

### Educação interprofissional na Atenção Básica: um estudo cartográfico da formação de residentes em Saúde

Interprofessional education in primary care: a cartographic study of resident training (abstract: p. 17)

Educación interprofesional en Atención Primaria: un estudio cartográfico de la formación de residentes en salud (resumen: p. 17)

Alisson Tiago Gonçalves Vieira<sup>(a)</sup>

<alisson.tiago@souunit.com.br> 

Luciano Bairros da Silva<sup>(b)</sup>

<luciano.silva@uncisal.edu.br> 

<sup>(a)</sup> Curso de Psicologia, Campus Amélia Maria Uchôa, Centro Universitário Tiradentes. Avenida Gustavo Paiva, n. 5.017, Bairro Cruz das Almas. Maceió, AL, Brasil. 57038-000.

<sup>(b)</sup> Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Maceió, AL, Brasil.

O artigo objetivou cartografar o processo de educação interprofissional em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. A pesquisa está apoiada nos fundamentos teórico-metodológicos da filosofia da diferença e no método cartográfico. O cenário da pesquisa incluiu Unidades Básicas de Saúde e setores técnicos da Secretaria Municipal de Saúde da capital Maceió. As atividades e os encontros realizados no período de formação, de 2015 a 2017, foram registrados em diários de bordo. A leitura desses registros inspirou a escrita de crônicas-narrativas, procedimento para sistematização das informações, as quais constituíram o *corpus* do trabalho. A análise resultou nos eixos: movimentos de (des)territorialização; relação formação-trabalho; (trans)formações da Psicologia; e participação e controle social. Considerou-se o corpo o principal dispositivo para educação interprofissional, sugerindo a necessidade de espaços coletivos orientados para análise compartilhada da atenção e da gestão na Atenção Básica.

**Palavras-chave:** Educação interprofissional. Formação profissional. Práticas interdisciplinares. Residência multiprofissional. Atenção primária à saúde.

## Introdução

O artigo trata da educação interprofissional em serviço no Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de uma pesquisa cartográfica em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. A Organização Pan-americana de Saúde define, como uma das linhas estratégicas para que os países alcancem a meta de acesso universal de saúde, a promoção de acordos do setor saúde com o setor educacional para produzir a formação de profissionais orientados a atender às necessidades dos sistemas de saúde e com forte inserção nos serviços da rede básica<sup>1</sup>. No Brasil, as redes de colaboração entre instituições de ensino e pesquisa com as secretarias, os órgãos e o Ministério da Saúde são responsáveis por grande parte das práticas de aprendizagem em serviço para formação de profissionais da saúde, as quais fomentam a apropriação técnica como também a incorporação dos valores vinculados ao SUS<sup>2</sup>.

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde são uma modalidade de ensino de Pós-Graduação *lato sensu* voltados para aprendizagem em serviço e operados por essas redes de colaboração intersetorial entre Instituições de Ensino Superior e a rede de Atenção à Saúde<sup>3</sup>. Tal modelo está articulado aos princípios da educação interprofissional, definida como a formação realizada com e entre estudantes de diferentes profissões, a qual busca: promover a aprendizagem de forma integrada e colaborativa por meio de práticas orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS; e induzir processos para compreensão da complexidade dos serviços como também do contexto sociopolítico das comunidades. Os alunos residentes realizam o curso no período de dois anos, no regime de dedicação exclusiva, desenvolvendo sessenta horas de atividades semanais sob supervisão, quando 80% da carga horária é direcionada a atividades práticas em serviço e 20%, a atividades de formação teórica ou teórico-prática.

As Residências são uma estratégia para a formação de profissionais de saúde que objetivam superar a hegemonia do modelo disciplinar, fragmentado e curativo do cuidado, muito presente nos cursos de Graduação<sup>4,5</sup>. Oportuniza ao residente um período de atuação e reflexão sobre as demandas da política pública de saúde e das comunidades assistidas para que experimente e invente respostas consoante a esse cenário<sup>6,7</sup>. As Residências podem também impulsionar a criação de cenários de ensino-serviço, ou um sistema de saúde-escola, que contribui para a formação dos profissionais de saúde, a adoção de uma concepção ampliada de saúde e a construção de itinerários de cuidado em redes<sup>4,8</sup>. Entendendo-se que parte significativa da demanda dos usuários está relacionada com a percepção que eles têm sobre o que a rede de saúde pode lhes oferecer, é preciso considerar que a inserção de residentes de um amplo repertório de áreas do saber no campo da Atenção Básica complexifica e tensiona a produção de novas demandas de saúde por parte daqueles usuários<sup>9</sup>.

Os residentes enfatizam com frequência que a experiência do trabalho interdisciplinar é uma das atividades fundamentais no percurso da educação interprofissional em serviço, pois oferece a eles o desenvolvimento associado de dois aspectos: técnico, respeitando e conhecendo a contribuição de cada área; e interpessoal, para comunicação e atuação sobre a produção intersubjetiva dos processos de saúde-doença<sup>6,8-11</sup>. O formato de dedicação exclusiva e interação prolongada com a rede de saúde é considerado um ponto que favorece ao residente a aprendizagem sobre o fazer coletivo e colaborativo, a produção de vínculos com a comunidade e o aprofundamento do conhecimento sobre as dinâmicas de vida nos territórios<sup>10,12</sup>. Para muitos residentes, a Residência é a sua primeira experiência de trabalho, e realizar e concluir esse curso, em certa medida, favorece a inserção deles no mercado de trabalho, embora o SUS necessite avançar na institucionalização de estratégias que priorizem o ingresso desses profissionais formados e qualificados em áreas prioritárias de saúde<sup>4,6,13,14</sup>.

Pela Residência também são oportunizadas práticas de participação e controle social, as quais fomentam a formação orientada à democracia institucional, à participação comunitária na definição das prioridades de gestão e atenção, como também à transversalização da Saúde Coletiva a dispositivos de outras políticas públicas e movimentos sociais<sup>15</sup>. Uma experiência de promoção em saúde conduzida por residentes demonstrou que essas ações ampliam a utilização dos espaços públicos na comunidade, fomentam a coletividade entre os usuários, problematizam a realidade de vida no território e incorporam o conhecimento de saúde dos membros da comunidade<sup>14</sup> às práticas da equipe. É necessário, porém, maior atenção às atividades de controle social na formação de residentes, pois elas costumam estar fragilizadas e enfrentar problemas para sua manutenção por colocar em questão as formas e as relações de poder instituídas no setor saúde, além de contarem com baixa participação dos profissionais das equipes e raramente serem reconhecidas como espaços produtores de saúde e cidadania<sup>7,11</sup>.

Outro ponto desafiador para as Residências costuma ser a preparação dos docentes, tutores e preceptores. Às Instituições de Ensino Superior compete disponibilizar docentes e tutores, os quais, por vezes, apresentam competências e trajetórias profissionais dissonantes com os objetivos dos programas de Residência, além das dificuldades que encontram para realizar a supervisão dos residentes no próprio cenário de práticas<sup>4,6,13</sup>. Em outras situações, o que preocupa é não ser oportunizada uma preparação para o preceptor – profissional da rede de saúde que recebe o residente – se responsabilizar pelo processo de aprendizagem em serviço de outro profissional, o que limita seu potencial para contribuir com essas formações<sup>8,12</sup>.

Entendemos que a formação é algo complexo no contexto da Atenção Básica e, para refletir sobre o tema, se torna necessário considerar o sujeito em formação e como ele é produzido nas redes relacionais entre os diferentes atores (usuários, trabalhadores, gestores, pesquisadores e outros), que configuram e produzem o SUS. Desse modo, esta pesquisa objetivou cartografar o processo de educação interprofissional em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família por meio do percurso de um psicólogo residente. O estudo visa contribuir com conhecimentos teórico-práticos sobre os desafios e possibilidades da educação interprofissional que melhor preparem os profissionais de saúde para operar a Política de Atenção Básica.

A escrita do trabalho está situada no processo de formação-investigação e em elementos históricos e culturais das comunidades que compunham os cenários de práticas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na capital Maceió. O enunciado fixado na parede da Associação de Pescadores de uma dessas comunidades, “Cada homem, um peixe. Cada ser humano, um pescador.”, inspirou a produção de outros enunciados relacionados ao processo cartográfico da pesquisa, quando se tomou metaforicamente a Residência como o barco utilizado para navegar a rede de Atenção Básica, tomada como o próprio mar.

## Método

A pesquisa está apoiada nos fundamentos teórico-metodológicos da Filosofia da Diferença e da Cartografia, os quais se configuraram em remos e lemes para orientar o acompanhamento dos processos, as implicações ético-políticas e intervenções no plano coletivo<sup>16</sup>. A cartografia corresponde, desse modo, a um método de produção de informações e intervenções em determinado contexto sobre os processos micropolíticos e macropolíticos investigados<sup>17</sup>. Nesse método, o pesquisador busca ocupar os microlugares para ser afetado e fazer parte deles, prestando atenção às dinâmicas relacionais, pessoas e histórias que elas narram, reconhecendo os sentidos produzidos e negociados nesse contexto, que pressupõem a inseparabilidade entre os atos de pesquisar-intervir, o que implica a presença do pesquisador nas micropolíticas relacionais próprias dos contextos pesquisados<sup>18</sup>.

## Cenário da pesquisa

O campo-mar da pesquisa foram os cenários de práticas da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal), que incluem: as quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) pertencentes ao segundo Distrito Sanitário da capital Maceió; e os dispositivos sociais das políticas de educação e assistência social e associações de moradores situados nas áreas adscritas a essas unidades, assim como em alguns setores técnicos que ficavam localizados no prédio-sede da Secretaria Municipal de Saúde. O programa de Residência existe desde 2009 e sua proposta político-pedagógica prevê atividades na comunidade, acompanhamento de equipes assistenciais e de gestão em Saúde. O ingresso anual de residentes inclui dois profissionais de cada uma das seguintes áreas: Educação Física, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional.

No primeiro ano, os residentes conhecem e intervêm no território por meio da assistência à comunidade e da gestão das práticas, em que desenvolvem atividades como: territorialização, planejamento, atendimentos, visitas domiciliares, educação em saúde, discussões de caso e produções de projetos terapêuticos singulares. As ações devem abranger diferentes públicos (crianças, homens, mulheres, adolescentes, idosos e gestantes) e considerar a complexidade das demandas territoriais e populacionais. No segundo ano, os

residentes inserem-se nas atividades de gestão das políticas públicas em Saúde com interface na Atenção Básica. São eleitos setores técnicos, administrativos e gerenciais pelos residentes de acordo com a disponibilidade dos preceptores, os quais se propõem a acompanhá-los nas atividades. Os setores incluíam as áreas temáticas: Educação em Saúde, Saúde Bucal, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Vigilância Epidemiológica, Saúde do Trabalhador, Promoção em Saúde, Atenção em Saúde e Vigilância Sanitária.

## A implicação do pesquisador

O método cartográfico, de acordo com a premissa institucionalista, parte da concepção de que é preciso transformar a realidade para conhecê-la. Nesse sentido, a “experiência cartográfica acompanha processos, mais do que representa estado de coisas; intervém na realidade, mais do que interpreta; dissolve o ponto de vista dos observadores, mais do que centraliza o conhecimento em uma perspectiva identitária e pessoal”<sup>18</sup> (p. 170). Desse modo, o pesquisador – primeiro autor do artigo – seguiu um devir peixe-pescador pelos elementos que compunham seu objeto cartografado. Assim, cartografar o processo de educação interprofissional engendrou movimentos de tornar-se peixe-pescador para conhecer-navegar e intervir-mergulhar no contexto do campo-mar da pesquisa-intervenção.

Ao navegar e mergulhar no campo-mar, o pesquisador vivenciou a dupla função de produzir e ser produto desse processo, a qual se efetivou tanto por vivenciar a formação-trabalho como residente de Psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, como por realizar essa pesquisa no mesmo cenário de suas práticas de aprendizagem em serviço. O exercício de se tornar peixe-pescador consistiu em transformar o corpo, fazer vibrar o corpo pelos elementos com que se relacionava, fazer do corpo um movimento de (des)(re)territorialização, quando: “Se for preciso, tomarei meu território em meu próprio corpo, territorializo meu corpo: a casa da tartaruga, o eremitério do crustáceo, mas também todas as tatuagens que fazem do corpo um território”<sup>19</sup> (p. 104). Desse modo, um território é formado pela acomodação de elementos singulares de um contexto, os quais, em um primeiro movimento, podem ser dissipados e desconectados modificando a materialidade, processo denominado desterritorialização. E, em um segundo movimento, conectados e conjugados, estabilizando-se, inventando algo diferente do estabelecido por meio do processo denominado de reterritorialização<sup>19,20</sup>.

## Produção dos dados

Considerando o processo da pesquisa um movimento de navegação pela Atenção Básica, foi desenvolvida uma política da narratividade para tomar nota das rotas e memórias do percurso formativo, entendida “como uma posição que tomamos quando, em relação ao mundo e a si mesmo, definimos uma forma de expressão do que se passa, do que acontece”<sup>18</sup> (p. 151). O primeiro movimento foi produzir diários de bordo, conforme propõem Passos e Barros<sup>18</sup>, para registrar, questionar e refletir sobre os espaços, experiências, afetos e relações do percurso que permeiam as implicações, experimentações, intervenções e a formação do pesquisador.

Os diários de bordo condizem com os registros das experiências ocorridas no programa de Residência, de março de 2015 a janeiro de 2017, período que incluiu a navegação pelas comunidades e Unidades Básicas de Saúde (UBS) por meio de encontros e diálogos com usuários, preceptores e tutores da Residência, profissionais de saúde e colegas de turma. Os diários de bordo produzidos foram lidos no período de janeiro a junho de 2017 e inspiraram a escrita de crônicas-narrativas produzidas como procedimento de sistematização e análise das informações relacionadas à dimensão subjetiva e às afetações agenciadas nos encontros.

## **Análise do material**

Para análise do material, utilizou-se o procedimento narrativo da desmontagem, proposto por Passos e Barros<sup>18</sup>, o qual consiste em decompor e incorporar no texto elementos do fora-texto, com base em estranhamentos, intensidades, interrogações e inventividades do contexto, pois “[...] do caso extrai-se a agitação de microcasos como microlutas nele trazidas à cena. O caso individual [...] é a ocasião para o formigamento de mil casos ou intralutas que revelam a espessura política da realidade do caso”<sup>18</sup> (p. 161-2).

As crônicas-narrativas formaram o *corpus* do trabalho e foram analisadas em conformidade com o referencial teórico da Filosofia da Diferença, contemplando as linhas de segmentaridades propostas por Deleuze e Parnet<sup>21</sup> utilizadas como operadores teóricos de análise: a) linhas duras que operam na organização binária e sobrecodificação dos elementos; b) linhas flexíveis que são identificadas por operar pequenos desvios ou modificações parciais nas binaridades e sobrecodificações; e c) linhas de fuga que não se reduzem a estrutura binária e produzem rupturas das linhas duras e flexíveis e inventam outros elementos.

A fase de análise foi realizada de forma conjunta pelos autores, por meio de: a) leituras sucessivas das crônicas-narrativas; b) identificação das pistas e linhas teóricas presentes nos contextos e no processo da pesquisa; c) mapeamento e seleção dos enunciados; e d) organização de tal seleção para alcance dos objetivos do estudo. O material selecionado foi organizado em quatro eixos de análise: movimentos de (des)territorialização; relação formação-trabalho; (trans)formações da Psicologia; e participação e controle social.

## **Aspectos éticos**

A pesquisa foi aprovada sob parecer número 1.929.583 emitido pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas.

## Resultados e discussão

A apresentação dos resultados contempla os eixos de análise: movimentos de (des)territorialização; relação formação-trabalho; (trans)formações da Psicologia; e participação e controle social. Cada eixo está organizado da seguinte forma: inicia-se com a apresentação de um trecho do material retirado das crônicas-narrativas e, a seguir, desenvolvem-se as análises e a discussão.

### Desbravar o mar: movimentos de (des)territorialização

Lembro-me do dia mais esperado pelos ingressantes [residentes], o dia de conhecer o território. Antes de conhecermos, já tínhamos dialogado com os residentes do segundo ano sobre ele. Alguns elementos me chamaram atenção em seus relatos, a exemplo da prevalência de algumas comorbidades como a hipertensão e diabetes, o contexto violento e tráfico de drogas, a cultura local, a dinâmica do lugar e as relações das equipes de saúde entre eles e a comunidade. Saí da instituição com tantas inquietações com o que foi dito que decidi conhecer a comunidade com meus próprios olhos, fiquei como São Tomé... (Crônicas-narrativas, 2017)

Essa crônica apresenta os primeiros momentos de diálogos e encontros entre os residentes e a comunidade. Geralmente, em UBS localizadas nas regiões periféricas das cidades, existe a tendência de as ações em saúde limitarem-se ao caráter clínico, o que fragiliza a atenção às necessidades do território e distancia a equipe de saúde da comunidade<sup>22</sup>. Nesse sentido, os contextos comunitários marcados por violência e medo podem reforçar a manutenção desses distanciamentos entre profissionais e usuários, o que de algum modo foi promovido nas conversas estabelecidas entre os residentes.

Não satisfeito com os primeiros diálogos, fiz uma aposta de entrar na comunidade e percorrer as ruas do bairro, em um movimento de abertura para conhecê-lo e me deixar afetar. Isso implicou movimentos de experimentação do corpo, (des)fazendo-se por meio do território, pois “os principais estratos que aprisionam o homem são o organismo, mas também a significância e a interpretação, a subjetivação e a sujeição”<sup>23</sup> (p. 70). Estar no processo de territorialização consistiu, portanto, em rachar e romper os limites geográficos do território para experimentá-lo como algo mutável e dinâmico com abertura às exterioridades, tornando-o poroso às singularidades do contexto para educação interprofissional.

Tratou-se de praticar uma espécie de nomadismo que borrou as segmentaridades duras que provocam binaridades (dentro-fora) no território, as quais comumente reduzem o território a sua delimitação geográfica para operar, sob uma lógica utilitária e funcional, uma administração e uma ordenação de saúde para a população que ali reside<sup>24</sup>. Em outros termos, o território é tomado como ponto de partida para o investimento da equipe com os usuários e como cenário de existência e produção de vida

das comunidades, que seguem em constante transformação e quanto mais de dentro se está, mais se consegue identificar os pontos por onde esse território transborda e os poros por onde ele vaza<sup>25</sup>. Do mesmo modo, o território é também produtor da orientação e da (trans)formação dos saberes e ações realizadas, que só são possíveis por meio dos corpos e afetações com a comunidade. Pois, como afirmam Deleuze e Guattari<sup>20</sup>, "[...] o corpo não é questão de objetos parciais, mas de velocidades diferenciais. Esses movimentos são movimentos de desterritorialização. São eles que 'dão' ao corpo um organismo, animal ou humano". (p. 26)

Nesse sentido, refletimos que um corpo pode se transformar em peixe para mergulhar no cotidiano e (re)inventar práticas com ele, bem como se tornar pescador de histórias e sentidos do contexto. De acordo com esse argumento, entendemos que a formação em serviço deve fomentar aos residentes e equipes de saúde a incursão e o contato permanente com a comunidade assistida, com o objetivo de (trans)formar seus saberes e as ações específicas de educação interprofissional pelas intensidades e singularidades produzidas no território. Assim, esses profissionais estariam mais bem preparados, ou melhor, mais sensíveis para identificar e atuar com os problemas e as necessidades locais de saúde.

## As agulhas e linhas: relação formação-trabalho

Após o processo de territorialização, criamos grupos e elaboramos estratégias de Educação e Promoção em Saúde na comunidade. Realizamos diversas reuniões para pensar as formas de trabalho: a divisão da equipe, elaboração de cronogramas, instrumentos de acompanhamento e recursos educativos. Tínhamos desejos, ansiedades e medos que ora nos potencializavam, ora nos paralisavam! [...] Existiram conflitos e tensionamentos relativos às diferenças de posicionamentos, formações pessoais, profissionais e institucionais. Foi preciso dialogar e trabalhar as diferenças! Somar todas elas para garantir processos de trabalho diversificados, não amorfos e pautados em diretrizes assépticas e monocromáticas. Era preciso fazer as diferenças colorir o grupo e a técnica com as potencialidades e dificuldades de cada um e da comunidade, transformando o monocromático. (Crônicas-narrativas, 2017)

O fragmento narra como ocorreu a organização e a realização das atividades após o processo de territorialização na comunidade. Ao navegar nos territórios, identifiquei a diversidade de linhas que correspondiam às formações pessoais, disciplinares e institucionais. Forjamos nossas ferramentas e relações de trabalho com base em nossos compromissos e afetos. Entendemos que esse processo de dissolução de binaridades e problematização das nossas formas de trabalho esteve sintonizado com a educação interprofissional e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que tem como fundamento integrar os processos de saber-fazer no cotidiano das relações de trabalho, com a finalidade de transformá-los com constante reflexão sobre tais relações<sup>26</sup>.



Desse modo, os profissionais de saúde podem estar nesse processo como um cartógrafo compartilhando saberes e práticas, desnaturalizando verdades e dissolvendo pontos de vista solidificados e relacionados a conhecimentos universais e neutros, acompanhando processos e produzindo modos inseparáveis de conhecer e cuidar<sup>17</sup>.

Destaca-se que a educação permanente e também a educação interprofissional “possuem como diretriz comum a mudança da educação e formação de profissionais”<sup>27</sup> (p. 7). De modo que a prática interprofissional, orientada pela educação permanente, é também uma ferramenta para superar a hegemonia do modelo biomédico na determinação das práticas de saúde ao operar momentos de construção e desconstrução de identidades profissionais. O desenvolvimento de momentos de integração interprofissional, orientados para reflexão crítica das práticas, adquire potência para organizar o trabalho colaborativo e o apoio interprofissional e para aumentar a resolutividade e a integralidade da atenção<sup>9,28</sup>. Por colocar o trabalho em análise, a educação permanente destaca-se pela capacidade de promover mudanças na organização do trabalho e no acesso que atendam a diferentes e complexos problemas de um território sempre em transformação<sup>29</sup>. Constitui-se, assim, em uma aposta política para o debate e a articulação de atores em torno de um SUS integral e resolutivo<sup>27</sup>.

Nesse sentido, a formação interprofissional deve garantir espaços de diálogo e reflexão, seja na Unidade Básica de Saúde seja em outros espaços da comunidade, que borrem as fronteiras entre processos de ensino-aprendizagem e processos de trabalho. Esses espaços tornam-se *locus* de produção do cuidado, como também de produção dos sujeitos que cuidam.

## A rede e a pesca: (trans)formação da Psicologia

O trabalho clínico deveria ser focado nos sintomas e na solução das demandas espontâneas que surgissem durante o período de trabalho na UBS. Como psicólogo, deveria realizar uma escuta dos aspectos ‘psicológicos’, sem considerar os determinantes sociais em saúde, bifurcando o processo saúde-doença e descontextualizando-o dos processos políticos e sociais. [...] Lembro de Clarice Lispector quando nos inquieta com o verso em prosa: “Perder-se também é caminho”. Eu precisei me perder para ter criatividade de inventar minha história, realizar as travessias e refletir sobre meus compromissos que estavam sobre os meus pés e minhas mãos. (Crônicas-narrativas, 2017)

O fragmento narra um convite ao residente de Psicologia para que ele opere o trabalho de consultório no contexto da UBS, respondendo às demandas dos usuários e aos encaminhamentos dos demais profissionais da equipe. Nesse sentido, parece ainda imperar uma Psicologia orientada ao modelo da clínica-individualista que, inclusive na atual Política Nacional de Atenção Básica, prevê a disposição dos profissionais psicólogos em serviços afastados do cenário mais direto do território, ou seja, destinando-os a

equipes de apoio institucional e matricial nesse nível de atenção<sup>30</sup>. Compreendemos que os saberes e fazeres técnicos e científicos da Psicologia configuram um rosto, uma máscara política, impregnada de subjetividade, a qual utilizamos para intervir e produzir conhecimento. Nesse sentido, se “o rosto é uma política, desfazer o rosto também o é, engajando devires reais, todo um devir-clandestino. Desfazer o rosto é o mesmo que atravessar o muro do significante, sair do buraco negro da subjetividade”<sup>20</sup> (p.46).

Nesse caminho, espera-se um salto qualitativo da Psicologia na Atenção Básica por meio da análise e da reinvenção de suas práticas, para que se oriente pelo trabalho em equipe, pela ação intersetorial e pela atenção aos determinantes de ordem social que influem no processo de saúde-doença nos territórios<sup>5,31</sup>. É necessário que a Psicologia realize rupturas com o rosto que lhe é mais tradicional, para que opere por meio da reflexão crítica sobre seu posicionamento ético-político diante dos contextos de vida e do direito à saúde da população<sup>32</sup>. Sem dúvida esse processo de mudança não pode se limitar às práticas de formação em nível especializado, como é o caso dos Programas de Residência, mas deve apresentar, desde a Graduação, a tônica da integração dos saberes, a atenção às necessidades locais, a inseparabilidade entre o aprender e o fazer, além de estar orientado à coisa pública<sup>33,34</sup>.

A Residência é uma estratégia que promove a aprendizagem pela relação e pela troca de saberes com diferentes atores, como profissionais, estudantes e usuários. Isso oportuniza à Psicologia desconstruir estereótipos sobre outras profissões, realizar uma reflexão sobre ela mesma e aprender pelos conhecimentos dos demais profissionais e usuários<sup>35</sup>. De qualquer modo, a educação interprofissional dos residentes deve induzir a um reposicionamento ético e político da Psicologia na Atenção Básica para que sejam agenciadas práticas que busquem romper com os entraves que dificultam a efetivação do direito universal de acesso à saúde integral.

## Os peixes que falam: participação e controle social

Os residentes iniciaram um trabalho de conversas na sala de espera sobre o controle social. Após a realização de três encontros, um usuário reivindicou a falta de visitas domiciliares por um Agente Comunitário de Saúde. Os estudantes foram chamados pelo gestor da Unidade para conversar sobre o problema e foram informados que não poderiam realizar mais discussões sobre o tema com a comunidade na Unidade Básica de Saúde, pois as pessoas não estavam preparadas para o que estava sendo dialogado. [...] O grupo deixou de ser realizado, a equipe de residentes e os diálogos sobre o Controle Social foram silenciados na Unidade. (Crônicas-narrativas, 2017)

A participação e o controle social são mecanismos que permitem ao usuário deliberar e fiscalizar o uso eficiente dos recursos públicos, diretrizes fundamentais para o exercício de controle sobre seu direito de saúde<sup>15</sup>. O fragmento da crônica-narrativa apresenta uma iniciativa para criar um ambiente de participação social na Unidade Básica de Saúde, mas após os usuários fazerem as primeiras reivindicações o tema foi silenciado. No entanto,

os residentes deram continuidade aos diálogos sobre o controle social, não mais na sala de espera, mas sim nos grupos de educação em saúde, operando linhas de fuga para informar os usuários sobre seus direitos e o exercício da cidadania, bem como sobre a importância da participação social. Quando reconhecida a circularidade entre processos de trabalho e necessidades de saúde, abre-se a possibilidade de comunicação entre a equipe e a comunidade que repercute em ajustes, acomodações e mudanças na organização do serviço de saúde<sup>36</sup>.

As atividades de participação e controle social fazem parte da formação dos residentes para a política de saúde. Podemos, então, problematizar para qual política? Rancière<sup>37</sup> faz uma distinção entre política, que considera toda e qualquer ação de litígio que interrompe as maquinarias e os efeitos de uma ordem de dominação, e o termo polícia, que define como as práticas de governança normatizam a distribuição de lugares e funções dos sujeitos, assim como os modos de ser, dizer e fazer.

No relato apresentado, observamos que, logo que as primeiras ações políticas foram disparadas nas conversas entre usuários e equipe de saúde na sala de espera da UBS, a ação de polícia reagiu para que essas vozes fossem silenciadas e o atual modo de governança não sofresse interrupções. Nesse sentido, apontamos que a formação em serviço dos residentes corre o risco de se limitar a ações policiais de saúde quando essa política pública é assimilada pela assimetria entre profissionais e usuários, cabendo àqueles a definição dos modos de saúde e a estes se ajustar às normas e à assistência que lhes é ofertada. De outro modo, a formação em serviço pode ser política quando orientada a práticas para democracia institucional, fazendo escutar as vozes de distintos sujeitos e coletivos, que de fato acionam movimentos insurgentes para negociação da ordem dos modos de atenção e gestão da saúde. Afinal, o acompanhamento, a fiscalização e a participação social na gestão pública proporcionaram historicamente articulações entre diversos atores na produção de coletivos, tais como: associações, movimentos, conselhos e fóruns no enfrentamento das desigualdades sociais, conquistas de direitos e exercício de cidadania.

A educação interprofissional dos residentes deve preocupar-se em incluir a ação política que fomente o encontro entre vozes que falam em desacordo sobre direito e acesso à saúde, a fim de preparar esses profissionais para produzir um SUS por meio da ampla participação cidadã. Ou seja, profissionais que reconheçam e potencializem no SUS as reivindicações, a visibilidade e a ação direta de usuários e coletivos negros, quilombolas, indígenas, feministas, trans e todos aqueles que compõem os territórios existenciais e comunitários na relação com a Atenção Básica.

## Considerações finais

A pesquisa cartografou o processo de educação interprofissional na Atenção Básica por meio de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. No mapeamento desse percurso foram destacados quatro processos que consideramos fundamentais na formação de profissionais para Atenção Básica. Em todos eles é possível identificar o valor e a potencialidade da articulação entre os diferentes atores nas práticas de educação interprofissional.



O primeiro diz respeito ao processo de territorialização, que não deve limitar-se aos usos administrativos de ordenação dos recursos de saúde e de pessoas. Os profissionais de saúde têm a possibilidade de tomar o próprio corpo como um dispositivo potente para se aproximar e intervir nos espaços e nas relações que se produzem no território, mergulhar em micropolíticas do cotidiano das comunidades e se permitir (des)(re)territorializar-se e afetar-se pelos saberes, prazeres, fazeres e necessidades locais de saúde. Dessa maneira, abrir o corpo às porosidades de “perceptos e afectos” que vão além dos indicadores de saúde já instituídos.

O segundo faz referência à necessidade do uso e da criação de estratégias em serviço apoiadas na inseparabilidade dos processos de aprendizagem e do trabalho. Nesse sentido, a educação permanente em saúde aporta dispositivos para colocar em análise os processos de saber-fazer o cuidar, possibilitando transformações na organização da atenção e da gestão em saúde e nos sujeitos para fomentar o trabalho colaborativo, integrado e interdependente.

Em terceiro, tomou-se como análise a pertinência das práticas da Psicologia à Atenção Básica, a qual deve seguir operando rupturas com perspectivas individualizantes e reducionistas que a posicionem ética e politicamente na efetivação do direito universal à saúde. Para isso, existe a necessidade de configurações (trans)formadoras para que profissionais psicólogos potencializem o público em detrimento do privado, concebam a inseparabilidade das ações clínicas-políticas e corresponsabilizem-se pela promoção de saúde e cidadania.

O quarto processo trata da participação e do controle social, que deve se efetivar por meio de ações que questionem ou denunciem as relações de dominação, fenômeno insurgente que garante a democracia institucional sobre os modos de atenção e gestão da saúde. Esse movimento coloca em relação coletivos de distintas posições e interesses para falar e negociar seus desacordos sobre direito e acesso à saúde.

Afetar-se e experimentar os processos dessa navegação-pesquisa e mergulho-intervenção pelos cenários de aprendizagem em serviço de saúde produziram algumas inquietações, as quais foram compartilhadas neste artigo para que outros processos se iniciem ou permaneçam em curso. Afinal, de que nos serve um mar se não temos ousadia de realizar a navegação? De que nos serve a navegação se não temos coragem de resistir às adversidades dos caminhos, realizar as rupturas e forjar as alianças necessárias para consolidar o que desejamos? De que nos serve o desejo se não nos rebelarmos para desacomodar o instituído e (re)inventar nossas memórias e escritas no SUS pelo qual lutamos?



## Contribuição dos autores

Ambos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

## Agradecimentos

A todas as pessoas que participaram, de forma direta e indireta, da produção desta pesquisa, em especial aos colegas residentes, aos professores e preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Uncisal, aos usuários e trabalhadores do SUS que inspiraram e compuseram a escrita das crônicas-narrativas e deste artigo.

## Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

## Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



### Editora

Roseli Esquerdo Lopes

### Editora associada

Maria Antonia Ramos de Azevedo

### Submetido em

19/02/21

### Aprovado em

29/11/21

## Referências

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Estratégia de recursos humanos para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Washington, DC: OPAS, OMS; 2017.
2. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(6):1723-8. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.
3. Brasil. Presidência da República. Lei nº 11.129, de 30 de Junho de 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 nº 10.683, de 28 de Maio de 2003, e nº 10.429, de 24 de Abril de 2002; e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1 Jul 2005.
4. Nascimento RCS, Paim MC, Carmo DS. Regionalizando a residência em área profissional de saúde: reflexões sobre interprofissionalidade no estado da Bahia. In: Castro JL, Vilar RLA, Costa TPT, organizadores. *Trabalho e educação na saúde: análises e vivências*. Natal: UNA; 2020. p. 190-216.
5. Santos RGA, Bernardes JS. Seis propostas para a formação em Psicologia: um diálogo entre PET-Saúde e Ítalo Calvino. *Interface (Botucatu)*. 2019; 23:e180267. Doi: <https://doi.org/10.1590/Interface.180267>.
6. Sardá Júnior J, Dias ID, Ros MA, Oliveira GB. Condicionantes motivacionais escolha Residência Multiprofissional Atenção Básica. *Rev Bras Educ Med*. 2020; 44(3):e083. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190046>.
7. Gomes ER, Heberle AM, Maximo CE, Manske GS. Psicólogos na Residência Multiprofissional Em Atenção Básica: estudo a partir de documentos e sujeitos. *Saude Pesqui*. 2017; 10(2):271-82. Doi: <https://doi.org/10.177651/1983-1870.2017v10n2p271-282>.
8. Pinho LMG, Garcia VL, Nogueira-Martins MCF. Implantação da Residência Médica e Multiprofissional em Saúde da Família em um município paulista: percepção de residentes da primeira turma (2014-2016). *Rev Bras Pesqui Saude*. 2018; 20(1):23-31.
9. Nordi ABA, Aciole GG. Apoio matricial: uma experiência da Residência Multiprofissional em Saúde. *Trab Educ Saude*. 2017; 15(2):485-500. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00053>.
10. Rosa NB, Silva-Roosli ACB. A Psicologia na Atenção Básica: possibilidades de intervenção na promoção e prevenção à saúde. *Rev Psicol Saude*. 2019; 11(2):99-114. Doi: <https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.654>.
11. Paiz JC, Dallegre D. Avaliação de um Programa de Residência Multiprofissional como tecnologia educativa para consolidação do quadrilátero da formação em saúde. *Saude Redes*. 2017; 3(1):18-26. Doi: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2017v3n1p18-26>.
12. Mateus NG, Machado DA. A formação multiprofissional em saúde sob a ótica do residente. *Rev Fund Care*. 2018; 10(2):593-8. Doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.593-598>.
13. Oshima AMMY, Besegato JF, Lima CV, Noronha MDS, Hoepfner MG, Caldarelli PG. Perfil, atuação e satisfação de cirurgiões-dentistas em Residências Multiprofissionais em Saúde da região Sul do Brasil. *Rev ABENO*. 2018; 18(1):134-45. Doi: <https://doi.org/10.30979/rev.abeno.v18i1.475>.



14. Oliveira Junior JB, Wachholz LB, Manske GS, Lange FC. Promoção da saúde através da educação popular e práticas corporais: potencializando o cuidado e fortalecendo os vínculos sociais. *Motrivivência (Florianópolis)*. 2020; 32(62):1-15. Doi: <https://doi.org/10.5007/2175-8042.2020e65380>.
15. Sapucaia SN, Low T, Santos EO. Residência multiprofissional e atenção básica: o lugar do conselho gestor no fomento à participação social. *Rev Psicol Polit*. 2018; 18(41):134-46.
16. Deleuze G, Guattari F. *O que é a Filosofia?* Rio de Janeiro: Editora 34; 2010.
17. Passos E, Kastrup V, Escóssia L. Sobre a formação do cartógrafo e o problema das políticas cognitivas. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2020. p. 201-5.
18. Passos E, Barros RB. Por uma política da narratividade. In: Passos E, Kastrup V, Escóssia L, organizadores. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina; 2020. p. 150-71.
19. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34; 2012. v. 4.
20. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34; 2012. v. 3.
21. Deleuze G, Parnet C. *Diálogos*. São Paulo: Escuta; 1998.
22. Prata NISS, Groisman D, Martins DA, Rabello ET, Mota FS, Jorge MA, et al. Saúde Mental e Atenção Básica: território, violência e o desafio das abordagens psicossociais. *Trab Educ Saude*. 2017; 15(1):33-53. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00046>.
23. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. Rio de Janeiro: Editora 34; 2011. v. 2.
24. Bernardes AG. Território e acesso: questões sobre as políticas de saúde brasileiras. *Av Psicol Latinoam*. 2017; 35(2):339-49. Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4194>.
25. Hillesheim B, Couto CDR. Saúde e nomadismo: território e pertencimento. *Athenea Digital*. 2017; 17(3):115-29. Doi: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1846>.
26. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
27. Ogata MN, Silva JAM, Peduzzi M, Costa MV, Fortuna CM, Feliciano AB. Interfaces between permanent education and interprofessional education in health. *Rev Esc Enferm USP*. 2021; 55:e03733. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020018903733>.
28. Vendruscolo C, Trindade LL, Maffissoni AL, Martini JG, Silva Filho CC, Sandri JVA. Implication of the training and continuing education process for the interprofessional performance. *Rev Bras Enferm*. 2020; 73(2):e20180359. Doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0359>.
29. Santos AR, Santos RMM, Franco TB, Matumoto S, Vilela ABA. Educação Permanente na Estratégia Saúde da Família: potencialidades e resignificações. *Rev Enferm UFPE*. 2021; 14(1):e245355. Doi: <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.245355>.
30. Medeiros RHA. Psicologia, saúde e território: experiências na Atenção Básica. *Psicol Estud*. 2020; 25:e43725. Doi: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.43725>.
31. Melo MIS, Galindo WCM. O trabalho como residente de psicologia em equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). *Pesqui Prat Psicossociais*. 2018; 13(4):1-16.



32. Cintra MS, Bernardo MH. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. *Psicol Cienc Prof.* 2017; 37(4):883-96. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000832017>.
33. Santana AL, Rocha MA, Bernardes JS, Ribeiro MAT. Estágio Curricular em Saúde e em Psicologia: análise de documentos de domínio público. *Athenea Digital.* 2016; 16(3):507-28. Doi: <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2036>.
34. Pitombeira DF, Xavier AS, Barroso REC, Oliveira PRS. Psicologia e a Formação para a Saúde: experiências formativas e transformações curriculares em debate. *Psicol Cienc Prof.* 2016; 36(2):280-91. Doi: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001722014>.
35. Araújo HPA, Santos LC, Domingos TS, Alencar RA. Multiprofessional family health residency as a setting for education and interprofessional practices. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2021; 29:e3450. Doi: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4484.3450>.
36. Peduzzi M, Agreli HLF, Silva JAM, Souza HS. Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. *Trab Educ Saude.* 2020; 18 Suppl 1:e0024678. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>.
37. Rancière J. O desentendimento: política e filosofia. São Paulo: Editora 34; 1996.





The aim of this study was to map the process of interprofessional education on a multidisciplinary family health residency program. The study draws on the theoretical and methodological underpinnings of the philosophy of difference and cartography. The study setting comprised primary care centers and technical sectors in the Maceió City Department of Health. Activities and meetings conducted during the training period (2015 to 2017) were recorded in logbooks. The reading of these records inspired the production of narrative chronicles, a procedure used to systemize information into a corpus of work. The analysis resulted in the following core themes: (de)territorialization movements; training-work relationships; psychological (trans)formations; and public participation. The corpus was considered the main device for interprofessional education, suggesting the need for collective spaces oriented towards the shared analysis of care and the management of primary care.

**Keywords:** Interprofessional education. Professional training. Interdisciplinary practices. Multidisciplinary residence programs. Primary health care.

---

El objetivo del artículo fue cartografiar el proceso de educación interprofesional en un Programa de Residencia Multiprofesional en Salud de la Familia. La investigación se apoya en los fundamentos teórico-metodológicos de la filosofía de la diferencia y en el método cartográfico. El escenario de la investigación incluyó Unidades Básicas de Salud y sectores técnicos de la Secretaría Municipal de Salud de la capital Maceió. Las actividades y los encuentros realizados en el período de formación, de 2015 a 2017, se registraron en los diarios de a bordo. La lectura de esos registros inspiró la escritura de crónicas-narrativas, procedimiento para sistematización de las informaciones, que constituyeron el *corpus* del trabajo. El análisis resultó en los ejes: movimientos de (des)territorialización; relación formación-trabajo; (trans)formaciones de la Psicología; y participación y control social. Se consideró el cuerpo como el principal dispositivo para la educación interprofesional, sugiriendo la necesidad de espacios colectivos orientados hacia el análisis compartido de la atención y de la gestión en la Atención Básica.

**Palabras clave:** Educación interprofesional. Formación profesional. Prácticas interdisciplinarias. Residencia multiprofesional. Atención Primaria de la Salud.