profissões ao programa, assim como em experiências de outros países sobre o atendimento à família como Canadá, Cuba e Inglaterra (BARBAN & OLIVEIRA, 2007).

A despeito de conceber como base experiências internacionais, a implementação do PSF no país não foi apenas uma súbita replicação destes modelos de medicina de família ou atenção à saúde simplificada. A elaboração do programa foi instituída como forma de substituir o modelo tradicional, tecnicista/hospitalocêntrico, que não era capaz de suprir as demandas populacionais e solucionar problemas de saúde pública como a baixa resolubilidade, a centralização dos serviços e superlotação em equipamentos de saúde especializados (BARBAN & OLIVEIRA, 2007).

Desde 1996, a denominação de programa, vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade, foi substituída pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) por ser considerada a estratégia escolhida para reorientação da atenção à saúde do país (CORBO & MOROSINI, 2005). Assim, a ESF se apresenta como um novo modo de cuidar no quesito saúde, tendo a família como centro da atenção e não meramente o indivíduo doente; construído operacionalmente na esfera comunitária e introduzindo uma nova visão no processo de intervenção em saúde à medida que não espera a população chegar para ser atendida, pois age preventivamente sobre ela a partir de um novo modelo de atenção (BRASIL, 2012).

Conceitualmente, podemos definir a ESF como um modelo de atenção primária, que atua mediante estratégias/ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação das equipes de saúde da família, comprometidas com a integralidade da assistência, focadas na unidade familiar e de acordo com o contexto epidemiológico, socioeconômico e cultural da comunidade em que estão inseridas (ANDRADE et al, 2006).

Segundo BRASIL (2012), afora dos princípios gerais da Atenção Básica, são consideradas atribuições da ESF:

- possuir caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica (AB) tradicional nos territórios em que as equipes de saúde da família atuam;
- realizar cadastramento familiar, diagnóstico situacional e ações dirigidas aos problemas de saúde locais;
- buscar o cuidado dos indivíduos e das famílias longitudinalmente, mantendo postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

- desenvolver atividades de acordo com o planejamento realizado com embasamento no diagnóstico situacional, tendo a família e a comunidade como foco;
- buscar o desenvolvimento de parcerias com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência;
- constituir-se em um espaço de construção de cidadania.

Para a execução destas ações, a equipe de saúde da família é composta por um grupo interdisciplinar de profissionais envolvidos na assistência integral e primária à saúde, sendo eles: médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podendo contar com uma equipe de saúde bucal, contemplando cirurgiões-dentistas generalistas ou especialistas em saúde da família e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal. São responsáveis pela cobertura de, no máximo quatro mil pessoas residentes em território urbano ou rural, com limites geográficos definidos, sendo recomendado uma média de três mil pessoas (BRASIL, 2012).

Juntos, esses profissionais atuam com base no trabalho em equipe tendo como foco a obtenção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Nesta perspectiva, pressupõe-se a possibilidade da prática de um profissional se qualificar por meio da prática do outro, ambos caracterizando-se como agentes transformadores da realidade em que estão inseridos. A soma das perspectivas dos distintos profissionais que compõem a equipe interdisciplinar facilita a abordagem integral dos indivíduos/famílias (FRANCO & MERHY, 2000).

Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), as equipes de saúde da família atuam na lógica de equipe de referência, arranjo organizacional que contempla características de transversalidade. Assim, a equipe de referência territorial, organizada segundo características e objetivos da própria unidade e de acordo com a realidade local e disponibilidade de recursos, responsabiliza-se pelas famílias cadastradas, estabelece o vínculo terapêutico e de integralidade na atenção à saúde, oferecendo um tratamento de qualidade, acolhedor e com vínculo. São responsáveis pela atenção integral do usuário, cuidando de todos os aspectos de sua saúde, elaborando projetos terapêuticos e buscando outros recursos terapêuticos (apoio matricial), quando necessário (BRASIL, 2004).

Com o intuito de ampliar a abrangência das ações da atenção primária e complementar as ações da equipe de referência, tornando-as mais resolutivas; modelos organizacionais vêm sendo refletidos, como o apoio matricial e institucional.

## **1.2 Apoio matricial e apoio institucional: novos caminhos no fazer saúde**

### **1.2.1 Apoio matricial**

O apoio matricial é um arranjo na organização dos serviços que objetiva complementar as equipes de referência assegurando 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. Essas diretrizes devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos

diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais (CAMPOS, 2007).

Sempre que necessário, participam da elaboração de projetos terapêuticos e oferecem suporte às equipes na incorporação de conhecimentos para atuar em casos passíveis de resolução na AB. Este apoio se faz, portanto, 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. Unidos, as equipes de referência e de apoio matricial atuam nos projetos terapêuticos, por meio de discussões de casos, intervenções junto às famílias e propostas que vão avante das desenvolvidas pela equipe de referência, possibilitando uma atenção mais integral (BRASIL, 2004; CAMPOS, 1999).

Além da prática especializada, o próprio serviço pode trabalhar internamente na lógica da 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 relevantes (inserção social, situação afetiva, etc.). Isto garante que, no conjunto das intervenções terapêuticas, ocorram mais benefícios do que danos e que o projeto terapêutico envolva um compromisso com o usuário (BRASIL, 2004).

O apoio matricial junto à equipe de referência oportuniza um modelo que, além de reunir profissionais de diferentes áreas de conhecimento buscando atuar de modo transdisciplinar, promove a expressão dos saberes, desejos e práticas destes, bem como um melhor acompanhamento do processo saúde/doença/intervenção de cada indivíduo, constituindo-se como ferramenta indispensável para a humanização da atenção e da gestão em saúde (BRASIL, 2004).

Em 2004, o Ministério da Saúde propôs a organização de uma equipe de apoio matricial objetivando ampliar as ações da AB no país e a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização dos serviços de saúde. A partir desta ideia inicial é que o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado, mediante a Portaria nº 154, de janeiro de 2008 (BRASIL, 2010).

O NASF deve ser constituído por profissionais de diferentes áreas do conhecimento atuando em conjunto com as equipes de saúde da família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob sua responsabilidade, não se estabelecendo, portanto, como porta de entrada do serviço de saúde. Tem a proposta de atuar dentro das diretrizes da AB, como: interdisciplinaridade, intersetorialidade, educação permanente em saúde dos profissionais e da população, desenvolvimento da noção de território, entre outros (BRASIL, 2010).

Desta forma, o processo de trabalho do NASF organiza-se com foco no território sob sua responsabilidade, priorizando

o atendimento compartilhado e interdisciplinar, com troca de saberes, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para todos os profissionais envolvidos, mediante amplas metodologias, tais como estudo e discussão de casos e situações, projetos terapêuticos, orientações e atendimento conjunto etc. (BRASIL, 2010, p.07).

Os profissionais são escolhidos pelo gestor municipal e de acordo com critérios epidemiológicos de cada região, a partir da lista de profissionais que fazem parte do Código Brasileiro de Ocupações (CBO) (BRASIL, 2010).

Implantar o NASF requer, portanto, estabelecer espaços de reunião, cotidianamente, para pactuar e negociar o processo de trabalho por meio da discussão

de casos, definição de objetivos, critérios de prioridade, gestão das filas de encaminhamento, critérios de avaliação dos trabalhos, entre outros (BRASIL, 2010).

Este processo não ocorre automaticamente, tornando-se necessária a presença de profissionais que favoreçam os espaços de cogestão em conjunto com os gestores locais. Juntos, devem coordenar o trabalho interdisciplinar, que está em constante processo de construção.

### **1.2.2 Apoio institucional**

O apoio institucional é uma 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, o fazer e o agir, mobilizando a circulação de desejos, interesses e a constituição de vínculos (CAMPOS, 2007). Trata-se de um método de cogestão (CAMPOS, 2005).

Objetiva apoiar e articular a produção de bens e serviços dos próprios sujeitos/profissionais envolvidos no processo, conferindo-lhes meios para pensarem sobre sua função e funcionamento, aliando-se a eles na resolução de problemas organizacionais, abertura de sentidos e construção de redes, práticas e espaços coletivos (VASCONCELOS & MORSCHEL, 2009).

Entende-se que a função do apoio institucional é o elo para a instauração de processos de mudança em equipes, pois o objeto do trabalho é, sobretudo, o processo de trabalho de coletivos que se organizam para produzir saúde. Sua diretriz é a democracia institucional e a autonomia de sujeitos, devendo o apoiador estar

constantemente inserido em movimentos coletivos, buscando novos modos de operar e produzir das equipes. Atua, portanto, no limite entre a clínica e a política, entre o cuidado e a gestão, na interferência mútua desses domínios, trabalhando no sentido da transversalidade das práticas e dos saberes dos sujeitos (BRASIL, 2008).

Desta maneira, o ponto de apoio dá-se no movimento dos coletivos, como suporte aos movimentos de mudança deflagrados. Seu trabalho é na experimentação da intervenção e um “fazer com”, em meio ao campo e em suas interferências mútuas, no próprio exercício da produção de novos sujeitos em processo de mudanças. Nesta lógica, é considerado um “fora dentro incluído”, ou seja, apesar de manter certo vínculo e periodicidade com a equipe, não faz parte dela. Assim, atravessa o grupo não para feri-lo ou para apontar debilidades, mas para tentar operar junto ao grupo em um processo de transformação na própria equipe e na forma de organização do trabalho e da oferta de ações e estratégias de saúde (BRASIL, 2010; BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Humanização (2008) apresenta, em seu texto, algumas funções que remetem ao apoio institucional, como:

- estimular a criação de espaços coletivos, utilizando arranjos ou dispositivos que propiciem a comunicação/interação entre os sujeitos;
- reconhecer as relações de poder, afeto e circulação de desejos objetivando a viabilização dos projetos pactuados entre os atores;
- estimular e mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos;
- trazer para o trabalho de coordenação, planejamento e supervisão os processos de qualificação das ações institucionais;

- estimular a crítica reflexiva no grupo, propiciando que os profissionais de saúde sejam capazes de atuar com base em novos referenciais, contribuindo para melhorar a qualidade da gestão do SUS.

Em resumo, a experiência inovadora da ESF no âmbito municipal trouxe um impacto encorajador representado pela autonomia municipal e comprometimento de recursos das três esferas de governo, federal, estadual e municipal, para a expansão da rede assistencial local. No entanto, a ESF, assim como o próprio SUS, também trouxe novas responsabilidades de gestão e demanda por profissionais qualificados e comprometidos com a filosofia proposta por essa política (ANDRADE et al, 2006), que propunha, dentre outras medidas, o desenvolvimento de uma rede de cuidado à saúde focada no cuidado integral do indivíduo/coletivo (BRASIL, 2004).

### **1.3 Políticas de formação para o SUS**

A definição de uma política de formação e qualificação de profissionais para a saúde, com princípios norteadores claros e efetivos, tornou-se o grande impasse para a legítima implantação e desenvolvimento do Sistema Único de Saúde logo em sua constituição (BRASIL, 2000). Enfrentar esse desafio dependia não apenas do âmbito da saúde, mas de um conjunto de políticas que envolvessem educação, emprego e salários. A articulação intersetorial tornava-se essencial para o cumprimento das tarefas delegadas ao SUS (PAIM, 1994).

Inseridos neste cenário, movimentos sociais como a Rede UNIDA, fusão entre a Rede de Integração Docente Assistencial e o projeto Uma Nova Iniciativa na

Educação dos Profissionais de Saúde, em 1997, surgiram com propostas de mudanças na formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde, concebendo espaços de troca de experiências entre universidade, serviços e comunidade. Estes movimentos tiveram importante papel político ao exercerem pressão pela criação de políticas que contemplassem as mudanças necessárias no âmbito da formação em saúde (FEUERWERKER et al, 2000).

No início dos anos 2000, o Ministério da Saúde deu um primeiro passo e retomando o papel de ordenamento da formação e qualificação de profissionais em saúde realizando a proposta de reorganização dos cursos de saúde no país com a aprovação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de graduação, entre 2001 e 2004. Em 2002, criou o Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares dos cursos de Medicina em âmbito nacional (PROMED), com o propósito de valorizar os cursos que realizavam mudanças nos seus processos de formação voltados para as reais necessidades da população. Os incentivos mobilizaram grande parte dos cursos de medicina, que implantaram mudanças para o fortalecimento do SUS (PROMED, 2002).

Com a mudança na gestão nacional, em 2003, foi criada, no Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que assumiu a formulação das políticas orientadoras da formação, distribuição e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil, sendo responsável pela proposição e formulação de políticas envolvendo a formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde e a capacitação de profissionais de outras áreas, além de atuar perante a população, favorecendo a articulação intersetorial e o controle social no âmbito da saúde (BRASIL, 2004).

Com estes marcos, novas políticas de formação e gestão do trabalho no SUS foram executadas. No âmbito da formação, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) foi criado, em 2005, com a proposta de integrar ensino-serviço, assegurando uma abordagem integral do processo saúde-doença com ênfase na Atenção Básica, contemplando a proposta de mudança de modelo de atenção no país (BRASIL, 2005). Mais tarde, em 2008, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) surgiu com o intuito de fomentar grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Saúde da Família, sendo reformulado e expandido posteriormente (BRASIL, 2008).

As propostas de mudança no âmbito da qualificação dos profissionais de saúde surgiram por meio da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o Sistema Único de Saúde - NOB/RH-SUS (BRASIL, 2005), referencial de princípios e diretrizes para a política de gestão do trabalho na área da saúde, e da criação, em 2004, da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, atuando em seus Polos de Educação Permanente nas diferentes regiões do país (BRASIL, 2004).

Como forma de complementar essas propostas, em 2008, foi instituída a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS), que visava criar condições para o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições acadêmicas, serviços de saúde e gestão do SUS, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do SUS (MANDELLI, 2011).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde destacou-se pelo propósito de disseminação de capacidade pedagógica por toda a rede do SUS e de descentralização da gestão do processo até uma configuração de base locorregional,

orientando as iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias de transformação das práticas de saúde (CECCIM, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde:

a Educação Permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. (...) é a realização do encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004, p.10).

Desta forma, a Educação Permanente em Saúde (EPS) permite que o cotidiano de relações da organização da gestão local e estruturação do cuidado à saúde se incorporem ao aprender e ensinar, formando profissionais para a área da saúde, mas formando-os para o SUS (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

Por estas circunstâncias, a introdução da EPS tornou-se uma estratégia para estabelecer ações intersetoriais oficiais e regulares com o setor da educação, fundamentando processos de mudança na graduação, nas residências multiprofissionais, nas pós-graduações e na educação técnica, ficando mais próximo das necessidades e dos direitos de saúde da população e da universalização e equidade das ações e serviços de saúde (CECCIM, 2005).

#### **1.4 Residências Multiprofissionais em Saúde: formando trabalhadores para o SUS**

Em 1976, a primeira residência em medicina comunitária do Brasil foi criada, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, como proposta de formar profissionais com uma visão integral de saúde, perfil humanístico e crítico e

competência na resolução dos problemas de saúde da comunidade. Dois anos depois, ela se tornou multiprofissional. No ano seguinte, em 1977, a Residência Médica, modalidade de pós-graduação *lato sensu*, foi criada sob o Decreto nº 80.281, caracterizando-se pela formação em serviço e considerada o “padrão-ouro” da especialização médica (BRASIL, 2006).

Complementando o arcabouço da formação na área da saúde constituído pelo contexto da Reforma Sanitária Brasileira, a VIII CNS (1986), a Assembléia Nacional Constituinte (1988), as Leis Orgânicas de Saúde (1990) e a NOB/RH-SUS (2005), as deliberações da XII CNS (2003) indicaram a formulação de uma Política de Formação para os Profissionais de Saúde, desenvolvida por meio dos Polos de Educação Permanente, com a finalidade de discutir e implementar mudanças no processo de ensino na pós-graduação (especialização/residência), a partir de financiamento público e com participação do controle social. Segundo a formulação de política específica, foi prevista a constituição, em nível estadual e nacional, de um sistema, coordenado pelo Ministério da Saúde, responsável pela distribuição de bolsas e Programas de Residência, considerando a necessidade dos municípios e apresentando uma proposta de destinação de vagas de acordo com critérios epidemiológicos e as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006).

Ainda, a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria 198/GM/MS (2004), propõe como um dos eixos de ação a formação de profissionais na área da saúde na modalidade de Residências Multiprofissionais e Integradas, assim como a III Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (2006) referenda a importância do uso de novas metodologias de ensino visando à formação

de profissionais mais capacitados, voltados às práticas multiprofissionais e ao trabalho em equipe, e contemplando os princípios e diretrizes do SUS, a articulação entre ensino, serviço e comunidade, a participação e o controle social (BRASIL, 2006).

Na mesma época, com as mudanças nas diretrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde, deu-se início a um movimento de reformulação das residências multiprofissionais em saúde (RMS), em especial as voltadas para a Estratégia Saúde da Família, nas quais as especialidades de cada profissão seriam preservadas, porém a atuação se daria dentro de um mesmo campo de trabalho, considerando valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento, juntamente com a concepção de saúde pública. Em consequência, foram criadas dezenove residências multiprofissionais em saúde da família no ano de 2002, com financiamento do Ministério da Saúde, apresentando formatos diversificados, porém dentro da perspectiva de trabalho entre todas as profissões de saúde (BRASIL, 2006).

Nos anos seguintes, o apoio dado às Residências Multiprofissionais pelo Ministério da Saúde cresceu, podendo ser observado pela promoção do financiamento regular, com bolsa tanto para residentes como tutores e preceptores, e do investimento em sua potencialidade pedagógica e política, objetivando a formação de profissionais comprometidos com a mudança do desenho tecnoassistencial do SUS (BRASIL, 2006).

Com a criação da Residência em Área Profissional da Saúde e a instituição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, em 2005, sob a Lei nº11.129, iniciou-se o processo de regulamentação da RMS, de acordo com a tendência da época. Em consequência a este processo político, sucedeu-se uma ampliação do número de programas, levando a uma avaliação baseada na qualidade do processo de aprendizagem dos residentes inseridos nos serviços e a racionalização

da construção dos projetos por meio de definição mais clara das funções de desenvolvimento e financiamento (BRASIL, 2006).

No quadro abaixo, são apresentadas as bases legais das Residências Multiprofissionais em Saúde desde a sua criação até os dias atuais.

Quadro 1: Sistematização das bases legais das Residências Multiprofissionais em Saúde.

<b>Base Legal Das Residências Multiprofissionais Em Saúde</b>	
<b>Portaria nº 198/GM/MS</b> de fevereiro de 2004	Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente: propôs eixos de ação para a formação de trabalhadores na área da saúde na modalidade de Residências Multiprofissionais em Saúde.
<b>Lei Federal nº 11.129</b> de junho de 2005	Instituiu a Residência por área profissional em saúde e criou a Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde.
<b>Portaria nº 1111/MS</b> de julho de 2005	Fixa normas sobre as bolsas para a educação pelo trabalho.
<b>Portaria Interministerial nº 2117 (MEC e MS)</b> de novembro de 2005	Define diretrizes e estratégias para a implementação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS).
<b>Relatório da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação</b> em março de 2006	Aprovou 16 propostas sobre as Residências em Saúde, legitimando, inclusive, a criação da Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, enquanto processo para a regulamentação de tal modalidade de formação.
<b>Portaria Interministerial nº 2538 (MEC e MS)</b> de outubro de 2006	Constitui grupo de trabalho para elaborar proposta de composição, atribuições e funcionamento da CNRMS.
<b>Portaria Interministerial nº 45 (MEC e MS)</b> de janeiro de 2007	Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência Multiprofissional em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.

(continua na próxima página)

(continuação do quadro da página anterior)

<b>Portaria Interministerial nº 698</b> de julho de 2007	Nomeia os membros titulares e suplentes da CNRMS.
<b>Portaria Interministerial nº 506 (MEC e MS)</b> de abril de 2008	Discussão e alteração da carga horária para 60 horas semanais da Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde.
<b>Portaria Interministerial nº 593 (MEC e MS)</b> de maio de 2008	Discussão e elaboração do Regimento Interno da CNRMS.
<b>Portaria Interministerial nº1077 (MEC e MS)</b> de novembro de 2009	Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde.
<b>Portaria Conjunta nº1.016</b> de agosto de 2010	Nomeia a CNRMS e dá outras providências.
<b>Portaria Interministerial nº 1.320</b> de novembro de 2010	Dispõe sobre a estrutura, organização e funcionamento da CNRMS.
<b>Portaria Interministerial nº 1.224 (MEC e MS)</b> de outubro de 2012	Altera a <b>Portaria Interministerial nº1.077 (MEC e MS)</b>

Adaptado: LOBATO, 2010.

Observa-se, pelo quadro acima, que esta modalidade de pós-graduação *lato sensu* é deveras recente no país e está em constante modificação e crescimento.

A Residência Multiprofissional em Saúde é caracterizada pela integração das diferentes categorias profissionais de saúde, organizadas por especialidades e

configuradas pela articulação do campo com os vários eixos de saberes de cada profissão. Deve ser constituída de, no mínimo, três núcleos de profissionais da saúde. A modalidade Residência em Área Profissional da Saúde é caracterizada pelo desenvolvimento de programas no âmbito específico dos saberes de cada profissão, nos diferentes cenários profissionais da saúde (BRASIL, 2011).

Segundo as diretrizes das RMS, os diversos programas devem ser construídos preconizando a aproximação de ensino e gestão e a utilização de metodologias ativas e educação permanente como eixo pedagógico, característica da inovação na formulação de políticas para a formação de trabalhadores do SUS, e do incentivo à formação coletiva, com os residentes atuando em um mesmo campo de trabalho sem deixar de respeitar os limites dos núcleos específicos de saberes de cada profissão (BRASIL, 2006).

Neste sentido, a residência é um espaço de formação e transformação dos trabalhadores da saúde que possui como princípios a integralidade do cuidado e o trabalho em equipe interdisciplinar. Trata-se de uma modalidade de pós-graduação *lato sensu* que atua pelo exercício da prática profissional supervisionada, com inserção nos serviços de saúde, dotada de corpo técnico-profissional com titulação profissional ou acadêmica reconhecida e com vistas a proporcionar a capacidade de diálogo e o conceito ampliado das necessidades de saúde do indivíduo/coletivo (BRASIL, 2006).

Porém, ao mesmo tempo em que há o imperativo do tom heroico da produção de atores políticos implicados com o seu processo de formação e da busca pelos pressupostos do SUS, como a integralidade, equidade e universalidade no mundo das Residências Multiprofissionais em Saúde, esse discurso divide espaço com a imagem

da desqualificação de alguns programas, das realidades dos serviços e das práticas pedagógicas (DALLEGRAVE & KRUSE, 2009).

O corte das bolsas de tutores e preceptores, a partir de 2010, pode ser citado como um importante marco que atingiu bruscamente os programas com início anterior a este e principal motivo de esvaziamento desses atores, desqualificando e causando o fechamento de alguns programas. Contraditoriamente, nos últimos dois anos, ocorreu um maior incentivo para a abertura de novos programas e aumento no número de vagas e valor da bolsa para residentes, tornando incerto o posicionamento do Ministério da Saúde perante a RMS (UNIVERSIDADE, 2013).

### **1.5 Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar**

No município de São Carlos, a parceria entre a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) e a Prefeitura Municipal iniciou, em 2006, o desenvolvimento de um projeto para mudança de paradigmas na formação dos profissionais de saúde com a construção de uma rede escola de cuidados à saúde que objetivava contemplar ações de Educação Permanente e que teve seu estopim com a implantação do curso de graduação em medicina e sua proposta de articulação com as necessidades de cuidado à saúde do município, os princípios do SUS e as Diretrizes Curriculares para os cursos da área de saúde (OLIVEIRA, 2006).

Nesse sentido, diversos cursos de graduação na área da saúde da UFSCar instituíram uma tentativa de mudança curricular, enfatizando a integração teoria-prática, a diversificação de cenários e o forte estímulo à capacidade de aprender a aprender e a trabalhar em equipe, encabeçados pelos cursos de medicina e terapia ocupacional,

sendo parcialmente seguidos pela enfermagem, fisioterapia e educação física. O perfil de profissionais a serem formados de acordo com este paradigma estava fundamentado na capacitação técnica e científica para a defesa da vida, visando a melhoria da saúde da população, por meio de clínica ampliada que resgate os elementos da humanização, ética, solidariedade e compromisso social (OLIVEIRA, 2006).

Além desse movimento de mudança curricular, ocorreu também a proposta da universidade se articular à rede de serviços visando à construção de um modelo de cuidado integral à saúde no município e buscando potencializar a transformação das práticas de educação e de formação, tanto dos estudantes como dos profissionais da rede. Na tentativa de afinar o trabalho conjunto, foi implantado o conselho de parceria (ANEXO I), uma instância político-gerencial interinstitucional, que objetivava ser um espaço de construção coletiva das estratégias e do processo de desenvolvimento da rede escola (OLIVEIRA, 2006).

A fim de potencializar a formação de profissionais com perfil necessário à rede escola, tanto no sentido educacional como na direção do modelo integral do cuidado, o conselho de parceria apostou na inserção de estudantes de pós-graduação, das diferentes profissões, na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, articulada com o arranjo organizacional da estratégia de Saúde da Família de São Carlos e com os cursos de graduação em saúde. Assim, atuando tanto na graduação como na pós-graduação:

(...) a rede escola objetiva participar ativamente da formação de profissionais de saúde, no sentido de fortalecer o desenvolvimento do trabalho em equipe e a troca de saberes para a construção de novos conhecimentos que são originados na interface dos diferentes campos de trabalho profissional. Visa à

formação de profissionais de saúde capazes de se comprometerem e de operacionalizarem as mudanças necessárias na organização do cuidado à saúde, de modo a promover uma melhoria na saúde e qualidade de vida das pessoas (OLIVEIRA, 2006, p.126).

O programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) da UFSCar se constitui em ensino de pós-graduação *lato sensu* caracterizado por capacitação em serviço (OLIVEIRA, 2006) e foi construído considerando o contexto local, o perfil sócio-demográfico e epidemiológico, 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 2007, conforme observado no quadro abaixo (UNIVERSIDADE, 2010).

Quadro 2: Distribuição de vagas por categoria profissional na RMSFC – UFSCar.

Área Profissional	Número de vagas abertas por ano de ingresso						TOTAL
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Educação física	05	02	05	01	01	01	15
Enfermagem	08	08	08	04	04	04	36
Farmácia	-	07	-	01	01	01	10
Fisioterapia	05	02	05	01	01	01	15
Fonoaudiologia	-	07	-	-	-	-	07
Nutrição	05	02	05	01	01	01	15
Odontologia	08	06	09	04	04	04	35
Psicologia	05	02	05	01	01	01	15
Serviço social	05	03	04	01	01	01	15
Terapia ocupacional	05	02	05	01	01	01	15
<b>TOTAL</b>	46	41	46	15	15	15	<b>178</b>

Fonte: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2013.

Possui como objetivo o desenvolvimento de competências profissionais que oportunizam o exercício profissional com excelência no âmbito da ESF, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida da população. Entende-se por competência

o conjunto de capacidades verificável pelo desempenho, aqui entendido como uma combinação de atributos que fundamentam a realização de tarefas profissionais. “Os desempenhos são observáveis e a partir desses se infere a competência” (UNIVERSIDADE, 2010, p. 14).

Os residentes atuam de acordo com as áreas de competência: cuidado individual e coletivo, gestão, educação e pesquisa, conforme quadro abaixo. Os padrões de competência explicitam o que o profissional deve ser capaz de fazer para desempenhar sua prática com sucesso, desenvolvendo o profissionalismo adequado e esperado. Tais padrões são utilizados como critérios de avaliação da atuação prática dos residentes ao longo dos dois anos (UNIVERSIDADE, 2010).

Quadro 3: Áreas de competência da RMSFC - UFSCar

<b>Área de Competência: Saúde</b>
<p><b>Subárea: cuidado às necessidades individuais de saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifica necessidades de saúde: realiza história clínica, realiza exame clínico, formula e prioriza problemas e promove investigação diagnóstica.</li> <li>▪ Elabora e avalia plano de cuidado: constrói plano de cuidado e implementa e avalia plano de cuidado.</li> </ul>
<p><b>Subárea: cuidado às necessidades coletivas de saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Identifica necessidades de saúde coletiva: investiga problemas coletivos de saúde e formula diagnósticos de saúde.</li> <li>▪ Desenvolve e avalia projetos de ação coletiva: constrói projetos de ação coletiva e implementa e avalia projetos de ação coletiva.</li> </ul>
<b>Área de Competência: Gestão</b>
<p><b>Subárea: organização do trabalho em saúde</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organiza o trabalho em saúde: identifica problemas no processo de trabalho, elabora e implementa planos de intervenção.</li> </ul>

(continua na próxima página)

(continuação do quadro da página anterior)

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Avalia o trabalho em saúde: acompanha e avalia planos de intervenção.</li></ul>
<b>Subárea: organização do trabalho em saúde</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Gerencia o cuidado à saúde.</li></ul>
<b>Área de Competência: Educação</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Identifica necessidades de aprendizagem individuais e coletivas.</li><li>▪ Promove a construção e socialização de conhecimento</li></ul>
<b>Área de Competência: Pesquisa</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Identifica os passos da pesquisa bibliográfica</li><li>▪ Formula o Projeto de Pesquisa</li><li>▪ Executa o Projeto de Pesquisa</li></ul>

Adaptado: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS, 2010.

O programa tem duração de dois anos, em tempo integral, com carga horária semanal de sessenta horas totalizando 5.670 horas (20% teórica e 80% prática), distribuídas nas seguintes atividades, segundo UNIVERSIDADE, 2010:

- Atividades de Cuidado individual e coletivo nas Unidades de Saúde da Família (supervisão dos preceptores e tutores);
- Simulação da Prática Profissional – processamento de situações problema de papel;
- Atividades de Consultoria a partir das necessidades identificadas pelos residentes, tutores e preceptores;
- Plantões (supervisão dos profissionais plantonistas dos respectivos serviços);
- Atividades na Comunidade (projetos de intervenção elaborados pelos residentes e pactuados com os preceptores de campo) e submetidos a análise da coordenação do programa;
- Reuniões com a comunidade ou segmentos organizados da sociedade (supervisionados pelos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde);
- Supervisão técnica (Grupos Técnicos de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde e Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial);
- Tutorias semanais de área e de campo;
- Atividades em outros cenários da Rede Escola de Cuidado à Saúde (estágio especializado); e

- Estágio Eletivo (30 dias no 2º ano da Residência) (UNIVERSIDADE, 2010, p.21).

Os tutores do programa são docentes ou profissionais com especialização em saúde da família, da UFSCar e profissionais de saúde da secretaria municipal de saúde (SMS) ou instituições parceiras qualificadas, exercem a função de orientação técnico-profissional de cada núcleo de formação, orientação de pesquisa e orientação docente nos espaços teóricos (UNIVERSIDADE, 2010).

Os preceptores são os profissionais de saúde enfermeiros e odontólogos da SMS qualificados para a função de orientador de campo e que pertencem à equipe de saúde local (UNIVERSIDADE, 2010).

Os residentes se encontram 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, percorrendo duas USF. Baseiam sua atuação na lógica do apoio, visando uma formação coletiva no campo de conhecimento – saúde coletiva – com a contribuição dos núcleos e saberes de cada profissão, aprimorando a criação de estratégias para ampliar a qualidade e eficiência dos serviços no enfrentamento das necessidades de saúde do indivíduo, famílias e comunidade (UNIVERSIDADE, 2010).

Além do modelo da prática profissional, este programa apresenta 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, como tutores, preceptores, equipe de saúde e comunidade, e a relação horizontal entre os indivíduos envolvidos em um processo de

ensino-aprendizagem construtivista e fundamentada na aprendizagem significativa e de adultos. Tem como proposição formar profissionais de saúde fortalecendo o desenvolvimento do trabalho em equipe e a troca de saberes para a construção de novos conhecimentos originados nos diferentes campos de trabalho profissional, contribuindo para a qualificação do cuidado e aprofundando a parceria com o SUS local (UNIVERSIDADE, 2010).

A teorização ocorre com a aprendizagem baseada na prática (casos vivenciados no cotidiano da prática) junto aos preceptores e tutores de área e campo, e por meio de situações simuladas no papel (situações problema) e discutidas em grupo. Espera-se assegurar que todos entrem em contato com os conteúdos essenciais para o desenvolvimento dos atributos requeridos (aprendizagem sistematizada e baseada em problemas) (UNIVERSIDADE, 2010).

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Compreender a interface entre a atuação do residente como apoiador matricial e institucional e o processo de formação vivenciado na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar.

### **2.2 Objetivos específicos**

Caracterizar o perfil dos egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar;

Identificar egressos que realizam ou realizaram o apoio matricial e o apoio institucional;

Analisar como a residência contribuiu para o desempenho do apoio matricial e do apoio institucional, discutindo limites e possibilidades da formação.

### **3. MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de estudo**

Tratando-se de um estudo de natureza subjetiva, no qual as relações e percepções dos participantes são os principais objetos de análise desta investigação, pensa-se que o método mais adequado é aquele que apresente características capazes de suprir tais demandas.

De acordo com Minayo (2010), o método qualitativo de análise de pesquisa é aquele ao qual se aplica o estudo das relações, da história, das percepções e opiniões, das interpretações que os humanos fazem a respeito do contexto em que estão inseridos e de si mesmos. É, portanto, a abordagem que melhor se conforma a investigações de grupos e segmentos delimitados, de histórias sociais e de relações sob a ótica dos próprios atores envolvidos (MINAYO, 2010).

Esse tipo de método propicia a revisão e a criação de novos conceitos e categorias durante o processo de investigação, caracterizando-se pela empiria e sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão do processo em análise (MINAYO, 2010). Pode-se dizer que há um “indissociável imbricamento entre

subjetivo e objetivo, entre atores sociais e investigadores, entre fatos e significados, entre estruturas e representações” (MINAYO, 2010, p. 60).

Ainda segundo a mesma autora, o método qualitativo permite:

(...) incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2010, p.22).

Pelo exposto acima, optou-se pelo uso da abordagem qualitativa para o seguimento deste estudo.

### **3.2 Contexto da pesquisa virtual**

A *Internet* oportuniza um meio de coleta e de disseminação de informações nunca antes visto pela sociedade. Com esta ferramenta, o pesquisador não mais se preocupa com restrições de tempo, custo e, principalmente, distância, possuindo um acesso mundial praticamente instantâneo (MATTAR, 2008; MILL, 2006).

Para Castells (2004) a comunicação é a base da atividade humana, e a *Internet* está mudando o modo de nos comunicarmos, sendo ela o primeiro meio que permite a comunicação de muitos para muitos a uma escala global e no tempo escolhido pelas pessoas. Atualmente as principais atividades econômicas, sociais, políticas e culturais estão estruturadas através da *Internet* (CASTELLS, 2004).

Segundo Mattar (2008), o ambiente virtual permite que o conhecimento e a comunicação deixem de ser algo estático, local, objetivável e territorializável e se tornou o principal responsável pela interlocução dos mais diversos grupos, assentindo a viabilidade de aproximação entre pessoas afastadas fisicamente, estruturando um

conjunto de redes em escala mundial com a possibilidade de interação individual, de grupos ou de massas.

O movimento de virtualização é aquele que implica o desprendimento do aqui e agora. Com o desenvolvimento dos ambientes de realidade virtual, são criados por computadores mundos artificiais. (...) No ciberespaço, assistimos ao movimento de virtualização do computador. O trabalho contemporâneo também se torna virtual. A própria informação é, em sua essência, virtual (MATTAR, 2008, p.127).

Muitos dispositivos podem ser úteis para a coleta de dados científicos, como salas de *bate-papos*, *fóruns virtuais*, *web-conferências*, *e-mail*, *plataformas virtuais*, não obstante cada um possui a sua especificidade, vantagens e desvantagens para uma pesquisa científica (MILL, 2006).

Considerado um correio eletrônico, o *e-mail* é uma ferramenta amplamente versátil que permite a comunicação por mensagens de qualquer tamanho e o envio de documentos a um custo muito baixo, com grande rapidez e possibilitando a comunicação com indivíduos e grupos que estão a longa distância (CASTELLS, 2004). O levantamento de dados por meio deste, apesar de ser um procedimento relativamente recente na pesquisa científica, permite que o contato seja feito com maior agilidade e quantas vezes necessário e apresenta maior comodidade ao indivíduo (VIEIRA, 2009).

Apesar das vantagens descritas anteriormente, optar pelo uso do ambiente virtual pode trazer alguns problemas como a baixa taxa de respondentes, em torno de 25% apenas (MARCONI & LAKATOS, 2005), necessitando de um número inicial de veras amplo. Outro problema enfrentado, que também acaba sendo uma consequência do anterior, seria a restrição de uso dos instrumentos comumente utilizados em pesquisa qualitativa, já que a interação humana pessoal não ocorre

(VIEIRA, 2009). Um último entrave é a confiabilidade da origem da resposta. Apesar de alguns dispositivos oferecerem maior segurança do que outros, como é o caso do *e-mail*, por ser de uso pessoal, não se tem de fato a certeza de como e nem por quem a pesquisa foi respondida, devendo a população e a ferramenta de comunicação utilizada serem cuidadosamente pensadas e escolhidas (MILL, 2006).

### **3.3 Participantes do estudo**

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 desta, foram escolhidos como sujeitos do presente estudo os egressos das turmas de residentes do programa de residência. Presentemente, estes residem em diferentes partes do país, tornando difícil o acesso fisicamente, justificando assim o uso da pesquisa virtual.

Os indivíduos foram identificados por meio de documentação cedida pelo programa de residência, totalizando 109 pessoas. Destes, 13 não foram localizados, sendo que todos os outros foram contatados e convidados a participar do estudo, bem como foram esclarecidos dos objetivos da pesquisa e do termo de consentimento. Foram obtidas 21 respostas ao questionário.

#### **Critérios de inclusão**

O critério de inclusão foi ser egresso do programa de RMSFC da UFSCar das quatro primeiras turmas, a saber: 2007-2009, 2008-2010, 2009-2011 e 2010-2012.

## **Critérios de exclusão**

O critério de exclusão foi ser egresso da quinta turma de residentes do programa (2011-2013) devido a sua recente conclusão, inviabilizando questões sobre a prática profissional posterior.

### **3.4 Coleta e processamento dos dados**

Os dados desta pesquisa foram coletados no período de abril a julho de 2013.

Devido ao uso da *Internet* como meio de comunicação com os sujeitos e de coleta de dados, optou-se pela utilização do questionário de autoaplicação que, segundo Vieira (2009), traz grande vantagem para o sujeito por ser possível responder às questões no momento que quiser e durante o tempo que julgar necessário.

Inicialmente elaborou-se um questionário contendo dados de identificação e perguntas abertas a respeito da atuação durante o processo de formação no programa de RMSFC da UFSCar, identificando barreiras e potencialidades do mesmo. Em seguida, foi realizado um pré-teste do instrumento de pesquisa utilizando como sujeitos a turma recém-egressa (2011-2013) da residência. Dos 13 residentes que receberam o questionário, obtivemos retorno de oito. Após a análise do conteúdo das respostas, pequenos ajustes puderam ser introduzidos na formulação das perguntas, além do acréscimo de novas questões que trariam maior contribuição e excluir algumas que não condiziam com o objetivo do estudo. Também foi considerada a opinião dos respondentes sobre o conteúdo e a clareza das perguntas e sobre o melhor recurso virtual a ser utilizado para o envio do questionário via *Internet*. Todos os sujeitos

optaram pelo uso do *e-mail* por considerá-lo de fácil manuseio pelo usuário. Após todas as considerações, obteve-se a versão final do instrumento de pesquisa (APÊNDICE A).

Por meio de uma lista com o nome e o endereço de correio eletrônico dos sujeitos concedida pela coordenação do programa de RMSFC, foi realizado contato com os mesmos, solicitando a sua participação, fazendo uso do *e-mail* pessoal desta pesquisadora. Em seguida, foi enviado o questionário junto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explanando os objetivos da pesquisa e as condições de sigilo de identidade e informações fornecidas no instrumento de coleta (em acordo com a resolução 466/12). Cada pessoa foi instruída a imprimir e assinar o TCLE e, em seguida, digitalizar o documento para devolutiva ao pesquisador.

Foram realizadas seis tentativas de contato *via e-mail* com os indivíduos durante o período de coleta e obtidas 21 respostas. Nas duas primeiras tentativas, foram recebidos 10 retornos, totalizando quase a metade do total de respondentes. Com os contatos seguintes, a taxa de resposta foi gradativamente reduzindo, sendo que na última apenas duas pessoas devolveram o questionário preenchido.

Além da comunicação estabelecida *via e-mail*, outras formas de interação entre esta pesquisadora e alguns dos sujeitos do estudo ocorreram ao longo da coleta de dados. Isso se deu tanto virtualmente, por meio de redes sociais e *e-mail* do coletivo de egressos da residência, tanto pessoalmente, em congressos e conferências. Estas interações ocorreram de forma espontânea e cabível entre indivíduos que se relacionam e possuem um histórico juntos.

Apesar do uso da *Internet* como recurso de coleta de dados possibilitar margem para dúvida quanto a confiabilidade da origem da resposta, acredita-se que este estudo foi fidedigno devido ao comprometimento existente entre os sujeitos da

pesquisa. Uma das características notáveis no processo de formação da residência é a identidade mantida pelos indivíduos que passaram por ela, como se nunca deixassem de ser “o coletivo de residentes”, portanto, ainda engajados e mobilizados pelas questões referentes ao programa e à “classe”.

### **3.5 Análise dos dados**

Dentre as várias técnicas de análise utilizadas em pesquisas qualitativas, a análise de conteúdo foi escolhida por sua melhor adequação ao objeto investigado e à forma de coleta de dados utilizada. Tratando-se de um questionário com perguntas abertas respondidas via online, ou seja, de forma mais objetiva e concisa quando comparada à entrevista, a possibilidade de quantificação dos termos para a sua melhor interpretação parece bastante adequado, permitindo o aproveitamento integral do conteúdo extraído.

Segundo Bardin (2010), a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2010, p. 44).

Para este trabalho, a modalidade de análise de conteúdo utilizada foi a temática, entendendo que o tema é “uma unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado”, podendo ser apresentada através de uma palavra, frase ou resumo, conseguindo ser uma afirmação ou uma alusão (MINAYO, 2010, p.315).

Fazer análise temática consiste em descobrir na comunicação os núcleos de sentido que o compõem, cuja presença ou frequência podem ter significado para o objetivo analítico do estudo (MINAYO, 2010, p.316).

Esta mesma autora propõe três etapas para o desdobramento deste percurso metodológico: a pré-análise, momento em que se realiza a leitura flutuante, a constituição do corpus e a formulação e reformulação de hipóteses. Nesta fase determinam-se a unidade de registro e a unidade de contexto (palavra-chave ou frase delimitada pelo contexto de compreensão), e a forma de categorização a ser utilizada. A segunda etapa consta da exploração do material, cujo objetivo é alcançar o núcleo de compreensão do texto; e a última é a interpretação dos resultados obtidos (MINAYO, 2010, p.316).

Utilizando-se do percurso proposto por Minayo (2010), foi elaborado um quadro com o objetivo de organizar a análise das respostas dos sujeitos, no qual os fragmentos destas foram divididos de acordo com os temas e posteriormente descritos. Após esta primeira etapa, os núcleos de sentido foram estabelecidos, permitindo a categorização e interpretação do material.

Os dados foram interpretados à luz do referencial teórico do apoio matricial, apoio institucional e do projeto político pedagógico do programa de RMSFC, trazidos anteriormente.

### **3.6 Aspectos éticos da pesquisa**

O estudo foi submetido inicialmente ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar, aprovado com parecer nº 194.537 (ANEXO II), e ao Programa

de Residência em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar, sendo elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) apresentado e assinado pelos sujeitos que concordaram em participar da pesquisa.

#### 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram deste estudo 21 egressos do programa de residência.

Com intuito de facilitar a diferenciação entre equipe de referência e apoio matricial, os sujeitos foram identificados por meio de números, de 1 até 21, acompanhados das letras R, para aqueles considerados integrantes da equipe de referência (enfermeiro e odontólogo), ou da letra A, para os pertencentes às outras categorias profissionais.

O quadro a seguir apresenta uma compilação da caracterização dos participantes desta pesquisa.

Quadro 4: Caracterização dos participantes da pesquisa. São Carlos, 2014.

Sujeitos	Sexo	Profissão	Ocupação		Outros processos de formação após a residência					Período em que cursou a residência		
					Públ.	Priv.	Capacit.	Pós Grad. <i>lato sensu</i>			Pós Grad. <i>stricto sensu</i>	
								Aperf.	Especial.		Mestr.	Doutor.
A1	M	Ed. Físico	X				X	X		07-09		
A2	F	Nutricionista	X							09-11		
R3	F	Enfermeiro	X		X			X		10-12		
A4	F	T. Ocupacion.		X				X		09-11		
R5	M	Enfermeiro	X				X	X		10-12		
A6	F	Nutricionista		X			X	X		08-10		

<b>A7</b>	F	Farmacêutico	X				X	X		08-10
<b>A8</b>	F	Farmacêutico	X				X			08-10
<b>A9</b>	F	Fisioterapeuta		X	X					10-12
<b>R10</b>	F	Enfermeiro	Não tem					X		10-12
<b>A11</b>	F	Fisioterapeuta		X			X	X	X	07-09
<b>R12</b>	F	Cir. Dentista	X					X	X	07-09
<b>A13</b>	F	Assist. Social	X		X		X			07-09
<b>A14</b>	F	Fonoaudiólogo	X				X			08-10
<b>A15</b>	F	Fonoaudiólogo	X							08-10
<b>A16</b>	F	Nutricionista	Não tem					X		10-12
<b>R17</b>	F	Cir. Dentista		X			X			09-11
<b>A18</b>	M	Farmacêutico		X			X			08-10
<b>A19</b>	F	Fisioterapeuta	Não tem					X		09-11
<b>R20</b>	F	Enfermeiro	X							09-11
<b>A21</b>	F	Nutricionista	X				X			07-09

Do total de participantes deste estudo, 19% são enfermeiros, 19% são nutricionistas, 14,3% são fisioterapeutas, 14,3% são farmacêuticos, 9,5% fonoaudiólogos, o mesmo número de cirurgiões dentistas e 4,8% de educadores físicos, sendo o mesmo número de terapeutas ocupacionais e assistentes sociais. Não houve resposta de psicólogos.

Pode-se observar o predomínio do sexo feminino (85,7%) sobre o masculino (14,3%), sendo a distribuição de respondentes por turma de origem da residência bastante semelhante, 2007-2009, 2009-2011 e 2010-2012 tiveram o mesmo número de participantes (cinco cada), ao passo que seis faziam parte da segunda turma (2008-2010).

Apenas 14,3% não realizaram algum tipo de formação após a residência, sendo que a maioria cursou especialização (54%) e mestrado (54%), seguido de capacitação (14,3%) e doutorado (9,5%). Nenhum dos participantes realizou aperfeiçoamento e 38,1% fez parte de dois ou mais cursos de formação.

Em relação à atuação após a residência, dez relataram trabalhar em cargos públicos, cinco em cargos privados e dois não estavam empregados no momento.

Quadro 5: Caracterização da atuação dos sujeitos como apoio matricial e institucional. São Carlos, 2014.

Sujeitos	Categoria profissional	Atuação durante a residência		Atuação após a residência	
		Apoio Matricial	Apoio Institucional	Apoio Matricial	Apoio Institucional
A1	Ed. Físico	X		X	X
A2	Nutricionista	X			
R3	Enfermeiro				
A4	T. Ocupacional	X	X	X	X
R5	Enfermeiro	X	X		
A6	Nutricionista	X	X		
A7	Farmacêutico	X	X	X	X
A8	Farmacêutico	X	X	X	X
A9	Fisioterapeuta		X		
R10	Enfermeiro	X	X	X	
A11	Fisioterapeuta	X	X		X
R12	Cir. Dentista		X		
A13	Assist. Social	X	X		
A14	Fonoaudiólogo	X	não respondeu	X	X
A15	Fonoaudiólogo			X	
A16	Nutricionista	X	X	X	X
R17	Cir. Dentista	X	X		
A18	Farmacêutico	X	X	X	X
A19	Fisioterapeuta	X			
R20	Enfermeiro	X			
A21	Nutricionista	X	X	X	X

Com relação à atuação durante a residência, 81% declararam realizar ações de apoio matricial nas Unidades de Saúde da Família, 66,7% dos entrevistados relataram atuar no papel de apoiador institucional no mesmo período, enquanto 57% realizavam os dois tipos de apoio e 9,5% nenhum deles. Entre aqueles considerados da equipe de referência, dois disseram não ter praticado papel de apoiadores matriciais, o mesmo número daqueles que não atuaram como apoiadores institucionais.

No período após o término do programa, dez respondentes declararam atuar ou já ter atuado como apoiador matricial e nove como apoiador institucional. Oito atuaram ou atuam em ambos os apoios.

Após a leitura extensiva das respostas abertas, foi factível visualizar dois eminentes temas contemplados pelos respondentes: o apoio e a rede escola. Com a conclusão desta etapa, iniciou-se a contagem da frequência das expressões que apareceram em cada tema. Esta etapa propiciou vislumbrar não apenas a quantia de vezes que uma expressão foi redigida, mas também as tendências e enfoque dados pelos respondentes em cada tema, o que não foi possível realizar apenas com a leitura. Por esse método, pode-se observar a sua fundamental contribuição para o processo de categorização na análise temática, auxiliando, principalmente, para o estabelecimento dos núcleos de sentido.

O passo seguinte constou da definição da forma de categorização a ser utilizada. Em seguida, após mais um ciclo de análise das respostas, agora com os núcleos de sentido organizados e divididos, finalizou-se com a categorização dos textos, conforme o quadro a seguir.

Quadro 6: Temas e categorias elencados após a análise temática do material. São Carlos, 2014.

Temas	Categorias
Apoio	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Apoio matricial como atividade que privilegia o cuidado</li><li>▪ A organização do processo de trabalho como enfoque do apoio institucional</li></ul>
Rede escola	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cenários de aprendizagem prática</li><li>▪ Espaços formativos teóricos e teórico práticos</li></ul>

### **Tema - Apoio**

Este tema foi dividido em duas categorias: 1 - Apoio matricial como atividade que privilegia o cuidado e 2- A organização do processo de trabalho como enfoque do apoio institucional.

### **Categoria 1 - Apoio matricial como atividade que privilegia o cuidado**

Pinheiro e Mattos (2005) caracterizaram o cuidado como um “modo de fazer na vida cotidiana, que se caracteriza pela atenção, responsabilidade, zelo, desvelo com pessoas e coisas em lugares e tempos distintos de sua realização” (p.21). Embasado em um modo de agir produzido pela experiência de vida específica de cada indivíduo e delineado por aspectos políticos, sociais, culturais e históricos (PINHEIRO & MATTOS, 2005).

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 “direito de ser” (PINHEIRO & MATTOS, 2005, p.41).

Com relação ao tema do apoio matricial, todos os entrevistados atribuíram a este, 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 que atuavam na Unidade de Saúde da Família; capacitações; reuniões onde se abordavam projetos terapêuticos singular; (...) grupos, onde trabalhadores da unidade faziam parte da organização e planejamento das atividades (...)”. (A16)

“Visitas domiciliares com toda equipe, atendimentos e grupos compartilhados principalmente com médicos e enfermeiros, discussão de casos em reuniões de equipe”. (A21)

Esta relação entre o apoio matricial e o cuidado em saúde, estabelecida pelos respondentes, conflui com o proposto por Campos (1999). 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 indivíduo (CAMPOS, 1999).

De acordo com o preconizado pelas diretrizes do NASF (2014), 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

sua vez, visa produzir ação de apoio educativo com e para a equipe de referência (BRASIL, 2014). Nota-se que estas dimensões são contempladas pelos respondentes:

“(...) atendimentos e visitas domiciliares conjuntas”. (A2)

“Discussão de temas relacionados a Nutrição em reuniões com Agentes Comunitários de Saúde, reuniões de Equipe (...)”. (A2)

O uso de ferramentas estratégicas para planejamento de ações e intervenções no cuidado à saúde também foram lembradas pelos respondentes como parte do trabalho de apoio matricial, assim como o proposto pelas diretrizes do NASF e pelas ações esperadas na Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2010; 2014).

“realizado na discussão de Projeto Terapêutico Singular, nas reuniões de equipe, nas interconsultas e nas visitas domiciliares”. (A11)

“O apoio matricial se dava através de conversas com profissionais de saúde que atuavam na Unidade de Saúde da Família; capacitações; reuniões onde se abordavam projetos terapêuticos singular (...)”. (A16)

Nascimento e Oliveira (2010) consideram o planejamento de ações, fazendo uso de ferramentas estratégicas definidas, como primordial no processo de interação entre equipe de referência e apoio matricial e na intervenção direta do processo saúde-doença.

As ferramentas mais comumente utilizadas nesta modalidade de apoio é o Projeto de Saúde no Território (PST) e o Projeto Terapêutico Singular (PTS), lembrado por oito respondentes. O primeiro trata-se de uma estratégia para o desenvolvimento de ações compartilhadas entre os serviços de saúde do território e outros setores,

visando ocasionar impacto na produção da saúde territorial. Já o PTS é um movimento de coprodução e cogestão do cuidado, em que há a busca de um conjunto de propostas e condutas terapêuticas, sendo processado em quatro momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação. Pode ser construído para sujeitos individuais ou coletivos, especialmente nas reuniões de equipe, a partir da discussão de casos (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2010).

A despeito de somente oito respondentes citarem o PTS como ferramenta de planejamento das ações de apoio matricial, doze fizeram uso do termo “discussão de caso”, cerne do Projeto Terapêutico Singular, para designar uma ferramenta utilizada.

Observa-se que o conhecimento quanto ao papel desempenhado, às ações realizadas e mesmo às ferramentas que auxiliam a atuação do apoio matricial são bastante esclarecidos e consolidados entre os respondentes. Entretanto, nota-se divergência com relação a “quem realiza” tais ações no contexto da ESF, principalmente entre os egressos da equipe de referência.

Dentre os seis que são da equipe de referência, dois relataram não praticar ações de apoio matricial. Para estes, a prática do matriciamento não concerne à sua competência.

“Como fazia parte da equipe de referência, esse apoio matricial era mais voltado as outras profissões (...)”. (R12)

Por outro lado, existem aqueles que consideram a prática do matriciamento como uma troca de saberes entre a equipe interdisciplinar, assim como pontuado na

Política Nacional de Humanização (2004), podendo ser realizado pelos e para os próprios profissionais da equipe de referência (BRASIL, 2004).

“Penso que o apoio matricial realizado por mim durante o período da Residência ocorria, principalmente, com relação ao meu núcleo de formação. Ele se dava tanto com relação aos profissionais da equipe onde me encontrava (...)”. (R5)

De fato, na literatura, escassos trabalhos referem-se ao matriciamento como atuação possível pelo próprio profissional da equipe de referência. O maior contingente está relacionado às equipes de apoio matricial e, mais recentemente, às equipes de NASF.

A inserção em diferentes unidades, por conseguinte, convivendo com equipes e demandas distintas e inclusive a abordagem insuficiente do tema durante os dois anos de pós graduação podem ser outras justificativas plausíveis para tal divergência por pessoas que cursaram o mesmo programa de residência.

Considerando que a equipe de referência é constituída por profissionais de diversas categorias e que a própria PNH (2004) incentiva a prática do matriciamento no cotidiano das equipes de saúde da família, o mesmo deveria ser impulsionado nas residências em saúde da família. Propicia-se, deste modo, que o apoio matricial seja implantado mais como uma prática imbricada no cotidiano da ESF do que como um arranjo organizacional engessado e dependente apenas de especialistas.

## **Categoria 2 – A organização do processo de trabalho como enfoque do apoio institucional**

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” (médico, enfermeiro e dentista) sobre a própria organização da reunião de equipe, sobre o trabalho dos ACS e assim por diante, e nestes momentos de reflexão foi possível repensar o trabalho, pensar em novas formas de organizar o trabalho com objetivos, metas, plano de ação”. (A6)

“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”. (A7)

“Na organização de fluxo nas USF, na participação das reuniões e decisões do Conselho Local (Gestor), na formação de rede entre os níveis de atenção (...)”. (A18)

Bastos et. al. (2010) 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 avaliação das práticas da equipe de saúde, assim como o trazido pelos respondentes desta pesquisa e em concordância com Campos (2005), 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 a ideia de Oliveira (2011) e Campos (2005). 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 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 coletivas (CAMPOS, 2005).

É interessante observar que, assim como para o apoio matricial, para o apoio institucional também foram citadas estratégias para o desempenho das funções, como o Planejamento Estratégico Situacional (PES), a estimativa rápida e a educação permanente.

“Utilizamos de vários instrumentos para subsidiar algumas discussões como Planejamento Estratégico Situacional, Estimativa Rápida e Educação Permanente”. (A11)

O PES foi idealizado por Carlos Matus, autor chileno, tratando-se de um método de planejamento por problemas, de alta complexidade e alta potência, cujo

objetivo principal seria resolver os problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existem soluções normativas ou previamente conhecidas (ARTMANN, 1993).

Assim como o PES, a estimativa rápida é uma técnica para aferição de problemas e necessidades de saúde de uma determinada população, podendo ser utilizada também como método de avaliação das ações (SILVA & FORMIGLI, 1994).

As duas ferramentas acima são utilizadas na saúde, já com certa propriedade, para a normatização e planejamento de ações, sendo fitadas como estratégias próprias da gestão do processo de trabalho em sua macro e micro dimensão. Justifica-se seu uso na atuação do apoiador institucional justamente pelo seu propósito de facilitar as análises e avaliações pelas equipes de saúde, tornando-as mais resolutivas em relação aos problemas de saúde da população e de atuação frente aos determinantes do processo saúde-doença.

A origem do aprendizado sobre tais ferramentas não é explícita pelos respondentes, por conseguinte não há como garantir sua oferta no programa de residência. Apesar do manejo de ferramentas não pertencentes ao núcleo de formação de cada profissional ser mais difícil e menos acessível, estes são de extrema importância na atuação do apoiador institucional, devendo ser abordados pelos programas de residência que têm o propósito de formá-los.

A educação permanente, sendo concebida com embasamento nas noções de aprendizagem significativa e de problematização, é utilizada nas e pelas equipes de saúde como espaços de reflexão, diálogo e construção de consensos por meio dos quais se torna possível promover mudanças e transformações na perspectiva da

integralidade da saúde (PEDUZZI et al, 2009). Esta ideia corrobora com o entendimento de Campos (2005). O autor defende que para se exercer o papel de apoiador institucional de uma determinada equipe – ampliando a eficácia de análise e organização dos sujeitos e coletivos – é necessário que se crie um ambiente de reflexão da prática, de diálogo, troca de saberes, onde o protagonista é o próprio indivíduo que analisa e é analisado (CAMPOS, 2005).

Desta forma, pode-se dizer que a educação permanente é o modelo de prática adotada pelo apoiador institucional e que deve ter seus dispositivos (formação de coletivos, protagonismo de sujeitos) dominados pelo mesmo.

Equitativamente, a educação permanente é o modelo escolhido para a prática do apoio matricial, conforme descrito nas diretrizes do NASF (2010):

(...) o conceito de apoio matricial tem uma dimensão sinérgica ao conceito de educação permanente. Como exemplo, podemos lembrar o fato de que não é possível a nenhum trabalhador em saúde esquivar-se de lidar em alguma medida com os afetos nas relações terapêuticas, por mais que se trate de um tema específico de psicólogos e psiquiatras. Cabe, portanto, aos profissionais da área psi, quando percebem dificuldades de uma equipe nesse campo, exercitar a dimensão técnico-pedagógica a partir das discussões de casos e temas, de forma a compartilhar seu conhecimento específico com a equipe de saúde da família, para que possa lidar com esse saber e fazer dele conhecimento de todos (BRASIL, 2010, p.12)

Observa-se, portanto, que a inserção dos residentes em espaços que adotam a educação permanente como modelo de prática, como os espaços coletivos nas USF (reunião de equipe, grupos de educação em saúde) e os espaços teóricos do programa, favorecem o aprendizado deste desenho. Faz-se de fundamental

importância aos programas de residência a adoção destas práticas para a formação de trabalhadores aptos ao trabalho coletivo.

## **Tema – Rede escola**

Também optou-se pela divisão deste tema em duas categorias: 1 – Cenários de aprendizagem prática; e 2 – Espaços formativos teórico e teórico-prático.

### **Categoria 1: Cenários de aprendizagem prática**

Citada por todos os vinte e um respondentes como espaço fundamental no aprendizado adquirido durante a residência, a imersão na prática do cotidiano das equipes de saúde da família, atuando, muitas vezes, como profissionais integrantes desta equipe, 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.

“Sempre atuava na elaboração de projetos terapêuticos com a equipe, através de reuniões de discussões de casos e reuniões de equipe”. (A13)

“Essa atuação 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”. (R5)

“(…) grupos, onde trabalhadores da unidade faziam parte da organização e planejamento das atividades, distribuição de

explicação de materiais (...) para orientar os trabalhadores da unidade”. (A16)

Para onze respondentes, o trabalho junto à equipe de referência possibilita ações importantes para a atuação do matriciamento. De fato, segundo Campos (2007), 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 básica (CAMPOS, 2007).

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 na época.

“Foi possível contribuir para a reflexão dos “gestores” (médico, enfermeiro e dentista) sobre a própria organização da reunião de equipe, sobre o trabalho dos ACS e assim por diante, e nestes momentos de reflexão foi possível repensar o trabalho, pensar em novas formas de organizar o trabalho com objetivos, metas, plano de ação”. (A6)

“A reunião de residentes era também um momento de troca e 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 residente e depois como apoiador)”. (A7)

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 indivíduo (BERBEL, 2008).

Feuerwerker (1998) 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 doença.

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 era um espaço que 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 (...)”. (A6)

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 (...)”. (A13)

“Suporte à organização do processo de trabalho durante as reuniões de equipe”. (A21)

Para Campos (2005), os apoiadores institucionais, ao contrário das tradicionais assessorias, 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 em uma USF, por já possuir a característica de sua constituição periódica que objetiva a análise coletiva sobre o território e seus determinantes do processo saúde-doença (ARAÚJO & ROCHA, 2007), torna-se o local mais adequado para as ações de apoio institucional, corroborando com o trazido pelos participantes.

Segundo Araújo e Rocha (2007), 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 (ARAÚJO & ROCHA, 2007).

Para Cruz et al (2008), 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 (CRUZ et al, 2008).

Além das ações de cuidado, constitui um local 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 trabalho (CRUZ et al, 2008).

Findando, 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 interpessoais (CRUZ et al, 2008). Estas características podem ser favorecidas com a presença de apoiadores matriciais e institucionais.

## **Categoria 2: Espaços formativos teóricos e teórico-práticos**

Os espaços formativos teóricos e teórico-práticos 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.

“Espaço para discussão sobre o apoio matricial entre profissionais da mesma área (Nutrição) de diferentes equipes, mostrando diferenças e proporcionando troca de conhecimentos e experiências”. (A2)

“(…) os três espaços formativos “formais” do programa 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)”. (A7)

Na UE, os casos simulados são explorados 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 resolução (UNIVERSIDADE, 2010).

Cada grupo se reúne uma vez por semana e conta com um tutor, cujo papel é de facilitador do processo de aprendizagem. A UE também se constitui em uma oportunidade “para o exercício do trabalho em equipe, comunicação, avaliação, responsabilidade, intercâmbio de experiências e estímulo à aquisição de conhecimento” (UNIVERSIDADE, 2010, p.19), representando, portanto, o espaço teórico com maior definição a priori dos temas a serem tratados.

Apesar da metodologia da aprendizagem significativa designar-se por levar em consideração a bagagem teórica de cada indivíduo, seu contexto de vida atual e até mesmo o movimento do grupo no qual está inserido, há uma ementa com o propósito da discussão a se seguir (VASCONCELLOS, 1999). Os casos são elaborados com elementos de forma a contemplar temas previamente escolhidos. Portanto, apesar de não haver um direcionamento do grupo, por parte do facilitador, sobre o caminho a ser traçado para se chegar ao propósito da discussão, espera-se que alguns pontos sejam contemplados (VASCONCELLOS, 1999).

A tutoria de área, por sua característica de ser um espaço para abordagem do núcleo de formação dos residentes, sendo facilitado por um tutor da mesma área de

conhecimento, naturalmente favorece o aprendizado sobre o apoio matricial, já que este está intimamente ligado ao cuidado em saúde.

Constata-se, portanto, que a proposta de organização do processo de aprendizagem ofertada pelo programa de residência foi bem elaborada e estabelecida para se obter o completo 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” (R17)

A tutoria de campo tem 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 horizontal (UNIVERSIDADE, 2010). O papel do tutor de campo é identificar necessidades de cuidado e aprendizagem demandadas pelo residente e pela equipe apoiando a construção e reflexão das práticas em conjunto. (UNIVERSIDADE, 2010).

Pelo exposto, a tutoria de campo apresenta-se como o espaço teórico-prático ideal 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 finda por assumir o

mesmo papel, ou seja, auxiliar os residentes e a equipe de saúde a trabalharem conjuntamente, transformando divergências em convergências. A inserção do docente no cotidiano dos residentes permite, 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 grupos (UNIVERSIDADE, 2010).

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 são 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)”. (R10)

“não respaldo do programa de residência para determinadas ações, não reconhecimento deste espaço como de atuação do apoiador matricial pelo programa, despreparo dos preceptores”. (A4)

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 são divididos em grupos. Na tutoria de área a divisão se dá por núcleo de formação, na tutoria de campo, por campo de atuação e na UE, em pequenos grupos de estudo. Sendo o aprendizado dependente da bagagem teórica e do contexto atual no qual cada indivíduo está inserido (BERBEL, 2008) e o movimento do grupo do qual participa, fica evidente que o direcionamento do que é aprendido por cada residente é dependente de muitos fatores, portanto, pode ocorrer de forma diferente para cada um.

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

As necessidades de aprendizagem de cada residente são, assim, identificadas individualmente, uma vez que, tanto no cenário da USF como nos grupos os residentes estão sob supervisão possibilitando que essas necessidades sejam reveladas e/ou percebidas. A individualização da aprendizagem, segundo as necessidades particulares de cada residente, representa uma pedagogia diferenciada e, portanto, centrada no estudante (UNIVERSIDADE, 2010, p.20).

Por outro lado, o preparo dos profissionais tutores e preceptores do programa quanto à facilitação de um processo grupal ou mesmo perante o tema do apoio institucional, ainda em emergência quando do ingresso dos respondentes desta pesquisa na residência, 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”. (A7)

Uma hipótese não extingue a possibilidade da outra, porém ambas demonstram que muitos fatores interferem 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.

Analisando o PPP, 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.

Entretanto, analisando as competências a serem cumpridas pelos residentes na prática profissional, em particular a competência de gestão da organização do trabalho em saúde, pode-se observar que as atribuições a serem desempenhadas assemelham-se daquelas do apoio institucional. Dentre elas, podemos citar: - 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; - utilização de indicadores da qualidade do serviço de saúde do qual participa e consideração das potencialidades e/ou obstáculos para a promoção de melhorias (UNIVERSIDADE, 2010). A literatura não oferece referência que atribua tais ações ao matriciamento.

Para residentes enfermeiros e odontólogos, 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 odontólogo. 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 é contemplada pelo PPP do programa.

Trabalhando com esta hipótese, os espaços formativos, que tem seu planejamento realizado a partir do PPP, 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 parecem 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 Berbel (1998), 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 (BERBEL, 1998; CYRINO, 2004).

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 identificam 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.

“O principal dificultador foram questões relacionais com as equipes, que não forem bem trabalhadas pela gestão municipal e pela coordenação do programa”. (A7)

“Dificuldades: resistência da equipe com relação as mudanças”. (A9)

“(…) falta de preparação da rede em receber esses tipos de profissionais”. (A1)

Nota-se que a falta de preparo da equipe para recepcionar 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. Essa fragilidade pode ser notada, inclusive, pela falta de referência, dos respondentes, ao papel do preceptor nesta ponte entre a rede e o programa de residência. Dentre as possíveis causas para justificar esta fragilidade, podemos considerar a interrupção do processo de educação permanente dos preceptores, ocorrida após o corte de bolsas de tutores e preceptores a partir de 2010.

Chirelli e Mishima (2003) 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 população.

Na mesma linha, Ceccim e Feuerwerker (2004) 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 saúde (CECCIM & FEUERWERKER, 2004).

A construção deste perfil de competências deve ser realizada no contexto da aproximação entre a instituição formadora e os cenários da prática em saúde (NASCIMENTO & OLIVEIRA, 2006), com a participação de todos os sujeitos envolvidos (programa de residência, residentes, profissionais dos serviços e rede de saúde municipal). 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 processo (CHIESA et al, 2007).

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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, obrigando-nos a trabalhar com métodos de pesquisa e coleta de dados que minimizassem tal distância e permitissem a inclusão dos egressos do programa de residência 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, excluindo totalmente a dificuldades impostas pela distância, 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 saída encontrada na tentativa de minimizar este obstáculo foi a inclusão de todos os egressos do programa, já calculando a taxa de perda condizente com a pesquisa virtual.

Ainda como consequência das limitações causadas pela distância dos respondentes, o uso de um questionário como instrumento de coleta de dados trouxe a necessidade de um cuidado maior com as perguntas a serem realizadas, atentando-se, principalmente, ao número de questões e sua relevância para a pesquisa.

Superando as dificuldades para o concebimento desta investigação, pode-se considerar que ao organizar os residentes nos moldes da saúde da família, em equipe de referência e apoio matricial, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar propõe, em seu PPP, espaços de formação crítico reflexivos que contemplem a prática cotidiana, o cuidado em saúde e o matriciamento.

Com o respaldo de todos os respondentes desta pesquisa, consegue-se assegurar que a organização do programa de residência favorece a formação de apoiadores matriciais, sendo de grande relevância para a conquista de trabalhadores do SUS com o perfil preconizado, principalmente referente à saúde da família. Pode-se considerar, inclusive, que o PPP e o arranjo organizacional em equipe de referência e apoio matricial foram pensados para contemplar a formação desta modalidade de apoiadores. Mesmo aqueles que relataram não realizar o matriciamento por serem da

equipe de referência, foram inseridos em um contexto de prática e teoria capazes de proporcionar o seu aprendizado adequado.

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

A atuação do apoio institucional na área da saúde, especificamente na saúde da família, é verdadeiramente recente. Estudos sobre o tema neste contexto ainda são escassos e encontram-se em fase de produção, dificultando o diálogo com a literatura, motivo pelo qual o tema 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, os cumprimentos das atribuições contidas na competência da organização do trabalho em saúde contribuem imensamente para uma possível vivência posterior enquanto apoiador institucional. Isso porque mesmo sem a atribuição da denominação correta, o residente realiza ações referentes a ele no âmbito de vivência em 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 do que o apoio institucional.

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 à esta atuação em seus PPP, já que estas são emergentes no cotidiano das equipes de saúde da família. Com isso, espera-se que o tema seja previamente incorporado aos espaços formativos teóricos de cada programa, aproximando à realidade da prática e permitindo o completo aprendizado dos residentes.

Encorajam-se mais estudos sobre o tema, principalmente no âmbito da saúde da família, permitindo maior clareza por parte das equipes e visando a formação profissional adequada à esta atuação, podendo ser incorporada as residências multiprofissionais em saúde da família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S. et al (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 783-836.

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.

ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional: a trilogia, matusiana e uma proposta para o nível local de saúde: uma abordagem comunicativa**. 1993. 228 p. Tese (Mestrado em saúde pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1993.

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.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2010. 281 p.

BARROS, S.C.M.; DUMENSTAIN, M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. **Estudos e pesquisas em psicologia**, Rio de Janeiro, ano 10, n.1, p. 48-67, 1º quadrimestre de 2010.

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.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3. ed. Brasília, 2005. 98 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do ministro. **Portaria interministerial n.º 1.802**, de 26 de agosto de 2008. Institui o programa de educação pelo trabalho para a saúde – PET-Saúde. Disponível em: <http://www.prosaude.org/legislacao/pet-saude-ago2008/1-portariaINTERMINISTERIAL-1.802-26agosto2008-PET-Saude.pdf>. Acesso em: 26 set.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**/Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília, 2005. 77 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília, 2006. 415 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de apoio à saúde da família. Brasília, 2010. 160 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília, 2014. 112 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2012. 110 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2008. 72 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **Formação e intervenção**. Brasília, 2010. 242 p.

\_\_\_\_\_. 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. 68 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília, 2004. 16 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, 2004. 20 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. XI Conferência Nacional de Saúde. In: **Anais da XI conferência nacional de saúde**. Brasília, 2000. 337 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 335**, de 27 de novembro de 2003. Afirma a aprovação da política nacional de formação e desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a educação permanente em saúde e a estratégia de polos ou rodas de educação permanente em saúde como instâncias locais e interinstitucionais de gestão da educação permanente. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao335\\_27\\_11\\_2003cns.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/resolucao335_27_11_2003cns.pdf). Acesso em: 28 ago.2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Seminário nacional sobre residência multiprofissional em área profissional da saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília, 2011. 42 p.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O Programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e educação continuada. **Interface**, Botucatu, n. 9, p. 133-141, 2001.

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.

\_\_\_\_\_. 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.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2005. 236 p.

\_\_\_\_\_. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007. 185 p.

CASTELLS, M. **A galáxia da internet: reflexões sobre internet, negócios e sociedade**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004. 325 p.

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2005.

\_\_\_\_\_. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 975-986, 2005.

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.

\_\_\_\_\_. 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.

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.

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.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a atenção primária à saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. S7-S27, 2008.

CORBO, A.; MOROSINI, M.V.G.C. Saúde da família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Fundação Oswaldo Cruz. Escola politécnica de saúde Joaquim

Venâncio (Org). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 157-181.

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.

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.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M.H.L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 213-37, 2009.

FEUERWERKER, L.C.M. et al. O processo de construção e de trabalho da Rede UNIDA. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 9-17, dez. 2000.

FEUERWERKER, L.C.M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface**, Botucatu, n. 3, p. 51-71, 1998.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. PSF: contradições e novos desafios. In: **Conferência nacional de saúde**. Tribuna Livre 2000. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/psftito.htm>>. Acesso em: 21 fev. 2012.

LOBATO, C.P. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família**: uma cartografia da dimensão política. Londrina, Paraná, 2010. 117 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina.

MANDELLI, M.J. **Processo de institucionalização da Secretaria-Executiva da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 92 p.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 297 p.

MATTAR, J. A sociedade da informação. In: \_\_\_\_\_. **Metodologia científica na era da informática**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2008. p. 113-156.

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.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407p.

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.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos núcleos de apoio a saúde da família. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96, 2010.

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. p. 123-140.

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.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados primários de saúde**. Alma-Ata: OMS, 1978. 64 p.

PAIM, J.S. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: USP, 1994. 80 p.

PEDUZZI, M. et al. Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e educação continuada em saúde presentes no cotidiano de unidades básicas de saúde em São Paulo. **Interface**, Botucatu, v.13, n.30, p. 121-34, jul./set. 2009.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Hucitec/IMS/UERJ – Abrasco, 2005. 320 p.

PROMED. Uma nova escola médica para um novo sistema de saúde. Saúde e educação lançam programa para mudar o currículo de medicina. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 375-8, 2002.

RAMOS, A.S. et al. Residências em saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: BRASIL. **Residências multiprofissionais em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, 2006. p. 375-390.

SILVA, L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

STARFIELD, B. Atenção primária e saúde. In: \_\_\_\_\_. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002, p. 19-100.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. **Manual da residência multiprofissional em saúde da família e comunidade**. São Carlos, 2010. 91 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. **Ofício circular RMSFC nº. 024/2013.** São Carlos, 2013. 14 p.

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.

VASCONCELLOS, M.M.M. Aspectos pedagógicos e filosóficos da metodologia da problematização. In: BERBEL, N.A.N. (Org.). **Metodologia da problematização: fundamentos e aplicações.** Londrina: Ed. UEL, 1999. p. 29-60.

VIEIRA, S. **Como elaborar questionários.** São Paulo: Atlas, 2009. 159 p.

## APÊNDICES

### Apêndice A - Instrumento de coleta de dados

#### Questionário

##### Identificação:

1. Data
2. Nome
3. Data de nascimento
4. Categoria profissional:
  - ( ) assistente social
  - ( ) enfermeiro
  - ( ) farmacêutico
  - ( ) fisioterapeuta
  - ( ) fonoaudiólogo
  - ( ) nutricionista
  - ( ) odontólogo
  - ( ) profissional de educação física
  - ( ) psicólogo
  - ( ) terapeuta ocupacional
5. Ocupação atual: \_\_\_\_\_ identificar se público ( ) ou privado ( )
6. Experiência profissional a partir da conclusão da residência:
  - a) Local: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_
  - b) Local: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_
  - c) Local: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_
  - d) Local: \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_ Função: \_\_\_\_\_

7. Participa/ou de outros processos de formação após a conclusão da RMSFC?

sim       não

aperfeiçoamento. Área: \_\_\_\_\_

especialização. Área: \_\_\_\_\_

pós-graduação *stricto sensu* – mestrado. Área: \_\_\_\_\_

pós-graduação *stricto sensu* – doutorado. Área: \_\_\_\_\_

capacitação. Área: \_\_\_\_\_

**Durante a residência:**

8. Período de realização da residência:

2007 – 2009

2008 – 2010

2009 – 2011

2010 – 2012

O apoio matricial é um arranjo que complementa as equipes de referência, no qual, sempre que necessário, participam da elaboração de projetos terapêuticos e oferecem apoio às equipes na incorporação de conhecimentos para atuar em casos passíveis de resolução na Atenção Primária à Saúde, utilizando-se de saberes e práticas especializadas na atuação frente a um indivíduo/coletivo, sem que este deixe de ser referenciado (CAMPOS, 1999). O apoio institucional trata-se de um método de cogestão (CAMPOS, 2005) que amplia a capacidade de análise das equipes, pois busca incluir os sujeitos no trabalho, facilitando o processo de reflexão acerca das dificuldades do cotidiano, o fazer e o agir, mobilizando a circulação de desejos, interesses e a constituição de vínculos (CAMPOS, 2007) objetivando articular a produção de bens e serviços dos próprios sujeitos/profissionais envolvidos no processo, conferindo-lhes meios para pensarem sobre sua função e funcionamento, aliando-se

a eles na resolução de problemas organizacionais, abertura de sentidos e construção de redes, práticas e espaços coletivos (VASCONCELOS & MORSCHEL, 2009).

Considerando as definições acima:

9. Você acha que realizava ações de apoio matricial durante a residência? ( ) sim  
( ) não. Se sim, como era essa atuação?

10. Você acha que realizava ações de apoio institucional durante a residência? ( ) sim  
( ) não. Se sim, como era essa atuação?

11. Ainda falando do processo de formação na RMSFC, as atividades listadas abaixo contribuíram para sua atuação profissional?

Unidade Estruturada ( ) sim ( ) não

Tutoria de Área ( ) sim ( ) não

Tutoria de Campo ( ) sim ( ) não

Reunião de Residentes ( ) sim ( ) não

Plantão ( ) sim ( ) não

Estágio Especializado ( ) sim ( ) não

Estágio Eletivo ( ) sim ( ) não

Projeto na Comunidade ( ) sim ( ) não

Para os espaços que você respondeu sim, explique qual a importância dos mesmos para o desenvolvimento do apoio.

12. Que fatores você reconhece como facilitadores em sua experiência na Residência para desenvolvimento do papel de apoiador matricial? E quais os dificultadores ?

13. Que fatores você reconhece como facilitadores em sua experiência na Residência para desenvolvimento do papel de apoiador institucional? E quais os dificultadores?

**Após a residência:**

14. Você atua ou atuou como apoiador matricial? ( ) sim ( ) não

15. Você atua ou atuou como apoiador institucional? ( ) sim ( ) não

16. Como a experiência da Residência influencia/influenciou no desenvolvimento de sua atividade profissional?

## Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde - CCBS  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica -  
PPGGC



### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa para a dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) denominada: **“Interfaces entre a atuação como apoiadores e o processo de formação vivenciado na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade”**, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dra. Adriana Barbieri Feliciano e co-orientado pela Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Lúcia Teixeira Machado, docentes do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da UFSCar.

O objetivo do trabalho é compreender a relação entre a atuação como apoiadores dos egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade UFSCar e o processo de formação vivenciado neste, descrever o perfil dos egressos, identificar aqueles que realizam ou realizaram o apoio durante a vida profissional e analisar com a residência contribuiu para o desempenho desta função, discutindo os limites e as possibilidades da formação.

A sua participação consistirá em responder um questionário sobre o processo de formação na residência e a atuação profissional após o término desta, lembrando que sua participação não é obrigatória.

Esclarecemos para você que os riscos decorrentes desta pesquisa podem ser o fato de você sentir-se obrigado a se envolver na pesquisa. Mediante isto esclarecemos que você não é obrigado a responder questões que julgar desnecessárias ou julgar que possam ferir sua integridade moral. Outro risco refere-se ao fato de você considerar a possibilidade de suas informações serem divulgadas de maneira ilícita, porém, quanto a isto esclarecemos que sua participação será mantida sob sigilo e será garantida a privacidade em relação às informações fornecidas. Outro risco decorre do fato de você sentir-se desconfortável em algum momento durante o preenchimento do questionário, assim esclarecemos que você poderá interromper o mesmo. Você também poderá ficar a vontade para tirar dúvidas e pedir os esclarecimentos que necessitar em relação à pesquisa. Esclarecemos, também, que a participação nesta pesquisa não traz benefício direto a você. Os benefícios desta pesquisa serão o conhecimento se há e qual é a relação entre a sua atuação profissional e o processo de formação vivenciado por você no programa de residência e o fortalecimento deste modelo de formação em saúde no Brasil. Após a finalização da pesquisa, os participantes terão uma devolutiva dos resultados obtidos publicados.

Karine Kyomi Becker

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica UFSCar  
Fisioterapeuta residente em Saúde da Família e Comunidade UFSCar – finalização março/2013  
CREFITO-3/137113-F RG: 40214865-4

Qualquer duvida para esclarecimentos, entrar em contato pelo telefone (16) 8103-9512/(11)97327-6770, endereço: Rua Alvarenga Peixoto, 55, apto 21 – Arnold Schmidt CEP: 13566-582 São Carlos/SP. E-mail: becker.karine@gmail.com

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.** O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-9683. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante da pesquisa / RG



# Prefeitura Municipal de São Carlos

Processo nº 22.697/06

Jornal "Primeira Página"  
Dia: 18 de abril de 2007



## PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS

### DECRETO Nº 112 DE 17 DE ABRIL DE 2007

DISPÕE SOBRE O CONSELHO DE PARCERIA PARA ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO INSTITUCIONAL CELEBRADO COM A UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS NEWTON LIMA NETO, Prefeito Municipal de São Carlos, no uso de suas atribuições legais, e tendo em vista o que consta do processo administrativo protocolado sob o nº 22.697/06, e CONSIDERANDO que a Lei Municipal nº 13.936, de 8 de dezembro de 2006, autorizou a celebrar convênio com a Universidade Federal de São Carlos – UFSCar para estabelecer, em regime de colaboração, Programas de Cooperação visando ao estabelecimento de ações conjuntas para o atendimento em saúde à comunidade, a formação profissional dos alunos da UFSCar e a realização de pesquisas de interesse mútuo; CONSIDERANDO que a cláusula sexta do convênio, celebrado em 15 de janeiro de 2007, com a Universidade Federal de São Carlos, refere-se a Conselho de Parceria para acompanhamento da execução do instrumento,

DECRETA

Art. 1º Ficam designados para compor o Conselho de Parceria para acompanhamento do convênio celebrado com a Universidade Federal de São Carlos os senhores:

a) representantes da Administração Municipal:

- I – Dirceu Brás Barbano, Secretário Municipal de Saúde;
- II – João Carlos Pedrazzani, Secretário Municipal de Planejamento e Gestão;
- III – Adriano Marinovic, Diretor do Departamento de Atenção Hospitalar;
- IV – Blaranis Helena Pauletto, Diretora do Departamento de Atenção Especializada;
- V – Marilda Siriani de Oliveira, Diretora do Departamento de Atenção Básica;
- VI – Elisete Silva Pedrazzani, Coordenadora da Escola Municipal de Governo;
- VII – Eliana Carmona de Paula Hegg, representante titular dos Trabalhadores do Conselho Municipal de Saúde;

VIII – Wagner Ramos, representante suplente dos Trabalhadores do Conselho Municipal de Saúde;

IX – Maria José Castilho, representante titular dos Usuários do Conselho Municipal de Saúde;

b) representantes da Universidade Federal de São Carlos:

- I – Maria Stella Coutinho de Alcântara Gil, Vice-Reitora;
- II – José Eduardo dos Santos, Diretor do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – titular;
- III – Giselle Dupas, Vice-Diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Suplente;
- IV – Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams, Diretora da Unidade Saúde-Escola;
- V – Valéria Vemaschi Lima, Coordenadora do Curso de Medicina;
- VI – Marildy Aparecida de Freitas, Coordenadora do Curso de Enfermagem;
- VII – Léa Beatriz Teixeira Soares, representante titular das coordenações de curso das demais áreas de saúde;
- VIII – Nelci Adriana Cicuto Ferreira Rocha, representante suplente das coordenações de curso das demais áreas de saúde;
- IX – Vicente Faggion de Alencar, representante titular dos estudantes do Curso de Medicina;
- X – Carlos Eduardo Rigão Mallaco, representante suplente dos estudantes do Curso de Medicina;
- XI – Milla Pompilio da Silva, representante titular dos estudantes dos cursos das demais áreas da saúde;
- XII – Thais Mikie de Carvalho Otanani, representante suplente dos estudantes dos cursos das demais áreas da saúde.

Art. 2º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

São Carlos, 17 de abril de 2007.

NEWTON LIMA NETO

Prefeito Municipal

Registre-se na Divisão de Expediente e Publique-se

JOÃO CARLOS PEDRAZZANI

Secretário Municipal de Planejamento e Gestãc

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Interfaces entre a atuação como apoiadores e o processo de formação vivenciado na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

**Pesquisador:** Karine Kyomi Beker

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 11889512.0.0000.5504

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 194.537

**Data da Relatoria:** 05/02/2013

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo analítico de abordagem qualitativa onde serão aplicados questionários aos egressos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar (2007-2012). A aplicação dos questionários dar-se-á na forma on-line. Não há a informação no projeto escrito na Plataforma Brasil de como será feita a obtenção dos TCLEs dos participantes deste estudo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Compreender as interfaces entre a atuação como apoiadores e o processo de formação vivenciado na Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFSCar (RMSFC); descrever o perfil dos referidos egressos; identificar quais egressos que realizam ou realizaram o apoio à gestão das equipes de saúde da família e analisar como a residência contribuiu para o desempenho desta função, discutindo limites e possibilidades da formação.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora informa como riscos o fato do sujeito sentir-se obrigado a se envolver na pesquisa e sentir-se desconfortável em algum momento durante o preenchimento do questionário. Apesar de ter sido informado no TCLE, no projeto não há menção quanto a segurança ao sigilo do participante.

Não existe benefício direto ao participante da pesquisa. Porém, a pesquisadora informa que a

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**CEP:** 13.565-905

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

presente pesquisa poderá contribuir com o conhecimento da relação entre a atuação profissional e o processo de formação vivenciado no programa de residência e o fortalecimento deste modelo de formação profissional.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto de pesquisa possui relevância à área em questão.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A Folha de Rosto foi adequadamente preenchida e está assinada. O termo de autorização da Coordenação do Programa RMSFC autorizando a utilização dos dados dos egressos, para contato pela pesquisadora, foi apresentado. O TCLE reapresentado apresenta-se corrigido.

**Recomendações:**

Vide conclusões.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

No parecer anterior, foi solicitado à pesquisadora que informasse sobre como se daria a obtenção dos TCLEs, uma vez que a pesquisa será feita totalmente online. No projeto escrito na Plataforma Brasil, tal informação continua ausente. Entretanto, foi enviado arquivo WORD no qual indica a forma de busca dos participantes para a pesquisa através de envio de correio eletrônico. Se houver interesse o participante receberá o TCLE, assinará e após digitaliza-lo, enviará de volta para a pesquisadora. Este CEP solicita que todas as informações pertinentes e necessárias para a aprovação de todo projeto de pesquisa estejam presentes nos campos disponíveis na Plataforma Brasil para maior agilidade no processo de análise.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto Aprovado.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**CEP:** 13.565-905

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SÃO CARLOS/UFSCAR



SAO CARLOS, 06 de Fevereiro de 2013

---

**Assinador por:**  
**Maria Isabel Ruiz Beretta**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**Telefone:** (16)3351-9683

**CEP:** 13.565-905

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br