



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL**  
**CAMPUS PASSO FUNDO**  
**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA**

**JUCÉLIA MACHADO SOARES**

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE**  
**EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE: PERCEPÇÕES DOS DIFERENTES**  
**SEGMENTOS**

**PASSO FUNDO**  
**2019**

**JUCÉLIA MACHADO SOARES**

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE  
EM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE: PERCEPÇÕES DOS DIFERENTES  
SEGMENTOS**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Me. Daniela Teixeira Borges  
Coorientadora: Esp. Leila Juliana Antunes Riggo

PASSO FUNDO

2019

SOARES, JUCÉLIA MACHADO

Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade em município de pequeno porte: percepções dos diferentes segmentos/ JUCÉLIA MACHADO SOARES. -- 2019. 130 f.

Trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional - Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, Passo Fundo, RS, 2018.

1. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade em município de pequeno porte. 2. Percepções dos diferentes segmentos. I. Borges, Daniela Teixeira, orient. II. Riggo, Leila Juliana, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul.

Fonte: elaborado pela própria autora Jucélia Machado Soares

JUCÉLIA MACHADO SOARES

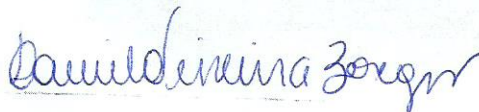
A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E  
COMUNIDADE NA PERCEÇÃO DE GESTORES, PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE E USUÁRIOS

Trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional  
em Saúde da Família e Comunidade como requisito para  
obtenção do grau de especialista em Saúde da Família e  
Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:

10/12/2018

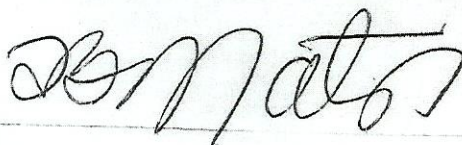
Banca examinadora:



Profª. MSc. Daniela Teixeira Borges



Profª. MSc. Jeanice de Freitas Fernandes



Profª. Dra. Izabella Barison de Matos

## RESUMO

Este arquivo trata-se do “Volume Final de TCR”. O mesmo encontra-se dividido em cinco momentos, em ordem cronológica no qual foi sendo construído. 1-Diagnóstico, construído a partir da coleta de dados sobre o município em diversas fontes e também pelo olhar e as experiências dos residentes no município e território que se inseriu. Essa construção tem como objetivo apresentar um panorama geral e inserir o Residente no município, conhecendo sua potencialidade e fragilidades. De posse desse conhecimento, o residente tem subsídio para definição do tema para a o seu projeto de pesquisa, que é a construção da segunda parte deste volume 2-Projeto de Pesquisa-Intervenção. Na terceira parte apresento 3-Relato do Percurso da Intervenção e 4-Artigo, que após passar pela banca de qualificação recebeu novo título. E para finalizar, 5-Considerações finais sobre esse percurso de formação. Todos elaborado pela residente nos Componentes Curriculares “Pesquisa em Saúde, Projeto de Intervenção e TCR I, II, III e IV”, sob orientação e supervisão de docentes, tutores e preceptoras.

**Palavras-chave:** Residência não médica. Percepção. Equipe Multiprofissional. SUS. Atenção Básica

## **ABSTRACT**

This archive deals with "TCR Final Volume". Or they find themselves divided into five moments, in chronological order not being built. 1-Diagnosis, built from data queue on or municipality in various sources and also for the experience of two residents not in the municipality and territory that was inserted. This construction is aimed at presenting a general panorama and inserting a non-municipal resident, conquering its potential and fragility. Of posse desse conhecimento, or resident thesis subsidio for definition of subject for a or seu projeto de pesquisa, that é a construção gives second part of volume 2-Projeto de Pesquisa-Intervenção. Na Terceira part apresento 3-Report of Intervention Course 4-Artigo, that após passar pela qualificação banking recebeu novo title. And finally, 5-Considerações finais on this training course. All elaborated pela resident us Curricular Components "Pesquisa em Saúde, Projeto de Intervenção e TCR I, II, III and IV", sob orientation and supervision of teachers, tutors and preceptor

**Keywords:** Non-medical residence. Perception. Multiprofessional team. SUS. Basic Attention

## SUMÁRIO

<b>1 DIAGNÓSTICO.....</b>	<b>8</b>
<b>1.1 HISTÓRIA DO MUNICÍPIO.....</b>	<b>8</b>
<b>1.2 CRONOLOGIA E EMANCIPAÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1.3 TERRITÓRIO E POPULAÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1.4 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA.....</b>	<b>11</b>
<b>1.5 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....</b>	<b>12</b>
<b>1.6 HABITAÇÃO E INFRAESTRUTURA.....</b>	<b>14</b>
<b>1.7 ASPECTOS CULTURAIS E SOCIAIS.....</b>	<b>16</b>
<b>1.8 EDUCAÇÃO.....</b>	<b>19</b>
<b>1.9 CONDIÇÕES DE VIDA E LONGEVIDADE.....</b>	<b>19</b>
<b>1.10 EMPREGO E RENDIMENTO.....</b>	<b>22</b>
<b>1.10.1 ECONOMIA.....</b>	<b>23</b>
<b>1.11 SAÚDE.....</b>	<b>24</b>
<b>1.11.1 GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE.....</b>	<b>26</b>
<b>1.11.2 ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.....</b>	<b>27</b>
<b>1.12 EQUIPE DE TRABALHO.....</b>	<b>27</b>
<b>1.13 FINANCIAMENTO E REGULAÇÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>1.13.1 RECURSOS FEDERAIS.....</b>	<b>30</b>
<b>1.13.2 RECURSOS ESTADUAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>1.13.3 RECURSOS MUNICIPAIS.....</b>	<b>35</b>
<b>1.14 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>36</b>
<b>1.14.1 SISTEMA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE.....</b>	<b>37</b>
<b>1.15 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE.....</b>	<b>39</b>
<b>1.16 BAIRRO SANTA RITA.....</b>	<b>40</b>
<b>1.16.1 HISTÓRICO.....</b>	<b>40</b>
<b>1.16.2 TERRITÓRIO E POPULAÇÃO DA ESF SANTA RITA.....</b>	<b>40</b>
<b>1.16.2 ESF SANTA RITA.....</b>	<b>43</b>
<b>1.17 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE.....</b>	<b>47</b>
<b>1.18 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA.....</b>	<b>47</b>
<b>1.18.1 ATENÇÃO ESPECIALIZADA.....</b>	<b>47</b>
<b>1.18.2 SAÚDE SUPLEMENTAR.....</b>	<b>48</b>
<b>2 PROJETO PESQUISA INTERVENÇÃO.....</b>	<b>49</b>
<b>2.1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>50</b>

2.2.2	Objetivos específicos.....	52
2.3	Referencial teórico .....	53
2.4	Metodologia .....	55
2.4.1	Tipo de estudo .....	55
2.4.2	Local e período de realização.....	56
2.4.3	População e amostragem.....	56
2.4.4	Instrumentos de coleta de dados.....	58
2.4.5	Organização e análise dos dados.....	59
2.4.6	Aspectos éticos.....	60
2.4.7	Medidas de proteção à confidencialidade.....	61
2.4.7	Critérios para Suspensão ou Encerramento da Pesquisa .....	62
2.4.8	Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	62
2.5	PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA.....	63
2.6	CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA PESQUISA .....	64
	APÊNDICE-A .....	65
	APÊNDICE -B .....	66
	APÊNDICE -C .....	67
	APÊNDICE-D .....	68
	ANEXO-1 .....	71
3	RELATO DO PERCURSO DE INTERVENÇÃO .....	72
3.1	PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA- INTERVENÇÃO .....	73
3.2.1	Conclusões ou pendências e lista de inadequações:.....	74
3.3.1	Apresentação da pesquisa grupo de artesanato ESF Santa Rita.....	76
3.3.2	A apresentação da pesquisa para a equipe.....	76
3.3.3	Apresentação da pesquisa grupo HIPERDIA ESF Santa Rita.....	77
3.3.4	Apresentação da pesquisa para Grupo de Caminhada ESF Santa Rita .....	77
3.3.5	Apresentação da pesquisa Grupo de Atividade física ESF São José Operári .....	78
3.3.6	Nova apresentação ao grupo artesanato.....	79
3.3.7	Apresentação da pesquisa para o Conselho Local de Saúde.....	79
3.3.8	Busca dos Usuários para realizar Entrevistas.....	80
3.3.9	Apresentação da pesquisa para grupo de artesanato São José Operário.....	80
3.3.10	convite para pesquisa na equipe da ESF São José Operário .....	81
3.3.11	Apresentação da pesquisa para o grupo Cuidando de sua Saúde SJO .....	81



<b>3.3.12 Apresentação da proposta da pesquisa para gestão .....</b>	<b>82</b>
<b>3.3.13 Exclusão do grupo de Meditação .....</b>	<b>82</b>
<b>3.4 TRANSCRIÇÕES .....</b>	<b>82</b>
<b>3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>85</b>
<b>4 ARTIGO.....</b>	<b>92</b>
<b>Referências .....</b>	<b>110</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>113</b>
<b>ANEXO - 1 FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS REVISTA INTERFACE.....</b>	<b>114</b>
<b>ANEXO -2 COMPROVANTE DE SUBMISSÃO PARA REVISTA E <i>email</i> CONFIRMATÓRIO .....</b>	<b>127</b>

# 1 DIAGNÓSTICO

## 1.1 HISTÓRIA DO MUNICÍPIO

O município recebeu este nome a partir de uma trágica história, sobre um cacique bravo, de nome Marau. Conforme a história, Marau percorria as vastas selvas da Serra Geral em busca de alimento frente a um bando de índios Coroados. O perigo representado pela presença de índios na região era um empecilho à vinda de mão-de-obra europeia em imigração patrocinada pelo Império e, já bem sucedida no caso dos alemães. Nesse contexto, o extermínio do bando chefiado pelo temido cacique Marau era inevitável. Por volta de 1840, acusados de trucidar dois moradores da aldeia Passo Fundo das Missões, os índios foram perseguidos por uma escolta que atravessou o rio Capinguí e, às margens de um arroio, depois chamado de Mortandade, travaram a primeira batalha. A expedição prosseguiu em direção ao sudeste, exterminando o bando às margens de um rio maior. Esse derrame de sangue nomeou o rio de Marau e com o mesmo nome também passou a ser chamada a região adjacente, povoada por caboclos.

Marau foi, durante muito tempo, apenas território para tropeio de gado. Depois, a Coroa distribuiu sesmarias para que os tropeiros e os militares se estabelecessem em estâncias. A vinda de alguns imigrantes das mais diversas pátrias fez surgir os primeiros núcleos populacionais, um denominado de Tope e o outro, de Marau. Este recebeu as primeiras famílias de imigrantes italianos por volta de 1904 e mais tarde tornou-se a sede do 5º Distrito de Passo Fundo, criado em 1916. A vila e a zona rural desenvolveram-se com o trabalho dos colonizadores, descendentes dos imigrantes italianos oriundos das regiões do Vêneto, Lombardia e Trentino, mas foi fundamental a participação dos freis capuchinhos, assistentes espirituais dos marauenses a partir de 1934.

Até a década de 60, a agricultura de Marau manteve um caráter de subsistência, mas a criação de suínos já se transformara em atividade comercial desde a década de 20, fomentada pelo frigorífico Borella e Cia Ltda., que, através de seus produtos, tornou a vila conhecida no mercado nacional. Na década de 70, a instalação de agências bancárias, o cooperativismo agrícola e a mecanização da lavoura alteraram radicalmente o perfil da produção marauense, voltando-a maciçamente para a monocultura.

Entretanto, a crise no setor, verificada na década de 80, provocou não somente um grande êxodo rural, mas uma nova mudança na atividade. Hoje, beneficiada pelo terraceamento do solo, a agricultura volta-se para a diversificação de produtos e na pecuária ganham relevo a produção de leite e a avicultura, atendendo à demanda das indústrias de alimentos instaladas em Marau e na região. Ao todo, a agropecuária reúne mais de 1.700 estabelecimentos e ocupa o segundo lugar em valor adicionado no município.

Nas duas últimas décadas, o parque industrial de Marau ganhou um impulso extraordinário, especialmente nos setores de alimentos, couros, metal-mecânico e equipamentos para avicultura e suinocultura, onde nos setores acima se destacam as empresas: Grupo Perdigão, Fuga Couros, Metasa e GSI Group. Atualmente, Marau se destaca como Polo Industrial no cenário Estadual, Nacional e Internacional, com cerca de 200 empresas, entre elas, 12 empresas de grande porte, totalizando mais de 6.500 empregos. Os demais empregos são oferecidos por cerca de 860 estabelecimentos comerciais e mais de 1.300 estabelecimentos do setor de prestação de serviços.

O desenvolvimento econômico modificou a demografia de Marau, que tem como característica mais marcante de seu desenvolvimento, a diversidade em todas as áreas, oriunda da vocação empreendedora de seu povo. Marau preserva em seu nome o passado indígena do Brasil e a memória das batalhas humanas pela ocupação de espaços, batalhas muitas vezes cruéis e quase sempre condenadas ao esquecimento.

Fotografia 1 – Cidade de Marau



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Marau, 2017.

## 1.2 CRONOLOGIA E EMANCIPAÇÃO

- Antes de 1827: o território fazia parte da província jesuítica chamada de Missões Orientais do Uruguai, formada por índios guaranis e coroados.
- Em 1827 começa o povoamento da raça branca e nasce Passo Fundo.
- 1845: o cacique Marau, chefe de um bando de Coroados, morre em combate com os brancos às margens de um rio, que passou a ser denominado de Rio Marau, como também as imediações do rio, povoada por caboclos.
- 1857: foi criado o município de Passo Fundo.
- 1904: os descendentes dos imigrantes italianos iniciam a colonização de Marau.
- 1908: o povoado do Tope, primeiro núcleo populacional de Marau, tinha 2.500 habitantes.
- 10 de janeiro de 1916: cria-se o 5º Distrito de Passo Fundo, “importante colônia e celeiro de Passo Fundo”, com sede no Tope.
- 1918: abre-se a estrada que liga Marau a Passo Fundo, via Taquari.
- 3 de julho de 1920: o povoado de Marau é elevado à vila e passa a ser a sede do 5º Distrito. Em 1923 surge o frigorífico Borella e Cia Ltda., marco da indústria Marauense, que logo se tornaria fornecedor regional e nacional de salame, presunto, mortadela e banha.
- 1934: os freis capuchinhos assumem a assistência espiritual dos Marauenses, integram a zona urbana e rural em forte comunidade e lideram seu desenvolvimento.
- 18 de dezembro de 1954: Marau emancipa-se com 1.055 Km<sup>2</sup>, desmembrados de Passo Fundo e Guaporé. Em 17 de fevereiro de 1959, com a anexação de Camargo, até então pertencente à Soledade, Marau chega à 1.192 Km<sup>2</sup>.
- 28 de fevereiro de 1955: o município é instalado oficialmente e esta torna-se a data de seu aniversário.

### 1.3 TERRITÓRIO E POPULAÇÃO

O município de Marau compreende uma área física de aproximadamente 649,300 Km<sup>2</sup>, correspondentes a 0,23% da área estadual e 0,008% do território nacional. A densidade demográfica em 2013 foi de 58,7 hab/km<sup>2</sup>. Conforme dados atualizados do IBGE de 2016 o número estimado de habitantes é de 40.629, sendo aproximadamente 85% moradores da zona urbana. A etnia mais prevalente é de descendentes italianos. A religião da população é predominantemente católica por volta de 33.097 pessoas, seguida da crença evangélica de 2.795 pessoas.

### 2.4 LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA

O município de Marau é limite Sul da Região Norte do RS, localizada no Planalto Médio, na Região da Produção. Faz limites ao Norte com Passo Fundo e Mato Castelhana, ao Sul com Vila Maria, Camargo e Soledade, ao Leste com Gentil e Santo Antônio do Palma, a Oeste com Nicolau Vergueiro, a Noroeste com Ernestina e a Sudoeste com Ibirapuitã.

Distâncias da Cidade de Marau: 269 km de Porto Alegre, 190 km de Caxias do Sul e 31 km de Passo Fundo.

Fotografia 2– Localização e limites geográficos de Marau.



Fonte: Site da Câmara Municipal de Vereadores de Marau.

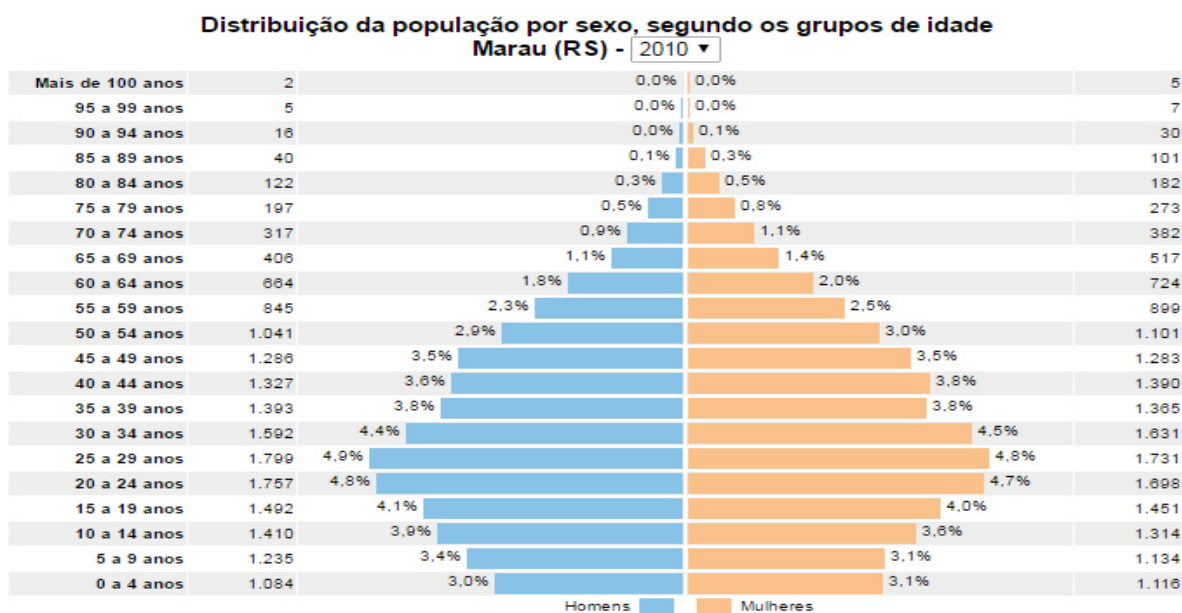
- Altitude média do Município: 650 m acima do nível do mar;
- Pontos mais elevados: Tope e São Pedro do Jacuí;
- Clima: Temperado – temperatura média: 18° C;
- Relevo: Território ondulado por coxilhas, com aclives e penhascos em margens de rios;
- Estrutura geológica: arenito basáltico;
- Solo mais frequente: lato solo roxo.

## 2.5 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Marau tem baixa razão entre os sexos, a população é homogênea nas faixas etárias em relação ao sexo. Percebe-se uma distribuição de habitantes entre as faixas etárias com prevalência nas faixas de idade economicamente ativas.

Conforme pesquisas que analisam dados populacionais, isso é um reflexo da redução dos índices de natalidade e mortalidade, somados ao aumento da expectativa de vida.

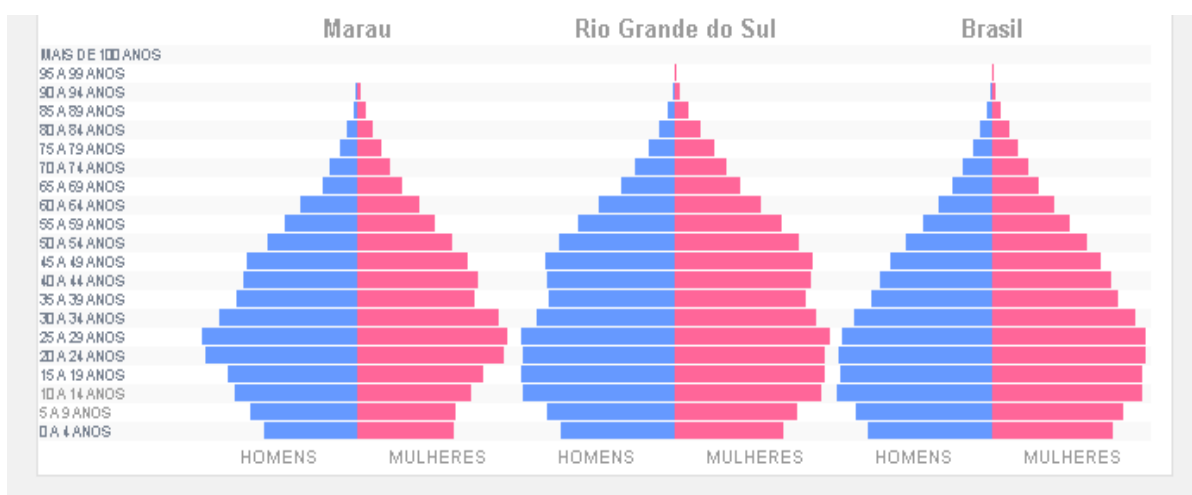
Gráfico 1 – Distribuição da população de Marau



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

Contudo, a base maior que o ápice ainda aponta para o crescimento populacional, semelhantes a dados do Rio Grande do Sul e Brasil como comparados no gráfico abaixo.

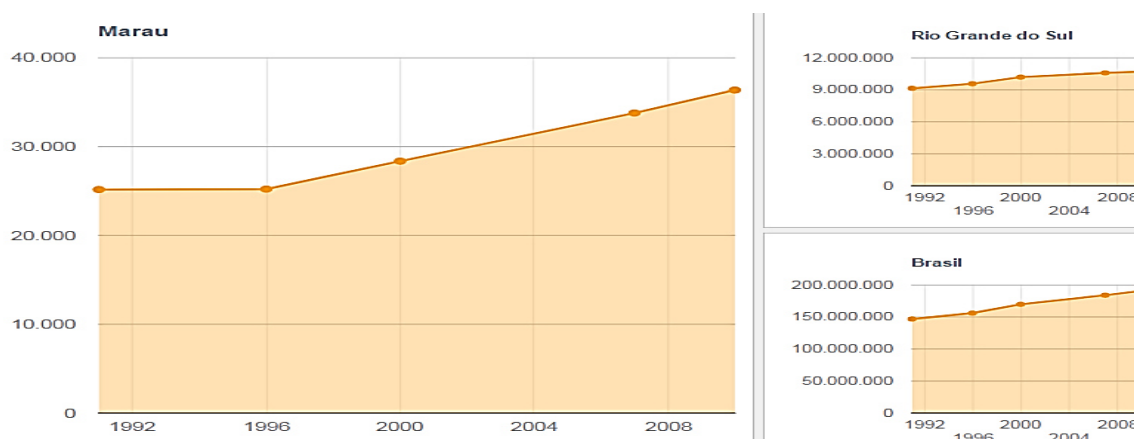
Gráfico 2 – Pirâmides etárias



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

Segundo dados do IBGE de 2010, percebe-se que está ocorrendo um ritmo acentuado de crescimento populacional de Marau comparado a dados gerais do Rio Grande do Sul e Brasil.

Gráfico 3 – Evolução populacional



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 1991, Contagem Populacional 1996, Censo Demográfico 2000, Contagem Populacional 2007 e Censo Demográfico 2010.

## 2.6 HABITAÇÃO E INFRAESTRUTURA

Levando em consideração o rápido crescimento do município de Marau, os indicadores de habitação e infraestrutura demonstram o grau de ajuste das famílias e do planejamento urbano as mudanças econômicas e demográficas. Sobretudo, percebe-se um aumento relativamente proporcional de número de habitantes e número de domicílio. Observa-se também que a maioria da população reside na área urbana.

Atualmente encontram-se poucos dados, com relação ao número de habitantes por domicílio. Não existem também dados no que tange à especulação imobiliária no município, no entanto, não há relatos de ocupações de terras para moradia em Marau, embora se compreenda que existam desigualdades econômicas e sociais no município, como em todo o país.

Quando se reconhece o território de Marau, nas periferias, há moradias aparentemente precárias, próximas de rios, em encostas de morros, e eventualmente no próprio território da Santa Rita. Interroga-se da possibilidade de haver pouca mobilização social entre essas pessoas, o que por consequência, gera essas invisibilidades para o restante da sociedade.

No território da ESF Santa Rita, estima-se uma proporção entre habitações próprias e alugadas, sendo que a maioria é casa. Percebe-se que os alugueis em geral se mantêm direto com os proprietários dos imóveis, residindo na maioria, em mais de uma pessoa por imóvel. Acredita-se que essa diferenciação, quando equiparada aos dados do país, se dá em virtude do município de Marau ser localizado no interior do estado, ser sede de um polo industrial e agrícola intenso, e pela proximidade com cidades maiores, como Passo Fundo.

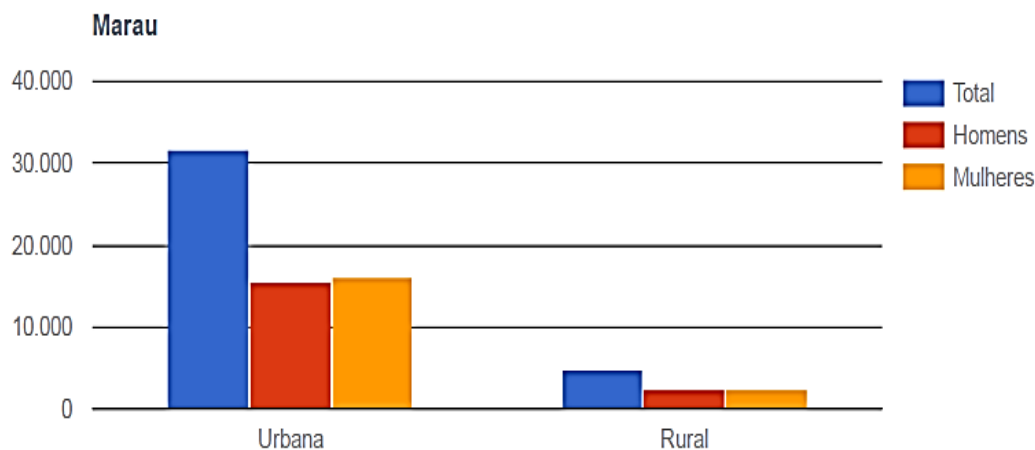
É expressivo também êxodo rural no município, quando observasse que a maioria da população reside em área urbana. Sabe-se que é um conjunto de fatores que incentivam isso, destacando na realidade do território, a existência de grandes indústrias, oferta de empregos e melhor remuneração, acesso à bens, serviços, infraestrutura, como educação, saúde, lazer, e outros. Conforme o Plano Nacional de Habitação de 2008, Marau foi classificado como centro urbano em espaço rural próspero.

O gráfico abaixo apresenta uma equivalência na população entre homens e mulheres, outro reflexo dos dados nacionais, que referem haver mais mulheres na



população brasileira do que homens. Conforme IBGE (2013) há no Brasil 103,5 milhões de mulheres, o equivalente a 51,4% da população. Rondônia, Roraima, Amazonas e Pará são os únicos estados que têm mais homens que mulheres.

Gráfico 4 – População residente, por situação do domicílio e sexo - 2010



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

## MANEJO DO LIXO

A coleta do lixo no município de Marau é feita através de uma empresa terceirizada, o manejo, coleta e destinação final dos resíduos sólidos estão sob responsabilidade da mesma, que mantém contrato com a Prefeitura Municipal.

## ABASTECIMENTO DE ÁGUA

O abastecimento de água no município de Marau em sua maioria é oferecido através da Companhia Rio-grandense de Saneamento (CORSAN), que coleta água do Manancial: Sanga/Arroio Marau, e realiza o tratamento na Estação de Tratamento de Água (ETA, Marau). Dados coletados do SIAB, 2013 referem que 57,6 domicílios brasileiros possuem rede abastecimento de água, já Marau se destaca com um e percentual de 75,75%.

## **MANEJO DE ESGOTO SANITÁRIO**

Sabe-se que a população de Marau possui rede de esgoto porém, uma minoria das famílias destinam a maioria dos dejetos em fossa, e uma pequena parcela ainda a céu aberto.

Como pode se observar o município ainda tem muito que avançar neste processo.

### **2.7 ASPECTOS CULTURAIS E SOCIAIS**

- **Festival Nacional do Salame**

Com o objetivo de resgatar e manter vivos os aspectos culturais herdados dos imigrantes italianos que colonizaram a região há mais de 100 anos, Marau agregou um novo grande evento a seu calendário festivo. Surgiu, então, em 2010, o Festival Nacional do Salame. Não à toa, hoje, Marau é conhecida como capital Nacional do Salame. O salame ajuda a contar a história de Marau. Uma tradição que virou marca. A produção de carne suína no município, em especial do salame, revelou-se como uma das principais fontes de renda familiar nos anos 20. Foi neste contexto que cresceu a cidade, sob forte influência da industrialização, iniciada com a instalação do Frigorífico Borella, mais tarde, nos anos 80, adquirida pela Perdigão, hoje BRF Brasil Foods. Por estas razões, o salame e o desenvolvimento da cidade são diretamente proporcionais. Da herança deixada pelos antepassados aos marauenses surgiu a Rota da Salamarias, que inspirou a organização do Festival. Desde 2010, quando aconteceu a primeira edição do evento, o Salão Paroquial e seu entorno, se transformam, durante três dias do ano, em uma arena de boa comida, boa bebida e diversão.

- **Expomarau**

A primeira edição da feira que mostra as potencialidades de Marau aconteceu em 1981, durante o mandato de José João Santin, tendo como Presidente da Câmara de Vereadores Luiz Brocco. Em 1981, os 27.416 habitantes de Marau viram surgir a ideia

da primeira Expomarau durante o IV Encontro de Suinocultores. O que era para ser uma exposição de animais, passou a agregar indústria, comércio e artesanato.

Fotografia 3 - Expomarau



Fonte: Site Expomarau 2015.

- **Rota das Salamarias**

Salamaria é o local onde se faz o salame. O salame tem seu nome derivado do latim *salumen*, que significa carne salgada, e teve muita importância numa época onde se precisava armazenar a carne em temperatura ambiente. No Brasil o salame é conhecido como um embutido de carne suína moída e salgada. Na Itália, "salame" é uma designação genérica para todo tipo de embutido produzido com carne suína, abrangendo também os presuntos cozidos e defumados, copa, pancetta, mortadelas e fiambres. Na Rota das Salamarias, você pode percorrer trilhas ecológicas, saborear a cachaça produzida em alambique artesanal, apreciar as vinícolas, com degustação e varejos de produtos coloniais, ouvir o grito do quero-quero, provar o amargo do mate, tomar banho de cachoeira, tirar água de poço, andar de carretão, ver o artesanato em

madeira, em palha de milho e trigo, além de saborear a culinária legada dos colonizadores desta terra.

Fotografia 4- Rota das Salamarias



Fonte: Site da Rota das Salamarias

- **Caminho das águas e sabores**

O Caminho das Águas e Sabores reúne gastronomia, natureza, aventura, religiosidade e lazer. Abrange as comunidades de Nossa Senhora Aparecida, Gramadinho, Cachoeirão e Santo Antônio dos Triches, além do Bairro Constante Fuga. Tradição italiana, café da roça, lindas paisagens, nascentes, cachoeiras, cachaças, vinhos e licores, artesanato, gastronomia colonial, espiritualidade e contos sobre a passagem dos tropeiros pela região. Trata-se de um projeto de turismo rural que nasceu da iniciativa de empreendedores que buscam diversificar as atividades e promover crescimento de forma sustentável, através da valorização das belezas naturais e dos costumes.

## **2.8 EDUCAÇÃO**

A educação no município de Marau atualmente é realizada por três fontes de ensino: municipal, estadual e particular. São diversas instituições que abrangem desde a primeira etapa da educação básica, educação infantil, educação para crianças com necessidades especiais, realizada pela APAE, e o Ensino Técnico e Superior. São 24 Escolas Municipais, 04 Escolas Estaduais, 02 Escolas Particulares, 01 Escola de EJA – Ensino Fundamental Municipal e 02 Entidades de Ensino Técnico e Superior CESURG, FABE. Para além, a Prefeitura de Marau oferta transporte coletivo diário para estudantes universitários que residem em Marau e precisam se deslocar a municípios vizinhos para estudar.

De acordo com IBGE (2010), a taxa de escolarização em Marau (para pessoas de 6 a 14 anos) foi de 94.5% em 2010. A nota no Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) foi de 6.2 para alunos de anos iniciais, e de 4.3 para alunos dos anos finais. Na comparação com municípios do mesmo estado, a nota dos alunos dos anos iniciais colocava este município na posição 108 de 497. Considerando a nota dos alunos dos anos finais, a posição passava a 165 de 497. Isso colocou o município na posição 482 de 497 dentre os municípios do Rio Grande do Sul, e na posição 5134 de 5570 dentre os municípios do Brasil, o que pode ser observado no gráfico abaixo. A taxa de analfabetismo de pessoas com 15 anos ou mais em 2010 era de 3,03%.

Considerando vivências atuais no território da ESF Santa Rita, e trabalhos realizados em parceria com a EMEF Afonso Volpato (localizada no território sendo a maior escola municipal de Marau, recebe mais de 500 alunos), fica evidente problemas nas relações interpessoais entre a comunidade escolar. São situações significativas de violência entre alunos, alunos-professores, professores que aparentam processos de adoecimento relacionado ao trabalho, e famílias com pouca interação entre seus membros (por condições diversas), o que também afeta o processo de alfabetização.

## **2.9 CONDIÇÕES DE VIDA E LONGEVIDADE**

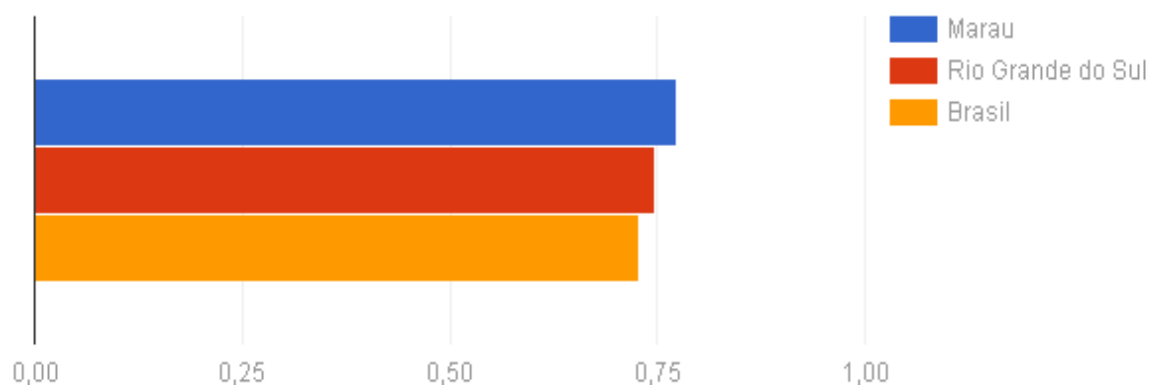
O envelhecimento humano tem motivado discussões na busca de uma melhor compreensão sobre os condicionantes desse processo, em função das alterações do panorama populacional mundial e local. O alcance da longevidade, independente da

presença de doenças, se tornou mais frequente na população brasileira. Concomitante ao crescimento do número de idosos longevos percebe-se uma parcela diminuta, desses, inseridos no mundo do trabalho informal e voluntário, outros participando nos contextos religiosos e comunitários e preocupados com sua qualidade de vida (WILLIG et al, 2015).

As condições de como as pessoas chegam à longevidade, se somente estão vivendo mais, ou se estão atingindo idades mais avançadas com qualidade de vida, são indagações que precisam ser mais bem investigadas, tanto no Brasil, quanto em Marau. As consequências da longevidade, também, são pouco esclarecedoras, os dados são escassos e há uma preocupação generalizada de que a longevidade avançada represente um problema tanto para os indivíduos como para as sociedades. Percebe-se que existem duas hipóteses, uma de que a proporção crescente de indivíduos que sobrevivem a uma idade tardia levará a um aumento das doenças e das incapacidades, e a segunda é que haverá pessoas longevas sobrevivendo a partir do adiamento de incapacidades físicas e cognitivas (CHRISTENSES, et al, 2009).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é um indicador comparativo usado para segmentar os países desenvolvidos (elevado desenvolvimento humano), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo). O cálculo do IDH é composto a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e produto interno bruto (PIB) per capita. O relatório do IDH de 2010 mostra o Brasil na 73ª posição entre 169 países, com IDH de 0,699, situando-se entre os países de alto desenvolvimento humano (PNUD, 2012).

Gráfico 5 – IDH Município de Marau

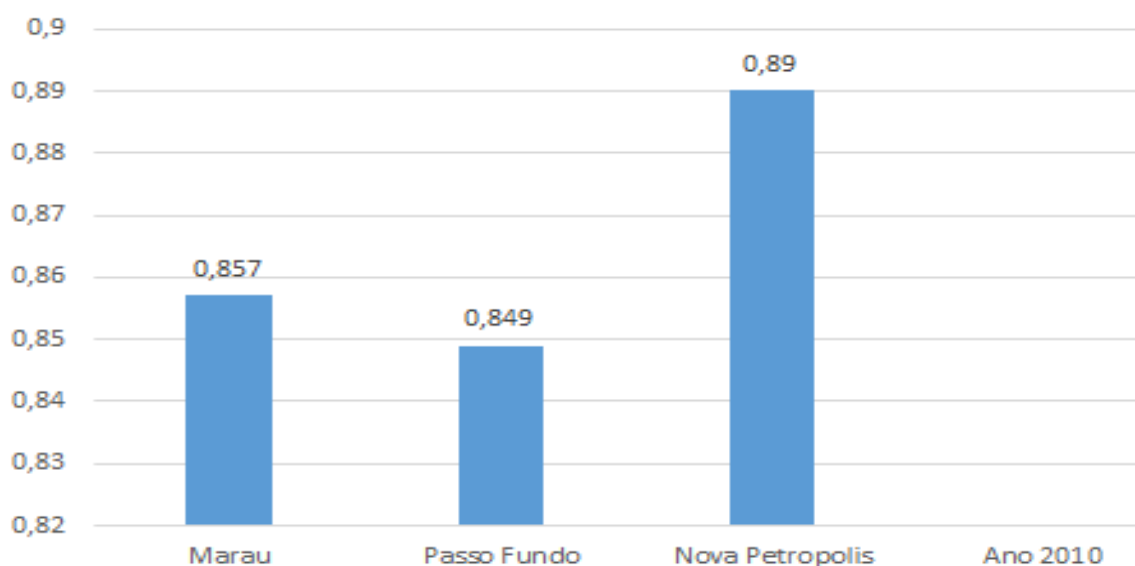


Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Conforme o gráfico apresentado pelo IBGE sobre Marau, conclui-se que o município possui um índice de desenvolvimento humano alto: 0,774. Sendo maior que o índice de desenvolvimento humano do País, ocupando a posição 25º no estado do Rio Grande do Sul e 190º no Brasil. Ao transitar pelo centro do município, e nos bairros da cidade, chama a atenção a organização e urbanização existentes. Cidade apresenta-se limpa, organizada, arborizada, sinalizada, com uma oferta de serviços e comércio (bancos, livrarias, lotéricas, ópticas, supermercados, fruteiras, padarias, postos de combustíveis, ESF, praça principal, academias, farmácias, hospitais, escolas, etc.) que aparentam conseguir atender as necessidades da população local.

O IDH em Longevidade é calculado sobre a esperança de vida ao nascer das pessoas. Varia de 0 a 1 considerando indicadores de saúde. Quanto mais próximo de 0, pior é o desenvolvimento humano do município. Quanto mais próximo de 1, mais alto é o desenvolvimento do município. Conforme dados acima, Marau apresenta 0,857, sendo superior ao de Passo Fundo 0,849, mas, inferior à Nova Petrópolis 0,890 que ocupa o primeiro lugar do ranking do estado.

Gráfico 6- Comparativo do IDH Longevidade, 2010.



Fonte: Elaborado pelas autoras

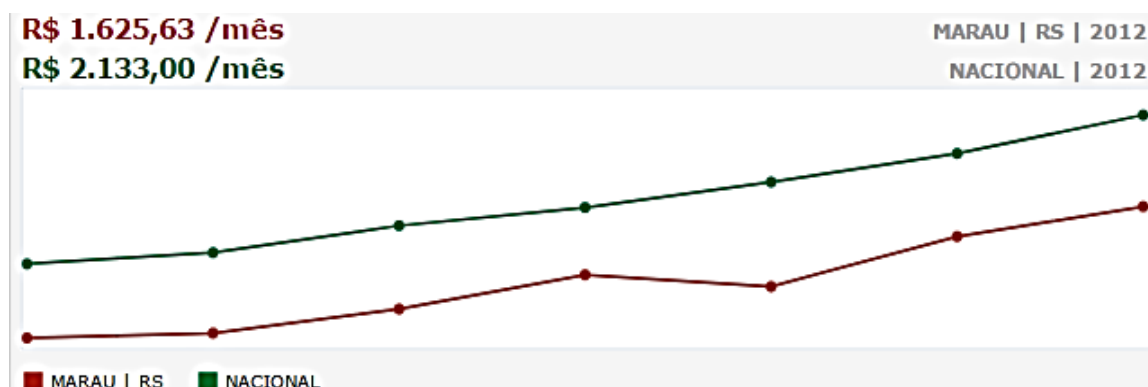
Uma reflexão importante que esses dados oferecem, diz respeito à concentração de renda no país, que conforme classificação da ONU, o Brasil é intermediário quanto à renda per capita, mas possui o segundo maior índice de concentração de renda do mundo, sendo superado apenas por Suazilândia, na África. Outro dado alarmante é que

no Brasil, 50% dos mais pobres ganham o equivalente ao que ganham 1% dos mais ricos (PINHEIRO, CARVALHO, & FREITAS, 2009; DAWALIBI ET AL, 2014).

## 2.10 EMPREGO E RENDIMENTO

Em 2014, o salário médio mensal era de 2.7 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total é de 43.5%. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, há 22.6% da população nessas condições, o que coloca Marau na posição 406 de 497 dentre os municípios do estado e na posição 5422 de 5570 dentre os municípios do Brasil (IBGE, 2014).

Gráfico 7 - Salário médio mensal por trabalhador



Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010.

Analisando apenas esses dados, torna-se dificultoso o processo de interpretação, já que é sabido o município abrigar um significativo cenário industrial da região (principalmente frigorífica metalmeccânica e couros). No ano de 2014 eram 2.024 empresas atuantes no município, que apresentavam 17.259 postos de trabalho. Embora haja pouca informação sobre esses dados, percebe-se que as empresas instaladas no município, ocupam mão de obra diversificada entre moradores da cidade, e moradores de municípios da região.

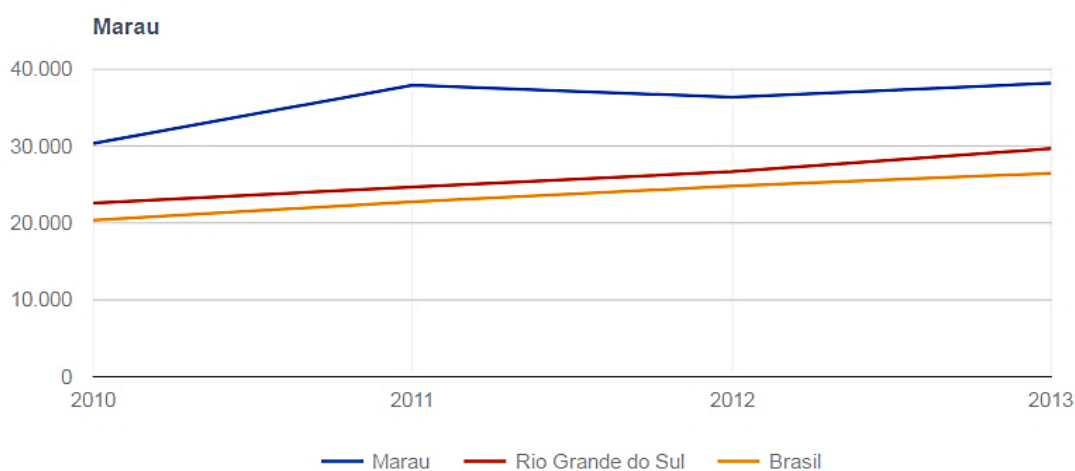


## 2.10.1 ECONOMIA

O Produto Interno Bruto (PIB) é a soma de todos os bens e serviços que foram produzidos dentro de um país durante o período de um ano, em moeda corrente (real). O PIB pode ser calculado sob diversas óticas, considerando-se o valor adicionado por setores de atividade econômica, que deve ser igual a renda gerada, bem como pode ser obtido pelos gastos da sociedade. Atualmente no Brasil, o PIB é calculado através do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e essa mensuração anual permite às autoridades governamentais utilizarem políticas públicas com o objetivo de promover o crescimento maior dos nossos municípios e país.

Marau em 2014 apresentou um PIB per capita (que é o PIB dividido pela quantidade de habitantes) de R\$ 41.627,49. Na comparação com os demais municípios do estado, sua posição era de 64 de 497. Já na comparação com municípios do Brasil, sua colocação era de 355 de 5.570. Em 2015, tinha 79.3% do seu orçamento proveniente de fontes externas. Em comparação aos outros municípios do estado, estava na posição 267 de 497 e, quando comparado a demais municípios do Brasil, ocupava a posição 3.861 de 5.570 (IBGE, 2010).

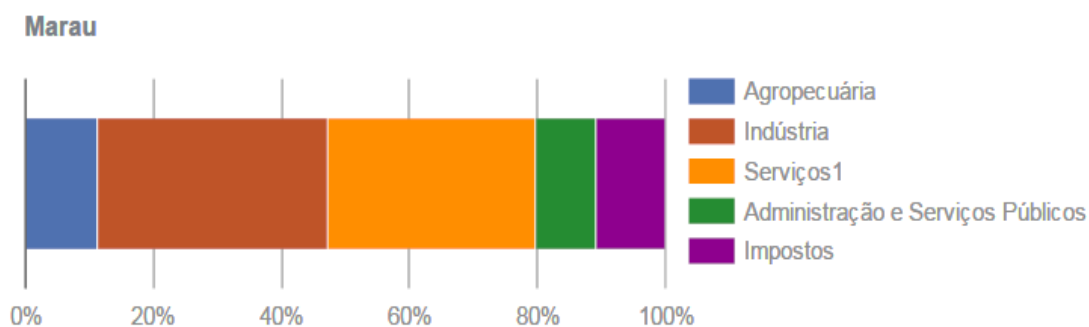
Gráfico 8 – Produto interno bruto per capita 2010 - 2013



Fonte: IBGE em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA, 2013.

No município de Marau o PIB é constituído em sua maior parte pela Indústria seguido dos demais seguimentos como de serviços e agropecuária, demonstrado no gráfico abaixo.

Gráfico 9 – Produto interno bruto por municípios - 2013



IBGE em parceria com os Órgãos Estaduais de Estatística, Secretarias Estaduais de Governo e Superintendência da Zona Franca de Manaus - SUFRAMA, 2013.

No que tange ao programa Federal Bolsa Família, dentre os municípios da região noroeste do estado do RS, conforme dados do site do Bolsa Família, Marau fica atrás apenas de Passo Fundo com o incentivo mensal no valor de R\$100.084,00.

## 2.11 SAÚDE

Atualmente o Secretário Municipal de Saúde Marau é Douglas Kurtz (Gestão 2017-2020). Marau tem 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo portanto 12 ESFs distribuídas na cidade para atender a população, que são:

- ESF Central 1
- ESF Central 2
- ESF Central 3
- ESF Centro Social Urbano
- ESF Fuga/Santa Helena
- ESF Jardim do Sol
- ESF Planalto
- ESF Progresso
- ESF Rural
- ESF Santa Lúcia
- ESF Santa Rita
- ESF São José Operário

Marau possui prontuário eletrônico em todas as unidades de saúde com acesso a internet; 75% dos profissionais são concursados e os demais contratados por Processo Seletivo Simplificado. Dos médicos que constituem a equipe, 4 possuem título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade. Além dos atendimentos nas ESFs durante o dia (07:30h às 11:30h e a tarde 13h às 17h), é oferecido a população um serviço de apoio para consulta médica à demanda excedente e um horário alternativo de atendimento médico e de enfermagem das 18h às 22h.

Nas ESFs são realizados as seguintes atividades: Consultas médicas; Consultas odontológicas; Consultas psicológicas; Consultas de enfermagem; Atendimento ambulatorial; Visitas domiciliares multiprofissionais; Atividades coletivas (grupos de gestantes, idosos, saúde bucal, hipertensos e diabéticos, ente outros); Imunizações; Vigilância Epidemiológica; Limpeza, desinfecção e esterilização de instrumental; Planejamento familiar; Pré-natal e puericultura; Notificações; Cadastramento de Hipertensos e Diabéticos; Coleta citopatológica; Administração de medicamentos (via IM, EV, Oral e Ocular); Teste de glicemia capilar; Monitoramento de pressão arterial; Saúde bucal curativa e preventiva; Medidas antropométricas; Retirada de pontos; Curativos de pequeno e médio porte; Lavagem otológica; Procedimentos médicos de pequeno porte, bem como Testes Rápidos de HIV, Sífilis e Hepatite B e C; Atendimentos Psicológicos, Atendimentos Farmacêuticos incluindo programa Remédio em Casa entre outros.

A Assistência Farmacêutica de Marau disponibiliza de 215 medicamentos da lista básica na farmácia municipal. São quatro farmacêuticos, quatro atendentes e dois auxiliar administrativo para atender aproximadamente 350 usuários/dia. Além da farmácia central, tem-se 5 polos de farmácia com dispensação de medicamentos que são nas ESFs Centro Social Urbano, Santa Rita, São José Operário, Progresso e Planalto.

Quanto a taxa de mortalidade infantil média no município de Marau, dados evidenciam 11,39 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0.1 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 174 de 497 e 395 de 497, respectivamente. Quando comparado a municípios do Brasil todo, essas posições são de 2924 de 5570 e 4734 de 5570, respectivamente.

### **2.11.1 GESTÃO PÚBLICA EM SAÚDE**

O município conta com um Plano Municipal de Saúde estabelecido em 2014 com vigência até 2017.

As receitas municipais aplicadas à saúde giram em torno de 21% (19,86% em 2012; 21,03% em 2013 e 20,44% em 2014; 25% em 2017).

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) em Marau está regulamentado pela lei municipal nº 1577 de Julho de 1991, a qual cria o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde (FMS), está orientado pela Lei Orgânica Municipal, a qual trata em seu capítulo V, dos Conselhos Municipais. O FMS está vinculado diretamente ao gestor local.

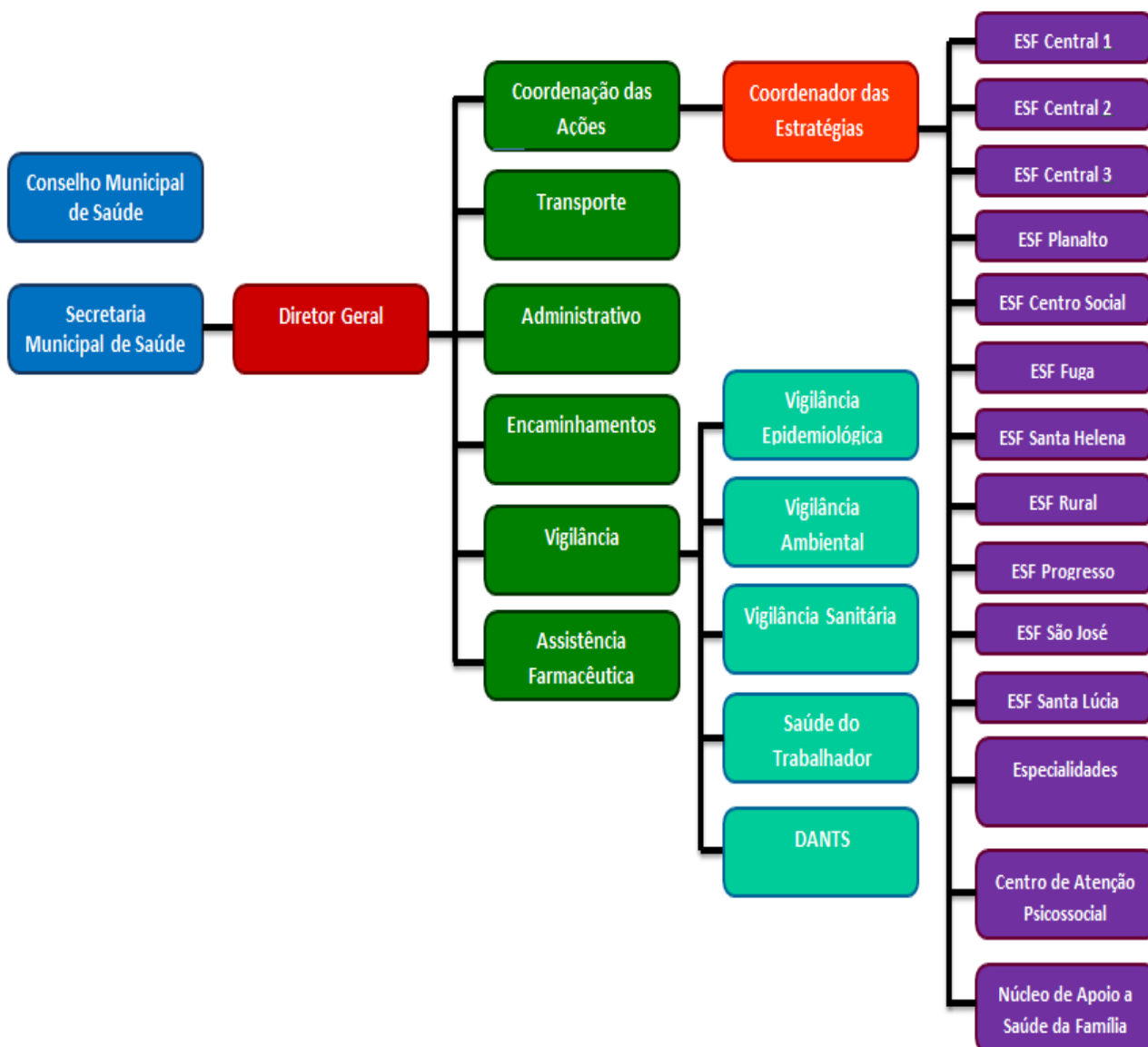
A Lei Municipal nº 2255 de Março de 1995 altera o artigo 3º da lei 1577 de 1991, em que este trata da composição do CMS, o qual terá a seguinte composição: governo municipal; prestadores de serviço público e privado; profissionais de saúde; usuários. O CMS é composto por 19 membros: 6 representantes do governo, 1 prestador de serviços públicos e privados, 2 profissionais da saúde e 10 representantes de usuários. Percebe-se pouca participação dos conselheiros nas reuniões, bem como da comunidade em geral, visto ser um espaço democrático que favorece a participação do cidadão na construção de políticas públicas. Verifica-se também a necessidade de educação permanente que proporcione aos conselheiros o entendimento de suas atribuições na tomada de decisões e fiscalização dos serviços de saúde. Atualmente o CMS é presidido pela representante dos usuários Alessandra Gomes e as reuniões acontecem nas segundas terças-feiras de cada mês no auditório da Secretaria Municipal de Saúde às 17h.

No município de Marau, há dois Conselhos Locais, da ESF Santa Rita e São José Operário, os quais proporcionam, de maneira descentralizada, o controle social e o engajamento da população na discussão de estratégias de melhoria do sistema municipal de saúde.

Referente a Conferência Municipal de Saúde que é realizada a cada quatro anos, neste ano de 2017 não estava previsto, porém, foi realizada a XI Conferência Municipal de Saúde e I Conferência Municipal da Mulher, que ocorreu na Casa da Cultura, no dia 12/05/2017 pelo turno da manhã com a presença da gestão e a maior representação de trabalhadores do serviço, nesta ocasião ocorrem discussões para o planejamento das ações em saúde para os próximos anos.

## 2.11.2 ORGANOGRAMA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

A estrutura da Secretaria de Saúde de Marau está organizada da seguinte forma, não estando vinculada diretamente com outras Secretarias Municipais como demonstrado a seguir.



## 2.12 EQUIPE DE TRABALHO

A equipe de saúde é formada por:

- 11 Médicos concursados;
- 06 Médicos do Programa Mais Médicos;
- 05 Médicos Contratados 40h;
- 05 Médicos Contratados 20h;
- 18 Enfermeiras;
- 23 Técnicos de enfermagem;
- 20 Agentes de combate endemias;
- 02 Assistentes sociais;
- 08 Odontólogos;
- 06 Auxiliares de Saúde Bucal;
- 08 Psicólogas;
- 63 Agentes comunitários de saúde;
- 04 Farmacêuticos;

A Secretaria Municipal de Saúde presta atendimento à população em 12 Unidades de Saúde da Família, um Posto Central e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) cadastrados junto ao CNES (Cadastro Nacional Estabelecimentos). A estrutura das Unidades de Saúde da Família compreendem: consultório médico, odontológico, psicológico, enfermagem, sala de vacinas e procedimentos, sala de esterilização, lavanderia, cozinha, banheiros, recepção e sala de reuniões. Algumas unidades contam com espaço para farmácia.

Todas as Unidades de Saúde funcionam diariamente de segunda à sexta-feira das 07h30min às 11h30min e das 13h às 17h.

O Posto de Saúde Central localizado junto a Secretaria Municipal de Saúde (foto na página seguinte) funciona nos mesmos horários das Estratégias de Saúde da Família e compreende os seguintes atendimentos: consultas pediátricas; consultas ginecológicas e obstétricas; consultas com especialista em saúde mental; limpeza, desinfecção e esterilização de instrumental; coleta citopatológica, biópsia, colposcopia, colocação de DIU; administração de medicamentos (via IM, EV, Oral e Ocular); teste de glicemia capilar; monitoração de pressão arterial; medidas antropométricas.

Fotografia 5 – Secretaria Municipal de Saúde



Fonte: Site da Prefeitura Municipal de Marau, 2017.

## 2.13 FINANCIAMENTO E REGULAÇÃO

A gestão financeira do Fundo Municipal de Saúde é orientada pela lei municipal nº 1577/91 e lei nº 8.142/90 e decretos posteriores, sendo essas legislações que norteiam a execução financeira e orçamentária das atividades do fundo municipal de saúde. O município de Marau aplicou em 2014 20,38% da arrecadação líquida de impostos arrecadados em serviços e ações de saúde pública. Esse percentual é superior ao mínimo preconizado pela Lei Complementar 141/2012, e visa cumprir as ações planejadas e pactuadas através do Plano Plurianual, Lei das Diretrizes Orçamentárias, a Lei Orçamentária Anual e Plano Municipal de Saúde.

### 3.13.1 RECURSOS FEDERAIS

A organização e recebimento dos recursos financeiros repassados pelo nível federal ocorrem por meio de blocos de financiamento (BRASIL, 2007), sendo eles:

- 1- Atenção Básica;
- 2- Atenção de Média e Alta Complexidade, Ambulatorial e hospitalar;
- 3- Vigilância em Saúde;
- 4- Gestão do SUS;
- 5- Assistência Farmacêutica;
- 6- Investimentos na rede de serviços de saúde.

Os blocos de financiamento são constituídos por componentes que possuem as ações e os serviços de saúde pactuados. Os recursos federais são repassados fundo a fundo em conta única e específica para cada bloco de financiamento.

**1) Bloco da Atenção Básica:** Esse bloco é constituído por dois componentes:

*PAB (Piso da Atenção Básica) – Fixo:* são recursos transferidos mensalmente de forma regular e automática. O cálculo para recebimento do valor baseia-se em indicadores selecionados conforme critérios do Departamento de Atenção Básica (DAB): PIB Per Capita (Produto Interno Bruto), percentual da população com plano de saúde, percentual da população com bolsa família, percentual da população e extrema pobreza e densidade demográfica (BRASIL, 2013). A partir de instrumento que avalia estes critérios, recebe-se uma pontuação de 0 a 10, que é uma nota ao percentual de pessoas que estão nestas condições. A partir da pontuação final, o município é enquadrado dentro de um grupo. Os grupos são classificados conforme pontuação e número de habitantes:

- Grupo I – municípios com pontuação menor que 5,3 e população de até 50 mil habitantes;
- Grupo II – municípios com pontuação entre 5,3 e 5,8 e com até 100 mil habitantes e/ou municípios com pontuação menor que 5,3 e população entre 50 e 100 mil habitantes;
- Grupo III – municípios com pontuação entre 5,8 e 6,1 e população de até 500 mil habitantes e/ou municípios com pontuação menor que 5,8 e população entre 100 e 500 mil habitantes;



• Grupo IV – os municípios não contemplados nos itens anteriores. Esse instrumento classifica os municípios a partir de critérios de vulnerabilidade, tentando, dessa forma, repassar os recursos conforme as necessidades e realidades dos municípios. O recurso federal transferido para Marau em 2014 foi de R\$ 869.472,08. 30

*PAB (Piso da Atenção Básica) - Variável:* é constituído por recursos financeiros destinados ao financiamento de estratégias específicas realizadas no âmbito da atenção básica. Essas estratégias devem ser aderidas e implementadas, além de constar no Plano Municipal de Saúde. Fazem parte do PAB Variável:

1- Saúde da Família: Em 2014 o repasse foi de R\$ 801.700,00.

2- Saúde Bucal: recebeu-se em 2014, R\$ 163.100,00 da União.

3- Programa Agentes Comunitários de Saúde: R\$ 673.832,00.

4- Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ): sete equipes Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família modalidade 01 (NASF) aderiram ao programa. Possuem avaliações entre “mediana e abaixo da média” e “acima da média”. Em 2014 o repasse da União em relação ao PMAQ foi de R\$ 338.341,07, no entanto, pela planilha detalhada disponível no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde - <http://www.fns.saude.gov.br> – observa-se que os recursos não são repassados no mesmo valor todo o mês. Verifica-se que em 2014 estavam sendo recebidos alguns valores do ano de 2013 e os de 2014, e que as parcelas mensais de 2014 variaram de R\$ 4.443,30 a R\$ 34.000,00.

5- Inclui-se ainda NASF que no município de Marau se classifica como NASF modalidade 1. O recurso recebido mensalmente está no valor de R\$20.000,00 , sendo que atualmente há apenas 1 profissional nutricionista contratado neste programa.

**2) Bloco da Vigilância em Saúde:** Os recursos que compõem o bloco financeiro da saúde representam o agrupamento das ações de vigilância, promoção, prevenção, controle de doenças e vigilância sanitária. Este bloco é constituído por dois componentes conforme a Portaria nº 1378/2013: Componente da Vigilância em Saúde: refere-se aos recursos federais destinados às ações de vigilância; prevenção e controle de doenças e agravos e dos seus fatores de risco e promoção. No ano de 2014 foi repassado para a Vigilância Epidemiológica e Ambiental em Saúde o valor de R\$ 208.238,64. Este componente é constituído por:

*a) Piso Fixo de Vigilância em Saúde (PFVS):* o valor é ajustado anualmente com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O valor é calculado “per capita” e com base na estratificação das unidades federadas em

função da situação epidemiológica e do grau de dificuldade operacional para a execução das ações de vigilância em saúde.

*b) Piso Variável de Vigilância em Saúde (PVVS):* constitui-se por:

1) Incentivo para implantação e manutenção de ações e serviços públicos estratégicos de vigilância em saúde; 2) Incentivo às ações de vigilância, prevenção e controle das DST/AIDS e hepatites virais; 3) Programa de Qualificação das Ações de Vigilância em Saúde.

- *Componente da Vigilância Sanitária:* o repasse financeiro para esse componente ocorre mensalmente, no ano de 2014 somou-se R\$ 14.974,27. O mesmo é constituído por dois tipos de recursos:

*a) Piso Fixo de Vigilância Sanitária - PFVisa:* visando o fortalecimento do processo de descentralização, execução das ações de vigilância sanitária e na qualificação das análises laboratoriais de interesse para a vigilância sanitária.

*b) Piso Variável de Vigilância Sanitária - PVVisa:* incentivos específicos para implementação de estratégias voltadas à Vigilância Sanitária. O repasse dos recursos financeiros para esse bloco fica atrelado à alimentação dos sistemas de informação. Ou seja, se constatados dois meses consecutivos sem preenchimento de um dos sistemas de informações, não haverá transferência do recurso para esse bloco.

**3) Bloco da Assistência Farmacêutica:** O bloco da assistência farmacêutica constitui-se de três componentes:

1) Componente Básico da Assistência Farmacêutica: o financiamento deste componente é de responsabilidade da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Dessa forma, cada um repassa um valor por habitante/ano para financiar a compra de medicamentos e insumo: - União: R\$ 5,10 por habitante/ano. - Estados: R\$ 2,36 por habitante/ano. - Municípios: R\$ 2,36 por habitante/ano. O município de Marau recebeu em 2014 da União R\$188.597,20, do Estado R\$00,00 e utilizou recurso próprio o valor de R\$1.519.775,43. Totalizando R\$1.708.372,63 neste componente.

2) Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica: destina-se ao financiamento de ações farmacêuticas nas seguintes condições: controle de endemias, tais como a tuberculose, a hanseníase, a malária, a leishmaniose, a doença de chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional; antirretrovirais do programa DST/Aids; sangue e hemoderivados; e imunobiológicos.

3) Componente Especializado da Assistência Farmacêutica: esse componente é uma estratégia de acesso a medicamentos no âmbito do SUS, caracterizado pela busca

da garantia da integralidade do tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicadas pelo Ministério da Saúde. A execução desse componente da assistência farmacêutica envolve as etapas de solicitação, avaliação, autorização, dispensação e renovação da continuidade do tratamento.

**4) Bloco da Gestão do SUS:** Esse bloco tem a finalidade de apoiar a implementação de ações e serviços que contribuem para a organização e eficiência do sistema. É constituído por dois componentes:

1) Componente para qualificação da gestão do SUS: A transferência dos recursos no âmbito deste Componente ocorrerá mediante adesão ao Pacto pela Saúde, por meio da assinatura do Termo de Compromisso de Gestão e respeitados os critérios estabelecidos em ato normativo específico. Esse componente apoia: Regulação, Controle, Avaliação, Auditoria e Monitoramento; Planejamento e Orçamento; Programação; Regionalização; Gestão do Trabalho; Educação em Saúde; Incentivo à Participação e Controle Social; Informação e Informática em Saúde; Estruturação de serviços e organização de ações de assistência farmacêutica; e outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo específico.

2) Componente para implantação de ações e serviços de saúde: inclui incentivos que poderão ser investidos nos seguintes itens: implantação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); qualificação de Centros de Atenção Psicossocial; implantação de Residências Terapêuticas em Saúde Mental; fomento para ações de redução de danos em CAPS AD; inclusão social pelo trabalho para pessoas portadoras de transtornos mentais e outros transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas; implantação de Centros de Especialidades Odontológicas – CEO; implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU; reestruturação dos Hospitais Colônias de Hanseníase; implantação de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador; adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino; e outros que vierem a ser instituídos por meio de ato normativo para fins de implantação de políticas específicas. A transferência dos recursos do Componente de Implantação de Ações e Serviços de Saúde será efetivada em parcela única. Nesse bloco foram recebidos – em 2014 o valor de R\$ 391.141.07.

**5) Bloco de Investimento na Rede de Serviços de Saúde:** Esse bloco é composto por recursos financeiros que são transferidos através de repasse regular e automático do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito

Federal, exclusivamente para a realização de despesas de capital, mediante apresentação do projeto, encaminhado pelo ente federativo interessado, ao Ministério da Saúde. As propostas de projeto feitas pelos entes federados deverão ser apresentadas por meio do Sistema de Proposta de Projetos, disponível no sítio eletrônico do Fundo Nacional de Saúde, cabendo ao Ministério da Saúde, emitir posicionamento quanto à aprovação da proposta. Os projetos encaminhados ao Ministério da Saúde deverão ser submetidos à Comissão Intergestores Bipartite (CIB), a fim de que seja avaliada a conformidade desses projetos com os seguintes instrumentos de planejamento: Plano Estadual de Saúde (PES); Plano Diretor de Regionalização (PDR); e Plano Diretor de Investimento (PDI). Valor recebido pela União em 2014 foi de R\$ 48.000,00.

**6) Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar:** Esse bloco é constituído por dois componentes conforme Portaria nº 204 (BRASIL, 2007):

1) Componente Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar – MAC: Centro de Especialidades Odontológicas; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; Centro de Referência em Saúde do Trabalhador; Adesão à Contratualização dos Hospitais de Ensino, dos Hospitais de Pequeno Porte e dos Hospitais Filantrópicos; Fator de Incentivo ao Desenvolvimento do Ensino e da Pesquisa Universitária em Saúde; Programa de Incentivo de Assistência à População Indígena; Incentivo de Integração do SUS e 35 outros que venham a ser instituídos por meio de ato normativo. O repasse para este componente em 2014 foi de R\$513.646,67.

2) Componente Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC: procedimentos regulados pela Central Nacional de Regulação da Alta Complexidade; transplantes e procedimentos vinculados; ações estratégicas ou emergenciais, de caráter temporário; e novos procedimentos, não relacionados aos constantes da tabela vigente ou que não possuam parâmetros para permitir a definição de limite de financiamento, por um período de seis meses, com vistas a permitir a formação de série histórica necessária à sua agregação ao Componente Limite Financeiro da Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar. Marau conta com dois polos de academias de saúde. Conforme a Portaria nº 2.684/2013 (BRASIL, 2013) existe três modalidades de academia de saúde, e cada uma contará com um valor de repasse: Modalidade Básica: R\$80.000,00; Modalidade Intermediária: R\$100.000,00 e Modalidade Ampliada: R\$180.000,00. Com a conclusão da obra, o ente federativo fica

responsável pela manutenção por pelo menos cinco anos, após este período pode receber eventuais novos recursos financeiros.

### **2.13.2 RECURSOS ESTADUAIS**

Conforme o demonstrativo do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, os repasses financeiros fundo a fundo pelo Estado para o município de Marau em 2014 foram: - Para o bloco da Atenção Básica: R\$ 1.257.861,27. - Piso da Atenção Básica Variável (PAB Variável): R\$ 1.257.861,27. - Saúde da Família: R\$ 1.257.861,27. - Convênio: R\$ 18.750,00.

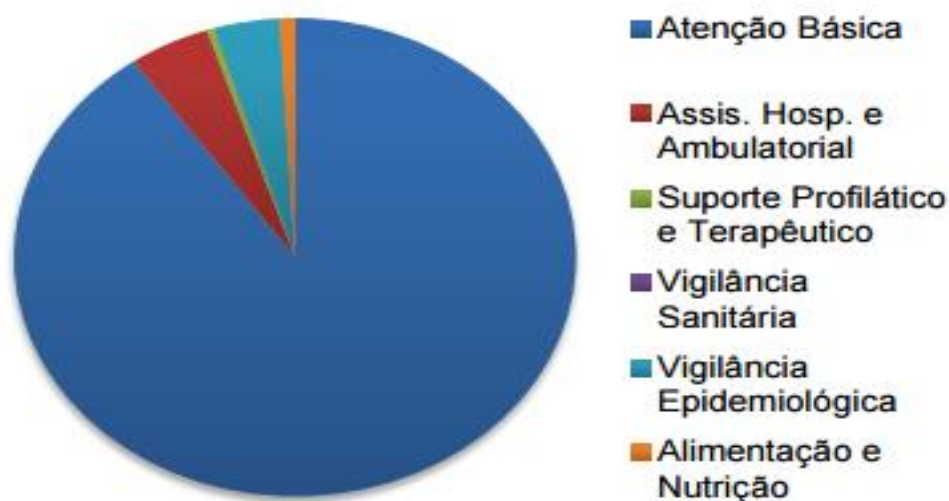
### **3.13.3 RECURSOS MUNICIPAIS**

A descentralização político-administrativa da saúde é fundamental para que os municípios possam gerir os recursos financeiros conforme as características populacionais e a realidade de saúde de seus territórios. O processo de municipalização reconhece o município como principal responsável pela saúde da sua população. Isso também significa, direta e indiretamente, arcar com a maior parte das despesas em saúde. Como mencionado anteriormente, Marau aplica cerca de 25% da sua receita na área da saúde (dados repassados na Conferência Municipal de Saúde de 2017).

Em comparação com os recursos repassados pelas três esferas de governo, a esfera municipal financia a maior parte do sistema público de saúde. Em Marau essa proporção é representada pelo gráfico a seguir:

Dados do ano de 2016, quanto à despesa total de saúde, Marau gasta em média R\$ 635,39 por habitante/ano. Os indicadores financeiros relativos à participação nas despesas aponta que a maior despesa está relacionada com pessoal (42,88%), seguidos pela despesa com serviços de terceiros (32,08%), despesa com medicamentos (10,48%) e investimentos na saúde (4,78%). Além disso, as despesas dividem-se em subfunções administrativas e vinculadas. Em proporção, as despesas vinculadas com a saúde pública podem ser representadas da seguinte forma:

Gráfico 10 - Proporção de despesas vinculadas com saúde pública



Fonte: SIOPS , 2016.

## 2.14 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Historicamente, as informações sobre saúde no Brasil são fragmentadas, resultado da implementação de vários sistemas de informação, voltados para diferentes dimensões: Epidemiológica, Demográfica, Produção de serviços entre outras. A partir do mês de junho de 2017, foi instalado um novo sistema de prontuário eletrônico (G-MUS) vinculado ao E-Sus em Marau, que possibilitará a obtenção de dados referentes à situação de saúde da população. Diversos sistemas são utilizados, abaixo estão listados alguns dos quais são de responsabilidade da Vigilância Epidemiológica, porém existem outros que não tivemos acesso que estão sob responsabilidade da Coordenação de Ações em Saúde:

- SIPNI – Sistema de Informação Nacional de Vacinação;
- SINAN- Sistema de Informação de Agravos e Notificação;
- SIVEP DDA- Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica/ Doenças Diarreicas Agudas;

- SISCEL- Sistema de Controle de Exames Laboratoriais CD4 e CV;
- SINASC- Sistema de Informação de Nascidos Vivos;
- SIMC- Sistema de Informação Mortalidade Crianças;
- SISAGUA -Sistema de Informação de Vigilância da Qualidade da Água para Consumo Humano;
- SIST- Sistema de Informação Saúde do Trabalhador;
- GAL- Sistema Gerenciador de Laboratórios;
- GUD- Gerenciamento de Usuários com Deficiência;
- SISFAD- Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue;
- SISCAN- Sistema de Informação do Câncer;
- SISPRENATAL- Sistema do programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento;
- SISCOLO- Sistema de Informação do Combate ao Câncer de Colo de Útero;

#### **2.14.1 SISTEMA MUNICIPAL DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE**

Conforme informações repassadas na Conferência Municipal de Saúde, listamos abaixo algumas das ações que são de responsabilidade da Vigilância em Saúde de Marau:

- ✓ Alimentação do sistema de doenças de notificação compulsória, surtos e agravos inusitados;
- ✓ Investigação epidemiológica de casos notificados, surtos e óbitos por doença específica;
- ✓ Busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, hospital, laboratórios, domicílios, creches, consultórios e outros;
- ✓ Busca ativa de declarações de óbitos no cartório municipal e de nascidos vivos no Hospital Cristo Redentor, retroalimentar o SIM, SINASC;
- ✓ Monitorar as doenças diarreicas agudas;
- ✓ Notificar e investigar surtos alimentares;

- ✓ Notificar agravos relacionados ao trabalho (acidentes e doenças ocupacionais), juntamente com os demais níveis de atenção;
- ✓ Provimento da realização de exames laboratoriais voltados ao diagnóstico de doenças de notificação compulsória: O Município faz a coleta e encaminha o material ao Laboratório Central do Estado (LACEN);
- ✓ Coordenar e executar ações de vacinação tanto de rotina como as estratégias especiais de controle de doenças executando campanhas e vacinações de bloqueio;
- ✓ Notificar e investigar eventos adversos associados à vacinação;
- ✓ Monitorar através de investigação de óbitos a mortalidade infantil e materna sempre que ocorrer;
- ✓ Divulgar as informações e análises epidemiológicas e executar ações educativas de abrangência municipal;
- ✓ Tomar medidas de controle cabíveis em conjunto com a Secretaria do Estado;
- ✓ Notificação de doenças relacionadas ao Trabalho (RINA);
- ✓ Notificação de eventos adversos pós-vacinação.
- ✓ Programa de Pacientes Ostomizados
- ✓ *Vigilância Sanitária:*
  - Área de Alimentos
  - Vistorias em estabelecimentos que comercializam alimentos para renovação de alvarás;
  - Orientação para melhorias nos estabelecimentos, de acordo com a legislação vigente;
  - Notificação em estabelecimentos que não estão em dia com suas obrigações;
  - Orientações quanto à venda de produtos somente com procedência/ registro/ rotulagem de acordo com a legislação;
  - Buscas/apreensões de produtos que não estão de acordo com a legislação;
  - Notificação e atendimento de surtos alimentares;
- ✓ *Vigilância da Qualidade da água:*
  - Coleta periódica de amostra de água em fontes alternativas e rede da CORSAN, para exame bacteriológico e teor de flúor.
- ✓ *Área de Controle de Estabelecimentos de Interesse à Saúde:*
  - Vistorias em estabelecimentos para liberação de Alvará de Saúde;



- Orientações quanto a legislação nestes estabelecimentos.
- ✓ Vigilância Ambiental;
- ✓ Programa de Controle da Dengue;
- ✓ Controle de zoonoses;

### 1.15 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Marau conta com uma rede de serviços de atenção básica e de média complexidade. Através dos sistemas de informação, existe comunicação entre serviços de atenção básica. Há dificuldade em contra-referências, na comunicação principalmente com serviços hospitalares. Quando há necessidade de atendimentos de alta complexidade, e para exames laboratoriais, de imagem e diagnóstico que não são realizados em Marau, existe a referência para outros municípios como Passo Fundo e Porto Alegre.

Tabela 1 – Saúde no Município de Marau

<b>Saúde (2013)</b>		
<b>Identificação</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Descrição</b>
<b>SAÚDE</b>	<b>01</b>	<b>Hospital</b>
	<b>5.825</b>	<b>Internações Hospitalares</b>
	<b>110</b>	<b>Número de Leitos</b>

Fonte: Prefeitura Municipal de Marau, 2013.

Também conta com o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tipo 1, composto por equipe multidisciplinar composta por 01 psicóloga, 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem, 01 médico e 01 sanificadora. Atualmente o CAPS apresenta 120 usuários cadastrados, muitos dos quais frequentando o serviço semanalmente. Outras atividades realizadas são as visitas domiciliares, atendimentos em grupo de apoio semanal para dependentes químicos e grupo de apoio semanal para familiares, atendimentos individuais por médico, profissionais de enfermagem e psicólogas, além de oficinas terapêuticas.

No município também há um hospital: o Hospital Cristo Redentor (HCR), o qual possui um total de 109 leitos, 71 deles destinados ao SUS e 8 leitos psiquiátricos.

A referência para assistência hospitalar nas 03 maneiras abaixo descritas é o Hospital Cristo Redentor:

- 1- Casos de emergência, usuário dirige-se diretamente a emergência;
- 2- Por indicação dos profissionais das Unidades de ESF (referência e contra referência, especialidades, exames);
- 3- Pela necessidade de internação hospitalar e para realização de procedimentos.

O município possui convênio com os seguintes hospitais: HCR de Marau, Hospital Ortopédico de Passo Fundo (HO), IOT (Instituto de Ortopedia e Traumatologia) e Hospital da Cidade (HC).

A Secretaria também possui contratos com o HCR, HC, Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e Centro de Diagnóstico (CD) para a realização de exames. O município conta ainda com os seguintes serviços privados vinculados ao SUS: - Laboratórios: Alpha, Biomarau, Prevenir, Decésaro, Exatus, Ticiani, Laboratório do HCR. - Serviço de Radiodiagnóstico: HC e HSVP.

## **1.16 BAIRRO SANTA RITA**

### **1.16.1 HISTÓRICO**

Este local era apenas conhecido pelo nome de diversos loteamentos. A comunidade, numa primeira celebração religiosa, discutiu e escolheu a padroeira Santa Rita de Cássia, por ser uma santa milagrosa, e por não ter nenhuma comunidade com o nome desta santa. A festa é celebrada em 22 de maio. Inicialmente este local era terreno cultivado por agricultores. Devido a chegada da Perdigão, atual Brasil Foods (BRF) na região as pessoas começaram a fazer loteamentos e novos moradores foram chegando. Isso aconteceu no ano de 1975, com a chegada das famílias de Olivo e Santina Zuchi, Sergio e Geni Zuchi e Bernardo e Rosa Pastre.

### **1.16.2 TERRITÓRIO E POPULAÇÃO DA ESF SANTA RITA**

O bairro Santa Rita foi constituído pela instalação da empresa BRF, que empregava muitos trabalhadores da região, que acabaram fixando residência no município, povoando o entorno da empresa. O território da ESF Santa Rita compreende

os seguintes bairros: Parte do São Cristóvão, Santa Rita e loteamentos Colina Verde, Solutus e Colussi.

A ESF possui em sua área uma população estimada de 4.000 pessoas, distribuídas entre as diversas faixas etárias. Formada em sua maioria por funcionários da BRF, e demais pessoas que se deslocam para municípios vizinhos diariamente para trabalhar. Entre as doenças que mais prevalecem na população adstrita estão diabetes, hipertensão e transtornos mentais, doenças relacionadas ao trabalho.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) Santa Rita atende a população de cinco micro-áreas, subdivididas de acordo com as características geográficas e populacionais dessas regiões, o que limita do território da ESF com a ESF Central 2 é um local chamado Beco Sertão, conhecido como ponto de venda de drogas.

- ✓ Micro-área 19: parte do Bairro Santa Rita e Colina Verde;
- ✓ Micro-área 21: parte do Bairro Santa Rita;
- ✓ Micro-área 22: parte do Bairro Santa Rita;
- ✓ Micro-área 41: Colina Verde, Loteamento Colussi e Solutus;
- ✓ Micro-área 47: parte do Bairro São Cristóvão e Loteamento Lurdes de Oliveira;

Fotografia 6 – Território em 2015



Fonte: Capturada pelas autoras

As atividades econômicas predominantes são: indústrias de alimentos (BRF; Mega Doces;) Metalúrgica Sofinox e equipamentos para aviários, laticínio, mini-mercados, lavagem de carros, oficinas mecânicas, casas noturnas, salão de beleza, lojas de roupas e bazar, confecções, atelier de costura, padaria, fábrica e comércio de móveis, terraplanagem, madeireiras, tornearia.

Referente ao tipo de moradia destaca-se que a maioria das casas são próprias, de alvenaria e em bom estado de conservação. Há muitas construções e os loteamentos estão em expansão. As moradias alugadas normalmente são porões ou encontram-se nos fundos dos terrenos. O abastecimento de água é feito pela CORSAN. Existe a coleta do lixo três vezes por semana e mais um dia de coleta seletiva. Há poucas lixeiras e em grande parte da área, encontra-se lixo espalhado nas ruas e nos rios, por falta de conscientização dos moradores. Em vários locais tem-se a cultura de criar animais tais como, galinha, cavalo e coelho. Também é comum encontrar animais de estimação como gatos e cachorros nas ruas.

Na maioria das casas há rede de esgoto, porém há algumas áreas com fossa séptica. A iluminação nos domicílios é fornecida pela RGE, sendo que em algumas ruas a iluminação é precária.

Existem áreas verdes e uma sanga que perpassa o território, um campo de futebol que serve de espaço para prática de atividade física, neste mesmo local é onde ocorre o Grupo de Caminhada organizado pelas ACS com a população.

As ruas do bairro estão em boas condições, exceto em algumas onde não há pavimentação. Fica evidente a falta de educação para o trânsito, pois os pedestres transitam no meio da rua. Um trecho da RS 324 passa pelo bairro, dividindo o território e oferecendo riscos a população que precisa deslocar-se de um lado para o outro, pois apresenta um tráfego intenso tanto de carros quanto de caminhões devido ao transporte para a empresa BRF.

Devido ao grande número de pessoas que vem em busca de uma oportunidade de emprego e melhor condição de vida surgiu a necessidade de ter um lugar para deixar seus filhos enquanto os pais trabalham, a fim de cuidá-los, educá-los deixando os pais despreocupados enquanto trabalham, com isso surge a criação da Escola Municipal de Educação Infantil Mágico de Oz.

A mesma está em funcionamento neste bairro desde 25 de fevereiro de 2002. Quando a escola foi inaugurada começaram as turmas de maternal e jardim, com um total de 30 alunos, atualmente a escola contabiliza por volta de 300 alunos.

### **1.16.2 ESF SANTA RITA**

A Sra. Marli Goetz moradora há 20 anos no Bairro Santa Rita, atuou no “Mini-posto de saúde voluntário”, onde havia um nebulizador, eram aplicadas injeções, feito curativos mais simples, distribuídas algumas pomadas e repassadas orientações sobre saúde, a SMS forneceu uma panela de pressão para esterilizar os materiais e também um aparelho para verificar pressão. Este atendimento aconteceu na sua casa durante 3 anos, e após teve continuidade na casa de Mariluce Minosso. Dona Marli conta que para realizar este trabalho recebeu treinamento sobre técnicas de enfermagem. Relata que há 18 anos algumas senhoras realizaram um treinamento sobre como preparar xaropes, pomadas caseiras e chás em geral. Participaram deste curso Mariluce Minosso e Serli Wilhem. O prefeito da época era Luis Brocco, no mandato seguinte do prefeito Alci Luiz Romanini o atendimento a população passou a ser realizado no salão da comunidade com um ônibus adaptado (consultório medico e odontológico ). Esse local foi reformado e atualmente é a ESF Santa Rita. Devido ao aumento da população foi implantado o PSF em março de 2003. Sendo a equipe composta inicialmente pelos seguintes profissionais: Enfermeira Lisiane Dal Agnese, médico Fabiano, técnica de enfermagem Maria Helena, dentista Eleimar Zanchetti, Auxiliar de Saúde Bucal Luciane Marchezan, Agente Comunitária de Saúde Elaine Hoppe, Carina Ramos, Janice Scandolara e sanificadora Ivone França.

Fotografia 7 – ESF Santa Rita



Fonte: Arquivo ESF Santa Rita – Maio de 2017.

Atualmente a estrutura física da Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por 01 consultório médico com sanitário, 01 consultório de enfermagem, 01 consultório odontológico, 01 consultório da psicologia, 01 cozinha, 02 sanitários para usuários, 01 sala de reuniões, 01 sala de recepção, 01 sala de esterilização e estocagem, 01 almoxarifado, 01 área para estocagem de material de limpeza, 01 área para abrigo de material sólido, 01 sala de utilidade, 01 área para compressor e bomba a vácuo há ainda, 01 sala de vacinas, 01 sala onde ocorre dispensação de medicamentos.

Além disso, a ESF conta com a atuação de equipe multiprofissional. A enfermeira realiza atividades referentes à atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas, consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, solicita exames complementares e encaminha os usuários para outros serviços quando necessário. Além de realizar atividades programáticas e de atenção à demanda espontânea, planejar e avaliar ações desenvolvidas pelas ACS juntamente com a equipe, assim como realizar ações de educação permanente e educação em saúde e participa do gerenciamento dos insumos necessários. No município, o enfermeiro não prescreve medicações, entretanto sabe-se que esta é uma prática reconhecida e prevista pela legislação (mediante protocolo assistencial assegurado por lei municipal). A técnica em enfermagem realiza procedimentos, atividades programadas e de atenção à demanda

espontânea, ações de educação em saúde, participa do gerenciamento de insumos e também realiza ações de educação permanente e educação em saúde.

A ESF conta com duas médicas, sendo que uma destas é profissional efetiva da prefeitura (concurso público) e outra contratada através do Programa Mais Médicos. Essas profissionais atuantes na ESF Santa Rita realizam ações de atenção à saúde da população adstrita, consultas clínicas, procedimentos ambulatoriais, atividades em grupo, atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, encaminhamento de usuários a outros pontos da rede de atenção à saúde (quando necessário, mantendo o acompanhamento) indica, quando necessário, internação hospitalar ou domiciliar, realiza e participa de atividades de educação permanente e educação em saúde e participa do gerenciamento dos insumos. Ainda, a ESF conta com 100% de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) totalizando cinco profissionais. As ACS trabalham com adstrição de famílias, cadastram os usuários de sua micro-área, orientam as famílias quanto à utilização dos serviços, realizam atividades programadas, acompanham as famílias por meio de visitas domiciliares, desenvolvem ações que integrem a equipe de saúde e a população, ações de promoção e educação em saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde e acompanhamento dos participantes do Programa Bolsa Família. Ademais, no município de Marau, as ACS realizam também na área de abrangência da ESF ações de controle a Dengue. No que tange a equipe de Saúde Bucal (SB), a ESF conta com uma cirurgiã dentista que realiza atenção em saúde bucal, procedimentos clínicos de saúde bucal, incluindo atendimentos de urgência, pequenas cirurgias ambulatoriais, realiza também atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; desenvolve ações referentes à saúde bucal com os demais membros da equipe e ações de educação em saúde a equipe de SB da ESF também conta com uma técnica em saúde bucal, que realiza e coordena a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, desenvolve atividades de saúde bucal com os demais membros da equipe, apoia as atividades dos ACS na prevenção e promoção da saúde, participa do gerenciamento dos insumos, realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea e realiza o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal.

Na ESF não há serviços de radiografia odontológica, desta forma, pacientes que necessitam deste serviço são encaminhados para serviços especializados que possuem convênio com o município. A jornada de trabalho da equipe de SB é de apenas 20 horas semanais, e por isso, o trabalho de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e de

diagnóstico do perfil epidemiológico para planejamento e programação em saúde bucal, previstos pela Portaria, ficam prejudicados devido a crescente demanda para atendimentos clínicos e a redução da carga horária de atuação na ESF. A ESF conta com uma psicóloga e uma farmacêutica na composição de sua equipe mínima, com carga horária de 20 horas semanais cada, o que não é previsto pela Portaria.

Ademais, a ESF conta ainda com a atuação de residentes do Programa Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sendo duas enfermeiras, duas psicólogas e duas farmacêuticas. Os quais atuam numa jornada de 60 horas semanais, sendo 40 horas de atividades em campo de prática, e 20 horas em atividades teóricas previstas pela matriz curricular da residência. Estes profissionais atuam junto aos demais profissionais da equipe, de forma a complementar o processo de trabalho e movimentar transformações in loco.

A ESF também é campo de imersão dos alunos da Graduação em Medicina da UFFS. Ainda, a ESF Santa Rita conta com a atuação de um agente administrativo e uma sanificadora.

Na ESF ocorre a dispensação de medicamentos disponíveis na lista básica do município, composta por 182 medicamentos, selecionados a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e em consonância com as necessidades de saúde prioritárias do município). No que se refere a insumos, esses estão de acordo com as necessidades e demandas do dia a dia, tanto para procedimentos como para demais ações.

Como estratégias de promoção de saúde, são desenvolvidos grupos abertos para participação da comunidade, tais como o Grupo HiperDia, onde participam pacientes hipertensos e diabéticos ocorrendo encontros quinzenais nas quintas-feiras de manhã, também o Grupo de Artesanato, que ocorre semanalmente nas quartas-feiras a tarde e Grupo da Caminhada que ocorre nas terças e quintas-feiras das 16h às 17h no Campo. Ademais, a equipe realiza atividades em parceria com a Escola Afonso Volpato e EMEI Mágico de Oz quando necessário para os pais, professores e alunos.



## **1.17 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Iniciou no ano de 2013, com a inserção da 1ª turma de residentes. Tem como campo de práticas a ESF Santa Rita e a ESF São José Operário, são 6 vagas reservadas para o município: 2 psicologia, 2 enfermagem, 2 farmácia. Trata-se de uma formação em serviço, com a finalidade de atuar em equipe, de forma interdisciplinar, em diferentes níveis de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). A ênfase de atuação da Residência Multiprofissional é em “Saúde da Família e Comunidade”, que visa à formação de residentes para Atenção Primária à Saúde

## **1.18 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

No que tange a assistência hospitalar para o acesso ao serviço de urgência e emergência, o município tem como referência o Hospital Cristo Redentor (HCR), que pode ser acessado pelo próprio paciente e por indicação dos profissionais da rede de atenção à saúde do município. Além disso, o município possui convênio com os seguintes hospitais: Hospital Ortopédico de Passo Fundo (HO), IOT (Instituto de Ortopedia e Traumatologia), Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e Hospital da Cidade (HC). Além dos convênios a SMS também possui contratos com o HCR, HC, HSVP, Centro de Diagnóstico (CD) e diversos laboratórios de análises clínicas para a realização de exames. Quanto aos casos que demandam atenção especializada de alta complexidade, os pacientes são encaminhados para grandes centros de referência do Estado conforme fluxo de atendimento estabelecido pela SMS e 6ª CRS (PLANO MUNICIPAL, 2014).

Além do HCR o município dispõe para os casos de urgência e emergência no âmbito extra-hospitalar os serviços dos Bombeiros e SAMU.

### **1.18.1 ATENÇÃO ESPECIALIZADA**

O município oferece para a população as especialidades de Pediatria e Ginecologia, que está localizado junto a Secretaria de Saúde, o acesso a estes serviços se dá através de encaminhamentos dos profissionais das ESFs. O município oferece

ainda o serviço de Atenção Psicossocial (CAPS) para as pessoas que estão com transtornos mentais. As demais demandas especializadas são reguladas pela 6ª CRS via Sisreg que é o Sistema Nacional de Regulação.

### 1.18.2 SAÚDE SUPLEMENTAR

Dados obtidos a partir da Associação Unisaúde indicam que ao longo do ano de 2015 foi realizado no município de Marau 5 partos normais e 61 cesáreas, o que corresponde a 92,4% da taxa de cesárea sobre o total de partos realizados no município (Agência Nacional de saúde suplementar).

Planos de saúde disponíveis: Unimed, Prontoclínica, Unisaúde, Bradesco saúde.

Tabela 2 – Saúde Suplementar

Número de estabelecimentos por tipo de convênio segundo tipo de atendimento prestado						
Dez/2009						
Serviço prestado			SUS	Particular	Plano de Saúde	
					Público	Privado
Internação			2	2	-	-
Ambulatorial			16	58	6	39
Urgência			2	3	-	1
Diagnose e terapia			5	9	-	-
Vig. epidemiológica e sanitária			2			
Farmácia ou cooperativa			-	-	-	-

Fonte: CNES – Situação da base de dados nacional em 2010

## **2 PROJETO DE PESQUISA**

### **RESUMO**

O contexto da reforma do setor saúde e as transformações repentinas na área tornam a capacitação de recursos humanos em saúde um desafio. Devido à necessidade de fortalecer a formação desses profissionais que desejem atuar na saúde, trabalhando de forma multiprofissional e interdisciplinar em 2005 emergem os programas de Residências Multiprofissionais com proposta de garantir uma nova forma de assistência e cuidado em saúde para população a partir dos princípios do SUS. Neste sentido, a Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, que tem como estratégia a reorganização da Atenção Básica, como forma de articular os conhecimentos previamente adquiridos durante a graduação, com a complexidade dos fatores determinantes que se estabelecem na vida e no cuidado a saúde da população, por meio da formação ensino serviço. Para tanto, adota metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar. O objetivo desta pesquisa é avaliar a percepção de gestores, profissionais e usuários sobre o Programa de Residência Multiprofissional, que é desenvolvido no Município de Marau-RS desde 2013 na modalidade descentralizada. A coleta de dados será realizada no município de Marau-RS, através de entrevista semiestruturada. A amostra será composta de 16 usuários, 10 profissionais de saúde e 02 gestores, do Município de Marau-RS totalizando 28 participantes. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória de abordagem qualitativa realizada como Trabalho de Conclusão de Curso do Programa de Residência Multiprofissional. Como resultado espera-se, desvelar as contribuições percebidas desde a implantação do Programa de Residência Multiprofissional no município, assim como as fragilidades, a fim de suscitar novos desafios para a sua efetivação, no sentido de qualificar as práticas de cuidado desenvolvidas, o Programa de Residência e o Sistema de Saúde no Município.

Palavras-chave: Residência não médica. Percepção. Equipe Multiprofissional. SUS. Atenção Básica.

## 2.1. INTRODUÇÃO

No ano de 1970, durante a ditadura militar, com o intuito de modificar o modelo de saúde instituído desde o início do século XX, que focava em campanhas sanitaristas e no modelo clínico assistencial curativista, o Movimento da Reforma Sanitária começa a ganhar forças. Constituído por intelectuais, profissionais da área da saúde, representantes de sindicatos, movimentos populares e alguns políticos, trazem uma nova proposta de implementação de sistema de saúde, voltada para atenção primária, com a hierarquização, descentralização e universalização (CORDOBA, 2013).

Assim em 1986, a proposta de um novo modelo de saúde é discutida durante a VIII Conferência Nacional de Saúde, e percebe-se que as mudanças no setor saúde perpassavam os limites de uma reforma tão somente administrativa e financeira, mas decorre a necessidade de realizar uma reformulação e ampliação do próprio conceito de saúde e de sua correspondente ação institucional. Além do mais, foi um marco histórico, pois, pela primeira vez permitiu a participação da população para discutir as questões relacionadas à saúde (BRASIL, 1986).

Então, em 1988, o Brasil, aprova sua Constituição Federal (CF), constituindo o fundamento legal do Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentado na Lei Federal n.º 8.080/90, que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde, e pela Lei Federal n.º 8.142/90, que trata do financiamento da saúde e da participação popular. Neste sentido a consolidação do SUS, prevê profundas mudanças no conceito de saúde ao traçar princípios e diretrizes constitucionais que abraçam a universalidade, a garantia de acesso e de resolutividade nos seus níveis de atenção, bem como a equidade, o controle social e a descentralização da gestão (BRASIL, 1990).

Em vista da necessidade do estabelecimento de mecanismos capazes de assegurar a continuidade dessas conquistas sociais, o Ministério da Saúde em 1994, institui o Programa de Saúde da Família (PSF), baseado no sucesso das experiências de outros países que, adotaram a família como centro das intervenções de saúde, configurando-se a Atenção Primária como a porta de entrada do sistema de saúde. Assim o PSF, toma uma nova dimensão operacional de modelo de atenção à saúde, e adota os princípios básicos do SUS, priorizando a prevenção e a promoção de saúde,

sem descuidar da recuperação da saúde da população, de forma integral e contínua, com intuito de promover maior resolutividade na Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2004).

Diante disso, o PSF, substituiu a forma de pensar e o fazer saúde repetido, alterando o modelo de saúde que era exclusivamente centrado na doença, através do modelo médico centrado, curativista, em que o sujeito era visto de forma fragmentada, para as novas práticas de saúde, que propõem atendimento integral, acompanhamento da família e da comunidade no local onde o mesmo está (FEUERWERKER, 2005; CORDOBA, 2013).

Contudo, devido à necessidade de reorganização do sistema de Atenção Básica, o PSF passa a ser denominada Estratégia de Saúde da Família (ESF), partir de outubro de 2011. A estratégia propõe um novo caminho, através da incorporação do trabalho com equipes multiprofissionais, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde de forma contínua, prestada tanto na unidade de saúde, como no domicílio, devendo ser resolutiva em 80% de suas demandas (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2012; CAMPOS, 2013).

A ESF aprofunda os processos de responsabilização do cuidado entre profissionais e usuários, estabelecendo vínculo com a população adstrita do seu território, servindo como mecanismo de articulação, viabilizando o acesso aos demais níveis de atenção à saúde como forma de garantir o cuidado integral (BRASIL, 2012; BARROS, 2014). Neste sentido, a ESF se traduz em um novo modelo de atenção à saúde, e se desafia a novas práticas de cuidado, que propõem ao atendimento integral, ao acompanhamento da família e da comunidade, ao atendimento dos sujeitos no local onde estão inseridos, com a garantia de acesso para cuidado nos três níveis de atenção primária, secundária e terciária (FEUERWERKER, 2005; COSTA, RODRIGUES, 2010).

Portanto a AB, configura-se, como a porta de entrada preferencial do SUS, núcleo de comunicação com a rede, enfatizando o modelo assistencial, através do acesso universal e integrado do usuário. É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas e atualmente configura-se como principal estratégia para o fortalecimento da saúde da família (BRASIL, 2012).

No entanto, apesar de todas as conquistas adquiridas após a sua implantação, sabe-se que o SUS continua sendo construído, e precisa ser fortalecido com a formação de profissionais que desejem trabalhar com e para ele. Essa discussão ganhou relevância

quando o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, ao apoiarem a implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde, propuseram mudanças na formação em saúde e assumiram a responsabilidade de orientar a formação dos profissionais de saúde para atenderem as necessidades do SUS (INEP, 2006; ALMEIDA, FERRAZ, 2008; BATISTA, GONÇALVES, 2011).

Dessa forma, a partir de 2005, as Residências Multiprofissionais na área profissional da saúde, foram regulamentadas, com vistas à formação e ao desenvolvimento de recursos humanos. Dentre elas, a Residência Multiprofissional com ênfase em Saúde da Família e Comunidade, ao qual tem como estratégia a reorganização da Atenção Básica, como forma de articular os conhecimentos previamente adquiridos durante a graduação, com a complexidade dos fatores determinantes que se estabelecem na vida e no cuidado a saúde da população, por meio da formação em serviço, para atuar em equipe de saúde de forma interdisciplinar, assegurando os princípios do SUS. Adota metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (BRASIL, 2006).

## **2.2 Objetivos**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Analisar as percepções da gestão, dos profissionais de saúde e dos usuários da ESF Santa Rita e São José Operário, sobre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde.

### **2.2.2 Objetivos específicos**

- Levantar as percepções de gestores, profissionais das equipes e usuários sobre o PRMSFC.
- Identificar as ações desenvolvidas pelo Residente na comunidade a partir do reconhecimento dos usuários.

- Listar as mudanças que ocorrem no trabalho da equipe, a partir da presença dos profissionais Residentes, citadas pelos gestores, profissionais e usuários.

### **2.3 Referencial teórico**

Apesar, de já decorrido um longo período desde a implementação da Constituição Federal de 1988, onde se atribui ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da saúde, atualmente ainda não se conseguiu fazer com que esse preceito tenha se transformado plenamente numa prática institucional. Um dos motivos atribuídos está vinculado às questões de poder e articulação, dentro do próprio sistema que orientam os processos de formação ser insuficientes, e não terem sido aproveitados em sua totalidade (BRASIL, 2002).

Assim, as diretrizes curriculares e os planos acadêmicos, ao longo dos anos vêm sendo readequados, porém, em muitas instituições de ensino ainda persistem processos de formação de recursos humanos na área da saúde, capacitando profissionais de forma pontual, fragmentada e descontínua, não dando conta da integralidade da assistência e que possibilitem a garantia dos propósitos assistenciais do SUS e da realidade epidemiológica (ALMEIDA; FERRAZ, 2008).

Neste contexto, é na Atenção Básica e no trabalho em equipe na ESF, que esses desafios e problemas ficam mais evidentes. É nas diferentes e complexas situações de saúde que se apresentam nestes espaços de atuação, durante o cotidiano de trabalho, que denota-se que, na maioria das vezes, o profissional recém-formado não foi habilitado durante o processo de formação para garantir um atendimento de forma integral, qualificada, resolutiva e eficaz.

Para tanto, o campo de atuação exige novas e diferenciadas competências profissionais, implicando num fazer diferenciado, requer o saber necessário que seja eficaz e resolutivo, com adesão a uma nova postura para a assistência individual e coletiva, tanto no trabalho em equipe, quanto para o trabalho com os indivíduos, com as famílias, com a comunidade, buscando desempenhar habilidades, que sejam articuladas entre os diferentes saberes, multiprofissionais, para que as condutas sejam pautadas, na medida mais eficaz e diligente e compatível com a complexidade de cada indivíduo (CAMPOS, 2002).

Diante deste cenário, novas possibilidades começaram a ser exploradas para tornar as decisões mais adequadas ao funcionamento do SUS, para isso, a educação e

saúde no ano de 2005, iniciam com traços em comum, constituindo-se em elementos fundamentais para a criação de condições favoráveis, disseminação e compartilhamento de conhecimento e enfrentamento diante dos novos modelos de atenção à saúde implantada, com desenvolvimento de capacidades técnicas e humanas para desempenhar sua função.

Esse fenômeno se concretiza, após implementação da Portaria Interministerial nº 2.118 de 3 de novembro de 2005, que institui a cooperação técnica entre os Ministérios da Educação e da Saúde, para a formação e desenvolvimento de profissionais, voltados para área da saúde, buscando definir políticas de formação do ensino superior, regular as condições de sua oferta e qualidade de formação, proporcionando a formação de profissionais voltados a prática do sistema. Este cenário para os próximos anos tente a mudar, devido ao estabelecimento de uma política articulada de educação na saúde, desde a educação básica, passando pelo ensino técnico profissional, graduação e pós-graduação *lato e stricto sensu* (INEP, 2006).

Neste sentido, uma das ações já desenvolvidas foi à implantação dos programas de Residência Multiprofissional que, abrangem as profissões da área da saúde de Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Para Oliveira (2007), os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade podem contribuir com a revisão do modelo assistencial, na medida em que formam um novo perfil do profissional de saúde, humanizado e preparado para responder às reais necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade, instigados para modificar práticas atuais e para criar uma nova cultura de intervenção e de entendimento da saúde no âmbito da implantação do SUS, através da formação em serviço, contribuem ainda para a construção de novos paradigmas de assistência à saúde, ampliando a resolutividade da ESF.

Neste sentido, Salvador *et al.* (2011) ao avaliar a percepção de preceptores e residentes sobre o tema da multiprofissionalidade, relatam que foi possível constatar que construção da multiprofissionalidade em saúde, a partir dessa modalidade de capacitação apresenta-se como uma possibilidade de mudança do modelo assistencial médico centrado, porém ressalta que as interfaces que a saúde demanda ainda se apresentam como desafios. Assim Casanova, Batista e Moreno (2015), ao avaliarem a percepção dos profissionais que cursam a residência, reconhecem que a Residência



Multiprofissional demonstrou como um potencial na formação de profissionais para o trabalho em equipe, conseqüentemente para a transformação das práticas em vista a integralidade do cuidado.

Domingos, Nunes e Carvalho (2015), inferem que a percepção do trabalhador de saúde sobre as contribuições da RMSF permeou a mudança do processo de trabalho, e foi potente para induzir ao avanço no trabalho em equipe multiprofissional e inovadora, por inserir no serviço de saúde as categorias profissionais que não atuavam na unidade anteriormente. Neste sentido, Trevisan e Lewgoy, (2009) ao analisar a “Atuação interdisciplinar em grupo de puérperas: percepção das mulheres e seus familiares” aponta a abordagem interdisciplinar como um caminho a ser percorrido pelos profissionais de saúde, de modo a contribuir na melhoria da qualidade do acompanhamento e na identificação das necessidades biopsicossociais, que decorre a assistência durante o pré-natal e puerpério.

Assim, apesar dos poucos trabalhos encontrados na literatura, observa-se que RMSFC foi entendida como uma contribuição importante na construção de cuidado integral dos sujeitos através da implantação de novas práticas de cuidado, com os usuários e no processo de trabalho nas próprias equipes, fortalecendo a Estratégia Saúde da Família como um dispositivo de mudança do modelo de assistência à saúde e uma evolução no caminho da construção da atenção básica.

## **2.4 Metodologia**

### **2.4.1 Tipo de estudo**

Investigação com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva caracterizada como pesquisa intervenção. Segundo Minayo (2014) a abordagem qualitativa permite compreender o universo de significados, motivações, aspirações, crenças valores atitudes relacionadas ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que podem ser aprendidos através do cotidiano, da vivência e do senso comum dos que vivenciam determinada situação.

Neste contexto, a pesquisa ação entra como uma forma de facilitar a influência da prática no dia a dia dentro da pesquisa qualitativa. Segundo Pope e Mays (2009) a

pesquisa intervenção, tem sua potência na geração de soluções para problemas práticos, e na capacidade de empoderar profissionais em atividades de desenvolvimento, e que juntos possam identificar os problemas, refletir sobre os processos e os desfechos de mudanças, implementando possíveis soluções.

Dessa forma, a fim de alcançar os objetivos propostos nesta investigação, os dados coletados serão avaliados utilizando-se do método de análise do conteúdo de Bardin (2011) que propôs um método de classificação do conteúdo em categorias de análise.

#### **2.4.2 Local e período de realização**

A pesquisa será desenvolvida no Município de Marau R/S, na ESF's Santa Rita e São José Operário, campo de atividades práticas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). O período de realização da pesquisa é de janeiro a dezembro de 2018.

#### **2.4.3 População e amostragem**

Os participantes fazem parte de uma amostra de conveniência, selecionados a partir do interesse da pesquisadora em relação à obtenção das respostas que atendem aos objetivos da questão de pesquisa, para tanto os participantes serão convidados a participar da pesquisa da seguinte forma:

1. Usuários: os usuários serão informados sobre a pesquisa durante os encontros de cada um dos grupos de educação em saúde que são desenvolvidos na ESF Santa Rita (Hipertensão, Artesanato, Caminhada, Meditação e Conselho Local de Saúde) e na São José Operário (Cuidando de sua Saúde, Artesanato e Atividade Física). Será feita uma roda de conversa explicando sobre a proposta da pesquisa, os objetivos e os métodos, convidando os usuários que tiverem interesse em participar da pesquisa, informando como serão selecionados, e a partir disso, no mês que anteceder a coleta de dados será realizado sorteio entre os interessados em sua participação durante a atividade para definir os usuários de cada grupo que participarão da coleta de dados por meio de entrevista.

2. Profissionais: os profissionais serão convidados a participar da pesquisa durante a reunião de equipe. Na reunião será apresentado o projeto de pesquisa, salientando objetivos e os métodos, e informando sobre a definição da amostra. Assim, no mês que anteceder a pesquisa será realizado um sorteio com os núcleos profissionais que fazem parte da equipe, sendo definido um profissional de cada núcleo para ser o participante da pesquisa.
3. Gestão: o secretário de saúde e coordenadora de ações de saúde, serão convidados a participar da pesquisa por meio de contato prévio, em que serão explicados os objetivos e métodos da pesquisa e no momento será agendada a data para iniciar a coleta de dados.

De acordo com Minayo, (1998, pág.42) a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade e sim, “quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado”. Assim, a amostra considerada boa, é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões.

Diante disso, a fim de atender os objetivos propostos na pesquisa a amostra será composta por: dois usuários de cada um dos cinco grupos existentes na ESF Santa Rita, (Hipertensão, Conselho Local de Saúde, Grupo de Artesanato, Grupo de Meditação e Grupo de Caminhada) e dois usuários de cada um dos três grupos existentes na ESF São José Operário (Artesanato, Cuidando de sua Saúde e Atividade Física) mediante sorteio entre os participantes de cada grupo, totalizando 16 usuários.

Critérios de inclusão: Ambos os sexos, estar com idade entre 18 e 70 anos, pertencer aos territórios de abrangência da ESF Santa Rita (SR) e da ESF São José Operário (SJO); morar nos territórios há mais de 3 (três) anos, ter participado das atividades do grupo de educação em saúde ao qual estão vinculados e, que acontecem regularmente nas unidades de saúde, sendo na ESF São José Operário os Grupos Cuidando de sua Saúde, Artesanato e Atividade Física e na ESF Santa Rita os Grupos de Hipertensão, Conselho Local de Saúde, Grupo de Artesanato, Grupo de Meditação e Grupo de Caminhada, nos últimos 6 (seis) meses.”

Critérios de exclusão: estar impossibilitado de ir até a unidade; ser portador de alguma doença ou agravamento que o impossibilite de responder ao questionário.

Também farão parte da amostra 10 (dez) profissionais de duas ESF's, cinco profissionais da ESF SR e cinco ESF SJO, sendo um participante por núcleo profissional para compor a amostra (1 médico, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 Agente Comunitário de Saúde e 1 Auxiliar Administrativo). Aos núcleos que possuem mais de um profissional será realizado um sorteio para definir o participante. Essas duas equipes estão diretamente envolvidas com as atividades da RMSFC, e recebem os residentes para campo de prática.

Critérios de inclusão: trabalhar na Atenção Básica pelo menos 2 (dois) anos, estar na ESF trabalhando há mais de 1 (um) ano.

Critérios de exclusão: Estar afastado do trabalho, devido, licença, atestado ou férias no momento da aplicação da entrevista.

Para complementar serão convidados para compor a amostra 2 (dois) profissionais da gestão: o Secretário de Saúde e a Coordenadora de Ações em saúde, sendo essa amostra selecionada por conveniência, em virtude da relação direta dessas funções administrativas, com a Residência Multiprofissional, objeto da referida pesquisa.

Critérios de inclusão: trabalhar na Atenção Básica pelo menos 2 (dois) anos, estar na ESF trabalhando há mais de 1 (um) ano.

Critérios de exclusão: Estar afastado do trabalho, devido, licença, atestado ou férias no momento da aplicação da entrevista. Para complementar serão convidados para compor a amostra 2 (dois) profissionais da gestão: o Secretário de Saúde e a Coordenadora de Ações em saúde, sendo essa amostra selecionada por conveniência, em virtude da relação direta dessas funções administrativas, com a Residência Multiprofissional, objeto da referida pesquisa.

#### **2.4.4 Instrumentos de coleta de dados**

A coleta de dados será realizada junto a gestores, usuários e profissionais mediante agendamento de data para realização da entrevista. As entrevistas serão individuais, realizadas pela autora desse projeto, através de um roteiro semiestruturado, que abrangerá dados sócio demográficos, seguidas de questões abertas referentes ao tema da pesquisa, com os segmentos propostos: gestão (Apêndice A), profissionais (Apêndice B) e Usuários (Apêndice C). Em um primeiro momento, os participantes

serão informados sobre a pesquisa: objetivo e a socialização dos resultados. Os dados sócios demográficos serão coletados mediante formulário a ser preenchido pelos próprios participantes antes do início da entrevista, as entrevistas serão gravadas por meio de dispositivo eletrônico, se autorizadas; e transcritas na íntegra, identificadas com a primeira letra de sua categoria seguida de um número a fim de preservar a identidade dos participantes. Para usuários será realizada a identificação iniciando pela letra **U** acrescida de um número, iniciando pelo número **1**, (**U1.....U16**) seguindo ordem crescente de numeração até que seja realizado todas as entrevistas, para profissionais será utilizada a letra **P** seguida de numeração como descrito acima (**P1.....P10**) e para gestão será identificado com letra **G** seguida de um número (**G1 e G2**). As coletas de dados somente serão realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/ TCLE (Apêndice D).

#### **2.4.5 Organização e análise dos dados**

Todos os participantes, tanto usuário, gestores e profissionais de saúde serão submetidos a um momento individual onde serão entrevistados. Como instrumento norteador será utilizado um roteiro com questões abertas semi-estruturadas conforme anexos (A) usuários; (B) profissionais e (C) gestão. Esse momento será gravado e posteriormente transcrito. O encontro para realizar as entrevistas será agendado previamente com os participantes e acontecerá em um dos consultórios das duas unidades de saúde para os profissionais e usuários, garantindo o sigilo das informações obtidas entre os participantes. Aos gestores, as entrevistas também serão realizados por meio de agendamento prévio, e as mesmas acontecerão na Secretaria Municipal de Saúde, junto a sua sala de trabalho. A análise qualitativa será feita a partir das perguntas da entrevista semi-estruturada, as quais serão utilizadas como questões disparadoras para a coleta de dados. Será utilizado o método proposto por Bardin, que se trata de um conjunto de técnicas de análises das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Neste método o interesse não está na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes poderão evidenciar após serem tratados. A intenção da análise de conteúdo é “a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, inferência esta que recorre a

indicadores” (BARDIN, 2011).

Assim, os dados coletados serão analisados em quatro momentos: I) os relatos das entrevistas depois de gravados, serão transcritos e codificados, com a primeira letra de cada segmento seguido por um número, assegurando o sigilo, e a confidencialidade dos dados, a seguir será feita leitura criteriosa sem buscar qualquer interpretação; II) nova leitura e outras mais para discriminar as unidades de significado, anotando-as diretamente no texto, focalizando o fenômeno que está sendo pesquisado, obtendo uma visão global dos relatos e onde encontram-se os significados. III) transformação das expressões cotidianas do sujeito categorias; IV) síntese das unidades de significado, levando em conta todas as unidades de significado para estruturação. Assim, os dados produzidos serão organizados e apresentados de forma articulada, por meio da categorização, que serão discutidas e analisadas a luz do referencial teórico.

#### **2.4.6 Aspectos éticos**

De acordo com a Resolução n. 466, 22 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) qualquer pesquisa que envolve seres humanos pode gerar algum tipo de risco sendo que estes, quando existentes, devem ser inferiores aos benefícios, justificando a realização do estudo. Em relação ao presente estudo não será feita nenhuma forma de intervenção clínica; ou seja, não será colocada em risco a integridade física dos sujeitos uma vez que o instrumento da pesquisa, a ser utilizado será por meio de entrevistas individuais. Encontra-se explicitado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que: O objetivo e a Justificativa para realização do estudo: além da produção de conhecimento sobre o Programa da Residência Multiprofissional no Município de Marau-RS, também pretende-se divulgar o Programa de Residência Multiprofissional entre a população e reconhecer quais as percepções e repercussões que são possíveis observar após a implantação do Programa. Para além, esse trabalho permitirá maior clareza dos processos envolvendo a residência, aos atores envolvidos, a partir da reflexão sobre a residência no território e no município, servindo inclusive como base para posteriores pesquisas do assunto. O ÔNUS refere-se a certo desconforto no sentido de dispor de tempo (cerca de 60 minutos) para responder perguntas do roteiro da entrevista. A CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO serão mantidos. Os RISCOS podem ser

dimensionados como leves, pois poderá suscitar desconfortos em razão dos fatos ou lembranças. Como forma de MINIMIZAR ESTES RISCOS a entrevistada poderá parar em qualquer momento, podendo retomar ou mesmo não retomar a entrevista. Caso necessário, a entrevistada (o) poderá ser encaminhada ao Serviço de Psicologia na ESF Santa Rita, localizada na rua Miguel Magnan, nº 530, Marau-RS. O BENEFÍCIO DIRETO consiste em possibilitar momento para verbalização e escuta das impressões e reflexões dos sujeitos sobre o Programa Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Como BENEFÍCIO INDIRETO o sujeito poderá contribuir para a análise da eficiência, eficácia e efetividade do programa de residência, ampliando o conhecimento do tema em pauta. Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas. Haverá socialização dos resultados, sendo que todos os sujeitos dessa pesquisa serão convidados para participar de evento a ser organizado pela autora e docentes desse projeto, em 2018/2º semestre. O sigilo dos dados será mantido.

Assim, após término da pesquisa e a obtenção dos dados os mesmos serão divulgados junto ao Conselho Municipal de Saúde, nas equipes de Saúde da ESF Santa Rita e São José Operário, e para os grupos que farão parte da amostra. A divulgação junto ao Conselho Municipal de Saúde será realizada durante reunião mensal que acontece toda segunda terça feira do mês, com a presença de representantes de usuários, profissionais da saúde e gestão. Aos gestores será entregue relatório final com os resultados obtidos e analisados. Para as equipes os dados serão divulgados durante a reunião de equipe, que ocorrem nas ESF's. Na ESF SR, a reunião é realizada semanal toda a sexta feira do mês no horário das 13:00 as 15:00, e na ESF SJO, toda a quarta feira do mês das 13:00 as 15:00hrs. Para os usuários, os dados serão divulgados durante as atividades que são desenvolvidas com esses grupos na ESF SR e com usuários da ESF SJO. O sigilo dos dados será mantido.

#### **2.4.7 Medidas de proteção à confidencialidade**

Em relação à confidencialidade encontram-se explicitado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) que será mantida a confidencialidade das informações e o anonimato dos sujeitos. Ou seja, o nome dos entrevistados respondentes aos questionários não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. Desta forma, há o compromisso de

assegurar a confidencialidade dos dados. Assim, os procedimentos adotados serão: quando da entrevista, ao ser feita a transcrição, cada uma terá a primeira letra do grupo que pertence seguida de uma numeração; não havendo nenhuma identificação nominal. Serão guardadas em envelopes, permanecendo em total anonimato. As entrevistas gravadas serão armazenadas pelos participantes desse projeto, durante cinco anos, em *pen drives* pessoais e destruídos após os 05 (cinco) anos.

#### **2.4.7 Critérios para Suspensão ou Encerramento da Pesquisa**

Será considerado critério para suspender ou encerrar a pesquisa a recusa em participar da pesquisa, de todos os sujeitos que atendam o perfil descrito.

#### **2.4.8 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Antes do início do preenchimento dos dados sociodemográficos e da entrevista, o TCLE será apresentado e, em caso de concordância, deverá ser assinado em duas vias; ficando uma com o sujeito da pesquisa e outra para posterior arquivamento. A transcrição da entrevista será anexada ao TCLE respectivo. O TCLE esclarece que a qualquer momento poderá ocorrer desistência de participação na pesquisa; aborda a manutenção da confidencialidade, a proteção do anonimato, e explicita os riscos e os benefícios advindos.

Descrever a relevância e a aplicabilidade dos resultados:

Produção de conhecimento, sobre o Programa da Residência Multiprofissional no Município de Marau-RS, bem como proporcionará maior divulgação acerca dos objetivos do programa aos profissionais, gestão e comunidade. Possível referência para iniciativas semelhantes. Os resultados proporcionarão discussões intersetoriais e interprofissionais tanto na academia como em diferentes instituições.



## 2.5 PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA

<b>Quadro 1. Orçamento.</b>				
<b>Item</b>	<b>Unidade</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Custo unitário</b>	<b>Custo total</b>
Horas de Internet	-	100hrs	R\$ 2,00	R\$200,00
Combustível	60lt	60lt	R\$ 4,00	R\$240,00
CD	2unid	2unid	R\$ 4,00	R\$8,00
Impressão	120fl	120fl	R\$ 0,20	R\$24,00
Caneta	4unid	4unid	R\$ 3,00	R\$12,00
Pranchetas	2unid	2unid	R\$ 5,00	R\$10,00
Encadernação	3unid	3unid	R\$ 10,00	R\$30,00
Folha de Ofício	500fl	1pcte	R\$ 40,00	R\$ 40,00
<b>TOTAL</b>				<b>R\$: 564,00</b>

\*Os gastos orçamentários serão custeados pelas pesquisadoras.

## 2.6 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA PESQUISA

Quadro 2 – Cronograma												
ATIVIDADES/MES ES	2017											
	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
Revisão de literatura									X	X	X	X
Qualificação do Projeto											X	X
Cadastro na Plataforma Brasil											X	
Submissão ao CEP												X
2018												
Revisão de literatura	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados					X	X	X					
Processamento e análise de dados								X	X	X		
Redação e divulgação dos resultados											X	X

## APÊNDICE-A

### ROTEIRO DE ENTREVISTA SER REALIZADAS COM GESTÃO

#### Características

Identificação: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

Tempo de atuação: \_\_\_\_\_

#### **Perguntas**

- 1) Como você percebe a Residência Multiprofissional no município? Por quê?
- 2) Desde sua implementação quais mudanças podem ser observadas?
- 3) Como você avalia a produtividade do atendimento nas ESFs que são Campo de prática da Residência? Explique!
- 4) Saberá descrever algumas atividades que são realizados pela Residência?
- 5) Quais contribuições que a Residência deixa no Município?

- 6) A Residência completa cinco anos no Município, é possível perceber mudanças desde sua implementação nos campos de atuação? Quais?
- 7) Os trabalhos desenvolvidos nas equipes são de forma multiprofissional, interdisciplinar? Como o Sr (a), percebe isso?
- 8) Como você percebe a presença da residência Multiprofissional na equipe?
- 9) Como você avalia a qualidade de atendimento nas ESF's, que são campo da Residência. Explique?
- 10) Quais impactos podem ser observados com a Residência no Território?
- 11) Como é o engajamento das Residentes na Prática de atividades diárias?
- 12) Qual a contribuição do Residente nos serviços?
- 13) Como você percebe as mudanças no processo de trabalho desde a chegada da Residência?

## **APÊNDICE B**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA SER REALIZADAS COM PROFISSIONAIS**

#### **Características**

Identificação: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

#### **Perguntas**

- 1) Como você percebe a presença Residência Multiprofissional na equipe?
- 2) Como você avalia a produtividade das equipes onde tem residência? Por quê?
- 3) Como você avalia a qualidade das equipes onde tem residência? Por quê?

- 4) Saberá descrever algumas atividades que são realizados pela Residência?
- 5) Quais impactos podem ser observados com a Residência no Território?
- 6) Como é o engajamento dos residentes nas pratica de atividade diárias?
- 7) Qual a contribuição do Residente nos serviços?
- 8) Qual a função do Residente na ESFs?
- 9) Como você percebe as mudanças no processo de trabalho desde a chegada da Residência?

## **APÊNDICE C**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA SER REALIZADAS COM USUÁRIOS**

#### **Características**

Identificação: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_

#### **Perguntas**

1) Para você o que significa a Residência Multiprofissional?

2) Você já foi atendido por um Residente?

3) Como se sentiu?

- 4) Qual sua avaliação do atendimento recebido? Porque?
- 5) Quando recorreu/consultou com o residente ele resolveu seu problema?
- 6) O senhor (a) saberia dizer quem são os residentes da equipe?
- 7) Qual a função/finalidade da Residência na equipe?
- 8) O fato de existir um programa de residência no território muda a qualidade de atendimentos? Como? Explique?
- 9) Qual a contribuição do Residente nos serviços?
- 10) Você conseguiria lembrar de alguma mudança ocorrida depois da implantação da Residência?

#### **APÊNDICE-D**

#### **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFFS**

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-GESTÃO, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, na percepção de gestores, profissionais de saúde e usuários”**, desenvolvida pela Residente de Pós-Graduação, Jucélia Machado Soares, sob orientação da Prof<sup>ª</sup> MD MS. Daniela Teixeira Borges e Co-orientação da Enfermeira Leila Juliana Antunes Riggo. O objetivo central desse estudo é **Analisar as percepções da gestão, dos profissionais de saúde e dos usuários da ESF Santa Rita e São José Operário, sobre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde**. Sua participação não é obrigatória e você tem autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e não sofrerá nenhuma penalização. Esse estudo é importante porque além da produção de conhecimento sobre o Programa de

Residência, trará a percepção dos gestores, profissionais de saúde e usuário da ESF, possibilitando suscitar novos desafios para efetivação do programa de residência, no sentido de produzir reflexos sobre as ações de saúde desenvolvidas junto a população, com vistas a melhoria na qualidade de vida, bem como nos processos de trabalho em equipe, ampliando o conhecimento do tema em pauta, que posteriormente embasará as práticas de cuidado. O ÔNUS da sua participação refere-se ao fato de ter que dispor de tempo (cerca de 60 minutos) para responder as perguntas do roteiro da entrevista. Esse material será gravado e guardado, por cinco anos, em *pen drives* pessoais, e após serão destruídos. Para fins da pesquisa, as gravações serão transcritas. A CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO serão mantidos. Os RISCOS podem ser dimensionados como leves, pois poderá suscitar desconfortos em razão dos fatos ou lembranças aos participar da pesquisa, mas se você sentir qualquer desconforto durante a entrevista, você poderá parar a qualquer momento, podendo retomar ou mesmo não retomar a entrevista. Caso necessário, poderá ser encaminhada ao Serviço de Psicologia na ESF Santa Rita, localizada na rua Miguel Magnan, nº 530, Marau-RS. O BENEFÍCIO DIRETO a você consiste na possibilidade de verbalização e escuta de suas impressões e reflexões sobre o Programa de Residência Multiprofissional em saúde da Família e Comunidade. Como BENEFÍCIO INDIRETO você poderá contribuir para a análise da eficiência, eficácia e efetividade do programa, ampliando o conhecimento do tema em pauta, possibilitando reconhecer quais as percepções e repercussões que são possíveis observar após a implantação do Programa. Para além, esse trabalho permitirá maior clareza dos processos envolvendo a residência, aos atores envolvidos, a partir da reflexão sobre a residência no território e no município, servindo inclusive como base para posteriores pesquisas do assunto. Os resultados serão divulgados na apresentação do Trabalho de Conclusão de Residência da pesquisadora, bem como em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais. Haverá socialização dos resultados, sendo que você será convidado para participar de momento a ser organizado pela Residente e docente desse projeto.

Em caso de dúvida você poderá entrar em contato com a Residente: [jusoares1975@hotmail.com](mailto:jusoares1975@hotmail.com). Tel: (54) 991575397, ou com a professora-orientadora: Tel: (54) 991465625

Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo. Rodovia RS 153 – Km 03, Seminário Nossa Senhora Aparecida, Bairro Jardim América. CEP 99034-600. Passo Fundo – Rio Grande do Sul - Brasil.

Em relação à condução ética do estudo, se necessário, contato: Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS (49) -2049-3745. E- mail: cep.uffs@uffs.edu.br

Assinatura Pesquisador Responsável:

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a)

participante: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Declaro estar esclarecido (a) sobre os termos e ACEITAÇÃO por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

A entrevista será gravada com aparelho celular para a transcrição das informações.

Somente com sua autorização. Assinale a seguir conforme sua autorização:

Autorizo gravação  Não autorizo gravação.

Declaro estar esclarecida sobre os termos e ACEITAÇÃO por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Marau, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018.




## ANEXO-1

### DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas

Eu, **Douglas Kurtz**, CPF nº 900.760.870 - 34.....representante legal da **Secretária Municipal de Saúde** declaro estar ciente e de acordo com o desenvolvimento da pesquisa intitulada como **“A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade na percepção de gestores, de profissionais e de usuários”**, nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.

O objetivo da pesquisa é “Analisar as percepções da gestão, dos profissionais de saúde e dos usuários, sobre do programa de Residência Multiprofissional em Saúde”, e utilizará como instrumento de coleta de dados a entrevista junto a 2 (dois) gestores, 6(seis) profissionais, e 10(dez) usuários da UBS Santa Rita, do Município de Marau-RS.

  
Douglas Kurtz **Secretário Municipal de Saúde**  
Secretário de Saúde de Marau **PM Marau/RS**

**Jucélia Machado Soares**  
Enfermeira  
COREN 485.805  
  
Jucélia Machado Soares  
Enfermeira Residente

Marau, 06 de novembro de 2017

### **3 RELATO DO PERCURSO DE INTERVENÇÃO**

Este trabalho traz o percurso de intervenção realizado a partir da apresentação para a banca de qualificação do Projeto de Pesquisa intitulado “**A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade na Percepção da Gestão, Profissionais de Saúde e Usuários**”.

A justificativa para o desenvolvimento desta pesquisa leva em consideração que o Programa de Residência Multiprofissional de Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) no ano de 2017 completou cinco anos de atuação junto ao município de Marau, tendo como campo de atuação direta as Estratégias de Saúde da Família (ESF) Santa Rita e São José Operário, bem como pelo questionamento que deu origem ao presente trabalho, e que originou a presente questão de pesquisa.

Isso se dá a partir da observação que o Residente deve ser reconhecido no espaço de atuação, pois possui sua formação voltada 80% para o campo de prática junto à comunidade. Ainda assim, percebe-se que as pessoas não têm clareza de quem são os residentes, nem mesmo o que fazem neste espaço. A fim de ilustrar tal afirmação, nos reportamos às expressões de pessoas do local que geralmente acham que os residentes são profissionais contratados pela prefeitura ou interpretam como local de moradia a expressão “residente”.

Diante desta realidade, justifica-se a relevância do tema escolhido, pois, percebeu-se a necessidade de saber quais as percepções que diferentes segmentos sociais têm do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC): gestão, profissionais e usuários. Além disso, a RMSFC está inserida no Município de Marau há cinco anos, e neste tempo não se encontra nada escrito na literatura sobre a presença deste programa no município.

Por isso o projeto de pesquisa ao qual esse relato de processo de intervenção se refere traz como questionamento: Qual a percepção da gestão, profissionais e dos usuários, sobre a RMSFC? A gestão, profissionais, e população sabem o que fazem os Residentes? O fato de existir um programa de residência no território possibilita melhoria na qualidade de atendimentos? A presença do Residente qualifica os serviços? Os usuários têm clareza de quem são os Residentes, qual a função/finalidade de estar neste espaço? As equipes que possuem RMSFC percebem mudança no processo de trabalho desde a chegada da Residência? Qual a função do Residente enquanto integrante da equipe? Questões estas que a pesquisadora se propôs a responder e

discutir. Para além, esse trabalho permitirá maior clareza dos processos envolvendo a residência e dos atores envolvidos, a partir da reflexão sobre a Residência no Município, e no território com vistas à qualificação do serviço inclusive como base para posteriores pesquisas sobre o assunto.

Assim, o objetivo geral do projeto é “Analisar as percepções da gestão, dos profissionais de saúde e dos usuários da ESF Santa Rita e São José Operário, sobre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde”.

A seguir, a pesquisadora propõe-se a discorrer sobre seu processo de intervenção após a banca de qualificação até o presente momento, em que se encaminham para o final as coletas de dados, bem como iniciam-se as transcrições dos relatos colhidos com os diferentes atores desse processo. Igualmente, cabe ainda ressaltar a reflexão da pesquisadora sobre a entrada no campo de pesquisa, as dificuldades e facilidades encontradas, bem como os primeiros “*insights*” sobre as transcrições, nesse trajeto de construção da pesquisa intervenção.

### **3.1 PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO DO PROJETO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO**

No decorrer da construção do projeto de pesquisa, havíamos recebido a orientação, e assim sendo, acordado por todos os Residentes que, se possível, realizar-se-ia o encaminhamento do projeto de pesquisa para o Comitê de Ética da Pesquisa (CEP), até 20/11/2017, mesmo sem passar pela Banca de Qualificação. O motivo para estar sendo feito desta forma, seria a aprovação dos projetos antes do final do ano 2017, para que nós residentes iniciasse em 2018 com os projetos já aprovados e, por conseguinte ir a campo com a pesquisa.

No entanto, consegui encaminhar o projeto no dia 21/11/2017 ao Comitê de Ética da Pesquisa (CEP). Observo que houveram alguns problemas, dentre eles, do próprio sistema operacional no site da Plataforma Brasil, ao qual na noite do dia 20 não consegui prosseguir com processo de inclusão do projeto junto plataforma (utilizar de navegador mais apropriado para o seu funcionamento *Mozilla Firefox*). Mesmo assim, o restante do cronograma foi adequadamente cumprido.

Assim, a apresentação do projeto para Banca de Qualificação, foi realizada na data de 28/11/2017. O projeto de pesquisa foi aprovado pela banca, com sugestões para serem revisadas e incluídas que descrevo a seguir:

- Rever parágrafo do Resumo havia palavras repetidas.
- Rever os participantes, incluir a ESF São José Operário na pesquisa, profissionais e usuários.
- Rever os objetivos específicos, último item não dá conta do trabalho.
- Colocar resultados esperados.
- Rever cronograma, colocar item de avaliação dos dados, pré-teste? Se vai dar conta do trabalho.
- Revisar português.

Saliento que, durante o processo de construção da apresentação para o dia da banca, percebi que alguns itens do projeto ainda necessitavam de ajustes como: de que forma seria feito o contato para convidar os participantes; como seria feito a análise, quais os resultados esperados, itens estes que não estavam contemplados no projeto. No entanto, após discussão com a orientadora decidimos aguardar o retorno do CEP, para fazer as devidas correções que julgávamos necessárias, bem como as advindas da avaliação da banca de qualificação.

Então, após a apresentação para a Banca de Qualificação, iniciei o processo de adequação do projeto. Fiz revisões de português, ajustes nos itens a serem modificados e inclusão dos outros participantes. No dia 08/12/2017 recebi o parecer do CEP, com solicitação de inclusão de alguns itens, conforme descrevo a seguir:

## **3.2 PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA E ADEQUAÇÕES DO PROJETO**

### **3.2.1 Conclusões ou pendências e lista de inadequações:**

Para completa adequação do protocolo à legislação vigente, o pesquisador DEVERÁ atender as pendências apontadas a seguir, procedendo às alterações no documento 'informações básicas do projeto' e apresentando-as em carta de pendências a ser anexada à Plataforma Brasil.

1) Incluir a enfermeira Leila Juliana Antunes Riggo na equipe de pesquisa nas informações básicas da Plataforma Brasil.

2) Na METODOLOGIA PROPOSTA, informar a relevância e a aplicabilidade dos resultados.

3) Na METODOLOGIA PROPOSTA, informar quando e onde o estudo será realizado.

4) Na METODOLOGIA PROPOSTA, informar onde/como serão realizadas as coletas dos dados.

5) Na METODOLOGIA PROPOSTA, informar e justificar o número de participantes da pesquisa (cálculo ou definição do tamanho da amostra).

6) Na METODOLOGIA PROPOSTA, explicar como os participantes serão selecionados e convidados a participar da pesquisa.

7) Na METODOLOGIA PROPOSTA, descrever os procedimentos a serem realizados com os participantes.

8) Na METODOLOGIA PROPOSTA, informar como será realizada a devolutiva dos resultados aos participantes.

9) No CRITÉRIO DE INCLUSÃO, definir “grupo”, no trecho “ter participado do grupo nos últimos 6 (seis) meses”.

10) No CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO, incluir etapa de coleta de dados

11) COLETA DE DADOS, trocar “Nome” por “identificação” ou “codificação”, para assegurar o anonimato dos participantes.

Após o recebimento do parecer, iniciei o processo de ajuste do projeto. Fui orientada sobre o documento Carta de Respostas, que consta no Site da UFFS, ao qual deveria ser utilizado nesta etapa do processo. Também neste período realizei encontro com minha orientadora professora Daniela Teixeira Borges para auxiliar na construção das adequações do projeto.

Portanto, construída a Carta de Resposta, encaminhei-a para o CEP, no dia 29/12/2017. No dia 08/01/2018, recebi um *e-mail* sobre projeto, orientando que: “CEP concluiu a validação documental de sua última submissão, por favor, verifique a situação do projeto de pesquisa e atenda a possíveis pendências documentais, se existirem. Caso contrário aguarde o parecer consubstanciado do CEP, cujo nome pode ser consultado no campo localização atual do projeto, disponível no item detalhar”.

Devido ao parecer, não ser enviado, logo após recebimento da mensagem acima descrita, entrei em contato com professora Ivana. A mesma disse que estava tudo certo

com o projeto, porém faltava à assinatura da Coordenadora do CEP, que no momento estava de férias para que o parecer Consubstanciado fosse emitido. No dia 23/01/2018, recebi o parecer com APROVAÇÃO do PROJETO DE PESQUISA. Ressalto que no mês de janeiro encontrava-me de férias.

### **3.3 A ENTRADA NO CAMPO DE PESQUISA: PREPARANDO CENÁRIOS E ATORES**

Devido à necessidade de vinculação dos usuários e do retorno dos profissionais da equipe que estavam no período de férias, as atividades relacionadas à pesquisa começaram no início de março de 2018. A pesquisadora iniciou pela impressão do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (TCLE) e das entrevistas, neste momento percebeu que faltaram ser incluídos entre os sujeitos de pesquisa os usuários e os profissionais da ESF da São José Operário. No entanto, após discussão com professora Ivana a mesma solicitou ajustar o TCLE e manter a pesquisa, (não sendo encaminhado adendo para modificação para o CEP), visto que o mesmo já tinha sido aprovado no CEP, sem solicitar esta alteração.

#### **3.3.1 Apresentação da pesquisa grupo de artesanato ESF Santa Rita**

A apresentação do projeto teve início com grupo de Artesanato, no dia 21/03/2018. Neste dia apenas três usuárias se faziam presentes. Mesmo assim fez-se a explanação da proposta de pesquisa, da metodologia e dos objetivos, porém acordou-se com o grupo, que em razão do pequeno quórum, a pesquisadora retornaria ao grupo em outro momento para, novamente, conversar com o grupo. As participantes demonstraram interesse nesse novo momento de diálogo.

#### **3.3.2 A apresentação da pesquisa para a equipe**

A apresentação da proposta de pesquisa para a equipe foi realizada no dia 23/03/2018, durante a reunião de equipe. Momento esse que todos os membros se

encontram para realizar encaminhamentos dos assuntos que são discutidos. Na oportunidade fiz a socialização da pesquisa, metodologia, objetivos e critérios de inclusão e exclusão, bem como quais categorias profissionais estariam sendo contemplados como participantes da pesquisa. Nos dias que se sucederam, marquei entrevista com alguns profissionais da equipe no horário que os mesmos pudessem estar disponíveis para realizar. As entrevistas foram realizadas tanto em horário de trabalho, quanto fora deste, conforme a disponibilidade dos mesmos. Todos se mostram bem receptivos para com o trabalho e dispostos a participar.

### **3.3.3 Apresentação da pesquisa grupo HIPERDIA ESF Santa Rita**

No dia 14/05/2018, fiz a apresentação do projeto para aos usuários participantes do grupo de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) com socialização da proposta, metodologia, objetivos. Encontravam-se presentes 06 usuários. Quando expliquei que um dos itens de exclusão seria a idade acima de 70 anos, alguns dos participantes já se acusaram que não poderiam participar. Ao realizar a verificação da idade entre os presentes, somente dois, usuários deste grupo, estavam dentro dos critérios de inclusão.

Neste dia, tive dúvida se deveria modificar o item da idade que consta no critério de exclusão, aumentando-a para que pudesse abranger um número maior de participantes. No entanto, devido ao tempo para começar as entrevistas, realizar encaminhamento de adendo para plataforma, mantive a proposta inicial do projeto, além disso, estava com número de usuários previsto.

### **3.3.4 Apresentação da pesquisa para Grupo de Caminhada ESF Santa Rita**

No dia 21/05/2017, combinei com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) e fui ao grupo de caminhada. AS ACS são responsáveis por realizar o grupo e participam ativamente do mesmo.

Após realização da caminhada com as participantes, fiz o a explanação da proposta de pesquisa, objetivo, metodologias. Encontravam-se presentes 04 usuárias, sendo que das presentes somente 01 delas preenchia critérios de inclusão, as demais

apresentavam idade superior para critério de exclusão. Sendo assim, desnecessário o sorteio. Combinado que iria fazer contato com a mesma para marcar a data da entrevista na ESF.

### **3.3.5 Apresentação da pesquisa Grupo de Atividade física ESF São José Operário**

Seguindo a apresentação da proposta de pesquisa para os grupos, me organizei para começar atividades na ESF São José Operário na parte da manhã do dia 23/05/2018, com grupo de Atividade Física. Fiz, contato prévio com os profissionais responsáveis pela condução do grupo e demais colegas residentes da ESF SJO, para viabilizar a minha presença neste espaço. Com resposta positiva iniciei meu planejamento.

Porém, antes disso, tive que pensar como seria meu deslocamento até a ESF SJO. Visto que a distância entre uma ESF e a outra fica há mais ou menos 05 km. Assim, a única opção, foi viabilizar meu deslocamento com carro próprio até Marau. Também nesta semana estávamos realizando um horário estendido, o horário de trabalho iniciava às 6h30min da manhã.

As atividades do grupo de Atividade Física iniciam-se às 7h 30min da manhã. Assim para me familiarizar com a equipe, cheguei um pouco antes. Fui muito bem recebida por todos, profissionais da equipe e colegas Residentes. Porém, o tempo ia passando e nenhum usuário do grupo chegava, e lá se foram 7h 30min, 7h 40min; e quando quase já estava desistido próximo às 8:00 horas começaram chegar os primeiros usuários. Ufa!... Que alívio! Não iria perder a viagem e tudo que tinha planejado. Observo que neste dia estava relativamente bem frio, e que a maioria dos participantes são pessoas idosas. Mesmo assim, vieram para o grupo de sete usuários.

Para a atividade do grupo, todos são recebidos em uma sala onde aguardam para início. Antes de começar a atividade física, é verificada a pressão arterial dos mesmos. Assim, feita esta primeira acolhida todos se acomodaram e fui apresentada ao grande grupo, neste momento fiz a apresentação da proposta, algumas se mostraram muito dispostas a participar, outros nem tanto, bem como alguns não se adequavam aos critérios de inclusão.



Ao final da apresentação, 05 dos usuários cumpriam critérios de inclusão. Assim no tempo que os mesmos se deslocavam para espaço da atividade física, fiz o sorteio.

Particpei da atividade física, ao final, comuniquei às pessoas que haviam sido sorteadas. Neste dia fiz 01 das entrevistas, pois, a mesma se mostrou bastante disponível de tempo e para participar da pesquisa. Para outra participante sorteada, combinei que faria contato quando retornar a ESF SJO, para marcar entrevista.

### **3.3.6 Nova apresentação ao grupo artesanato**

Na data 23/05/2018 no turno da tarde, retornei ao grupo e Artesanato para novamente apresentar a proposta da pesquisa. Na oportunidade estavam presentes 06 usuárias do grupo. Dentre as presentes 04 delas contempladas no critério de inclusão. O sorteio foi realizado na presença das mesmas, ficando definido às duas participantes, que se mostram bastante disponível. Também conversei com as mesmas sobre a disponibilidade para realizar as entrevistas, ficando então combinado que quando viessem para o grupo ou a ESF para outro tipo de serviço estaria realizando a entrevista com as mesmas.

### **3.3.7 Apresentação da pesquisa para o Conselho Local de Saúde**

Seguindo com a apresentação para os grupos que fazem parte do projeto, no dia 05/06/2018, apresentei a proposta do projeto junto ao Conselho Local de Saúde. Presentes neste encontro, 06 usuários, desse total somente 02 deles preenchem os critérios de inclusão. Os demais estavam com idade superior a 70 anos ou participavam do grupo há menos de 06 meses. Para realizar as entrevistas fiquei de entrar em contato, após definição dos participantes, para agendamento.

Ainda, saliento que entre os dias 29/05/2018 a 06/06/2018, encontrava-me em estágio curricular obrigatório na sala de vacinas.

### **3.3.8 Busca dos Usuários para realizar Entrevistas**

Ao retornar a ESF Santa Rita no dia 07/06/2018, realizei ligações para 05 usuários que pertenciam aos grupos que foram sorteados, ou definidos para entrevistas, consegui contato com apenas 02. Uma delas na oportunidade disse que não podia naquele momento, pois, cuidava de familiares no hospital, mas quando fosse realizar a caminhada passaria na ESF, para realizar entrevista. O outro contato que consegui, falei com esposa do mesmo, expliquei o motivo porque estava ligando, e agendei entrevista, sendo realizada neste mesmo dia.

Também deixei os nomes dos usuários ao qual não havia conseguido contato, com o Auxiliar Administrativo, para que o mesmo avisasse-me quando estes estivessem na ESF. No dia 11 de junho, a usuária do grupo de caminhada estava na ESF para agendar consulta de enfermagem. Conversei com ela sobre a sua participação na pesquisa, pois era a única que preenchia os critérios dentre as participantes do grupo Caminhada. A mesma se mostrou bem receptiva e disse que viria no dia 12/06/2018 para consulta, e chegaria meia hora antes para realizar entrevista. No dia e horário combinado realizamos a entrevista.

Nesse mesmo dia, outra usuária do grupo de Artesanato estava na ESF aguardando para consulta médica, conversei com mesma sobre sua disponibilidade de realizar a entrevista. A mesma se mostrou solícita e assim realizei a entrevista. No dia 13/06/2018, a usuária do grupo Hiperdia veio até a ESF, para realizar a entrevista conforme sua disponibilidade.

### **3.3.9 Apresentação da pesquisa para grupo de artesanato São José Operário**

No dia 14/06/2018, fui até ESF SJO para fazer o convite e falar sobre o projeto de pesquisa para o Grupo de Artesanato.

Ao chegar fui muito bem recebida por todas do grupo, principalmente pelas ACS que são as principais condutoras do grupo. Fiz a explanação da proposta, no momento encontravam-se presentes 08 mulheres. Cinco das presentes aceitaram estar entre as sorteadas para participar da pesquisa. O sorteio foi realizado em companhia das

mesmas. As sorteadas se mostram disponíveis, possibilitando que neste dia realizasse as 02 entrevistas.

### **3.3.10 convite para pesquisa na equipe da ESF São José Operário**

No dia 11/07/2018 fui até a ESF SJO para realizar apresentação e convite para Equipe de Saúde participara da pesquisa. Neste dia, entrei em contato telefônico com uma das participantes do grupo de atividade física que não havia entrevistado ainda. Foi muito receptiva no contato. Combinamos de nos encontrar na ESF às 15 horas. Assim no horário previsto a mesma estava na ESF, nos dirigimos para sala para realizar entrevista. Fiz apresentação novamente da proposta, leitura do TCLE. Mas enquanto conversávamos antes de iniciar a entrevista a mesma pediu para ver as questões. Ao fazer a leitura a participante, não se achou com capacidade para responder, disse que tinha muitas coisas, compromisso, e sugeriu que era “pegar” alguém mais novo que saberia responder. Logo foi se levantando e saindo...

Nesse dia fiquei bem decepcionada, pois me senti incapaz de fazer com que a participante entendesse a importância do meu trabalho. Por outro lado sei que a participação e voluntária e negar-se a participar é algo que devo esperar.

### **3.3.11 Apresentação da pesquisa para o grupo Cuidando de sua Saúde SJO**

Este foi o último grupo para apresentação da pesquisa. Realizei a abordagem na data de 19/07/2018. Encontravam-se presentes no momento da atividade somente 03 usuários e destes, nenhum cumpria os critérios para inclusão.

Mesmo assim, fiz uma breve explicação do motivo da minha presença nesse espaço, bem como os informei que ambos não se enquadravam nos critérios de inclusão.

Também nesse dia realizei o sorteio da profissional do grupo das ACS e ao final da atividade com o grupo Cuidando de sua Saúde, realizamos a entrevista.

Além da ACS, aproveitei o momento e realizei a entrevista com a Técnica de Enfermagem, que estava disponível. Saliento aqui, que nesse núcleo tem dois profissionais na equipe, no entanto uma delas encontra-se em férias, critério de exclusão previsto.

Devido a grande fluxo de atendimentos na ESF, não consegui realizar a entrevista com a Enfermeira. Sendo combinada outra data para ser realizado.

### **3.3.12 Apresentação da proposta da pesquisa para gestão**

No dia 01/08/2018, realizei contato telefônico com Coordenadora das Ações em Saúde, Enfermeira Fernanada Garbin, conversei com a mesma sobre a pesquisa e agendei horário para realização da entrevista. Neste mesmo momento, já a informei que o Secretário da Saúde o senhor Douglas Kurtz seria o outro convidado para fazer parte da pesquisa. A mesma disse que iria comunica-lo do contato feito e deixaria um horário em sua agenda na manhã seguinte para fazer as entrevistas. Conforme combinado no dia 02/08/2018, realizei a entrevista. Ambos foram bem receptivos e demonstraram bastante interesse sobre a pesquisa.

### **3.3.13 Exclusão do grupo de Meditação**

Durante a construção do projeto de pesquisa, foram eleitos 05 grupos de usuários da ESF Santa Rita para fazer parte da pesquisa, porém este ano (2018) não foi possível viabilizar o retorno do Grupo de Meditação, devido à incompatibilidade de horário da profissional que realizava condução do mesmo.

## **3.4 TRANSCRIÇÕES**

No dia 19/05/2018, como, já tinha coletado algumas entrevistas, iniciei as primeiras transcrições. Este é a minha primeira pesquisa de campo, com transcrição de entrevistas. Considero que este é um processo muito difícil, cansativo e demorado.

Para auxiliar com este procedimento, resolvi fazer, buscas *on line*, dicas no *youtube*, programa que pudessem facilitar a transcrição das entrevistas, de uma forma mais fácil. Essa busca foi bem cansativa. Baixei alguns programas ou pelo menos tentei. Porém, nada deu muito certo. Os programas gratuitos que consegui encontrar não transcrevem os áudios. No final da manhã já exausta, encontrei uma dica no *youtube*

falando sobre *Google Docs*. Na verdade não era o que esperava, mas o mesmo auxilia a fazer a transcrição das entrevistas.

Essa foi uma ferramenta que está me ajudando, mas este momento é bem cansativo, delicado e demanda muita atenção. Foram realizadas 19 entrevistas e destas 10 transcritas até o momento.

### **3.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este foi um momento muito importante na minha vida acadêmica e profissional, pois proporcionou um contato mais próximo e profundo com a pesquisa. Várias foram às dificuldades enfrentadas, como Residentes em espaço de formação e enquanto instituição UFFS devido à falta de clareza em relação à proposta de pesquisa intervenção, e de como de fato a mesma deva ser construída na sua prática.

Mesmo assim, considero que este processo está sendo construtivo, encontramos vários colegas, professores, e preceptores que se disponibilizaram à sua maneira a nos auxiliar. E apesar de todo o desgaste nessa construção conjunta, me sinto muito satisfeita com a realização desta minha pesquisa. Pois é um momento único, intenso e cheio de desafios, frente a nossa formação e como pesquisadora.

Considero que ser pesquisador não está sendo fácil, pois conciliar pesquisa dentro de uma carga horária que não tem espaço para refletir sobre este processo torna-se quase impossível. Em vários momentos tive dificuldades para por em prática a minha pesquisa, que foram desde a definição do tema, busca por orientadores, construção do projeto, bem como a realização do percurso de intervenção para coleta de dados na prática.

Entre as dificuldades encontradas na prática refere-se ao momento de ida ao campo de pesquisa, pois o tempo para realização desta atividade fica restrito entre as atividades desenvolvidas na ESF. Não discuto aqui a disposição do tempo por parte da preceptora, mas sim a falta de planejamento, dentro do próprio processo de trabalho do núcleo e enquanto unidade de saúde, na qual estamos inseridos e muitas vezes não paramos para refletir sobre a importância do planejamento e somos de maneira sutil, envolvidos no fazer. Pois, o tempo e espaço para estar em campo para desenvolvimento da pesquisa geralmente foram disponibilizados, em um segundo plano do que estava ocorrendo na unidade, não sendo visto como prioridade. Acredito que para os próximos

anos esta proposta possa ser repensada, prevendo para o Residente um espaço na sua carga horária prática, para desenvolvimento da pesquisa dentro da própria matriz curricular. Além do mais temos uma formação voltada para Atenção Primária, no formato de ensino e serviço, que muito mais está voltado mais para o serviço do que no processo de aprimoramento e reflexão das práticas.

Outro momento que considero como dificuldade própria enquanto pesquisadora, foi o campo, não tinha experiência com a coleta de dados, entrevistas, abordagem dos participantes, e transcrições.

No entanto no decorrer da realização da pesquisa percebi ter evoluído neste processo, principalmente no momento da realização das entrevistas, que acredito ter explorado os participantes para obtenção das respostas a qual tenho proposto a responder na pesquisa. Ainda pontuo como dificuldade a coleta de dados com alguns núcleos profissionais, como Médica e Enfermagem, devido à escassez de tempo disponível em suas agendas, pautada na grande demanda pelos seus serviços.

Em relação às facilidades que encontrei, identifico a disponibilidade de todos os envolvidos, desde facilitadores dos grupos, equipes, usuários e gestão participantes da pesquisa. Já em fase de encerramento das entrevistas, e com algumas transcrições em andamento, identifico algumas percepções em relação aos resultados da pesquisa.

Os profissionais percebem a importância do Residente na equipe quando referem que a presença desse profissional vem para desacomodar, trazer movimento e conhecimento novo, das diferentes experiências e formações para ser compartilhado. Também percebem que neste mesmo processo são desafiados a buscar conhecimento para responder aos questionamentos e inquietações que os Residentes provocam na Equipe, o que é considerado positivo. Ainda, a presença dos Residentes nas equipes possibilita que sejam realizadas mais atividades e estas sejam planejadas de acordo com as demandas percebidas. Fato esse torna-se relevante, o que com a equipe mínima seria impossível. No entanto, um aspecto que me chamou a atenção no discurso de um profissional referindo que a equipe deveria ser informada de qual seria o propósito da Residência estar nestes espaços, pois a equipe nem sempre tem o conhecimento de qual é a finalidade da presença destes profissionais. estaria se adequando ao Residente e não o residente a Equipe.

Para os usuários a presença do Residente traz agilidade no fluxo de atendimento, “despacha a fila”, com a Residência o atendimento é mais “complexo e mais rápido”. Também traz a confiança no atendimento realizado pelo Residente e pela qualidade do

mesmo, uma vez que refere “Eu gosto de ser atendido pelo residente, eles tem tempo, disponibilidade, “tem vontade de aprender”, a gente tem “espaço”. Assim, percebe-se que a consulta com Residente é mais que um atendimento técnico, pelo comprometimento e envolvimento que o mesmo tem com o usuário, possibilitando o mesmo ser acolhido, respeitado e ouvido. O atendimento pelos demais profissionais da equipe também é reconhecido, no entanto nem sempre conseguem tempo necessário para o realizar de forma preconizada ao usuário e pelo sistema de saúde, frente a fragilidade no número de profissionais disponíveis nos serviços.

No entanto, com uma avaliação em superfície percebo que os usuários tem uma noção muito frágil do que significa a Residência Multiprofissional, a maioria das respostas vinha em forma de questionamento, e com muita incerteza, do que estavam respondendo. Bem como relacionam muito ao Residente Médico. Acredito que precisamos divulgar a nossa formação, o significado de estar nestes espaços e a forma como ele deve acontecer. Além do mais, ficamos tão restritos ao espaço da unidade de saúde, fazendo o mesmo do mesmo que não conseguimos ser identificados como profissionais em condição distinta.

Em relação à gestão, os mesmos relatam que os locais onde possuem a Residência o atendimento é diferenciado, e isso é identificado pela satisfação da comunidade aos serviços prestados. Ainda perceberam mudanças no processo de trabalho com a inserção de novas práticas nos serviços com a chegada do residente, e com mudança do olhar da população frente à forma de promover saúde, através da implementação das Práticas integrativas e Complementares. Ainda, destaco que a gestão não atenta na melhoria dos atendimentos pautada no atendimento da demanda em números e sim na efetividade e qualidade dos atendimentos, ressaltando que não identifica os Residentes como “mão de obra”.

Neste momento da pesquisa, percebo a importância deste trabalho para a Universidade, município de Marau, gestão, usuários e profissionais, o qual proporcionará o conhecimento de como a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade será reconhecida desde sua implantação em 2013. E a partir disso, disseminar o conhecimento sobre este processo, melhorias ocorridas, dificuldades ainda existentes e o enfrentamento diante do desconhecimento de quem somos.

## REFERENCIAS

ALMEIDA, L. P.G; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2008, 61.1.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: 1º edição. Edições 70, 2011.

BARROS, I. **A importância da Estratégia de Saúde da Família: Contexto Histórico**. Universidade Federal de Minas Gerais. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Teófilo Otoni, 2014. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4357.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2017.

BATISTA, K. B. C; GONÇALVES, O. S. J. (2011). Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**, 20(4), 884-899.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)>. Acesso: 18 de set. 2017

BRASIL. **Departamento de atenção Básica**. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, Departamento de atenção Básica – 2. ed. – Brasília: ministério da saúde, 2008.52 p. : il. color – (série a. normas e manuais técnicos).Disponível em:<[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual\\_estrutura\\_ubs.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_estrutura_ubs.pdf)>.Acesso em 21/set.2017.

BRASIL. Diário Oficial da União. Regulamenta o § 3o do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Lei Complementar nº141, de 13 de janeiro de 2012.



BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em 21/set.2017.

BRASIL. Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b. Seção 1. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>>. Acesso em 21/set.2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Altera e acrescenta dispositivos à Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007, para inserir o Bloco de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde na composição dos blocos de financiamento relativos à transferência de recursos federais para as ações e os serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência 51 Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº 1.555, de 30 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Política de formação de recursos humanos para o SUS: Balanço e perspectivas. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_16.pdf)>. Acesso em 12/out.2017.  
BRASIL. **Política de formação de recursos humanos para o SUS: Balanço e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03\\_16.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_16.pdf)>. Acesso em 12/out.2017.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 out.2017.

BRASIL. Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. **Ministério da Saúde**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2002. Disponível em:<[http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50\\_02rdc.pdf](http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf)>. Acesso em: 04 de set.2017.

BRASIL. **8º Conferencia nacional de Saúde**. Relatório Final, 1986. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)>. Acesso em 13/out.2017.

CAMPOS F.E, AGUIAR R.A.T. Atenção Básica e Reforma Curricular. In: Negri B, Faria R, Viana ALA. Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas (SP): Unicamp; 2002. p. 91-100, organização de Ananyr Porto Fajardo, Daniela Dallegrave. Porto Alegre

CAMPOS, G.W.S; GERREIRO, A.V. P, Organizadores; **Manual de Prática de Atenção Básica**. Saúde Ampliada e Compartilhada. Autores Adriana Coser [et al.] 3.ed. São Paulo: HUCITEC,2013.

CASANOVA, I. A; BATISTA, N.A; MORENO, L.R. Residência Multiprofissional em Saúde Percepção dos residentes sobre a Educação Interprofissional nas práticas colaborativas. **CIAIQ2015**, v. 2, 2015.

Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing population: the challenges ahead. Lancet [Internet]. 2009 Oct [cited 2012 Aug 06];

CORDOBA, E. **SUS e ESF: Sistema único de saúde e estratégia saúde da família**.

COSTA, R. C; RODRIGUES, C. R. F. Percepção dos usuários acerca das práticas de promoção da saúde, vivenciadas em grupos, em uma unidade básica de saúde da família. **Revista de APS**, v. 13, n. 4, 2010.

DAWALIBi, N.W., GOULART, R.M.M., AQUINO, R.C., WITTER, C., BURITI, M.A., & Prearo, L.C. (2014). Índice de desenvolvimento humano e qualidade de vida de idosos frequentadores de Universidades Abertas para a Terceira Idade. *Psicologia & Sociedade*, 26(2), 496-505.

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

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Distribuição da população**. 2010. Disponível em: <[http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm\\_piramide.php?codigo=431180](http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=431180)>. Acesso em: 10 out.2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Informações Completas**. 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=431180>>. Acesso em: 10 out.2017.

Instituto Nacional de Pesquisas e Educacionais. **A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004**. Brasília (DF): Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira; 2006.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro/São Paulo: ABRASCO/HUCITEC, 1992.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14º ed. São Paulo: HUCITEC, 2014.

NEGRI B, Faria R, VIANA ALA. **Recursos Humanos em Saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas (SP): Unicamp; 2002. p. 91-100, organização de Ananyr Porto Fajardo, Daniela Dallegrave. Porto Alegre:

OLIVEIRA F. R. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família: limites e possibilidades para mudanças na formação profissional [dissertação]**. São Paulo: Pontífica Universidade Católica de São Paulo; 2007.

PINHEIRO, J. C. V., CARVALHO, R. M., & FREITAS, K. S. (2009). Análise do suprimento atual e potencial de água potável para os municípios cearenses. *Sociedade & Natureza*, 21(2), 107- 121.

**Plano Municipal da Educação 2015-2024.** Município de Marau, Rio Grande do Sul. 2015. [S. I.: s. n.].

**Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Município de Marau, Rio Grande do Sul. 2014. [S. I.: s. n.].

POPE, C. MAYS, N. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde.** Trad: Ananyr Porto Fajardo. 3º ed. Porto Alegre: Artmed,2009.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. (2012). Desenvolvimento Humano e IDH. Em: <<http://www.pnud.org.br/IDH/DH.aspx>>

Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 1.378, de 09 de julho de 2013.

RIS/GHC: **10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde;** organização de Ananyr Porto Fajardo, Daniela Dallegrave. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014.

SALVADOR, A. S. et al. Construindo a Multiprofissionalidade: Um Olhar Sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 329-338, 2011.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, 2002.

TREVISAN, M.L; LEWGOY, A. M. B. 05. Atuação interdisciplinar em grupo de puérperas: percepção das mulheres e seus familiares. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 8, n. 2, p. 255-273, 2009.

UNIVERSIDADE FEDERAL FRONTEIRA SUL. **Apresentação.** Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde. Disponível em:<<https://www.uffs.edu.br/institucional/pro-reitorias/pesquisa-e-pos-graduacao/comissao-de-residencias-multiprofissionais/apresentacao>>. Acesso em: 14 out.2017.

WILLIG, M.H; LENARDT, M.H and CALDAS, Célia Pereira. **A longevidade segundo histórias de vida de idosos longevos**. Rev. Bras. Enferm. [online]. 2015, vol.68, n.4, pp.697-704.

### **Lincks utilizados para pesquisa**

< <http://www.salamarias.com.br/noticias/artigos>>

<http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=431180&search=rio-grande-do-sul|marau|infoogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria>

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431180&search=||infoogr%E1ficos:-informa%E7%F5es-completas>

[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Tipo\\_Leito.asp?VEstado=43&VMun=431180&VComp=201705](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Leito.asp?VEstado=43&VMun=431180&VComp=201705)

[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Ind\\_Unidade.asp?VEstado=43&VMun=431180&VComp=201705](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=43&VMun=431180&VComp=201705)

[http://populacao.net.br/populacao-marau-todos-os-setores\\_marau\\_rs.html](http://populacao.net.br/populacao-marau-todos-os-setores_marau_rs.html)

<http://svs.aids.gov.br/dashboard/situacao/saude.show.mtw>

<http://www.pmmarau.com.br/marau/11/histaoria>

<http://www.portalnet.com.br/jardel/camara/institucional.php>

<https://cidades.ibge.gov.br/v4/brasil/rs/marau/panorama>

[www.ans.gov.br/index.php](http://www.ans.gov.br/index.php)

Acessos em junho de 2017

#### **4. ARTIGO**

**Residência multiprofissional em saúde da família e comunidade em município de pequeno porte: percepções dos diferentes segmentos.**

**Multiprofessional residence in family and community health in a small municipality: perceptions of the different segments**

**Residencia multiprofesional en salud de la familia y comunidad en municipio de pequeño porte: percepciones de los diferentes segmentos**

Soares Machado, Jucélia<sup>(a)</sup>

Teixeira Borges, Daniela<sup>(b)</sup>

Riggo Antunes, Leila<sup>(c)</sup>

#### **RESUMO**

O estudo analisa a percepção dos diferentes segmentos após a implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC), no município. Utilizou-se da pesquisa de campo com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Foram realizadas 19 entrevistas, entre gestores, usuários e profissionais de saúde. Na percepção da gestão e profissionais o PRMSFC, trouxe um novo olhar para a forma de produzir saúde. Qualificou as equipes e conseqüentemente o atendimento oferecido aos usuários. Para os usuários a Residência amplia e agiliza o acesso aos serviços de saúde e mantém ativa as atividades de educação em saúde. Entende-se que essa modalidade de formação ativou mudanças nos espaços que permeiam o processo formativo. Ainda, há dúvidas em relação às atribuições e aos compromissos dos atores envolvidos. Sugere-se novos estudos, a fim de contemplar maiores dados do programa no Município.

Palavras-chave: Residência não médica. Percepção. Equipe Multiprofissional. SUS. Atenção Básica

---

#### **ABSTRACT**

The study analyzes the perception of the different segments after the implantation of the Multiprofessional Residency Program in Family and Community Health (PRMSFC) in the municipality. Field research was used with

a qualitative, exploratory and descriptive approach. A total of 19 interviews were conducted among managers, users and health professionals. In the perception of management and PRMSFC professionals, brought a new look at how to produce health. Qualified the teams and consequently the service offered to the users. For the users the Residence broadens and speeds access to health services and keeps health education activities active. It is understood that this modality of formation activated changes in the spaces that permeate the formative process. Still, there are doubts regarding the attributions and commitments of the actors involved. Further studies are suggested in order to consider more data of the program in the Municipality.

Keywords: Non-medical residence. Perception. Multiprofessional team. SUS. Basic Attention

---

## RESUMEN

El estudio analiza la percepción de los diferentes segmentos después de la implantación el Programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia y Comunidad (PRMSFC), en el municipio. Se utilizó de la investigación de campo con abordaje cualitativo, exploratorio y descriptivo. Se realizaron de 19 entrevistas, entre gestores, usuarios y profesionales de salud. En la percepción de la gestión y profesionales el PRMSFC, trajo una nueva mirada a la forma de producir salud. Calificó los equipos y consecuentemente la atención ofrecida a los usuarios. Para los usuarios la Residencia amplía y agiliza el acceso a los servicios de salud y mantiene activa las actividades de educación en salud. Se entiende que esa modalidad de formación ha activado cambios en los espacios que permean el proceso formativo. Todavía, hay dudas en relación con las atribuciones y los compromisos de los actores involucrados. Se sugiere nuevos estudios, a fin de contemplar mayores datos del programa en el Municipio.

Palabras clave: Residencia no médica. Percepción. Equipo multiprofesional. SUS. Atención Básica

---

<sup>(a)</sup>Enfermeira Residente no Curso de Pós-graduação em Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal Fronteira Sul (UFFS). Graduada em Enfermagem (UPF). E-mail: jusoares1975@hotmail.com

<sup>(b)</sup> Médica de Família e Comunidade, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Graduação em Medicina, Mestre em Envelhecimento Humano (UPF).E-mail: daniela.borges@uffs.edu.br

<sup>(c)</sup>Enfermeira, Preceptora de Núcleo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) Campus Passo Fundo Especialista em Enfermagem Obstétrica. E-mail: leilajantunes@yahoo.com.br.

## **Introdução**

Ao longo dos 30 anos o Sistema Único de Saúde (SUS), sustentado nos princípios da universalidade, igualdade, equidade e integralidade, tem tentado garantir ações e serviços indispensáveis à promoção de saúde, prevenção de doenças e reabilitação, seja ela, individual ou coletiva<sup>1</sup>. Constituído de uma rede organizada, e em diferentes níveis de atenção e complexidade, se propõe a ser resolutivo em todos os ciclos da vida. Para tal, exige formação qualificada dos profissionais que nele atuam, a fim de cumprir com seus princípios e diretrizes.

Para que o SUS tenha o êxito em seu papel central de ser integral, resolutivo e eficaz, necessita que as transformações sejam colocadas em prática, articulando mudanças nos processos de formação de profissionais da saúde, com políticas públicas direcionadas à qualificação destes, tanto na teoria quanto na prática, para atuar na implementação e reestruturação do modelo de saúde vigente. Colocando em prática um novo olhar sobre o cuidado dentro das equipes de saúde, para atuação multiprofissional, e interdisciplinar, transcendendo o modelo médico centrado<sup>2-3</sup>.

Assim, surgem os programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC), como parte da pós-graduação na modalidade *lato-sensu*, como estratégia para fortalecer o sistema com a formação de recursos humanos para o SUS. A medida propõe qualificar profissionais, aprimorando o trabalho em equipe e de gestão na prática dos serviços, de forma dinâmica, buscando a solução dos problemas de saúde, de forma transdisciplinar, intersetorial, através da presença de equipe multidisciplinar. Nesse espaço, é possível desenvolver metodologias para problematizar e qualificar os modelos de atenção saúde instituídos.



Dessa forma, é possível articular novas estratégias para atuar de forma integral e modificar o modelo de formação hegemônico dos serviços de saúde, que ainda tem sido reproduzido, e que não oferece uma resposta adequada às necessidades de saúde da população<sup>4-5</sup>.

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade difere das demais modalidades, pois tem como estratégia a reorganização da AB, trazendo para o cotidiano da equipe de saúde, novos olhares e saberes, para formar, produzir novas tecnologias de cuidado, articulando os conhecimentos dos atores que ali se encontram com a complexidade dos fatores determinantes que se estabelecem na vida e no cuidado a saúde da população<sup>4</sup>. Ao propor a formação em serviço, para atuar em equipe de saúde, de forma interdisciplinar e assegurando os princípios do SUS, adota metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, centrada no usuário, de base territorial de modo a garantir a formação e atuação fundadas na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar<sup>6-7</sup>.

### **A residência multiprofissional: experiência do município de Marau na modalidade descentralizada.**

O PRMSFC teve sua inserção no Município de Marau no ano de 2013, na modalidade descentralizada. A descentralização da Residência Integrada em Saúde em parceria com o Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC), estabeleceu-se com os municípios que demonstraram interesse para formação de profissionais com ênfase em Saúde da Família e Comunidade. O objetivo era aproximação com atuais políticas de interiorização da formação e da fixação de profissionais em regiões de escassez, visando potencializar a Política Nacional de Atenção Básica<sup>8</sup>.

A decisão pelo município ocorreu devido a sua rede de atenção básica estar organizada, e possuir 100% de cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Além do que situar-se próximo á 6º Coordenadoria Regional de Saúde, cujas redes de atenção em saúde encontravam-se estruturadas, possibilitando ao profissional e, formação vivenciar serviços e itinerários de cuidados específicos.

A parceria do RIS/GHC com o município de Marau, terminou no final de 2015. Entre os envolvidos, avaliou-se que o cenário de prática era positivo e potente, em relação aos objetivos propostos para a formação e qualificação de profissionais voltados para AB/SUS. Assim, fazia-se necessário sedimentar, descentralizar e disseminar a capacidade pedagógica nos serviços de saúde envolvendo trabalhadores, gestores, formadores e o controle social, com instituições que estivessem mais próximas do cenário da prática<sup>8</sup>.

Portanto, no ano de 2016, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), assume a coordenação do programa, que passa a chamar-se Programa de Residência Multiprofissional com ênfase na Saúde, área de concentração: Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade/Saúde Coletiva. Dessa forma, em março de 2016, iniciaram seu percurso formativo seis residentes, sendo dois de cada núcleo profissional: Enfermagem, Psicologia e Farmácia. Dessa forma no final de 2017, concluiu a primeira turma de residentes. Atualmente, há duas turmas vigentes contando com seis residentes no primeiro ano (R1) e cinco no segundo ano do curso (R2).

Após assumir a coordenação, a UFFS, tem mantido o programa, e este vem sendo aprimorado, a fim de especializar e formar recursos humanos em áreas que se relacionam com a saúde. Sua metodologia de ensino é voltada para qualificação profissional, incorporando a formação baseada nas práticas sanitárias do sistema de saúde brasileiro, a partir da integração ensino-serviço, atuando de forma interdisciplinar e multiprofissional na atenção primária em saúde. Portanto, aproximar os estudantes dos cenários de atenção em saúde é fundamental para uma formação pautada na objetividade prática, com densidade científica e responsabilidade social.

Neste sentido, o residente formado desenvolve capacidades e habilidades para atuação em equipe de forma multiprofissional, nos diferentes cenários que possa ser apresentado, aprimorando e qualificando a competência para a análise e enfrentamento das ações que visem à consolidação dos princípios do SUS<sup>9</sup>.

Dessa forma, sabendo que o programa de residência encontra-se instituído no município de Marau a mais de seis anos, e nesse período, não há registros na literatura científica sobre o mesmo. Além do mais, tratando-se de ser um processo de formação de recursos humanos para o SUS e qualificação

da AB, e sua trajetória ser desenvolvida 80% na prática dos serviços de atenção básica, observou-se a necessidade de saber quais as percepções de gestão profissionais e usuários, sobre o programa de residência. Para tanto, o objetivo geral foi analisar as percepções da gestão, dos profissionais de saúde e dos usuários da ESF Santa Rita e São José Operário, sobre o programa de residência multiprofissional em saúde.

## **Metodologia**

Realizou-se pesquisa de campo com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva caracterizada como pesquisa intervenção. Segundo Minayo<sup>10</sup>, a abordagem qualitativa permite compreender o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, atitudes e valores relacionados ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que podem ser aprendidos através do cotidiano, da vivência e do senso comum dos que vivenciam determinada situação.

A pesquisa foi desenvolvida nas ESF's Santa Rita e São José Operário, campo de prática do RMSFC e com os gestores municipais de saúde no município de Marau. O período de realização foi de janeiro a setembro de 2018.

Os participantes foram selecionados para que houvesse uma amostra representativa, em relação à obtenção das respostas para atender aos objetivos da questão de pesquisa. Em nenhum momento, buscou-se saber prioritariamente a percepção de profissionais diretamente ligados a programa da residência, mas sim como integrantes das equipes de saúde.

Do total de 28 participantes selecionados para amostra, somente 19 atenderam plenamente aos critérios de inclusão, ficando assim distribuída:

- dez usuários, definidos mediante sorteio entre os participantes de cada grupo de educação em saúde. Os critérios de inclusão: ambos os sexos, estar com idade entre 18 e 70 anos, pertencer aos territórios de abrangência da ESF Santa Rita e da ESF São José Operário; morar nos territórios há mais de três anos, ter participado das atividades do grupo de educação em saúde ao qual estão vinculados nos últimos seis meses. Critérios de exclusão: estar

impossibilitado de ir até a unidade; ser portador de alguma doença ou agravo que impedisse de responder ao questionário.

- sete profissionais entre as duas ESF's, sendo um participante por núcleo profissional (enfermeiro, médico, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem e agente administrativo), definidos mediante sorteio para os núcleos que continham mais de um profissional. Critérios de inclusão: trabalhar na Atenção Básica há pelo menos dois anos, estar na ESF trabalhando há mais de um ano. Critérios de exclusão: estar afastado do trabalho devido à licença, atestado ou férias no momento da aplicação da entrevista.

- dois gestores: o secretário de saúde e a coordenadora de ações em saúde, sendo essa amostra selecionada por conveniência.

Como instrumento de coleta de informações utilizou-se roteiro semiestruturado, com questões abertas, respondido presencialmente. Os usuários foram informados em roda de conversa sobre o tema da pesquisa, durante atividade do grupo. A definição ocorreu mediante sorteio, e posterior realizado contato para agendamento da entrevista, que foi realizada após a apresentação da proposta de pesquisa, e conforme disponibilidade dos participantes. Aos profissionais de saúde, as informações referentes à pesquisa foram transmitidas durante a reunião de equipe.

Os gestores foram convidados para participar da pesquisa por contato telefônico, e agendada a data para entrevista. Os mesmos só foram informados sobre o tema da pesquisa no momento da entrevista. Todas as entrevistas foram realizadas individualmente, em local que assegurou sigilo e confidencialidade das informações coletadas, e nos seus respectivos espaços de vivência.

Como instrumento de coleta de dados utilizou-se da entrevista semiestruturada, incluindo dados sócios demográficos que era preenchido pelo participante. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente transcritas na íntegra. Utilizou-se da primeira letra de cada segmento entrevistado, seguido de um número como forma de assegurar sigilo e catalogar as transcrições.

Para análise de dados, foi empregado o método de análise de conteúdo de Bardin<sup>11</sup>. Primeiramente foi realizada a leitura exaustiva das transcrições e posteriormente, realizado agrupamento em formato de tabela dos sentidos e significados, individualizados em cada segmento dos entrevistados, e

subdivididos em cada uma das questões norteadoras da entrevista, como forma de ordenação e classificação dos dados.

A seguir, foi realizada a primeira análise descritiva, com compilação dos achados por categoria de análise. A partir dessa primeira análise foram levantadas novas categorias empíricas de acordo com os elementos trazidos pelos diferentes atores. Esses elementos foram novamente agrupados conforme sua aparição no texto, originando finalmente as seguintes categorias: Percepções de gestores, profissionais de saúde e usuários, sobre a residência multiprofissional em saúde: implicações e olhares para modificação dos processos de trabalho e a formação ensino serviço, como ferramenta de acesso e qualificação da atenção básica.

A referente pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa por meio do parecer nº2. 425.054.

## **Resultados e discussão**

A amostra foi composta de 19 participantes, sete profissionais de saúde, sendo quatro pertencentes à ESF Santa Rita, e três da ESF São Jose Operário; dez usuários, sendo seis da ESF Santa Rita e quatro da ESF São José Operário, e os dois gestores. Em relação aos dados sócios demográficos, a faixa etária dos participantes variou entre 30 e 39 anos e 60 a 69 anos, sendo 26,3% em cada uma delas, com média de idade de 44 anos. Quanto ao sexo, houve predomínio do feminino (78,94%). Em relação à escolaridade, a maioria dos entrevistados possui ensino médio completo (42,1%), seguido de ensino fundamental incompleto (26,31%).

Os resultados das entrevistas foram organizados em duas categorias analíticas, a partir da análise de conteúdo. Uma se refere às diferentes percepções de cada segmento parte da RMSFC e outro relacionado aos processos de trabalho em saúde e sua potência na formação de profissionais de saúde, conforme segue:

## **Percepções de gestores, profissionais de saúde e usuários, sobre a Residência Multiprofissional em Saúde: implicações e olhares para modificação dos processos de trabalho.**

Desde sua implementação no município, no ano de 2013, o programa de residência multiprofissional em saúde da família e comunidade, encontra-se em aprimoramento, dada a importância que esse modelo de formação tem para a qualificação da rede de serviços de saúde do município.

Na opinião dos gestores, a presença da residência é vista como um diferencial, ao trazer para o cotidiano de trabalho das equipes qualificação nos atendimentos e maior resolutividade, resultando na satisfação dos usuários. Eles também denotam que esses profissionais conseguem produzir mudanças no olhar da população e equipes sobre o significado de ter e fazer saúde, transpondo o modelo curativista, centrado no médico e no remédio, trabalhando a prevenção, o que fica evidente na fala a seguir:

“[...] então a gente tem a avaliação da residência é que ela veio para mudar toda nossa sistemática de saúde no município, pensando saúde como ela tem que ser pensada, saúde mais da prevenção auxiliando nós nessas atividades...., [...] é que a população muito, pensa muito na saúde curativa, e a residência veio nos auxiliar nesse outro, que a gente quer mudar no município, que é tirar essa cultura, só curativo, só curativo e trabalhar pouquinho na prevenção, trabalhar com grupos, atividades na comunidade e que o que a Residência tem nos auxiliado muito” (G2)

Para Merhy<sup>12</sup>, o trabalho vivo em ato, abre caminhos para as mudanças dos processos de trabalho, e ferramentas para enfrentar a complicada temática das necessidades de saúde. Revela a força excepcional que os trabalhadores possuem e são capazes de produzir, pois, reitera que o principal atributo do trabalho vivo é a liberdade, o autogoverno do trabalhador sobre seu processo de trabalho, colocando-o na posição de ser o principal agente de mudança. Ao utilizar desta liberdade, tem a possibilidade de manter o modelo biomédico ou

operar mudanças drásticas no modo de produzir o cuidado, visto que, no trabalho vivo está à força, a possibilidade de algo novo, criativo.

Para Rodrigues et al<sup>13</sup>, essa transformação se torna possível quando o residente articula mudanças dentro das equipes e nos processos de trabalho, estabelecendo conexões com a comunidade, adotando metodologias de cuidado pautadas no vínculo, no acolhimento, atendimentos compartilhados e maior oferta de acesso do usuário em atividades de educação, promoção da saúde e prevenção de doenças.

No entanto, a formação interprofissional envolve desafios e necessidades significativas. Isso se torna visível na medida em que os usuários reconhecem essas ações como importantes, passam a procurar por atendimento com todos os profissionais que compõem a equipe e não apenas com o médico.

Com equipe ampliada e multiprofissional, os processos de trabalhos se tornam facilitados, deixando de sobrecarregar a equipe. Novas ações puderam ser executadas, como as atividades de monitoramento, vigilância, planejamento, o que proporciona qualificação das atividades desenvolvidas pela equipe, não mais empiricamente, mas baseadas na realidade epidemiológica e às necessidades do território.

“[...] planejar que isso é importante, que a gente vai bastante diferente em relação a isso, a gente poder planejar as ações[.], e a gente acabava fazendo conforme acho que tem que ser, sem ter um planejamento sem ter estudo naquela, daquela população, vai no achômetro, vai faz, e às vezes acaba não dando certo por falta de planejamento. Então a residência tem isso sim de muito forte assim a questão de planejar” (P2)

Para Vilasbôas<sup>14</sup>, o planejamento é uma ferramenta que instrumentaliza racionalmente, sobre uma situação em que pretendemos modificar, definindo caminhos para transformá-la. Assim, o planejamento das ações de saúde faz-se necessário em decorrência da complexificação crescente do processo de trabalho nesta área, em virtude da necessidade de enfrentamento das mudanças que estão ocorrendo nas condições de vida e saúde da população.

Ainda para Testa<sup>15</sup>, não existe um modelo pronto para o planejamento de ações e saúde, muito embora traga o sua reflexão sobre três aspectos fundamentais para o planejamento estratégico, o diagnóstico, o poder e o postulado da coerência. Para tanto, ressalta que é preciso trabalhar com a realidade dos atores sociais e extrapolar a normatividade, utilizando metodologias que possam fazer entender os campos do processo saúde e doença através do diagnóstico da realidade local.

A chegada do residente na equipe de saúde possibilita uma nova visão do processo de trabalho. O residente articula mudanças no local de sua prática, desde a estruturação física, o modo de organizar este espaço, como novos jeitos de fazer às práticas do cotidiano.

“[...] acho que para nós, profissionais de saúde que trabalhamos já há um tempo assim, a gente vê, eee são realmente, desacomodam muito do nosso mundo né, a gente faz pensar e ver os pacientes de outra maneira, pensar o nosso processo trabalho de serviço dentro da unidade né, então essas desacomodações que acontece principalmente, acho que são os pontos essenciais assim e principais ali, que a gente vê que é muito muito importante né de ter residente aqui por causa disso” (P5)

Para além das mudanças em ações, este novo olhar provoca aos membros das equipes a reflexão sobre suas atitudes e condutas no exercício profissional. Possibilita ainda inovar na organização do próprio espaço físico, trazendo novos modelos e alternativas de organização dentro de cada espaço.

“[...] Então, acho de uma importância ímpar realmente, e para nós é gratificante estar participando desse processo e tá podendo auxiliar e também vocês ajudar nós né a melhorar nossos processos trabalho” (P5)

Gadella e Barreto<sup>16</sup>, ao abordarem as percepções da presença do residente, entendem que este consegue ser um agente de transformação, ao disseminar uma prática renovada, através da troca de saberes, levando em conta a realidade local, capaz de produzir mudanças a curto, médio e longo



prazo, com atividade de promoção de saúde e qualidade de vida. Rodrigues et al<sup>13</sup>, reitera que o processo de trabalho só é possível de ser modificado, quando todos envolvidos na construção entendem que essa modificação não é para os residentes, mas para desencadear impactos na rede de serviços no sentido da defesa de um sistema público de saúde.

Tanto para gestão quanto para os profissionais, bem como para os usuários, o residente é visto como um instigador para as mudanças dos processos de trabalho onde se encontra inserido. Sua permanência nas equipes provoca motivação no serviço, proporciona movimento, desacomoda a equipe. A cada chegada possibilita outros olhares no modo de trabalhar, com ideias novas e diferentes, estimulando aquele profissional que está no serviço a mudar e repensar. Isso fica bem evidente na fala da gestão, que ressalta que isto já está tão taxiado dentro da equipe que seria possível que essas mudanças permanecessem sem a presença do Residente.

“[...] hoje se tirasse a residência dessas unidades eu tenho certeza que elas continuariam nesse ritmo, porque foi uma coisa que se consolidou dentro daquela equipe. Como agora, se a gente ampliar as próximas equipe a gente vai ter esse caminhar lento no começo, mas a gente só constrói saúde andando”(G1)

Esse olhar sobre as mudanças nos processos de trabalho torna-se possível quando a equipe percebe a importância de utilizar-se de novas ferramentas para dar maior resolutividade aos serviços ofertados, trabalhando de forma multiprofissional e interprofissional, em busca da integralidade no cuidado, que foram despertados com a chegada do Residente, e tem se mantido inculido nas equipes de saúde. O que resulta em fazer saúde de qualidade, de forma integral e resolutiva aos usuários que se utilizam do sistema de saúde. Segundo a OMS<sup>17</sup>, a prática compartilhada e a integração de saberes de cada profissão resultam em melhorias nas práticas de saúde. A troca de saberes, o trabalho de equipe, a interdisciplinaridade e a vontade de colocar em prática a assistência integral somente é possível com amplo reconhecimento e respeito às especificidades de cada profissão.

Os usuários inferem que o profissional residente, desenvolve as mesmas competências e capacidades do profissional do serviço, sentindo-se muito bem ao serem atendidos por eles. E quando o atendimento é realizado Por este, avalia como “bom”, “ótimo”, “maravilhoso”, e revelam maior facilidade para expor suas demandas, apresentando-se com maior disponibilidade para acolher, uma vez que este demonstra forte interesse e uma escuta qualificada, desenvolvendo uma atenção horizontalizada na busca de resolutividade.

“[...] Ótimo, porque a gente tem bastante atenção à gente tem bastante oportunidade de expressar aquilo à gente temo que a gente sente, não é aquela coisa corrida tão rápido que fazem, é toda oportunidade que a gente tem e explica o que a gente tem melhor” (U3)

Os usuários reiteram que houve agilidade no acesso aos atendimentos bem como diminuiu o tempo de espera. Uma das atividades mais lembrada por todos os segmentos são os grupos de educação e saúde, fortalecidos com a presença do residente.

A maioria dos profissionais avalia a presença do residente como positiva para o serviço, no entanto alguns não entendem qual é o papel do residente, seu envolvimento com os processos de trabalho dentro da equipe, quando relata que tem dificuldade para organização da agenda de serviços, ou quando o mesmo precisa sair deste local, como se expressa a seguir:

“[...] Eu acho que tá somando bastante, porém, em alguns momentos a gente tem que se adaptar à Residência e não a Residência e se adaptar ao serviço, então às vezes a gente têm certas dificuldades em relação [...]” Questão de horários, né algumas às vezes a gente tem alguns procedimentos que são na agenda, ou alguns grupos que a gente tem que se adaptar conforme a residência está, conforme a Residência sai né, nesse sentido” (P6)

Ademais, muitos profissionais e usuários, referem-se à presença desse profissional como um auxiliar/ajuda para equipe, como forma de atender as demandas que, só com a equipe do serviço não seria possível. A gestão nega

que a presença do residente seja vista como apenas ajuda profissional para as equipes.

Mesmo diante de algumas contradições, entre os atores envolvidos, suscitada na fala dos diferentes segmentos que a residência nestes seis anos de atuação no município, é consenso que tem se mostrado pujante na modificação do processo de trabalho. Mudanças significativas foram apontadas e estão em consonância ao que o programa de residência se propõe: formação de profissionais qualificados e capacitados com vistas a atender a integralidade, utilizando de tecnologia de cuidado complexas, para obter resolutividade frente às mais diversas demandas e condições do processo saúde e doença que são encontradas na AB.

### **A formação ensino serviço, como ferramenta de acesso e qualificação da atenção básica.**

As mudanças da representação epidemiológicas de adoecimento da população despertaram para um contexto intrínseco sobre o processo de formação dos profissionais que se relacionavam com a área da saúde e que estariam na ponta do serviço de AB, instituído como ordenadora da entrada do usuário para o SUS.

O processo de consolidação da residência multiprofissional, no momento em que sua coordenação passa a ser da UFFS, em 2015, possibilitou uma reestruturação profunda, desenvolvendo um modelo de pensar o ensino em serviço sob uma ótica mais próxima da realidade local, e mais focada no cuidado em AB. Além de aprofundar a discussão teórica e trazer o residente e a preceptoria local para um embasamento teórico mais profundo sobre a prática do serviço, ampliando o refletir sobre o fazer. Dessa forma aproximou o perfil de profissional em formação, voltado agora essencialmente para o cenário da saúde pública, atrelado aos atributos da AB e em consonância com as diretrizes do SUS.

“[...] Então eu percebo que houve uma mudança muito grande do perfil [...] eu vejo que voltou totalmente para saúde

pública voltada para o campo, voltado para comunidade mesmo, qualificou muito, mas qualificou porque vocês se obrigaram [riso] a criar esse processo novo. O Conceição veio assim como um modelo pronto, então foi abraçado aquele modelo fechado. E vocês construíram o próprio, então ficou muita qualidade [...]”G1

Esse discurso está intimamente ligado a todo o desejo da UFFS, na sua proposta de formação de profissionais nas áreas da saúde para atuarem em equipe, de forma interdisciplinar na AB e na gestão do SUS, qualificando a assistência dos serviços prestados. Neste processo, possibilita-se ao residente interagir com a realidade dos determinantes sociais, aprofundando conhecimento, em busca de formar um profissional com capacidade de análise crítica, visando à atenção integral á saúde, entrelaçando em sua prática novas tecnologias e modelos adequados para atender as lides do sistema de saúde<sup>9</sup>.

Para Coelho<sup>18</sup>, isso só se torna possível quando os implicados neste processo conseguem utilizar-se da “*phrônesis*, frequentemente traduzida por prudência e que corresponde a uma espécie de sabedoria prática adquirida pela vivência e pela observação do que ocorre a nossa volta”.

A implementação do PRMSFC modificou o acesso dos usuários aos serviços. A inserção desses novos profissionais dentro das ESF, voltado às práticas do SUS, incorporam no cotidiano das equipes, novas metodologias de cuidados, possibilitando um fazer diferenciado, que reflete em um usuário satisfeito ao se utilizar dessas novas possibilidades de acesso ao serviço.

“[...] a nossa diferença que a gente tem com a Residência, assim vocês podem atender mais o povo também né, tem mais assistência, tem mais ajuda para nós. E muito bom para ESF [...]” (U3)

“[...] E a confiança né que acho que nós chegamos à ESF já tem confiança de pedir e ter as respostas.[...] Porque muitas vezes criticam o trabalho, mas não sabem o que vocês fazem, porque aqui vocês são Residentes, vocês são médicos, psicólogos, pai mãe né. E tudo isso, aí vai somar para o bem né. [...]” (U7)

“[...] Eu notei que tipo assim, deixou de acarretar muito o posto em si assim, tipo tinha mais profissionais, então tinha mais gente para atender, e não, a população não ficava tanto tempo sem ser atendida né, em menos tempo você conseguia ser atendida [...]” (U5)

É possível observar nas falas dos usuários que acessam o serviço, que estes percebem que o trabalho perpassa o núcleo de saber de somente um profissional. Eles sentem maior complexidade na ação desenvolvida dentro da equipe com a presença do residente, uma vez que a prática da multiprofissionalidade e interdisciplinaridade acontecem nas relações entre os membros por meio da articulação dos diferentes saberes e técnicas em busca de resolutividade. A ação desenvolvida possui maior complexidade pelos integrantes da equipe e deixa de ser fragmentada, o que auxilia na resolução de qual seja o problema que originou a procura pela ESF.

A qualificação dos serviços oferecidos à comunidade, parte do pressuposto que o residente, consegue problematizar e refletir em formato “educar-ensinar- aprender” de um modo diferenciado, entre os distintos segmentos, se apossando de um conhecimento que perpassa seu núcleo de saber.

Desse modo, utiliza-se da metodologia da Educação Permanente que pode ser entendida como aprendizagem-trabalho. Ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm, com o objetivo principal de solucioná-los para que os serviços ofertados ganhem qualidade, e os usuários estejam satisfeitos com a atenção prestada<sup>19</sup>.

Dessa forma, o residente se incorpora nas equipes de saúde e como ferramenta instituída para qualificação da AB, levando em consideração os diversos cenários da prática, território-população e os atores envolvidos usuários/profissionais/gestão/tutores/preceptores/ nos momentos de discussão sobre o processo formativo enquanto profissional em formação. Esse novo olhar fica evidente, quando ofertados novos modelos de atendimento, com consultas compartilhadas, acolhimento com equipe multiprofissional, educação permanente, vínculo, cuidado continuado.

“[...] Mudou muito antes o atendimento era mais lento, agora com as Residentes os atendimentos mais complexo e é mais rápido ”...[...] não tinha muito tempo como era menos pessoa, hoje não, como tem mais Residente tem mais tem mais desenvolvimento no posto também [...] Por causa que, com a ajuda deles o posto se desenvolveu mais. Tem mais grupos, tem mais conversas, tem mais participação, daí o povo vem é atendido mais rápido é bem melhor” (U2)

A presença do residente foi relacionada à manutenção dos grupos de educação em saúde já existentes, bem como à criação de novos grupos, que tiveram uma conotação muito positiva, fato lembrado por todos os segmentos entrevistados. Este profissional foi citado, como um dos principais elementos de fomento desses espaços, fortalecendo o vínculo com a comunidade, mobilizando os usuários e tornando esse momento terapêutico, de troca, de empoderamento, e de cuidado.

Outro aspecto de qualificação de atenção básica deixado como legado dos residentes, ressaltado pelos profissionais e pela gestão, foi à produção científica. Seu processo de construção tem compromisso de buscar solução aos problemas práticos do cotidiano, e se tornam instrumentos de qualificação das ações e dos serviços de saúde. Esse conhecimento gerado assume um papel importante na qualificação da AB em todo o município, ao extrapolar as fronteiras das unidades de referência em que os residentes se encontram. Além do mais, os gestores referem que este olhar perspicaz produz modificações ou traz soluções, que não são visualizadas por aqueles que estão no cotidiano dos serviços.

Muito embora, observadas as melhorias de acesso e de qualificação da AB com a residência, houve a necessidade de adaptar as equipes e os profissionais para essa nova concepção de formação ensino serviço. Isto porque, houve dificuldade no seu auto reconhecimento, como protagonistas dessa modalidade de formação.

No entanto fica clara a consciência, por parte dos profissionais, de que se manter atualizado corrobora para a qualificação da assistência aos usuários.

## **Considerações finais**

Ao refletir sobre a percepção de gestão, profissionais de saúde e usuários, o programa de residência multiprofissional tem se mostrado com espaço de formação em serviço, trazendo para o cotidiano das equipes, novos modelos, olhares e implicações que favoreceram a ampliação do acesso dos usuários, com maior oferta de ações e de serviços, bem como uma qualificação de processos já existentes. Torna-se evidente, nesse contexto, que a atuação da equipe de forma multiprofissional e interdisciplinar com a presença do residente possibilitou oferecer melhor qualidade e maior resolutividade nos serviços ofertados.

Os desafios e as desconfortos trazidas com a chegada dos residentes nas equipes são percebidos pelos profissionais como um propulsor para busca conhecimento. Referem-se também à importância do planejamento de ações, que se tornou possível a partir da equipe ampliada e com olhar multiprofissional.

No entanto, denota-se que alguns profissionais, ainda não entendem qual função, finalidade do residente. Bem como, a importância do modelo de formação ensino serviço, para qualificação dos processos de trabalho, gestão e incorporação de novas práticas de assistência para o sistema de saúde.

Para os usuários a presença do residente é entendida como força de trabalho para equipe, e a possibilidade de acesso ao serviço.

Ainda que a gestão reconheça as mudanças transcorridas desde a implantação da residência, faz-se necessário efetivar um canal de comunicação entre gestão e residente para a formulação de ações em conjunto.

Percebe-se a necessidade de reconhecimento do residente no espaço de ensino serviço, em processo formativo. Entende-se que essa modalidade de formação, tem sido geradora de dúvidas em relação às suas atribuições e aos reais compromissos da gestão e dos profissionais em relação ao modelo de formação, que precisa ser discutida de modo profundo entre os diferentes segmentos.

Ressalta-se a importância e a necessidade de maior aproximação entre a instituição formadora com a gestão do município, proporcionando melhor

entendimento da modalidade de formação, e as competências de cada segmento, em vistas a formação de trabalhadores ao SUS.

Ademais, esse trabalho permitiu maior clareza dos processos permeados pela residência e os atores envolvidos, a partir da reflexão sobre a Residência, no município de Marau RS, com vistas à qualificação do PRMSFC, suas implicações em formação profissional para SUS/AB. Sugere-se que novos estudos sejam feitos sobre a Residência, a fim de contemplar maiores dados do programa no Município.

## Referências

1 Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. [internet] *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 23, p. 1723-1728, 2018.[citado 17 dez 2018]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232018000601723&script=sci\\_abs tract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232018000601723&script=sci_abs tract&tlng=pt)

2 Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In R. Pinheiro & R. Mattos Organizadores. *Os sentidos da integralidade: na atenção e no cuidado a saúde*. 8 ed. p. 117-130 Rio de Janeiro: Cepesc; 2009.

3 Costa GD et al. Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 62, n. 1; 2009.

4 Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

5 Nascimento DD. *A Residência Multiprofissional em Saúde da Família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS*. [dissertação] .São Paulo:Escola de enfermagem de São Paulo; 2008.

6 Ana EH; Célia RP; Dilvo R; Iara MX; Jaime G; Laura BS. *A trajetória dos cursos de graduação na área da saúde: 1991-2004* / Organizadores: Ana Estela Haddad. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.



7 Lei ordinária 11.129/2005 de 30/06/2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, 30 de junho de 2005. [citado em 18, set 2018]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm)

8 Funk CS et al. Residência integrada em saúde do grupo hospitalar conceição. Saúde da Família e Comunidade- Modalidade Descentralizada. In: Farjado A P, Dallegre D. Organização. RIS/GHC: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde; Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014. p. 30-40.

9 Universidade Federal Fronteira Sul. Apresentação [internet] Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde. [citado em 05 out 2018]. Disponível em: <https://www.uffs.edu.br/institucional/pro-reitorias/pesquisa-e-pos-graduacao/comissao-de-residencias-multiprofissionais/apresentacao>.

10 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14º ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.

11 Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: 1º edição. Edições 70, 2011.

12 Franco TB; Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. Em Busca Do Tempo Perdido: A Micropolítica Do Trabalho Vivo Em Ato, Em Saúde. Emerson Elias Merhy. São Paulo: Hucitec; 2013. p.09-49.

13 Terezinha FRC, Lúcia BR, Neves MS, Irina M. Processos de trabalho na atenção básica. In: Terezinha FRC, Lúcia BR, Neves MS, Organizadores. Percursos interprofissionais: formação em serviços no Programa Residência Multiprofissional em Atenção à Saúde. 1. ed. Porto Alegre : Rede UNIDA; 2016.p.124-144.

14 Vilasbôas ALQ. Planejamento e programação das ações de vigilância da saúde no nível local do Sistema Único de Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ EPSJV /PROFORMAR; 2004.

15 Testa M. Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso de salud. Organización Pan Americana de La Salud. Argentina; 1989.

16 Gadelha AKS, Barreto ICHC. Residência integrada em Saúde: percepção dos atores da ênfase em Saúde da Família e Comunidade. Interface- Comunicação, Saúde, Educação, p. 1339-1351; 2018.

17 Organização Mundial da Saúde (OMS). Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa. Genebra: OMS; 2010. [citado em: 20 nov 2018] .Disponível em:  
[http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco\\_para\\_acao.pdf%20](http://www.paho.org/bra/images/stories/documentos/marco_para_acao.pdf%20).

18 Coelho IB. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistências em saúde. In: Campos GWS, Guerreiro AV. Organizadores. Manual de Práticas de Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada, São Paulo. Editora: Hucitec; 2013. p. 96.

19 Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda: polos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde; 2005.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao findar esse percurso de Especialização em Saúde da Família e Comunidade, sinto que consegui concluir com êxito. A Residência foi um espaço escolhido, ao qual desejei estar me desafiando a buscar conhecimento, aprender e trocar. Apesar de por muitas vezes chorar, me decepcionar e ter desejo de desistir, mas que com certeza foram elementos fundamentais para superação, que me engrandeceram nesta caminhada de formação profissional, Enfermeira e pessoal como cidadã, e que também proporcionaram muitas alegrias.

Durante essa caminhada, alguns obstáculos foram encontrados, em especial a realização do trabalho de conclusão da residência TCR, ao qual tivemos dificuldade de entender a o processo metodológico da sua construção. Quando falo “tivemos” refiro - me também a professores, orientadores, tutores e preceptores e coordenação.

No entanto, saliento minha felicidade em relação ao trabalho de conclusão, por ser a primeira pesquisa realizada no município de Marau, após a chegada do programa de Residência a fim de analisar a percepção dos segmentos, gestão usuários e profissionais, sobre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, iniciado no ano de 2013, pelo Grupo Hospitalar Conceição e em continuidade pela Universidade Federal Fronteira Sul.

Tudo que vivi foi muito intenso, principalmente neste último semestre, onde precisamos dar conta das atividades de rotina e tantas outras atividades práticas no turno da noite, escrever o artigo, receber avaliação do MEC, formatação do volume final, entre outras...

A cerca da intervenção, a proposta é realizar no mês de fevereiro 2019, um encontro com gestão, conselho municipal e local de saúde, equipes envolvidas na pesquisa e usuários para socializar achados da pesquisa. Nesta mesma oportunidade, pretende-se detalhar profundamente o processo de formação ensino serviço e a função, finalidade do residente e as atribuições de todos envolvidos neste processo de formação.

Ademais, neste momento de finalização deste percurso, sinto-me muito feliz e honrada. Fica a minha gratidão a todos que de alguma forma contribuíram neste crescimento vivenciado nestes últimos dois anos.

## ANEXO – 1

### FORMA E PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS REVISTA INTERFACE

#### Formato e Estrutura

1 Os originais devem ser digitados em Word ou RTF, fonte Arial 12, respeitando o número máximo de palavras definido por seção da revista.

Todos os originais submetidos à publicação, **sem exceção**, devem ter autoria com a afiliação completa (Instituição, cidade, estado e país) e ID do ORCID, título próprio diferente do título da seção, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol), citações e referências bibliográficas. Devem conter, também, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas, com exceção das seções Resenhas, Notas breves e Cartas ao Editor.

#### Notas

. O texto inicial da seção Debates deve dispor de título, resumo e palavras-chave alusivas à temática, nos três idiomas da revista (português, inglês e espanhol). Os demais textos do Debate devem apresentar apenas título nos três idiomas.

. As entrevistas devem dispor de título e palavras-chave nos três idiomas.

. As resenhas devem apresentar, na primeira página do texto, o título da obra resenhada no seu idioma original, seguido de um subtítulo alusivo ao tema da obra resenhada, elaborada pelo autor da resenha.

2 As seguintes precauções devem ser tomadas pelos autores ao submeter seu manuscrito:

– Excluir do texto todas as informações que identificam a autoria do trabalho, em referências, notas de rodapé e citações, substituindo-as pela expressão **NN [eliminado para efeitos da revisão por pares]**. Os dados dos autores são informados **apenas** em campo específico do formulário de submissão.

– Em documentos do *Microsoft Office*, remover a identificação do autor das Propriedades do Documento (no menu Arquivo > Propriedades), iniciando em Arquivo, no menu principal, e clicando na sequência: Arquivo > Salvar como... > Ferramentas (ou Opções no Mac) > Opções de segurança... > Remover informações pessoais do arquivo ao salvar > OK > Salvar.

– Em PDFs, também remover o nome dos autores das Propriedades do Documento, em Arquivo, no menu principal do *Adobe Acrobat*.

– Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo mas não preenchem os critérios de autoria também são incluídas em campo específico do formulário de submissão.

#### Nota

. Caso o manuscrito seja aprovado para publicação, **todas as informações que foram omitidas devem ser incluídas novamente pelos próprios autores do texto.**

3 O número máximo de autores do manuscrito está limitado a **cinco**. A partir desse número é preciso apresentar uma justificativa, que será analisada pelo Editor. A **autoria** implica assumir publicamente a responsabilidade pelo conteúdo do trabalho submetido à publicação e deve estar baseada na contribuição efetiva dos autores no que se refere a: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do seu conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas essas condições devem ser atendidas.**

#### **Nota**

. O número máximo de manuscritos de um mesmo autor, nos Suplementos, está limitado a **três**.

**4** A página inicial do manuscrito (**Documento principal**) deve conter as seguintes informações (em português, espanhol e inglês): título, resumo e palavras-chave. Na contagem de palavras do resumo, excluem-se título e palavras-chave. **Observe as exceções indicadas no item 1, em relação a essas informações.**

4.1 Título: deve ser conciso e informativo (até vinte palavras).

#### **Notas**

. Se no título houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas vinte palavras.

. Se no título houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas vinte palavras.

4.2 Resumo: deve destacar os aspectos fundamentais do trabalho, podendo incluir o objetivo principal, o enfoque teórico, os procedimentos metodológicos e resultados mais relevantes e as conclusões principais (até 140 palavras). Deve-se evitar a estrutura do resumo em tópicos (Objetivos, Metodologia, Resultados, Conclusões).

#### **Notas**

. Se no resumo houver sigla, o seu significado por extenso deve estar incluído nas 140 palavras.

. Se no resumo houver nome de cidade, deve-se complementar com estado e país, tudo incluído nas 140 palavras.

4.3 Palavras-chave: devem refletir a temática abordada (de três a cinco palavras).

**5** Notas de rodapé são identificadas por letras pequenas sobrescritas, entre parênteses.

Devem ser sequenciais às letras utilizadas na autoria do manuscrito. **E devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.**

**6** Manuscritos referentes a pesquisa com seres humanos devem incluir informação sobre aprovação por Comitê de Ética da área, conforme a Resolução nº 466/2013, do Conselho Nacional de Saúde, ou a Resolução nº 510/2016, que trata das especificidades éticas das pesquisas nas Ciências Humanas e Sociais. Deve-se informar **apenas** o número do processo, apresentando-o no corpo do texto, no final da seção sobre a metodologia do trabalho. **Esse número deve ser mantido na versão final do manuscrito, se for aprovado para publicação.**

**7** Manuscritos com ilustrações devem incluir seus respectivos créditos ou legendas e, **em caso de imagens de pessoas, deve-se incluir também a autorização para o uso dessas imagens pela revista.**

**8** Imagens, figuras ou desenhos devem estar em formato tiff ou jpeg, com resolução mínima de 300 dpi, tamanho 16 x 20 cm, com legenda e fonte Arial 9. Tabelas e gráficos torre podem ser produzidos em *Word* ou *Excel*. Outros tipos de gráficos (pizza, evolução...) devem ser produzidos em programa de imagem (*Photoshop* ou *Corel Draw*). Todas as ilustrações devem estar em arquivos separados do texto original (Documento principal), **com seus respectivos créditos ou legendas e numeração**. No texto deve haver indicação do local de inserção de cada uma delas.

## Nota

. No caso de textos submetidos para a seção de Criação, as imagens devem ser escaneadas em resolução mínima de 300 dpi e enviadas em jpeg ou tiff, tamanho mínimo de 9 x 12 cm e máximo de 18 x 21 cm.

9 Interface adota as normas Vancouver como estilo para as citações e referências de seus manuscritos. Detalhes sobre essas normas e outras observações referentes ao formato dos manuscritos encontram-se no final destas Instruções.

## SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

1 O processo de submissão é feito apenas *on-line*, no sistema *ScholarOne Manuscripts*. Para submeter originais é necessário estar cadastrado no sistema. Para isso é preciso acessar o link <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e seguir as instruções da tela. Uma vez cadastrado e logado, basta clicar em “**Autor**” e iniciar o processo de submissão.

## Nota

. No cadastro de todos os autores, é necessário que as palavras-chave referentes às suas áreas de atuação estejam preenchidas. Para editar o cadastro é necessário que cada autor realize *login* no sistema com seu nome de usuário e senha, entre no Menu, no item “**Editar Conta**”, localizado no canto superior direito da tela e insira as áreas de atuação no passo 3. As áreas de atuação estão descritas no sistema como **Áreas de expertise**.

2 Interface – Comunicação, Saúde, Educação aceita colaborações em português, espanhol e inglês para todas as seções. Apenas trabalhos inéditos e originais, submetidos somente a este periódico, serão encaminhados para avaliação. Os autores devem declarar essas condições em campo específico do formulário de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea a outro periódico, o manuscrito será desconsiderado. A submissão deve ser acompanhada de uma autorização para publicação assinada por todos os autores do manuscrito. O modelo do documento está disponível para *upload* no sistema.

3 Os dados dos autores, informados em campo específico do formulário de submissão, incluem:

– Autor principal: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade. Endereço institucional completo para correspondência (logradouro, número, bairro, cidade, estado, país e CEP). Telefones (fixo e celular) e apenas **um e-mail** (preferencialmente institucional). ID do ORCID.

– Coautores: **vínculo institucional** (apenas um, completo e por extenso), na seguinte ordem: Departamento, Unidade, Universidade, cidade, estado, país. E-mail institucional. ID do ORCID.

## Notas

. Os dados de **todos os autores** devem incluir, **obrigatoriamente**, o **ID do ORCID** (os links para criação ou associação do ID do ORCID existente encontram-se disponíveis no sistema *ScholarOne*, na Etapa 3 da submissão). No ORCID devem constar **pelo menos** a instituição a que o autor pertence e a sua função.

. Não havendo vínculo institucional, informar a formação profissional.

. Em caso do autor ser aluno de graduação ou de pós-graduação, deve-se informar:

**Graduando do curso de ...Pós-graduando do curso...**, indicando, entre parênteses, se é Mestrado, Doutorado ou Pós-Doutorado.

. Titulação, cargo e função dos autores **não devem ser informados**.

. Sempre que o autor usar nome composto em referências e citações, esse dado também deve ser informado.

**Exemplo:** autor Fabio Porto Foresti; em referências e citações indica-se **Porto-Foresti, Fabio**.

**4** Em caso de texto que inclua ilustrações, essas são inseridas com seus respectivos créditos ou legendas como documentos suplementares ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

#### **Nota**

. Em caso de imagens de pessoas, os autores devem providenciar uma autorização para uso dessas imagens pela revista, que também será inserida como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

**5** O título (até vinte palavras), o resumo (até 140 palavras) e as palavras-chave (de três a cinco), **na língua original do manuscrito** e as ilustrações são inseridos em campo específico do formulário de submissão.

**6** Ao fazer a submissão, em **Página de Rosto**, o autor deverá redigir uma carta explicitando se o texto é inédito e original, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se há conflitos de interesse (qualquer compromisso por parte dos autores com as fontes de financiamento ou qualquer tipo de vínculo ou rivalidade que possa ser entendido como **conflito de interesses** deve ser explicitado) e, em caso de pesquisa com seres humanos, se foi aprovada por Comitê de Ética da área, indicando o número do processo e a instituição. Caso o manuscrito **não envolva** pesquisa com seres humanos, também é preciso declarar isso em **Página de Rosto**, justificando a não aprovação por Comitê de Ética.

Da mesma forma, se entre os autores há alunos de graduação, é preciso declarar isso neste campo do formulário.

Informações sobre instituições que apoiaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas não preenchem os critérios de autoria, também são incluídas neste campo do formulário.

Em texto com dois autores ou mais devem ser especificadas, em **Página de Rosto**, as responsabilidades individuais de cada um na preparação do manuscrito, incluindo os seguintes critérios de autoria: **a)** concepção e delineamento do trabalho **ou** participação da discussão dos resultados; **b)** redação do manuscrito **ou** revisão crítica do conteúdo; **c)** aprovação da versão final do manuscrito. **Todas essas condições devem ser atendidas.**

**7** No caso de submissão de **Resenha**, em **Página de Rosto** o autor deve incluir todas as informações sobre a obra resenhada, no padrão das referências usadas em Interface (Vancouver), a saber:

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n): página inicial e final. Deve incluir, ainda, a imagem da capa da obra resenhada, como documento suplementar ao texto principal (**Documento principal**), em campo específico do formulário de submissão.

#### **Exemplo:**

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

**8** No item **Contribuição à Literatura** o autor deverá responder à seguinte pergunta: O que seu texto acrescenta em relação ao já publicado na literatura nacional e internacional?

## Nota

. Nesta breve descrição é necessário inserir a especificidade dos resultados de pesquisa, da revisão ou da experiência no cenário da literatura nacional e internacional acerca do assunto, ressaltando o caráter inédito do trabalho; manuscritos que focalizem questões de interesse apenas local e apresentem abordagens essencialmente descritivas do problema não são prioridade da revista e devem ser evitados.

9 O autor pode indicar um avaliador (do país ou exterior) que possa atuar no julgamento de seu trabalho, **desde que não pertença à mesma instituição do (s) autor (es) do manuscrito**. Se houver necessidade, também deve informar sobre pesquisadores com os quais possa haver conflitos de interesse com seu artigo.

## AVALIAÇÃO DE MANUSCRITOS E PUBLICAÇÃO DOS ORIGINAIS APROVADOS

Interface adota a política editorial estrita de **avaliação de mérito científico por pares, realizada em duas etapas: pré-avaliação e revisão por pares**.

**Pré-avaliação:** todo manuscrito submetido à Interface passa por uma triagem inicial para verificar se está dentro da área de abrangência da revista, se atende às normas editoriais e para identificar pendências na submissão e documentação, incluindo identificação de plágio e auto-plágio, só confirmando a submissão se cumprir todas as normas da revista e quando todos os documentos solicitados estiverem inseridos no sistema. A análise da triagem inicial é concluída pelos editores e editores associados e só seguem para a revisão por pares os textos que:

- atendam aos requisitos mínimos de um artigo científico e ao escopo da revista;
- apresentem relevância e originalidade temática e de resultados e adequação da abordagem teórico-metodológica.

**Revisão por pares:** o texto cuja submissão for confirmada segue para revisão *por pares* (duplo-cego), no mínimo por dois avaliadores, que seguem critérios de originalidade e relevância temática, rigor científico e consistência teórica e metodológica. Os avaliadores são selecionados entre membros do Conselho Editorial ou pareceristas *ad hoc*, pesquisadores da área do escopo do trabalho de diferentes regiões e instituições de ensino e/ou pesquisa.

O material será devolvido ao autor caso os revisores sugiram **pequenas mudanças e/ou correções**. Neste caso, caberá uma nova rodada de avaliação do manuscrito revisto.

## Notas

. Em caso de divergência de pareceres, o texto é encaminhado a um novo relator, para arbitragem.

. A decisão final sobre o mérito científico do trabalho é de responsabilidade do Corpo Editorial (editores e editores associados).

**Edição de artigo aprovado:** uma vez aprovado, os autores recebem uma correspondência com orientações específicas sobre o envio da versão final do texto, para dar início ao processo de edição para publicação e marcação dos originais. Essas orientações incluem:

- atualização dos dados completos do (s) autor (es), confirmando o vínculo institucional ou a formação profissional, e o ID do ORCID, como já indicado no item 3 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS;



– revisão final do texto, incluindo título, palavras-chave, citações e referências, e dos resumos (português, inglês e espanhol), por profissionais especializados indicando, com outra cor de fonte, as correções efetuadas nesta última versão;

– em caso de artigo com dois ou mais autores, inserção, nesta versão final do texto, **antes das Referências**, do item **Contribuições dos autores**, especificando as responsabilidades individuais de cada um na produção do manuscrito, como está explicitamente indicado **no item 6 de SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS**;

– em caso de agradecimentos a pessoas ou instituições, inseri-los também, na versão final do texto, antes das **Referências**, no item **Agradecimentos**.

O processo de edição do artigo aprovado inclui a normalização, diagramação e revisão do material pela equipe técnica de Interface e a aprovação final da versão em PDF pelos autores.

Os textos são de responsabilidade dos autores, não coincidindo, necessariamente, com o ponto de vista do Corpo Editorial da revista.

### Notas

. Caso tenham interesse de publicar seu artigo na língua inglesa, os autores devem manifestar o interesse e contatar imediatamente a Secretaria da revista para informações sobre prazos, custos, contato com profissionais credenciados etc. Essas despesas serão assumidas totalmente pelos autores. As duas versões (português e inglês) serão publicadas na SciELO Brasil.

. Interface passou a adotar a publicação contínua de seus artigos, **publicados em um único volume ao ano**, de forma ininterrupta, de acordo com orientação da SciELO. No Sumário eletrônico da revista, na SciELO e em seu site, apenas a seção a que o artigo foi submetido será indicada.

## PROCESSAMENTO DE MANUSCRITOS EM ACESSO ABERTO

Interface – Comunicação, Saúde, Educação é um periódico de acesso aberto, *on-line* e digital. O movimento internacional de acesso aberto busca garantir o acesso universal a um bem que deve ser de toda a humanidade: o conhecimento. Os custos de produção dos periódicos neste modelo de acesso aberto, ao não serem financiados pelos leitores, requerem um financiamento público.

Durante 19 anos Interface foi mantida quase exclusivamente com recursos públicos. Como atualmente a captação deste recurso cobre parcialmente seus custos, a revista passou a adotar taxa de publicação de manuscritos aprovados, para assegurar sua periodicidade, regularidade, qualidade e o acesso aberto aos artigos publicados.

### Taxa de publicação

Os procedimentos para o pagamento desta taxa serão informados pela secretaria da revista após a aprovação do artigo, quando tem início o processo de preparação dos originais para publicação. Esta taxa será cobrada apenas para artigos aprovados para as seções **Dossiê**, **Artigos**, **Revisão e Espaço Aberto**.

1 Para manuscritos com até 5000 palavras: **R\$ 700,00**

2 Para manuscritos com mais de 5000 palavras: **R\$ 800,00**

A taxa deverá ser paga mediante um depósito em conta bancária cujos dados encontram-se a seguir:

**Fundação para o Desenvolvimento Médico e Hospitalar CNPJ: 46.230.439/0001-01**  
**Banco Santander**  
**Agência 0039**  
**Conta Corrente: 13-006625-3**

No valor **não está incluído** o custo com a tradução do artigo para o inglês, caso haja interesse.

Este custo é responsabilidade dos autores do artigo em publicação.

O valor da taxa pode variar em função de maior ou menor captação de recursos públicos.

## **NORMAS VANCOUVER – citações e referências**

### **CITAÇÕES NO TEXTO**

As citações devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem sendo apresentadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos. Não devem ser inseridas no modo automático, nem como referência cruzada.

#### **Exemplo:**

Segundo Teixeira<sup>1</sup>

De acordo com Schraiber<sup>2</sup>...

#### **Casos específicos de citação**

**1** Referência de mais de dois autores: inserida no corpo do texto, deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão et al.

**2** Citação literal: deve ser inserida no parágrafo, entre aspas (aspas duplas), e acompanhada da página da citação entre parênteses, com a pontuação no final.

#### **Exemplo:**

Partindo dessa relação, podemos afirmar que a natureza do trabalho educativo corresponde ao “[...] ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens” <sup>2</sup> (p. 13).

#### **Notas**

– No caso da citação vir com aspas no texto original, substitui-las pelo apóstrofo ou aspas simples.

#### **Exemplo:**

“Os ‘Requisitos Uniformes’ (estilo Vancouver) baseiam-se, em grande parte, nas normas de estilo da American National Standards Institute (ANSI) adaptado pela NLM” <sup>1</sup> (p. 47).

– No fim de uma citação o sinal de pontuação ficará dentro das aspas se a frase começa e termina com aspas.

#### **Exemplo:**

“Estamos, pois, num contexto em que, como dizia Gramsci, trata-se de uma luta entre o novo que quer nascer e o velho que não quer sair de cena.”<sup>9</sup> (p. 149)

– Quando a frase não está completa dentro das aspas, a pontuação deve ficar fora das aspas.

#### **Exemplo:**

Na visão do CFM, “nunca houve agressão tão violenta contra a categoria e contra a assistência oferecida à população” (p. 3).

**3** Citação literal de mais de três linhas: em parágrafo destacado do texto (um enter antes e um depois), com recuo de 4cm à esquerda, espaço simples, tipo de fonte menor que a utilizada no texto, sem aspas e acompanhada da página da citação entre parênteses (após a pontuação da citação).

**Exemplo:**

Esta reunião que se expandiu e evoluiu para Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE), estabelecendo os Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos – Estilo Vancouver. <sup>2</sup> (p. 42)

**Nota**

**Fragmento de citação no texto**

– utilizar colchete: [...] encontramos algumas falhas no sistema [...] quando relemos o manuscrito, mas nada podia ser feito [...].

**REFERÊNCIAS** (Transcrito e adaptado de Pizzani L, Silva RC, fev 2014; Jeorgina GR, 2008)  
Todos os autores citados no texto devem constar das referências listadas ao final do manuscrito, em ordem numérica, seguindo as normas gerais do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE): <http://www.icmje.org>.

Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no *Index Medicus*: <http://www.nlm.nih.gov>.

As referências são alinhadas somente à margem esquerda e de forma a se identificar o documento, em espaço simples e separadas entre si por espaço duplo. A pontuação segue os padrões internacionais e deve ser uniforme para todas as referências:

Dar um espaço após ponto.

Dar um espaço após ponto e vírgula.

Dar um espaço após dois pontos.

Quando a referência ocupar mais de uma linha, reiniciar na primeira posição.

**EXEMPLOS:**

**LIVRO**

Autor(es) do livro. Título do livro. Edição (número da edição). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação.

**Exemplo:**

Schraiber LB. O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança. 4a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

\*\* Sem indicação do número de páginas.

**Notas**

– **Autor é uma entidade:** SÃO PAULO (Estado). Secretaria do Meio Ambiente. Manjuba (ancharella lepidentostole) no rio Ribeira de Iguape. São Paulo: Ibama; 1990.

– **Séries e coleções:** Migliori R. Paradigmas e educação. São Paulo: Aquariana; 1993 (Visão do futuro, v. 1).

## **CAPÍTULO DE LIVRO**

Autor(es) do capítulo. Título do capítulo. In: nome(s) do(s) autor(es) ou editor(es). Título do livro. Edição (número). Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. página inicial-final do capítulo

### **Exemplos:**

– Autor do livro igual ao autor do capítulo:

Hartz ZMA, organizador. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação dos programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.

– Autor do livro diferente do autor do capítulo:

Cyrino EG, Cyrino AP. A avaliação de habilidades em saúde coletiva no internato e na prova de Residência Médica na Faculdade de Medicina de Botucatu– Unesp. In: Tibério IFLC, Daud-Galloti RM, Troncon LEA, Martins MA, organizadores. Avaliação prática de habilidades clínicas em Medicina. São Paulo: Atheneu; 2012. p. 163-72.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al., se exceder este número.

\*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do capítulo.

## **ARTIGO EM PERIÓDICO**

Autor(es) do artigo. Título do artigo. Título do periódico abreviado. Ano de publicação; volume (número/suplemento):página inicial-final do artigo.

### **Exemplos:**

Teixeira RR. Modelos comunicacionais e práticas de saúde. Interface (Botucatu). 1997; 1(1):7-40.

Ortega F, Zorzanelli R, Meierhoffer LK, Rosário CA, Almeida CF, Andrada BFCC, et al. A construção do diagnóstico do autismo em uma rede social virtual brasileira. Interface (Botucatu). 2013; 17(44):119-32.

\* Até seis autores, separados com vírgula, seguidos de et al. se exceder este número.

\*\* Obrigatório indicar, ao final, a página inicial e final do artigo.

## **DISSERTAÇÃO**

**E**

## **TESE**

Autor. Título do trabalho [tipo]. Cidade (Estado): Instituição onde foi apresentada; ano de defesa do trabalho.

### **Exemplos:**

Macedo LM. Modelos de Atenção Primária em Botucatu-SP: condições de trabalho e os significados de Integralidade apresentados por trabalhadores das unidades básicas de saúde [tese]. Botucatu (SP): Faculdade de Medicina de Botucatu; 2013.

Martins CP. Possibilidades, limites e desafios da humanização no Sistema Único de Saúde (SUS) [dissertação]. Assis (SP): Universidade Estadual Paulista; 2010.

## **TRABALHO EM EVENTO CIENTÍFICO**

Autor(es) do trabalho. Título do trabalho apresentado. In: editor(es) responsáveis pelo evento (se houver). Título do evento: Proceedings ou Anais do ... título do evento; data do evento; cidade e país do evento. Cidade de publicação: Editora; Ano de publicação. Página inicial-final.

### **Exemplo:**

Paim JS. O SUS no ensino médico: retórica ou realidade [Internet]. In: Anais do 33º Congresso Brasileiro de Educação Médica; 1995; São Paulo, Brasil. São Paulo: Associação Brasileira de Educação Médica; 1995. p. 5 [citado 30 Out 2013]. Disponível em: [www.google.com.br](http://www.google.com.br)

\* Quando o trabalho for consultado on-line, mencionar a data de citação (dia Mês abreviado e ano) e o endereço eletrônico: Disponível em: <http://www.....>

### **DOCUMENTO LEGAL**

Título da lei (ou projeto, ou código...), dados da publicação (cidade e data da publicação).

#### **Exemplos:**

Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.

\* Segue os padrões recomendados pela NBR 6023 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT – 2002), com o padrão gráfico adaptado para o Estilo Vancouver.

### **RESENHA**

Autor (es). Cidade: Editora, ano. Resenha de: Autor (es). Título do trabalho. Periódico. Ano; v(n):página inicial e final.

#### **Exemplo:**

Borges KCS, Estevão A, Bagrichevsky M. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. Resenha de: Castiel LD, Guilam MC, Ferreira MS. Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1119-21.

### **ARTIGO EM JORNAL**

Autor do artigo. Título do artigo. Nome do jornal. Data; Seção: página (coluna).

#### **Exemplo:**

Gadelha C, Mundel T. Inovação brasileira, impacto global. Folha de São Paulo. 2013 Nov 12; Opinião:A3.

### **CARTA AO EDITOR**

Autor [cartas]. Periódico (Cidade).ano; v(n.):página inicial-final.

#### **Exemplo:**

Bagrichevsky M, Estevão A. [cartas]. Interface (Botucatu). 2012; 16(43):1143-4.

### **ENTREVISTA PUBLICADA**

– Quando a entrevista consiste em perguntas e respostas, a entrada é sempre pelo entrevistado.

#### **Exemplo:**

Yrjö Engeström. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista a Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

– Quando o entrevistador transcreve a entrevista, a entrada é sempre pelo entrevistador.

#### **Exemplo:**

Lemos M, Pereira-Querol MA, Almeida, IM. A Teoria da Atividade Histórico-Cultural e suas contribuições à Educação, Saúde e Comunicação [entrevista de Yrjö Engeström]. Interface (Botucatu). 2013; 17(46):715-27.

## DOCUMENTO ELETRÔNICO

Autor(es). Título [Internet]. Cidade de publicação: Editora; data da publicação [data de citação com a expressão “citado”]. Endereço do site com a expressão “Disponível em:”

– **Com paginação:** Wagner CD, Persson PB. Chaos in cardiovascular system: an update. Cardiovasc Res. [Internet], 1998 [citado 20 Jun 1999]; 40. Disponível em: <http://www.probe.br/science.html>.

– **Sem paginação:** Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role. Am J Nurs [Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12]; 102(6):[about 1 p.]. Available from: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htmArticle>

\* Os autores devem verificar se os endereços eletrônicos (URL) citados no texto ainda estão ativos.

### Nota

– Se a referência incluir o DOI, este deve ser mantido. Só neste caso (quando a citação for tirada do SciELO, sempre vem o DOI junto; em outros casos, nem sempre).

### Outros exemplos podem ser encontrados

em [http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

## OUTRAS OBSERVAÇÕES

### TÍTULOS E SUBTÍTULOS

1 Título do manuscrito – em negrito, com a primeira letra em caixa alta

2 Títulos de seção (Introdução, Metodologia, Resultados, Considerações finais...) – em negrito, apenas com a primeira letra em caixa alta

3 Quando houver subdivisão na seção assinalar da seguinte forma **[subtítulo]**,

4 Caso esta subdivisão ainda tenha outra subdivisão: assinalar **[sub-subtítulo]** e assim sucessivamente.

### Nota

– Excluir números e marcadores automáticos antes dos títulos e subtítulos.

**Exemplo:** 1 Introdução, 2 Metodologia... **Fica apenas** Introdução, Metodologia...

### PALAVRAS-CHAVE

**Apenas a primeira letra em caixa alta, o resto em caixa baixa. Ponto final entre as palavras-chave.**

### NOTAS DE RODAPÉ

1 Nota de rodapé vinculada ao título do texto deve ser identificada com asterisco (\*), ao final do título.

2 Informações dos autores devem ser indicadas como nota de rodapé, iniciando por<sup>(a)</sup>, indicadas entre parênteses.

### Nota

– Essas notas devem ser curtas, devido ao espaço restrito da página de rosto do artigo.

**3** No corpo do texto as notas de rodapé devem seguir a sequência iniciada na página de rosto (se o texto tiver dois autores, por exemplo, a primeira nota de rodapé do texto deve ser <sup>(a)</sup>).

#### **Nota**

– Notas de rodapé devem ser sucintas, usadas somente quando necessário.

### **DESTAQUE DE PALAVRAS OU TRECHOS NO TEXTO**

Devem estar entre aspas (aspas duplas).

Interface **não** utiliza negrito ou itálico para destaque.

Itálico é usado apenas para grafia de palavras estrangeiras.

Os destaques entre aspas devem ser sucintos, usados somente quando necessário.

**USO DE CAIXA ALTA OU CAIXA BAIXA (baseado em: FRITSCHER, Carlos Cezar et al. Manual de urgências médicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002, p. 468.)**

#### **Emprega-se caixa alta:**

**1** No início de período ou citação.

**2** Nos nomes dos corpos celestes: Saturno, Sol, Marte, Via Láctea.

**3** Nos nomes dos pontos cardeais e dos colaterais quando indicam as grandes regiões do Brasil do mundo: Sul, Nordeste.

#### **Nota**

– Quando designam direções ou quando se empregam como adjetivo, escrevem-se com **caixa baixa**: o nordeste do Rio Grande do Norte.

**4** Na palavra **estado**, quando personificada ou individualizada: o Estado (Brasil).

**5** Nos pronomes de tratamento e nas suas abreviaturas: Vossa Excelência, Senhor, Dona.

#### **6 Em siglas:**

. se pronunciável pelas letras (UFGRS, UFF, OMS): tudo em caixa alta;

. se pronunciável como palavra (Unesp, Unicef...): só a primeira letra em caixa alta.

Exceções: ONU, UEL, USP.

#### **Nota**

– Ao usar sigla, primeiro escreve-se por extenso e depois a sigla, entre parênteses.

**7 Na primeira letra de palavras que indicam** datas oficiais e nomes de fatos ou épocas históricas, de festas religiosas, de atos solenes e de grandes empreendimentos públicos ou institucionais: Sete de Setembro, Idade Média, Festa do Divino, Dia de Natal.

**8 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de disciplinas de um currículo, de uma área de estudo ou exame: História da Educação, Psicologia, Avaliação, Exame da Ordem.

**9 Na primeira letra de palavras que indicam** áreas do conhecimento, instituições e religiões: Saúde Coletiva, Epidemiologia, Medicina, Enfermagem, Educação, História, Ciências Sociais, Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, Cristianismo.

**10 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de leis, decretos, atos ou diplomas oficiais: Lei dos Direitos Autorais nº 9.609.

**11 Na primeira letra de** todos os elementos de um nome próprio composto, unidos por hífen: Pró-Reitoria de Graduação, Pós-Graduação em Finanças.

**12 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de eventos (cursos, palestras, conferências, simpósios, feiras, festas, exposições, etc.): Simpósio Internacional de Epilepsia; Jornada Paulista de Radiologia, Congresso Brasileiro de Solos.

**13 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de diversos setores de uma administração ou instituição: Reitoria, Pró-Reitoria de Extensão Universitária, Assessoria Jurídica, Conselho Departamental, Departamento de Jornalismo, Centro de Pastoral Universitária.

**14 Na primeira letra de palavras que indicam** acidentes geográficos e sua denominação: Rio das Antas, Serra do Mar, Golfo Pérsico, Cabo da Boa Esperança, Oceano Atlântico.

**15 Na primeira letra de palavras que indicam** nomes de logradouros públicos: Avenida Faria Lima, Rua Madalena, Parque Trianon, Praça Michelângelo.

#### **Emprega-se caixa baixa:**

**1** Na designação de profissões e ocupantes de cargo: presidente, ministro, senador, secretário, papa, diretor, coordenador, advogado, professor, reitor.

**2** Em casos como os seguintes: era espacial, era nuclear, era pré-industrial, etc.

#### **USO DE NUMERAIS**

##### **Escrever por extenso:**

– de zero a dez;

– dezenas e centenas “cheias”: dez pacientes; vinte carros; trezentas pessoas; oitenta alunos, seiscentos internos...

– quantidade aproximada: Eram cerca de quatrocentos alunos.

– unidades de ordem elevada: A grande São Paulo possui cerca de vinte milhões de habitantes.

##### **Escrever em algarismos numéricos:**

– a partir do número 11;

– quando seguidos de unidades padronizadas: 10cm; 6l; 600m

#### **USO DE CARDINAIS**

##### **Escrever por extenso:**

– de zero a dez.



## ANEXO-2

### COMPROVANTE DE SUBMISSÃO PARA REVISTA E *email* CONFIRMATÓRIO

# Confirmação da submissão



---

Obrigado pela sua submissão

---

**Submetido para**

Interface - Comunicação, Saúde, Educação

**ID do manuscrito**

ICSE-2019-0044

**Título**

Residência multiprofissional em saúde da família e comunidade em município de pequeno porte: percepções dos diferentes segmentos

**Autores**

MACHADO SOARES, JUCÉLIA

Borges, Daniela

ANTUNES RIGGO, LEILA

**Data da submissão**

29-jan-2019

Prezado (a) Sra. MACHADO SOARES,

Seu manuscrito intitulado “Residência multiprofissional em saúde da família e comunidade em município de pequeno porte: percepções dos diferentes segmentos” foi submetido no sistema com sucesso iniciando o processo de avaliação de mérito (pré-avaliação e avaliação por pares)

em Interface – Comunicação, Saúde, Educação.

O ID do manuscrito é ICSE-2019-0044 e deverá ser mencionado em toda correspondência enviada para a revista ou em contato com a Interface.

Se houver mudança em seu endereço postal e/ou endereço eletrônico, por favor, acesse ScholarOne Manuscripts no endereço <http://mc04.manuscriptcentral.com/icse-scielo> e faça a atualização de seus dados cadastrais. Enfatizamos a importância de manter também os demais dados do seu perfil atualizados, principalmente as palavras-chave referentes a sua (s) área (s) de conhecimento.

NOTA: acompanhe o status do seu manuscrito durante todo processo de avaliação de mérito, acessando o sistema e em Autor, clicando no item Manuscritos Submetidos.

Por motivo de férias coletivas, as submissões recebidas no período de 1 de dezembro de 2018 a 31 de janeiro de 2019, só serão analisadas a partir de 1 de fevereiro de 2019.

Agradecendo pela submissão em Interface – Comunicação, Saúde, Educação,  
Atenciosamente,

Antonio Pithon Cyrino

Editor-chefe

Interface – Comunicação, Saúde, Educação