

LEONARDO SALES LIMA

**A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES ACERCA DE UMA EXPERIÊNCIA NO
ESTADO DO PIAUÍ.**

**Teresina – PI
2010**

Leonardo Sales Lima

**A CONSTRUÇÃO DE UM PROJETO DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM
SAÚDE DA FAMÍLIA: REFLEXÕES ACERCA DE UMA EXPERIÊNCIA NO
ESTADO DO PIAUÍ.**

Dissertação apresentada à Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências e Saúde. Área de concentração: Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Linha de Pesquisa: Análise de Políticas, sistemas, programas e serviços de saúde.

Orientador: Prof. Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa

**Teresina – PI
2010**

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lima, L.S. A construção de um projeto de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família: reflexões acerca de uma experiência no Estado do Piauí. [Dissertação de Mestrado]. Teresina: Universidade Federal do Piauí, 2010.

Teresina, ___/ ___/ _____

Banca examinadora

1) Prof.Dr. José Ivo dos Santos Pedrosa

Titulação: Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas

Julgamento: _____ Assinatura: _____

2) Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Titulação: Doutor em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Julgamento: _____ Assinatura: _____

3) Profa. Dra. Maria Divina Ferreira Lima

Titulação: Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Julgamento: _____ Assinatura: _____

*Este trabalho é dedicado a todos os meus
amigos que me fazem sorrir e acreditar cada
dia mais na vida.*

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Amparo, minhas avós Cilda e Maria Gomes, por todo o exemplo de coragem e perseverança;

Aos meus alunos da Faculdade Santo Agostinho, da Universidade Estadual do Piauí, da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz e da Faculdade NOVAFAPI que me deram energia para finalizar esta dissertação;

Ao Professor “Zé” Ivo, meu orientador, que me serve de exemplo em toda a minha prática profissional e que me permitiu ensinamentos que levarei para a vida toda;

À Professora Gláucia por me apresentar, com sensibilidade, os encantos da saúde pública e da educação popular, me oportunizando vivenciar espaços de grandiosas aprendizagens;

À Carlinha e Helinho, meus amigos que acreditaram nesta proposta da residência no Piauí, e mudaram sonhos, destinos e vidas para viver essa experiência impar;

À Patricia (Paty) que trouxe felicidade pra meus dias nos dois anos que moramos juntos, e a Lola pela presença diária;

À amiga Laurení's, que com seu sorriso cativa a todos e a todas, e que me fez aprender que mesmo com os baixos da vida, a gente precisa seguir sempre com energias positivas;

À Iolete, Jesus, José Antônio, Francineide, Creuza, Francisco e todos aqueles que contribuíram com minha passagem na Secretaria Estadual de Saúde, lugar onde aprendi grande parte do profissional que sou hoje;

Às minhas amigas, sanitaristas, residentes, lutadoras, sonhadoras que fizeram parte da 1ª turma de Residência Multiprofissional em Saúde da UESPI;

Aos Agentes Comunitários de Saúde que me fizeram compreender o verdadeiro modo de fazer Saúde da Família;

Enfim, aos meus amigos que são minha família, que estão presentes na minha vida, que compartilham seus sonhos, que compartilham alegrias e tristezas, que me fazem perceber a todo dia que não estou só, meu muito obrigado!

A utopia está lá no horizonte. Me aproximo dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar.

EDUARDO GALEANO

Lima, L.S. A construção de um projeto de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família: reflexões acerca de uma experiência no Estado do Piauí. [Dissertação de Mestrado]. Teresina: Universidade Federal do Piauí, 2010.

RESUMO

O objetivo geral deste estudo foi analisar o processo de implementação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Piauí (RMSF/UESPI). Para isso, fizemos uma análise dos discursos sobre a compreensão das matrizes pedagógicas que compõe o projeto da RMSF/UESPI, caracterizamos a dinâmica do processo de organização da RMSF/UESPI e buscamos identificar os pontos de dissenso e consenso sobre os princípios metodológicos do Projeto entre os participantes da RMSF/UESPI. Utilizou-se uma metodologia qualitativa descritiva fenomenológica. Foi utilizada a entrevista individual não estruturada aberta para coleta de dados e para a interpretação dos dados discursivos foi adotada a proposta da hermenêutica-dialética. Para construir a matriz de análise privilegiamos 02 (dois) momentos que pudessem ser apreendidos e descritos na dimensão conceitual e na dimensão dos espaços pedagógicos criados para integrar essas matrizes a realidade vivenciada no território e como estes se constituíram na prática. Identificou-se diversas concepções diferenciadas sobre os conceitos pedagógicos, apesar de compreender que a Educação Permanente em Saúde, a Educação Popular e a Promoção da Saúde contribuem para a formação de sujeitos críticos e autônomos dando significados à sua aprendizagem. Sobre os espaços pedagógicos, os mesmos tiveram dificuldades pelas falhas na pactuação com os gestores municipais apesar de terem contribuídos para o trabalho interdisciplinar e o crescimento pessoal e profissional do residente. Concluiu-se que para além das discussões pedagógicas e de organização do processo de trabalho, propiciar as condições estruturantes (recursos financeiros e humanos) para consolidar esta modalidade de formação é fundamental, notadamente em contextos onde o seu caráter instituinte está na contramão das perspectivas conservadoras dominantes na produção da saúde.

Palavras-Chave: Residência Multiprofissional. Saúde da Família. Formação em Saúde. Educação Permanente em Saúde.

ABSTRACT

The aim of this study was to analyze the process of implementing the Multidisciplinary Residency in Family Health at the State University of Piauí (RMSF/UESPI). For this, we analyzed the discourses on the understanding of the pedagogical bases that compounds the project of RMSF/UESPI; we characterized the dynamics of the organization of RMSF/UESPI and sought to identify the points of disagreement and consensus on the methodological principles of the project among participants of RMSF / UESPI. We used a descriptive phenomenological qualitative methodology. The interview for data collection was individual, unstructured and open and for interpretation of discourse data we adopted the proposal of dialectical hermeneutics. In order to build the analysis array we privileged 02 (two) moments that could be seized and described in the conceptual dimension and dimension of teaching spaces designed to integrate these arrays into the reality lived in the territory and how they are constituted in practice. The data analysis identified several different ideas about the educational concepts, although it is understandable that the Permanent Health Education, Popular Education and Health Promotion contribute to the formation of critical and autonomous subjects, giving meaning to their learning. About the pedagogical spaces, they had difficulties due to flaws in the pact with the city managers despite having contributed to interdisciplinary work and personal and professional growth of the resident. We conclude that, in addition to educational discussions and of organization of the work process, providing the structural conditions (financial and human resources) to consolidate this type of education is essential, especially in contexts where its instituting character is against the dominant conservative perspectives in the production of health.

Key word: Multidisciplinary Residency. Family Health. Health Education. Permanent Health Education.

LISTA DE ABREVIATURAS DE SIGLAS

CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
FNRS	Fórum Nacional de Residentes Multiprofissional em Saúde
GEC	Grupo de Estudo de Categoria
GEM	Grupo de Estudo Multiprofissional
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OPS	Organização Panamericana de Saúde
RH	Recursos Humanos
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SNRMS	Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UESPI	Universidade Estadual do Piauí
URSS	União das Republicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	11
1.1 O processo de trabalho em saúde	13
1.2 A formação de trabalhadores de saúde	13
1.3 A Política de Educação Permanente e as Residências Multiprofissionais em Saúde	14
2. DIALOGANDO COM O MÉTODO DE PESQUISA	22
2.1 Uma pesquisa qualitativa descritiva fenomenológica	22
2.2 A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UESPI	23
2.3 Construindo o objeto de análise	27
2.4 Os instrumentos de coleta e análise de dados	28
3. A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ E O SEU PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO	32
3.1 Matrizes Pedagógicas na construção do processo de ensino aprendizagem	32
3.1.1 A Educação Permanente em Saúde e as idéias de aprendizagem significativa	32
3.1.2 A Educação Popular em Saúde e a construção de sujeitos críticos	41
3.1.3 A Promoção da Saúde desenvolvendo autonomia	47
3.2 Os espaços pedagógicos para a construção da aprendizagem	54
4. INICIANDO CONCLUSÕES	69
REFERÊNCIAS	72
ANEXOS	77
APENDICES	78

1 INTRODUÇÃO

A justificativa para a escolha deste tema encontra-se em duas preocupações: a primeira, mais geral, está relacionada à distância evidente entre o processo de formação de profissionais de saúde e sua absorção no mercado de trabalho, salientando que o Sistema Único de Saúde (SUS) representa atualmente o setor que mais absorve força de trabalho em saúde. A segunda, mais específica, diz respeito às possibilidades de desenvolvimento de uma política de recursos humanos para o SUS orientada pelos princípios teóricos e metodológicos da Educação Permanente em Saúde (EPS).

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Piauí emerge no contexto de implantação da Política Nacional de Educação Permanente para o SUS, caracterizando-se como processo de formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde.

Antes de adentrarmos na temática específica, é importante contextualizar a discussão sobre a formação de recursos humanos para o trabalho na saúde, que antecede ao SUS e ao surgimento desta política, objeto de nossa reflexão.

Tratar da questão relativa a formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores do SUS não é uma tarefa fácil, particularmente dentro de uma perspectiva que, sem ser demasiadamente especializada, pretende apontar alguns aspectos conceituais importantes, que fundamentam a construção das políticas públicas na área e, ao mesmo tempo, respeitando a dimensão histórica de todo o caminho já trilhado, contribuir para a construção de novos processos de formação, de novos arranjos organizacionais e de tomada de decisão e gestão da educação na saúde.

A formação de recursos humanos para a saúde tem sido afluída e discutida nas diversas Conferências Nacionais de Saúde realizadas no período pós-ditadura em nosso país e em conferências temáticas de Recursos Humanos. Estas levantaram pontos fundamentais e estruturantes para o campo de Recursos Humanos para saúde: o que orienta a formação? Quais as formas de continuidade? Quais os perfis necessários? Ressaltamos que estas Conferências representaram cenários de embates e aprovação de grandes diretrizes, pautas de lutas políticas

dos movimentos da sociedade civil e espaços de mediação para avanços e recuos entre governo e trabalhadores. (BRASIL, 2007)

É nesse contexto democrático, ou seja, em um cenário instituído para reflexões e construção de diretrizes sobre Recursos Humanos para a saúde (Conferências e Conselhos de Saúde) que outros espaços e atores emergem e ganham maior visibilidade no momento de implantação da política de Educação Permanente para o SUS, apresentando interesses específicos, como o movimento estudantil na área da saúde e as Executivas Setoriais, docentes e reitores, além dos trabalhadores no setor.

Assim, tendo como referência as transformações tecnológicas e sociais que vêm ocorrendo no mundo ocidental e a conjuntura de participação social que incidem sobre o processo de trabalho em saúde, partimos do pressuposto que o processo educativo do trabalhador, segundo Pereira e Ramos (2006), é engendrado nas relações sociais que ele estabelece com o mundo e, de modo mais amplo, o entendimento da sociedade como um lugar de criação do homem.

Os sujeitos se constituem nas relações com o mundo epistemológico, o mundo do trabalho organizacional e o mundo da vida. O mundo epistemológico é responsável pela formação do pensamento científico, da ética e da responsabilidade; no trabalho organizacional existe o mundo das regras, das normas, dos conhecimentos e técnicas acumuladas e o mundo da vida é responsável pela subjetividade, pelos afetos e pela autonomia.

Segundo Pereira & Ramos (2006), a formação em saúde tem sido inadequada em termos qualitativos e quantitativos, e freqüentemente calcada na reprodução técnica e mecânica dos procedimentos aprendidos no cotidiano de trabalho. Desse modo, perde-se o potencial que uma formação ampla e qualificada teria para influir de maneira construtiva nas relações de trabalho e no atendimento à população, assim como na capacidade de pensar o cotidiano mais imediato, mas também o próprio sistema de saúde e o país no qual existe e trabalha.

No sentido de contextualizar o problema e reconstruí-lo de modo que contemple uma formatação passível de análise, tomamos três aspectos determinantes e determinados pelos três mundos: o processo de trabalho em saúde (organizacional), a formação de trabalhadores de saúde (epistêmico, dos saberes) e as Residências Multiprofissionais em Saúde, estratégia de formação contemplada na política de educação permanente para o SUS

1.1 O processo de trabalho em saúde

Considerando que a discussão de Recursos Humanos no âmbito da teoria das organizações tayloristas reflete na concepção de pessoas como gastos e não de investimentos no campo da saúde, Campos (1998) afirma que a Teoria Geral da Administração jamais pretendeu democratizar organizações e que o próprio marxismo nunca deu conta da democracia em instituições, lembrando que já faz bastante tempo que os principais dirigentes da Revolução Soviética adotaram o Taylorismo como método científico supostamente adequado para organizar fábricas, empresas e hospitais, mas esta decisão contribuiu, em alguma medida, para a rápida e avassaladora dominância da burocracia em múltiplas dimensões da vida na extinta União das Repúblicas Socialistas Soviéticas-URSS. (CAMPOS, 2000)

Cecílio (1997) nos informa que no Brasil, o processo de implantação do SUS traz inúmeras experiências voltadas para ampliar a democracia em instituições de saúde. Podemos observar que a descentralização de poder para os municípios e a instalação de conselhos e conferências de saúde estão entre os principais dispositivos sugeridos pelo SUS para alterar o funcionamento burocrático do Estado.

Além desse contexto apresentado, é importante considerar que todo o processo de trabalho em saúde está regido sob o modelo capitalista e guiado pelo paradigma da produtividade, da competitividade e da tecnologização. Heimann, Ibanhes e Barbosa (2005) consideram que a Saúde Pública brasileira, assim como a própria noção de cidadania, anda ainda muito atrasada e está pautada, principalmente, na venda de produtos e insumos, que no cuidado ao usuário do sistema.

1.2 A formação de trabalhadores da saúde

O segundo aspecto diz respeito ao processo de formação de trabalhadores da saúde. O processo de formação descolado da política do SUS produz por um lado, profissionais para um sistema paralelo, de absorção restrita da força de trabalho, porém, produtivo, que é hegemônico na produção das diretrizes

da formação; e, por outro lado a maioria da força de trabalho que não é absorvida por esse sistema restrito engaja-se no SUS, porém sem o perfil necessário ao modelo tecno-assistencial definido para o sistema como universal, participativo e de complexidade crescente.

A ausência de uma política de formação de recursos humanos adequados para a organização do sistema de prestação de serviços de atenção à saúde e a falta de investimento por parte do poder público no setor são os dois maiores obstáculos para o desenvolvimento do SUS (BRASIL, 2003a). Os princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (NOB-RH), aprovados no Conselho Nacional de Saúde (CNS), constituem um marco para o sistema. Uma das diretrizes básicas, apontadas na NOB-RH, para a melhoria no RH para o SUS é a reformulação dos currículos das escolas de saúde, através de diretrizes adequadas às necessidades do sistema.

Os diferentes formatos das experiências de aprendizagem materializam diversas propostas de educação e intervenção em saúde. O cenário atual apresenta singular complexidade, seja pela implementação das novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da saúde, seja pela busca intencional de pensar a transformação da educação superior em sintonia com o reordenamento das políticas públicas, que situam o Sistema Único de Saúde (SUS) como centralidade teórica, metodológica, política e social (FEUERWERKER, 2003).

1.3 A política de Educação Permanente e as Residências Multiprofissionais em Saúde

O terceiro aspecto diz respeito ao mundo da política, que nos conduz ao ano de 2003, quando o Ministério da Saúde passa por uma reestruturação organizacional criando a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), com a responsabilidade de articular a formação e qualificação de pessoas para o setor. A formulação de uma política específica para o campo de recursos humanos representa pauta de reivindicação histórica no âmbito do Movimento da Reforma Sanitária, reafirmada pelas Conferências de Saúde desde a 8ª Conferência Nacional da Saúde e nas Conferências temáticas.

É importante salientar que, gerado no texto aprovado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, nasce na Constituição Federal, promulgada em 1988, o Sistema Único de Saúde. Ainda que o Art. 200 da Constituição já determinasse a responsabilidade do SUS de ordenar a formação de recursos humanos em saúde, quase duas décadas se passaram, em um longo caminho de tentativas de aproximação entre as políticas de educação e saúde.

Dessa forma, as modificações e as particularidades do trabalho em saúde, as críticas dirigidas ao processo de formação e sua desvinculação com o sistema de atenção, e a conjuntura política de acolhimento de uma política específica para o setor configuram a primeira questão que emerge do problema a ser estudado: qual a trajetória de uma política de saúde, ou seja, como uma diretriz deliberada numa Conferência de Saúde se materializa como política? Que processos são desencadeados? Que atores são revelados?

Segundo Goulart (2002), para suprir algumas necessidades advindas com a criação do Programa Saúde da Família em 1993, o então Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, junto a atores do Movimento Sanitário, articularam-se formando grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em saúde da família. A proposta, construída em um seminário, era criar um modelo de Residência Multiprofissional, onde embora fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, seria criada uma área comum, especialmente vinculada ao pensamento da saúde pública tradicional, acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento.

Mas é a partir da criação da SGTES, que o Ministério da Saúde assume seu papel de gestor federal do SUS, garantido na Constituição Federal Brasileira no artigo 200, inciso III, no que diz respeito à formulação das políticas orientadas para a formação e desenvolvimento do trabalho em saúde e do planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no Brasil, levando em conta os princípios e diretrizes da NOB-RH (12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003).

No relatório da Conferência Nacional de Saúde realizada em Dezembro de 2003, em Brasília, foram descritos alguns obstáculos e desafios para a questão da formação para o SUS no Eixo Temático VII – O trabalho na saúde:

A educação técnica, de graduação e pós-graduação, em saúde, geralmente, não está voltada para as necessidades de saúde da população e de

organização do SUS. O enfoque é, geralmente, biologicista, centrado no procedimento e hospitalocêntrico. Não há o entendimento de que todos os serviços de saúde, e não só os hospitais universitários, são e devem ser locais de ensino (12ª CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003, p.126).

De acordo com o relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde, cabe ao Ministério da Saúde a proposição e formulação de uma Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, levando em conta a relação entre educação e trabalho, a mudança na formação e a produção de conhecimento e a recomposição das práticas de atenção, gestão, ensino e controle social no setor da saúde¹: Aprendizagem no trabalho, ou seja, aprender e ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho.

Ainda neste relatório, podemos constatar que o avanço na descentralização do SUS trouxe a necessidade de formar milhares de profissionais para dar conta dos múltiplos aspectos da gestão, do controle social e da atenção; a expansão da Estratégia Saúde da Família deixou evidentes as limitações do perfil atual de formação, como um ponto de estrangulamento na implementação do SUS, sobretudo no domínio da clínica na atenção básica, no trabalho em equipes multiprofissionais e intersetoriais, para garantir o exercício da atenção integral à saúde resolutiva e de qualidade.

No plano institucional o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) da SGTES, passa a ser responsável pela proposição e formulação das políticas relativas à formação e educação permanente dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de escolaridade, à qualificação de profissionais de outras áreas e da própria população para favorecer a articulação intersetorial e o controle social no setor saúde (BRASIL, 2003b).

O Seminário de Incentivos às Mudanças na Graduação das Carreiras da Saúde ocorrido em Brasília, promovido pelo DEGES em maio de 2003 (BRASIL, 2003b) discutiu que:

a) a formação tradicional em saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando a formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas.

¹ O conceito de quadrilátero em saúde foi descrito por Ricardo Ceccim para a identificação dos quatro vértices à educação em saúde: atenção, gestão, formação e controle social. Neste sentido, foi reproduzido em diversos espaços de articulação da política de saúde. (CECCIM, 2004)

b) Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral, social e cultural das pessoas.

c) Profissionais que se mostram sem capacidades para lidar com questões complexas como a dificuldade de adesão ao tratamento, a autonomia no cuidado, a educação em saúde, o sofrimento a dor, o enfrentamento de perdas e da morte, o direito das pessoas à saúde e à informação ou a necessidade de ampliar a autonomia das pessoas, desenvolvendo práticas de prevenção e promoção à saúde.

d) A relação entre teoria e a prática. A teoria é abordada antes da prática no intuito de preparar os estudantes para a aplicação dos conteúdos nos campos de estágios e, futuramente, na sua vida profissional. Essa abordagem pedagógica vem sofrendo fortes críticas pela excessiva valorização do conteúdo e pela baixa eficácia, pois os conteúdos são muitas vezes distantes da realidade e das necessidades de aprendizagem que levam ao desperdício de tempo, de esforços e à necessidade de requalificação.

Neste Seminário foram feitas proposições para melhoria na formação dos recursos humanos para o SUS, sendo que uma delas foi a abordagem da “Aprendizagem Significativa”. Esse modelo teórico/prático requer articulação dos papéis da academia, dos órgãos/setores gestores dos serviços de saúde e das instâncias do controle social, sugerindo cooperação na seleção dos conteúdos, na produção de conhecimentos e no desenvolvimento de competência profissional.

No modelo apresentado, educador e estudante têm papéis diferentes dos tradicionais. O professor não é mais a fonte principal de informação, mas o facilitador do processo ensino-aprendizagem, que deve estimular o aprendiz a ter postura ativa, crítica e reflexiva durante o processo de construção do conhecimento.

Ceccim (2004) afirma que as instituições formadoras têm perpetuado modelos essencialmente conservadores, centrados em aparelhos e sistemas orgânicos e tecnologias altamente especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico.

A formação, segundo Ceccim (2004) não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde,

redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. A formação para a área de saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Defende ainda como necessário e urgente a constituição de um movimento da sociedade por uma Reforma da Educação que expresse o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanista para o desempenho tecnoprofissional (CECCIM, 2005).

Propõe o autor que as instituições formadoras e os municípios possuem a condição de reconstituírem a si mesmos, pois tradicionalmente um é o campo de exercício do ensino e o outro o campo de exercício dos serviços. Quanto maior o comprometimento dessas instâncias, maior a imposição ética de mudarem a si mesmas. A educação em serviço reconhece os municípios como fonte de vivências, autorias e desafios, lugar de inscrição das populações, das instituições formadoras, dos projetos políticos pedagógicos, dos estágios para estudantes e de mobilização das culturas.

É nesse sentido que o DEGES teve como missão repensar os processos de formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde no Brasil (BRASIL, Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003), apresentando a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, objetivando a integração de ações de formação dos distintos atores de saúde com os processos de atenção, gestão e controle social (BRASIL, 2004).

A partir dessa política se iniciou um novo momento para a implementação de residências multiprofissionais em saúde. E assim, a SGTES propôs a criação da Comissão de Residências em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, que abrigaria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), a ser também criada.

O estabelecimento de financiamento regular para os Programas de Residências Multiprofissionais de Saúde no Brasil e o investimento na sua potencialidade pedagógica e política, tem por objetivo possibilitar tanto a formação

de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho técnico-assistencial do SUS (BRASIL, 2005).

A promulgação da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que criou a Residência em Área profissional da saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), deu início ao processo de regulamentação da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS). O Ministério da Saúde (MS), cumprindo o seu papel de gestor federal, elaborou, por meio do DEGES, as portarias que regulamentam a lei e subsidiam o financiamento das RMS, a saber: Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005, Portaria nº 1.143, de 7 de julho de 2005 e Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005.

Concomitante a regulamentação da Lei, o DEGES intensificou também um processo de socialização e discussão ampla sobre o tema, com a participação do Ministério da Educação (MEC) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, realizado pelo SGTES, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, em dezembro de 2005, contou com mais de 150 participantes, representados por gestores, controle social, executivas de cursos da área da saúde, residentes e coordenadores de programas de RMS. O Seminário teve como objetivo iniciar o processo de reflexão e debate, partindo do relato das experiências dos programas já financiados pelo Ministério da Saúde, avançando na obtenção de subsídios dentro dos seguintes temas (BRASIL, 2003b):

- estratégias para a construção da interdisciplinaridade visando atender o preceito constitucional da integralidade;
- construção de diretrizes nacionais para a residência multiprofissional em saúde;
- composição da CNRMS, com representações, números de integrantes, acompanhamento e avaliação;
- e a criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SNRMS), que permitiria o registro das instituições, dos programas e dos profissionais residentes, bem como a gestão do sistema.

Após este seminário, vários seminários regionais foram realizados buscando compreender a realidade de cada programa de residência e definir como seria oficializada a composição da CNRMS.

Neste mesmo ano de 2005, surge o Fórum Nacional de Residentes Multiprofissional em Saúde (FNRS), espaço de articulação política de trabalhadores de saúde em formação, na modalidade de residência multiprofissional e em área profissional. A criação do Fórum visava possibilitar a construção de um espaço permanente para compartilhar experiências, discutir ideários em defesa do SUS e de um modelo de sociedade que contemple as lutas e reivindicações da classe trabalhadora. O FNRS foi um membro importante na construção do primeiro seminário nacional e nos demais que aconteceram.

Em agosto de 2006, com mais de 200 participantes, acontece o 2º Seminário Nacional das RMS que teve como principal objetivo definir a composição da CNRMS.

A realização desses seminários concomitante com todo processo político trouxe um novo cenário para as RMS no nosso país. A ampliação do número de projetos, construídos pelas várias regiões do País, apresentava significativas diferenças no valor residente por programa, financiado pelo MS. Para dar conta, tanto das peculiaridades de cada localidade, como estabelecer um padrão de análise dos programas afinados com a Política Nacional de Educação Permanente para o SUS, o DEGES elaborou critérios de análise a serem observados na acreditação destes projetos com base na legislação vigente.

Nesse processo de institucionalização da Política Nacional de Residências Multiprofissionais em Saúde, surge em meados de 2007 o Projeto Político Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Piauí (RMSF/UESPI) aliado ao panorama político que se inseria as RMS no nosso país e pautado pelas diretrizes pedagógicas construídas coletivamente nos Seminários realizados.

Neste cenário emerge a proposta pedagógica da RMSF/UESPI, tema deste estudo, em virtude de sua abrangência e amplitude propondo o “quadrilátero de mudanças” (CECCIM, 2004), dos princípios constitutivos de participação, de sua construção coletiva com os atores envolvidos, da metodologia descentralizada, enfim, do movimento que gerou dentro da Universidade e no Sistema de Saúde².

² Importante destacar que o movimento de construção do projeto da RMSF/UESPI envolveu a participação de preceptores, tutores e residentes. O projeto inicial teve como base a Residência Multiprofissional do município de Sobral/CE e passou por uma construção coletiva quando instituído na UESPI. Durante 4 semanas, residentes, preceptores, tutores e coordenadores debateram e aperfeiçoaram o projeto pedagógico da RMSF/UESPI.

Diante disso existe a necessidade de se conhecer qual a dinâmica deste processo, que se pauta na idéia de gestão participativa, articula a gestão do sistema, a atenção e o cuidado à saúde e a participação dos movimentos sociais na definição dos princípios orientadores da formação dos profissionais, para SUS.

Portanto, pretendeu-se com este trabalho, analisar o processo de institucionalização da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Piauí, desde sua construção e formulação como projeto até o momento atual, passando por sua implementação.

O trabalho realizou-se basicamente em dois eixos: a) análise de pontos de consenso e dissenso no conteúdo do projeto, identificando matrizes teórico-ideológicas que constituem atores que expressam interesses específicos; b) descrição dos espaços pedagógicos da RMSF/UESPI, por meio da representação e do movimento dos atores que se mobilizaram representando forças e interesses políticos específicos.

Neste sentido, o objetivo geral deste estudo foi analisar o processo de implementação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Piauí (RMSF/UESPI). Para isso fizemos uma análise dos discursos sobre a compreensão das matrizes pedagógicas que compõe o projeto da RMSF/UESPI, caracterizamos a dinâmica do processo de organização da RMSF/UESPI e buscamos identificar os pontos de dissenso e consenso sobre os princípios metodológicos do Projeto entre os participantes da RMSF/UESPI.

2 DIALOGANDO COM O MÉTODO DE PESQUISA

2.1 Uma pesquisa qualitativa descritiva fenomenológica

Com a Pesquisa Qualitativa Descritivo-Fenomenológica buscou-se, através da fala do sujeito, conhecer os possíveis significados produzidos na construção da política durante todo seu processo de institucionalização.

Partilhamos do pressuposto de Minayo (2008), de que a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, este tipo de pesquisa trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis tradicionalmente quantificáveis. Nesse sentido, os participantes da RMSF/UESPI mostraram-se como sujeitos sociais criadores e recriadores de visões de mundo, mas também como atores representantes de interesses organizacionais ou coletivos. Seus argumentos explicitados revelam o contexto e as condições objetivas e subjetivas que levaram a produção da fala.

De acordo com Rey (2002), a pesquisa qualitativa é um processo permanente de produção de conhecimento, sendo valiosa não só pelo conhecimento que produz sobre o estudado, mas também pelas novas zonas de sentido que permite descobrir e relação ao objeto de estudo. Então, o processo de pesquisa não representa uma clara seqüência de procedimentos fragmentados que seguem um padrão, mas uma desordenada e complexa interação entre os mundos conceitual e empírico, em que a dedução e indução ocorrem a um mesmo tempo.

A pesquisa qualitativa só poderia alcançar os objetivos a que se propõe quando conjugada a uma teoria. Assim, escolheu-se o método fenomenológico por procurar abordar o fenômeno da forma como este se manifesta por si mesmo, de modo que não o parcializa ou explica a partir de conceitos prévios, de crenças ou de afirmações sobre o mesmo, enfim, apenas pela percepção que se forma a partir de um referencial teórico (CASTRO, 2000).

O método fenomenológico possibilita ao pesquisador um modo específico de orientar sua indagação com base em pressupostos epistemológicos que permeiam a sua visão de mundo num dado momento histórico, visão de mundo essa que envolve crenças, valores e ideologias (CASTRO, 2000, p. 219).

Além disso, Segundo Cervo e Bervian (1996, p.49) “a pesquisa descritiva procura descobrir, com a precisão possível a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão, com os outros, sua natureza e características, correlacionando fatos ou fenômenos sem manipulá-los.”

Descrever o processo de institucionalização da RMSF/UESPI é ao mesmo tempo recompor esse movimento tomando como base a representação que os sujeitos/atores fazem do contexto, considerando que este contexto é significativo, ou seja, produz os significados que os discursos expressam. O estudo não pode desvincular-se de determinações mais gerais relativos à implantação de uma política tais como as forças aderentes e contrárias, o quanto o proposto é aliado à cultura institucional estabelecida e principalmente qual o grau de adesão que os atores apresentam diante da mudança.

2.2 A Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Piauí

Diante deste contexto ao qual vivenciamos, pensou-se na formação em serviço, sob orientação profissional, que é como se caracteriza a principal modalidade de formação de especialistas requeridos pela atenção de saúde, como forma de suprir essas necessidades do sistema. Para tal surge a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, realizada pela Universidade Estadual do Piauí / Faculdade de Ciências Médicas em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Teresina.

Iniciada em Julho de 2008, com o primeiro mês voltado a preparação dos Tutores e Preceptores, a I Turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família veio se consolidando no cenário da formação para a Atenção Básica em Saúde no Município, em consonância ao que se preconiza na Estratégia de Educação Permanente. A atual inserção nas comunidades na Zona Leste do

Município - após passarem pela Semana de Acolhimento, ao Introdutório, ao estudo das diretrizes do projeto político-pedagógico, e por fim a familiarização - foi demonstrando potencialidades que vem acrescentando na dinâmica dos serviços de saúde e possibilitado uma troca formativa entre os profissionais. Através do Diagnóstico do Território foi possível investigar o perfil demográfico, cultural e epidemiológico da população em parceria com as equipes.

A residência foi formada inicialmente por uma equipe composta por 18 (dezoito) residentes divididos em 06 (seis) profissões: psicologia, educação física, fisioterapia, serviço social, enfermagem e odontologia. A equipe pedagógica era constituída de 06 (seis) preceptores de acordo com as 06 (seis) profissões já citadas e 06 tutores das seguintes áreas: psicologia(1), odontologia(3), fisioterapia(1) e nutrição(1). A coordenação geral era exercida por uma médica com formação em saúde da família.

Importante considerar ainda que a organização dos espaços pedagógicos da Residência tem solidificado uma articulação teórico - prática - com as questões extraídas na vivência do Território e Serviços de Saúde - e incluído outros atores na discussão e construção coletiva do conhecimento. Destaca-se a participação das graduações neste âmbito, assim como as esferas locais de gestão. Os seminários de Formação, que são realizados mensalmente, talvez seja o exemplo mais claro do efeito sinérgico que a Residência tem produzido, se firmando enquanto estratégia disparadora de mudanças na formação em Saúde e subsidiando as ações dos trabalhadores e demais atores.

A Residência tem sido convocada a participar da construção da Política de Educação Permanente no Estado, a partir da implementação das Comissões de Integração- Ensino e Comunidade – CIESC – e Colegiados de Gestão Regional, e prestado assessoria a projetos de formação da Secretaria Estadual de Saúde - SESAPI. Movimentos que aliados a operacionalização da RMSF/UESPI, afirmam o seu direcionamento na contribuição para a reorientação do modelo assistencial pautado na Integralidade.

O principal objetivo do programa de RMSF/UESPI é qualificar profissionais de diversas categorias para atuarem com os preceitos organizativos e funcionais do Sistema Único de Saúde tendo como princípio básico a prática multiprofissional e interdisciplinar em Saúde da Família para que estes obtenham

competências sociais, políticas, técnicas e humanas para aplicá-las na perspectiva da promoção da saúde.

A concepção metodológica da Residência Multiprofissional em Saúde da Família está norteadada pela concepção pedagógica baseada na participação, no diálogo e na problematização da realidade vivenciada pelos profissionais da área de saúde, colocando-se ênfase nos saberes, sobre o qual se fundamentam os demais saberes: saber-fazer, saber-aprender e saber conviver (DELORS, 2001).

No programa está sendo aplicada como orientação do processo pedagógico os princípios da Educação Permanente, da Educação Popular, da Promoção da Saúde e da pedagogia da Tenda Invertida, preconizada por Andrade (2001) cujo conceito reconhece que o lócus de aprendizagem, o espaço onde efetivamente deve-se organizar o processo educativo, é o próprio espaço de atuação do “aluno”, ou seja, a própria comunidade trabalhada, onde o cenário de prática informa e recria a teoria necessária, recriando a própria prática. Todas as atividades do programa deverão ser desenvolvidas de maneira que possibilite a integração das diferentes áreas de conhecimento: enfermagem, odontologia, psicologia, fisioterapia, serviço social, educação física e nutrição. Este método atende perfeitamente aos objetivos do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da FACIME/UESPI, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho.

Tenda Invertida baseia-se na lógica de que o espaço ideal e propício onde efetivamente deve-se organizar o processo educativo e, portanto o aprendizado é o próprio espaço de atuação do residente, local do serviço, território de saúde da família, para que estes tendo como base a realidade local sejam capazes de associar conhecimentos populares e científicos, competências técnicas e postura ética atuando a partir da formação e reformulação de novos conhecimentos, processos de trabalho e práticas como uma resposta social organizada às situações de saúde.

Nesta abordagem metodológica o tutor, vai à unidade de saúde da família e ao seu território de abrangência para dar suporte ao residente na reflexão sobre suas práticas tentando transformar em interação com seus alunos, esse espaço originalmente de assistência, em local também de construção de saberes e práticas.

A promoção da saúde deve extrapolar o preventivismo essencialmente voltado para o controle da doença, agravos e riscos específicos, implica em uma

abordagem múltipla e integral, resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que se combinam de forma particular em cada sociedade na busca constante de melhores condições de saúde e de direito de ter uma vida saudável.

A promoção deverá ser direcionada para qualificar as comunidades a atuarem na melhoria da qualidade de vida e saúde, combinando ações intersetoriais (integração de esforços visando a alcançar melhores resultados) e o suporte social (conjunto de ações, informações, apoio emocional e instrumental) como instrumentos da promoção.

O Projeto Pedagógico da RMSF/UESPI pretende levar para os Residentes a noção de cuidado como algo complexo e viável de ser realizado com integralidade, que demonstra como, na prática dos serviços, de forma dinâmica, tem-se trabalhado para promover a solução dos problemas de saúde, de forma transdisciplinar, intersetorial, atentos às questões socioeconômicas, culturais, ecológicas e religiosas (BRASIL, 2006b).

Portanto, no processo de formação do residente, a população, o controle social, a equipe da unidade, as escolas do bairro e outros atores são convidados a pensar e a produzir espaços de saúde, de qualidade de vida e é neste espaço da comunidade que se dá a formação dos residentes (CAMPOS, 2000).

A Educação Permanente estabelece a aprendizagem no trabalho, toma como local de aprendizagem os processos de trabalho, as práticas diárias e as relações das equipes, propiciando a oportunidade de refletir criticamente sobre o cotidiano, sobre as práticas assistenciais, gerenciais e de controle social. Na saúde, é permanente porque atende às necessidades de constante ressignificação dos saberes e práticas, acompanhando a dinamicidade das mudanças tecnológicas e das necessidades de saúde, tomando como dimensão o cuidado, a gestão, a formação e a alteridade com as redes sociais (BRASIL, 2004).

Educação Popular é o conjunto da prática e conhecimento que se ocupa com a, ligação entre a ação de saúde e o pensar e fazer do dia a dia da população, construção conjunta de conhecimentos a partir da realidade do sujeito, compartilhamento de saberes numa visão dialógica. Parte da realidade das pessoas para buscar os temas geradores das discussões, onde o saber científico e o saber popular interagem e se completam.

O exercício da cidadania, base essencial destes processos metodológicos propostos neste projeto, vai além dos modos institucionalizados de controle social, implicando, por meio da criatividade e do espírito inovador, a criação de mecanismos de mobilização e participação como os vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede. E esse trabalho em rede, com a sociedade civil organizada, exige que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde (GÓIS, 2005).

Considerando a institucionalização deste projeto é que tentamos compreender quais os elementos que agiram na configuração e atuação da RMSF/UESPI: como se deram essas pactuações, as dificuldades encontradas, seus avanços e sua historicidade do processo de constituição do mesmo.

2.3 Construindo o objeto de análise

Para chegarmos a análise proposta é fundamental considerar o Projeto Político Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UESPI como uma intervenção que se dirige à formação de recursos humanos para a saúde, com suas formas próprias de organização, funcionamento, normas, regras, financiamento, vinculações, etc, no sentido de modificá-la e instituir novas formas de organização. Tratando-se, portanto, de uma política que pretende institucionalizar outra maneira de formar pessoas para trabalharem na saúde, depende do resultado do movimento dialético dos três momentos: instituído, instituinte e processo de institucionalização.

Sob esta ótica, as formas e os interesses existentes nos grupos/atores que fazem a RMSF/UESPI, os modos de pensar o problema, a inserção institucional são entendidos como o momento instituído; as diretrizes expressas no Projeto Político Pedagógico da RMSF/UESPI, como o instituinte, por conter as propostas de mudança e demandar sua institucionalização para desencadear o novo proposto. Essa relação de avanços e recuos é o processo de institucionalização, ou seja o

momento em que as diretrizes e orientações do projeto passam a ser introduzidas nos objetivos e na dinâmica da RMSF/UESPI.

Pedrosa (2007) considera que o processo de institucionalização significa a articulação dialética entre o instituído e instituinte, evidenciando a singularidade que existe nos movimentos dos atores em determinados contextos, desconstruindo e reconstruindo processos e estruturas.

Dessa forma, o objeto de estudo, passa a se configurar como o movimento da RMSF/UESPI em direção à institucionalização, ou seja, sua sustentabilidade e sua incorporação na estrutura da gestão de saúde como o espaço de formulação da política de formação para o estado do Piauí.

Para tanto, caracterizaremos a RMSF/UESPI como instância de articulação e pactuação de projetos e propostas voltados para formação e desenvolvimento de recursos humanos, apresentados por diversos atores representando gestores, estudantes, movimentos sociais, trabalhadores e universidades.

2.4 Os instrumentos de coleta e análise de dados

As técnicas utilizadas para coleta de dados tiveram como critério a melhor adequação à natureza do problema e ao restrito universo dos sujeitos participantes.

Foi utilizada a entrevista individual não estruturada aberta com os atores que fazem a RMSF/UESPI: 02 (dois) Preceptores, 04 (quatro) Tutores e 12 (doze) Residentes. Dentro da proposta temos 06 (seis) preceptores, 06 (seis) tutores e 15 (quinze) residentes, inicialmente considerados participantes do estudo. Entretanto, um dos preceptores é este pesquisador que ora faz o relato neste material e que 03 (três) preceptores não tiveram disponibilidade para passar pelo momento da entrevista. Enquanto apenas 01 (uma) tutora não se disponibilizou em participar da pesquisa e outro tutor teve a entrevista realizada mas a gravação foi comprometida pela péssima qualidade do áudio. 02 (dois) residentes não quiseram participar da pesquisa e a última residente teve o áudio da entrevista corrompido. Portanto, 06 (seis) pessoas da equipe técnica pedagógica (tutor/preceptor) e 12 (doze) residentes foram ouvidos.

Segundo Minayo (2008), a entrevista não estruturada aberta pode ser definida como “conversa com finalidade”, em que um roteiro invisível serve de orientação e de baliza para o pesquisador e não de cerceamento da fala dos entrevistados. Na sua realização, o pesquisador trabalha com uma espécie de esquema de pensamentos, buscando sempre encontrar os fios relevantes para o aprofundamento da conversa. A ordem dos assuntos tratados não obedece a uma seqüência rígida, sendo determinada a freqüência pelas próprias preocupações, relevâncias e ênfase que o entrevistado dá ao assunto em pauta.

Entretanto, em decorrência do objeto em movimento e da posição do pesquisador como sujeito envolvido no processo constatamos a necessidade de estruturar algumas questões de maneira a permitir que informações relevantes previstas pudessem ser coletadas (RICHARDSON, 1989), assim como as impressões de natureza subjetiva do entrevistado, dado a esta técnica de coleta de informações um formato semi-estruturado.

A entrevista, conforme considera Rey (2002), deve se aproximar de uma conversação espontânea em que cresce a intimidade entre os sujeitos participantes cria uma atmosfera natural, humanizada, que estimula a participação e leva a uma teia de relação que se aproxima à trama das relações em que o sujeito se expressa em sua vida cotidiana.

Portanto, a entrevista tem sempre o propósito de converter-se em um diálogo, em cujo curso as informações aparecem na complexa trama em que o sujeito as experimenta no mundo real. Rey (2002) afirma que assim surgem inumeráveis elementos de sentido, sobre os quais o pesquisador nem sequer havia pensado, que se convertem em elementos importantes do conhecimento e enriqueceram o problema inicial planejado de forma unilateral nos termos do pesquisador.

Todas as entrevistas foram gravadas com prévia autorização escrita, seguindo modelo em anexo, do entrevistado. Não houve um tempo destinado para cada entrevista. O tempo médio de cada um aconteceu em 20 minutos.

A coleta de dados deu-se através de uma consulta prévia aos possíveis entrevistados sobre se aceitariam ou não conceder uma entrevista para tal propósito. Os encontros foram marcados na Coordenação da RMSF/UESPI, localizada nas dependências da Faculdade de Ciências Médicas da UESPI. É importante salientar que as entrevistas aconteceram individualmente.

No momento das entrevistas, foi solicitado para que os participantes do estudo respondessem questionamentos que viessem ao encontro das necessidades da pesquisa: quais suas concepções de educação popular, educação permanente e promoção da saúde? Quais dificuldades e facilidades da institucionalização da RMSF/UESPI? Sobre os cenários de ensino-aprendizagem-prática, fale sobre eles? Quais intervenções foram realizadas no processo de desenvolvimento da RMSF/UESPI?

Após a coleta dos dados, as entrevistas foram transcritas por inteiro e todos os pontos foram analisados através de roteiro (ANEXO 1) que foi usado para fazer um inventário comparativo entre o que diz o Projeto Político Pedagógico da RMSF/UESPI e o que vem acontecendo na prática, as adequações realizadas e outras observações pertinentes.

Na sistematização das entrevistas, utilizou-se a categorização, que segundo Minayo (1994), se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Portanto, trabalhar com categorias significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso. Essas categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo, na fase exploratória da pesquisa, ou a partir da coleta de dados.

Para construir a matriz de análise privilegiamos 02 (dois) momentos que pudessem ser apreendidos e descritos a) na dimensão conceitual, isto é, quanto a RMSF/UESPI vem acompanhando as diretrizes e normas do Projeto Político Pedagógico e como residentes, tutores e preceptores compreendem as matrizes pedagógicas do projeto; e, b) na dimensão dos espaços pedagógicos criados para integrar essas matrizes a realidade vivenciada no território e como estes se constituíram na prática;

Para a interpretação dos dados discursivos foi adotada a proposta da hermenêutica-dialética que pressupõe, segundo Thompson (1995), três níveis interligados de abordagem: a análise sócio-histórica, a análise discursiva e a interpretação/re-interpretação, que realiza a síntese, ou o concreto pensado. A hermenêutica-dialética está aqui colocada não só como uma técnica de tratamento de dados, mas como uma referência teórica já que, como observa Thompson, "A divisão entre discussão teórica e análise prática perpassa profundamente as

Ciências Sociais, deixando, muitas vezes, os usuários de ambas em lados opostos de um enorme abismo" (p. 355).

Em outras palavras permite analisar os discursos dos entrevistados articulados a determinada visão de mundo em decorrência de sua inserção sócio-histórica no processo, conseqüentemente com determinadas posições e interesses que se revelam ou se ocultam na construção dos argumentos em disputa.

A escolha da hermenêutica dialética como método, pareceu-nos a mais coerente com o objeto definido, para dar relevância à práxis, observando o que adverte Minayo:

a hermenêutica e a dialética não devem ser "encurtadas" através de sua redução à simples teoria de tratamento de dados. Mas pela sua capacidade de realizar uma reflexão fundamental que ao mesmo tempo não se separa da práxis, podemos dizer que o casamento dessas duas abordagens deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação (Minayo, 1994, p.219).

Os resultados desta pesquisa poderão subsidiar o desenvolvimento da 2ª Turma da RMSF/UESPI o que contribuirá para a formulação de propostas para formação de recursos humanos para o SUS coerentes com as necessidades locais e regionais, apontando estratégias de formação para fortalecer e qualificar a participação efetiva de todos os atores que fazem o quadrilátero em saúde (gestores, trabalhadores de saúde, instituições formadoras, estudantes e movimentos sociais).

Esta pesquisa foi submetida à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade Federal do Piauí, o qual emitiu parecer favorável (APENDICE A), após verificar que essa pesquisa atende as disposições da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos e animais. Ressaltamos que a todos os participantes foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), na ocasião em que foram informados sobre os objetivos e finalidades da entrevista, e somente ingressaram na pesquisa após assinatura do mesmo. Atendendo às premissas éticas, foram assegurados aos participantes o anonimato, a confidencialidade e a redução de quaisquer desconfortos ou riscos aos mesmos.

3. A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ E SEU PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

3.1 As Matrizes pedagógicas na construção do processo de ensino-aprendizagem

Conforme já apresentado nos capítulos anteriores, a RMSF/UESPI surge para enfrentar necessidades específicas para a formação qualificada a nível de Atenção Básica. Seu projeto, construído coletivamente pelos atores envolvidos, possui 03 matrizes pedagógicas que guiaram os 24 meses do seu desenvolvimento. Educação Permanente, Educação Popular e Promoção da saúde são os pilares apontados como fundamentais na proposta pedagógica aqui analisada.

3.1.1 A Educação Permanente em Saúde e as idéias de Aprendizagem Significativa

Considerando que termos polissêmicos como educação permanente apresentam-se como significantes para a produção de sentidos por parte dos sujeitos implicados nessa produção por meio de processos pedagógicos, a primeira categoria de análise que utilizamos diz respeito aos significados atribuídos aos conceitos chave que fundamentam e orientam pedagogicamente a proposta da RMSF/UESPI, com bases nas diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente para o SUS do Ministério da Saúde.

O significado de Educação Permanente em Saúde numa primeira aproximação é concebido pelos gestores do Ministério da Saúde como um processo de formação que adota no seu pressuposto pedagógico a noção de aprendizagem significativa, ou seja, aprendizado de algo que faça sentido para os sujeitos envolvidos de modo que os processos de capacitação sejam estruturados a partir da problematização dos processos de trabalho. (ARRUDA, 2008).

Esta concepção se reproduz no discurso do tutor assim como no discurso do residente.

Pensando no conceito da Educação Permanente, eu entendo como uma proposta de aprendizagem significativa que surja a partir da prática, do residente no território; e eles trazem alguns questionamentos e a gente teoriza e volta pra eles, e eles tentam, no território, ressignificar a sua prática e isso se dá constantemente. (T3)

Educação permanente gira em torno do processo de aprendizagem significativa pro sujeito. É o sujeito que vai construindo essa aprendizagem, é um processo que é mediatizado que ele vai construindo a aprendizagem dele a partir do significado que aquela prática, que aquela situação, tem pra ele. (R4)

Para o tutor a aprendizagem significativa faz sentido a partir da ressignificação de práticas que contribui constantemente para o processo de aprendizagem do sujeito residente, que por sua vez, evidencia em sua fala o processo de mudança interior que opera em suas concepções, vislumbrando possibilidades de transformações que ultrapassem as mudanças internas, individuais.

Apesar das dimensões que opera – a dos processos de formação e as transformações nas práticas sociais – o sentido de aprendizagem significativa na RMSF/UESPI ganha nitidez na construção do devir, ou seja, de transformações que possam ser desencadeadas pelos sujeitos envolvidos, suscitadas pela problematização dos processos de trabalho.

Tendo por base a problematização dos processos de trabalho, esta aprendizagem pressupõe transformações nesses sujeitos e em suas práticas, pois é ela “que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços” (BRASIL, 2004, p.10).

Um outro sentido que o termo educação permanente aponta é o de dispositivo para provocar mudanças corroborado por Moraes e Manzini (2006), quando define educação permanente como toda modalidade de influências e inter-relações que convergem para a formação de traços de personalidade social e do caráter, implicando uma concepção de mundo, ideais, valores, modos de agir, que se traduzem em convicções ideológicas, morais, políticas e princípios de ação frente a situações e desafios da vida prática,

Como dispositivo provocador de mudanças nas concepções e visões de mundo dos sujeitos, a educação permanente tem como pano de fundo as experiências vivenciadas nas diversas situações que se apresentam, sob a compreensão de que nós, os seres humanos, estamos continuamente em construção e o conhecimento inerente a esse processo vai construindo seus significados objetivos e simbólicos para que orientem os sujeitos no mundo da vida.

Para De Marco (2006), a educação permanente é um processo evolutivo de conhecimento e capacidades para o profissional de saúde, assim como aos pacientes e seus familiares, e, mais do que tudo, é estar disponível e capacitado para a busca incessante de conhecimento e evolução das capacidades.

Dessa forma, a educação permanente é entendida como aprendizagem no trabalho, quando o aprender se incorpora ao cotidiano das organizações e ao trabalho, que no campo da saúde apresenta velocidade geométrica de transformações: de arte para trabalho; de trabalho para tecnologia e linha de produção diante de um objeto repleto de subjetividades que aponta necessidades de saúde

O objetivo central dessa proposta é a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, propiciando as seguintes transformações: democratização institucional, desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações (ARRUDA, 2008).

Essa definição de educação permanente leva ao entendimento de que o residente deve ter além do auto-aprimoramento direcionado à busca da competência pessoal e profissional como meta a ser seguida por toda a sua vida, adquirir habilidades para decidir, tomar decisões e intervir. Freire (1996) considera que a autonomia somente se adquire a partir de um processo no qual se participa das decisões e daí se aprende a decidir. É perceptível esses significados nas falas analisadas de alguns residentes do programa:

Eu acho que a educação permanente é isso, você está sempre ressignificando, procurando ressignificar sua prática e ter subsídios para isso. (R5)

É um instrumento que a gente pode utilizar no ambiente de trabalho para estar reorganizando essas ações do trabalho... é diante das necessidades do dia-a-dia que vão surgindo, a gente se apropria

dessas dificuldades para em cima delas discutir com a equipe e a partir disso, tentar melhorar o processo proposto. (R7)

A variedade de informações e a necessidade de ressignificar a prática, bem como a ampla gama de necessidades de conhecimento nas mais diversas áreas, leva à constatação de que seria tarefa quase impossível para a educação formal garantir uma adequada formação do sujeito.

Por sua vez, como aponta Campos (1997), no espaço da Educação Permanente, amadurecemos a idéia de que é preciso priorizar a escuta, o acolhimento, a mediação de uma relação de trocas interessante para o encaminhamento da prática de cada um.

Propõe-se que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho. Assim, a preceptoria da RMSF/UESPI compreende a necessidade de problematizar o cotidiano das práticas para o desenvolvimento do exercício profissional do residente:

A educação permanente vem justamente como uma proposta de problematização de conceito justamente partindo da realidade vivenciada de cada sujeito; significa que você faz a prática no exercício do próprio trabalho. No exercício profissional de cada categoria, de cada espaço, de cada cenário. (P1)

Portanto, nessa concepção, a educação permanente é tida como mobilizadora de intencionalidades do sujeito mediante a identificação e a construção dos problemas.

Para Sales (2006), a formação insuficiente exigiria uma intervenção massiva que só a educação permanente não dá conta. Tem-se que combinar a educação no trabalho, discussão de casos, estudos temáticos, com a formação mais estruturada.

Assim sendo, observa-se que a RMSF/UESPI vem favorecendo o desenvolvimento pessoal para a educação permanente, reforçando as ações de formação no sistema único de saúde particularmente na atenção básica de saúde e na participação social. Isto é feito a partir dos problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde, levando em conta os conhecimentos e experiências que as pessoas possuem.

Essa proposta nasce de um desafio central com o propósito de integrar ensino e serviço envolvendo vários saberes, democratizando os espaços de trabalho, desenvolvendo capacidades de ensinar e aprender das pessoas participantes na busca de soluções para os problemas levantados no ambiente do trabalho, fomentando o trabalho em equipe, a escuta ao usuário e aos outros profissionais além da comunidade, por consequência, a melhoria permanente do conhecimento, da qualidade do cuidado aos pacientes e a humanização dos atendimentos (ALBUQUERQUE et al, 2008).

A escolha da Educação Permanente em Saúde como ato político de defesa do trabalho no SUS decorreu do desafio para que a RMSF/UESPI correspondesse às necessidades da população, conquistasse a adesão dos trabalhadores, constituísse processos vivos de gestão participativa e transformadora e seduzisse docentes, estudantes e pesquisadores à mais vigorosa implementação do SUS.

Apesar disso, notamos que os significados dados a Educação Permanente em Saúde, ainda encontram-se mais presentes em discursos teóricos do que no cotidiano da RMSF/UESPI. Temos, nos significados dados pela maioria dos componentes da equipe pedagógica (preceptores e tutores), a Educação Continuada como foco central numa confusão alusiva aos processos de Educação Permanente em Saúde.

A Educação Continuada é pautada pela concepção de educação como transmissão de conhecimento e pela valorização da ciência como fonte do conhecimento; é pontual, fragmentada e construída de forma não articulada à gestão e ao controle social, com enfoque nas categorias profissionais e no conhecimento técnico-científico de cada área, com ênfase em cursos e treinamentos construídos com base no diagnóstico de necessidades individuais, e se coloca na perspectiva de transformação da organização em que está inserido o profissional (DAVINI; NERVI; ROSCHKE, 2002).

Para estes preceptores e tutores a educação permanente é tida como um processo de transmissão de conhecimentos, centrada no indivíduo e difundida a partir de um modelo preventivista de atenção à saúde conforme observado nas seguintes falas:

A educação permanente, como o próprio nome diz, é um processo que vai se dando ao longo do tempo e pode ser mudada. A educação

permanente é um processo que insere, de acordo com a realidade que o indivíduo vive; que é centrada no indivíduo (P2)

A Educação permanente, como o nome já diz, é um processo contínuo de esta transmitindo conhecimento a respeito da atenção básica e de uma maneira inovadora e diferente. (T1)

A educação permanente ela foi colocada mesmo e já está difundido dentro das pessoas como uma necessidade de está trabalhando temas e esta trabalhando a prevenção de uma maneira que não se tinha instrumentos apropriados pra isso, não se tinha capacitação, investimento em tecnologia pra as pessoas dentro do território (T4)

Neste sentido é necessária a distinção entre as duas concepções diferentes que, por serem comumente confundidas, podem proporcionar indefinições na execução de iniciativas de educação em serviço.

Segundo Souza (1999), a Educação Continuada pode ser definida como “atividades de ensino após o curso de graduação com finalidades mais restritas de atualização, aquisição de novas informações e/ou atividades de duração definida e através de metodologias tradicionais”. Dessa forma, a Educação Continuada se expressa principalmente através de inscrições em congressos, cursos e simpósios, baseando-se na difusão e acumulação da informação como orientadoras das mudanças desejadas nas instituições e na competência individual para o trabalho.

Sendo assim, a simples encomenda de um curso após uma sensação vaga de necessidade de capacitação para se resolver um determinado problema, dirigida a uma instituição acadêmica que já o tem pronto, será meramente uma iniciativa de Educação Continuada. Também o será aquela desenvolvida a partir da expertise de professores de diferentes áreas e saberes que elaborarão conteúdos de forma desintegrada, sem uma definição prévia de objetivos e/ou competências desejadas considerando a transmissão do conhecimento, a necessidade individual e o próprio modelo preventista da saúde.

A Educação Permanente, entretanto, como nos lembra Merhy, Feuerwerker e Ceccim (2006), pode ser definida como “a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, com o objetivo de melhorar a saúde da população”. Responder a estas questões implica, em primeiro lugar, a revisão das concepções pedagógicas predominantes que, ao entenderem a prática como mera aplicação do conhecimento, a esvaziam de sentido e estabelecem uma relação linear e simplista entre o saber e o fazer, como é observado na fala de alguns tutores e preceptores do programa de RMSF/UESPI.

Assim a Educação Permanente em Saúde não se reduz ao ensino da dimensão técnica do trabalho (OPS, 2002), ou aos meios utilizados para sua execução: ela busca, sobretudo, auxiliar a reflexão e a reconstrução permanente dos saberes, das habilidades e das atitudes, vis-à-vis o contexto de cada trabalhador em seu local de trabalho – ou seja, suas especificidades e as formas predominantes do processo de organização do trabalho.

Os residentes conseguem compreender a proposta pedagógica da RMSF/UESPI na medida em que afirmam que a ressignificação das práticas é o principal meio de desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde. Considerar essa reconstrução de saberes no desenvolvimento do cotidiano faz com que haja transformações das práticas cotidianamente conforme é observado nos diálogos a seguir:

Educação Permanente é uma coisa que a própria residência já fala; do ser a aprendizagem em serviço, o ensino em serviço. Então, educação permanente já trás essa idéia de trazer a ressignificação de praticas. (R2)

Educação permanente é quando a gente está no dia a dia, no cotidiano aprendendo as coisas e repensando as nossas práticas. (R6)

Em relação à educação permanente, é importante porque a gente tem condições através da nossa própria prática está ressignificando essa prática, está sempre trazendo uma avaliação do nosso processo de trabalho e organizando. (R8)

E a educação permanente é sempre refletir de acordo com a vivência deles (profissionais). (R9)

Nós aprendemos com a experiência e a partir daí reformulamos o pensamento e procuramos sempre aprender coisas novas a partir da experiência . (R11)

Essa nova dimensão da aprendizagem em saúde e os conceitos encontrados nos discursos dos residentes do programa aqui referido trazem consigo alguns pressupostos, que norteiam a concepção do Projeto Pedagógico da RMSF/UESPI, dentre eles pode-se citar:

a) A EPS deve se valer do protagonismo do profissional de saúde em relação ao seu próprio aprendizado, mediante o emprego de metodologias ativas que se baseiem no fato de que esse profissional já está trabalhando, e que tem, portanto, necessidades, inseguranças e questionamentos já formalizados, mas talvez não conhecidos.

b) Os conhecimentos e as reflexões necessárias ao aperfeiçoamento dos processos de trabalho em saúde são multidimensionais: partes desses recursos se encontram no saber acadêmico, embora parte está, sobretudo, nos próprios serviços. Esses conhecimentos estão sob a forma, por exemplo, de estratégias empíricas para a otimização do trabalho, ou no próprio entendimento das limitações e obstáculos que impedem a aplicação do conhecimento acadêmico puro.

c) Por esse motivo, a EPS não se faz somente por meio da mediação de material didático ou de explicações de docentes (tutores e preceptores) sobre um determinado assunto: ela deve se valer também, da interação máxima entre diferentes profissionais, através de discussões nos espaços instituídos.

d) As instituições acadêmicas devem ter acesso ao conhecimento sistematizado pelos trabalhadores de saúde, de forma a reelaborar permanentemente os seus conteúdos didáticos e/ou as atividades de dispersão planejadas, evitando assim seu distanciamento com o mundo dos serviços.

e) O processo de trabalho é o objeto de transformação, que deverá se realizar através da busca de lacunas de conhecimento e atitudes que são parte da estrutura explicativa dos problemas identificados no cotidiano dos serviços.

f) Assim sendo, as iniciativas de EPS devem se basear em problemas reais, lacunas de saber e competências necessárias, evitando a construção convencional de grades curriculares sem objetivos claros, que abarquem diferente saberes que não dialogam entre si.

g) Por fim, o êxito na melhoria da saúde através de ações de educação permanente depende do seu aperfeiçoamento constante, obtido através do monitoramento das iniciativas disponíveis, da avaliação do seu impacto, da garantia de sua qualidade através de certificação e do conhecimento das necessidades dos trabalhadores e dos serviços mediante o uso de metodologias claras e efetivas de pesquisa.

Em suma, segundo Ceccim (2005), a efetividade dos processos de EPS depende de uma aproximação entre instituições acadêmicas e de serviços, assim como do reconhecimento da legitimidade mútua na construção de saberes.

O debate sobre competências profissionais vem alcançando o setor saúde, principalmente no que se refere ao campo da formação profissional. No plano legal, esse debate se insere no contexto definido pela nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação. Todavia, ainda que legalmente sustentado, há um extenso caminho a

ser percorrido na definição de modelos de formação profissional pertinentes (MOTTA, 1998).

O processo de desenvolvimento de um programa de Educação Permanente implica na reflexão sobre a conjuntura e as contingências institucionais, sob o ponto de vista ético e político. Assim, deve ser concebido dentro das premissas básicas de ser um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo. Saberes, habilidades e valores deverão ser apropriados pela equipe no contexto do trabalho, para que ela possa desempenhar suas atividades, de forma satisfatória para todos – profissionais e comunidade.

Como observamos nos significados atribuídos, a educação permanente desempenha sua função, quando está envolvida numa prática de transformação, que traduz uma teoria dialética do conhecimento, como um processo de criação e recriação, desenvolvendo a reflexão crítica sobre sua prática/trabalho.

A produção do conhecimento em saúde caracteriza-se, então, como um processo gerado no trabalho, fundamentalmente participativo, já que resulta da confrontação de diferentes e complementares experiências entre a equipe de saúde e a comunidade.

A EPS deve ter como objetivo central a transformação do processo de trabalho, orientando-o para uma constante melhoria da qualidade das ações e serviços de saúde. Assim, percebemos a EPS como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais.

A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas 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.

Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de EPS têm

como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho.

A proposta é de ruptura com a lógica da compra e pagamento de produtos e procedimentos educacionais orientados pela oferta desses serviços; e ressaltar as demandas por mudanças e melhoria institucional baseadas em análise dos processos de trabalho, nos seus problemas e desafios.

3.1.2 A Educação Popular em Saúde e a construção de sujeitos críticos

Após considerarmos a Educação Permanente como diretriz que movimenta o processo pedagógico da RMSF/UESPI adentramos na análise do significado de Educação Popular em Saúde, definida como sendo um dos pilares da proposta pedagógica deste processo de formação.

Pedrosa (2008) considera a educação popular um campo no qual se constitui outra forma de produção de conhecimento e sistematização de experiências que apontam novos desenhos para práticas de saúde desde âmbito do cuidado às práticas gerenciais e de gestão.

Entendemos que, como campo em constituição, a Educação Popular em Saúde é polissêmico, comporta uma gama de significados cujo sentido é dado pelos sujeitos envolvidos no processo de ensino e aprendizagem.

No entanto, a RMSF/UESPI propõe a Educação Popular em Saúde como referencia da ação pedagógica que visa a constituição de sujeitos críticos, conscientes, participativos e criativos na construção e sistematização de um conjunto de práticas e conhecimentos resultado da interlocução entre a organização da produção e distribuição de serviços de saúde e o cotidiano do qual emergem as necessidades de saúde da população.

Isso pressupõe, portanto, a construção compartilhada de conhecimentos a partir da realidade dos sujeitos, promovendo o diálogo entre o pensar e o fazer, na práxis. Problematizando a vivência dos sujeitos, são construídos temas geradores das discussões, onde o saber científico e o saber popular interagem e se complementam na busca das causas e soluções de problemas.

Os princípios da Educação Popular em Saúde foram definidos como elementos chave da construção pedagógica da RMSF/UESPI. Neste momento a compreensão da educação popular como dispositivo para promover “cidadania” representa o marco teórico pedagógico da RMSF/UESPI, conforme consta no Projeto Politico-Pedagógico.

Compreende-se deste posicionamento, que o significado de Educação Popular atribuído ao processo pedagógico da RMSF/UESPI, pressupõe espaços ampliados de cidadania, conforme destaca Góis (2005), vão além dos modos institucionalizados de controle social, implicando, por meio da criatividade e do espírito inovador, a criação de mecanismos de mobilização e participação como os vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede. E esse trabalho em rede, com a sociedade civil organizada, exige que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde.

O avanço da democracia no país tem impulsionado uma efervescência da participação popular em coletivos sociais de diversa natureza, objetivos e formas de organização. A educação popular tem, no entanto, uma raiz mais profunda, ou seja tem como base experiências de atividades educativas no Brasil, no início dos anos 1960, que surgiram em projetos de alfabetização de adultos trabalhadores rurais do nordeste brasileiro, conduzidas por Paulo Freire que considerava a educação como instrumento de conscientização, libertação, transformação. Sua obra mais conhecida - A Pedagogia do Oprimido teve sua primeira edição publicada em 1970 (embora seu prefácio date de dezembro de 1967), fruto de suas observações sobre esse movimento no exílio.

Na saúde, segundo Vasconcelos (2001), a origem da utilização da educação popular remonta ao início da década de 1970, quando as experiências alternativas de saúde (surgidas diante da insatisfação da população e de alguns profissionais com a situação) começam a se reestruturar, em paralelo às Comunidades Eclesiais de Base, articulados com movimentos sociais na luta contra a ditadura.

Segundo o autor a participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular, a partir dos anos 70, trouxe para o setor saúde

uma cultura de relação com as classes populares que representou uma ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde.

A metodologia da educação popular, da forma como pensada por Paulo Freire, era elemento estruturante fundamental dessas experiências.

Vasconcelos (2001) define educação popular como um modo de participação para a organização de um trabalho político que abra caminho para a conquista da liberdade e de direitos. Objetiva trabalhar pedagogicamente o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.

No entanto, outros significados foram sendo atribuídos à Educação Popular em Saúde na construção pedagógica da RMSF/UESPI, revelando um distanciamento entre o referencial e as práticas realizadas no desenvolvimento das ações da residência

Ainda assim, alguns residentes admitem que o trabalho desenvolvido é acompanhado pela valorização do saber comunitário no sentido do envolvimento da construção conjunta das propostas de ações que consideram aspectos da cultura local e facilitam o diálogo entre os diversos indivíduos presentes no processo:

Educação Popular é exatamente fazer educação em saúde valorizando o saber popular, a cultura da população. (R1)

A educação popular eu vejo mais relacionada assim quando você além do seu conhecimento você envolve também a cultura da comunidade que você tá envolvido. (R3)

O que o sujeito já sabe e que a gente vai tentar dialogar com esses diferentes saberes, o saber desse sujeito, dessa pessoa, aliado ao saber mais científico, a um saber meu, por exemplo, enquanto técnico ou de outro ou qualquer outra pessoa. Então eu acho que a educação popular gira em torno do diálogo entre esses saberes: o saber popular e o saber mais científico. (R4)

É estar sempre em contato com a comunidade valorizando os saberes que a comunidade tem troca de saberes. (R8)

É indubitável perceber que a RMSF/UESPI não permitiu, durante todo o seu processo, a construção de metodologias que agregassem o saber popular na perspectiva que possibilitasse a construção de autonomia e a formação política dos

sujeitos. Não é identificável nas falas relatadas propostas que contemplassem os princípios teóricos e metodológicos compreendidos inicialmente, que envolvem o diálogo, a realidade das populações como tema de reflexão, a valorização do saber popular e a direcionalidade da emancipação.

É válido apontar que as propostas da educação popular em saúde superam o próprio setor saúde ao buscar a formação crítica dos representantes da sociedade civil de caráter popular, colaborando para aumentar a consciência e compreensão das condições de vida e relações existentes com a saúde, subsidiando movimentos e lutas em defesa da qualidade de vida, cidadania e controle social (Valla & Stotz, 1993).

Por outro lado, a partir do momento em que atores sociais tomam consciência das causas mais profundas dos problemas de saúde e das relações sociais que os permeiam, constroem nas lutas sociais o compromisso com a saúde da comunidade. É nesse processo que emergem discussões sobre o projeto político de intervenção a ser protagonizado por esses sujeitos. Lideranças, profissionais e agentes comunitários de saúde estão diretamente envolvidos nesse processo, estimulados a lutar pela saúde da comunidade e compelidos a buscar na própria comunidade formas de resolver e minorar algumas questões de saúde que não podem e nem devem esperar só pelo Estado.

A RMSF/UESPI ficou centrada em possibilidades que permeiam o desenvolvimento de ações baseada nas diferentes culturas e na troca com o saber popular. Isso é afirmado na fala de todos os preceptores e tutores que buscaram desenvolver as ações propostas no âmbito desse eixo pedagógico:

Educação popular e saúde com as questões partindo também da realidade do usuário, da população da comunidade. Valorizando aquelas questões que são inerentes a comunidade e ao usuário. (P1)

A educação popular é de acordo com a realidade do indivíduo. (P2)

Educação Popular é entender que o saber tanto do profissional de saúde como também da comunidade devem ser também.. é.. construídos juntos, devem ser trocados, permanentemente trocados pra que se construa a própria saúde juntamente. (T3)

Esse conceito de educação popular atrai quando aproxima mesmo o saber popular, a prática de grupos que já vem realizando. (T4)

Como afirma Stotz (1994) nas suas mais diversas formas de expressão, a educação popular em saúde é também um compromisso político com as classes populares, com a luta por condições de vida e de saúde, pela cidadania e pelo

controle social. Está diretamente ligada à valorização e à construção da participação popular. Tem uma perspectiva histórica, reconhecendo os pequenos passos e os movimentos das forças sociais em busca do controle de seu próprio destino (STOTZ, 1994).

Vale ressaltar que Educação Popular não é o mesmo que "educação informal". Há muitas propostas educativas que se dão fora da escola, mas que utilizam métodos verticais de relação educador-educando. Ainda, segundo Stotz (1994), a Educação Popular não visa a criar sujeitos subalternos educados: sujeitos limpos, polidos, alfabetizados, bebendo água fervida, comendo farinha de soja e utilizando fossas sépticas. Visa a participar do esforço que já fazem hoje as categorias de sujeitos subalternos para a organização do trabalho político que, passo a passo, abra caminho para a conquista de sua liberdade e de seus direitos.

Percebemos que alguns tutores e residentes não compreenderam o objetivo dos trabalhos orientados pelos princípios da Educação Popular. Esses reduziram e simplificaram a complexidade desta pedagogia à transmissão de conhecimentos para as pessoas ou buscando adesão de grupos locais a projetos de natureza individual com objetivos que não corroboram com a proposta pensada no projeto pedagógico da residência:

A Educação Popular em saúde é um método, eu definiria como um método de esta transmitindo e apoiando o conhecimento da comunidade, não deixando esse conhecimento parado. (T1)

De educação popular, na verdade, o que eu definiria é que dentro da residência ,a gente ta trabalhando, dentro do núcleo a gente ta trabalhando bastante essa questão da educação popular junto com a comunidade . E ai tem o que? Tem casos como o eu, pegando grupos de dança, junto fazendo esses encontros saudáveis dentro da própria comunidade a fim de promover a educação popular. (T2)

Educação popular já seria uma estratégia de se aproveitar de algumas orientações dos profissionais para levar à população, esclarecer e tirar dúvidas mesmo para a população, levar conhecimento à população. (R7)

Diferente do que foi apontado por estes sujeitos, a Educação Popular deve ser entendida como um modo de participação de agentes eruditos (professores, padres, cientistas sociais, profissionais de saúde e outros) e populares nesse trabalho político. Ela busca trabalhar pedagogicamente os sujeitos sociais e os grupos envolvidos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação, de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias

de luta e enfrentamento. É uma estratégia de que fortalece a participação popular no redirecionamento da vida social.

Um elemento fundamental do seu método é o fato de tomar, como ponto de partida do processo pedagógico, o saber e a vivência anterior do educando. No trabalho, na vida social e na luta pela sobrevivência e pela transformação da realidade, as pessoas vão adquirindo entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza. Esse conhecimento fragmentado e pouco elaborado é a matéria-prima da Educação Popular. A valorização do saber e valores do educando permitem que ele se sinta "em casa" e mantenha sua iniciativa. Neste sentido, não se reproduz a passividade usual dos processos pedagógicos tradicionais.

Na Educação Popular, não basta que o conteúdo discutido seja revolucionário se o processo de discussão se mantém tradicional e autoritário, embora de forma sutil. Enfatiza não somente o processo de transmissão de informações, mas a ampliação dos espaços de interação cultural e negociação entre os diversos atores envolvidos em determinado problema social, para a construção compartilhada do conhecimento sobre ele e as formas de organização política necessárias à sua superação.

Contrariamente à simples difusão de conceitos e comportamentos considerados corretos sob a ótica de determinado modo de ser de determinada classe social, procura problematizar, em discussões abertas, o que está incomodando e oprimindo. Prioriza a relação com os movimentos sociais por serem expressão mais elaborada dos interesses e da lógica dos setores subalternos da sociedade, cuja voz é usualmente desqualificada nos diálogos e negociações.

A Educação Popular em Saúde não desconsidera a perspectiva dos acontecimentos que ocorrem no plano da microcapilaridade da vida social, problematizando microprocessos que no plano institucional e político geram cumplicidade, apoio e aliança dos micropoderes diante dos poderes que sustentam as grandes estruturas de dominação política e econômica da sociedade. Está, pois, engajada na construção política da superação da subordinação, exclusão e opressão que marcam a vida na nossa sociedade.

Educação Popular é o saber que orienta nos difíceis caminhos, cheios de armadilhas, da ação pedagógica voltada para a apuração do sentir/pensar/agir dos setores subalternos para a construção de uma sociedade fundada na solidariedade,

justiça e participação de todos. Nesse sentido um único depoimento corroborou este pensamento:

A educação popular visa promover autonomia da população, tá ensinando, tá dando uma noção de saúde diferente e dinâmica. Valorizando o saber do outro. Não pode ser autoritária. Tem que trabalhar no nível horizontal. Você deve estar aprendendo sempre junto com ele. (R12)

Atualmente, um dos maiores desafios do movimento da Educação Popular em Saúde é o delineamento mais preciso das estratégias necessárias à sua incorporação nos cursos de graduação de todos os profissionais de saúde, na formação de agentes comunitários de saúde, na educação permanente dos trabalhadores do SUS, nos cursos de pós-graduação e na formação técnica.

3.1.3 A Promoção da Saúde desenvolvendo a autonomia

Para finalizar a análise nesta categoria conceitual do nosso objeto de estudo, trazemos a Promoção da Saúde no intuito de percorrermos os significados atribuídos a ela, também tendo como base as diretrizes pedagógicas inseridas no projeto da RMSF/UESPI.

Neste sentido, o próprio projeto pedagógico da RMSF/UESPI aponta que a promoção da saúde deve extrapolar o preventivismo essencialmente voltado para o controle da doença, agravos e riscos específicos, implicando sempre em uma abordagem múltipla e integral, resultado de um conjunto de fatores sociais, econômicos, políticos e culturais, que se combinam de forma particular em cada sociedade na busca constante de melhores condições de saúde e de direito de ter uma vida saudável.

A promoção da saúde, enquanto modelo pedagógico adotado, deverá ser direcionada para qualificar as comunidades a atuarem na melhoria da qualidade de vida e saúde, combinando ações intersetoriais (integração de esforços visando a alcançar melhores resultados) e o suporte social (conjunto de ações, informações, apoio emocional e instrumental) como instrumentos da promoção.

Assim, a RMSF/UESPI corrobora com a Política Nacional de Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, no intuito de estreitar sua relação com a vigilância

em saúde, propondo que as intervenções ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham. (BRASIL, 2006a)

Neste sentido, é observado no discurso do residente a noção de cuidado em saúde como algo complexo e viável de ser realizado com integralidade, que demonstra como, na prática dos serviços, de forma dinâmica, tem-se trabalhado para promover a solução dos problemas de saúde, de forma transdisciplinar, intersetorial, atentos às questões socioeconômicas, culturais e ecológicas:

Promoção da saúde é ver a saúde num conceito ampliado. A saúde não é só algo de instituído, você vai também proporcionar um bem-estar amplo e aí envolve a educação, envolve a cultura, lazer, esporte. Então a promoção da saúde visando cidadania, NE, com essa visão bem diferenciada mesmo. (R5)

Aqui, percebemos uma aproximação imediata do termo ao entender por promoção da saúde toda atuação que tem como objetivo o incremento ou a melhoria da saúde das pessoas, atuando de forma intersetorial e que compreenda o conceito ampliado de saúde conforme relatado anteriormente.

Nas últimas décadas, a promoção da saúde tem se constituído num campo institucional próprio que reivindica para si um conjunto mais ou menos específico de ações. Essas ações buscariam, efetivamente, o incremento da saúde de um universo humano determinado. É o que se lê, por exemplo, nos dois relatórios do Ministério da Saúde canadense que se inserem na série de documentos genericamente referidos na historiografia da promoção da saúde, os famosos relatórios Lalonde (1974) e Epp (1986). O objetivo posto por Lalonde (1974) era de ampliar a liberdade de doença e incapacidade, assim como promover um estado de bem-estar suficiente para realizar atividade física, mental e social.

Neste sentido, revisitamos a fala do preceptor que discorre sobre essas possibilidades de ampliação do olhar em saúde ao relatar a promoção da saúde:

A promoção da saúde é um conceito atrelado, muito utilizado, pela vigilância da saúde e pelo programa de saúde da família. A promoção ela trabalha com conceito de qualidade de vida que ela trabalha

também a questão inter-setorial tentando intervir no poder da história natural da doença. (P1)

É interessante notar que partimos da afirmação de um sentido positivo para a saúde, como algo além da ausência de doenças que, como todos sabem, consta da Constituição da Organização Mundial de Saúde, de 1948. Em consonância com essa definição, é possível pensar em um campo de atuação que se volta para a saúde em seu sentido positivo e geral, e não focaliza a recuperação, tratamento ou prevenção de qualquer doença ou agravo específico. Os profissionais da RMSF/UESPI conseguiram perceber que a ampliação desse olhar acontece por meio de ações que possam ser trabalhadas a nível de melhoria da qualidade de vida dos espaços sociais ao qual estes estão inseridos.

Segundo Czeresnia (2003), é o que se lê em "The concept of health and the difference between prevention and promotion" de 1976, quando Leavell & Clarck escreveram que as medidas de promoção da saúde "não são dirigidas para uma dada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde geral e o bem-estar".

O discurso do residente, novamente se aproxima das concepções teóricas que apontam a promoção da saúde com um olhar para um conceito de saúde que permita compreender um olhar integral, intersetorial e de promoção da qualidade de vida, conforme pode ser observado a seguir:

Pensar promoção da saúde exatamente é favorecer uma oportunidade para que as pessoas melhorem a sua qualidade de vida, de suas condições de saúde a partir de um auto cuidado NE, esse profissionais de saúde vão proporcionar isso a partir de ações de educação e saúde, através de atividades com grupos na comunidade no sentido de promover o autocuidado, a autonomia do individuo e os trabalhos com outros setores das políticas publicas que venham ao encontro da melhora da qualidade de vida das pessoas. (R8)

A promoção da saúde é algo externo, está relacionado com os fatores que vão além da própria saúde, tá relacionado com o termo ampliado de saúde. (R9)

É importante destacar que se reconhece que as condições sociais são a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é determinante fundamental da própria saúde. Ao refletirmos sobre as séries causais dos principais grupos patológicos, que têm maior magnitude e transcendência nas diversas sociedades, têm como determinantes finais, com grande peso, as condições sociais de vida. A qualidade, o padrão das relações

sociais resulta, portanto, em elemento com ampla e inquestionável determinação sobre a saúde. O reconhecimento dessa evidência respalda o postulado correspondente de alta eficácia potencial da intervenção nas relações sociais para o incremento da saúde.

Os residentes atribuem a afirmação da determinação social dos indivíduos, inclusive em sua saúde. Os indivíduos se constituem na rede social ao mesmo tempo em que são constituintes da rede social em que vivem, é algo que se consolida no pensamento social, com diversos matizes e inflexões, desde o início do século XIX. A percepção de que as condições sociais têm papel determinante nas condições de saúde das populações afirma-se insistentemente, pelo menos desde a revolução industrial, manifestando-se em um sem-número de artigos e livros em todo o século XX.

É claro que o modo de ordenamento social e as posições recíprocas dos indivíduos na hierarquia social determinam largamente o modo como as pessoas se interagem na sociedade, o que, por sua vez, determina as suas condições físicas, psíquicas, espirituais e afetivas, constituindo um elo básico nas cadeias causais de todos os principais agravos e patologias da contemporaneidade.

Para tal, apontamos mais um discurso que ordena o pensamento neste sentido, contribuindo para o entendimento de que o espaço social e o indivíduo são produtos e produtores de suas condições de saúde:

A Promoção da saúde ela já vai muita além da questão de... da saúde não só apenas a questão assim de doença, mas procurar atuar em vários setores que são responsáveis pela saúde da população, já que ela não representa apenas o auxílio à doença. E assim, e isso vai muito na questão da gente procurar é... estimular o indivíduo à sua autonomia, procurar que ele vá atrás de seus direitos, tanto em questão socioeconômicas e questão mesmo levanto em todos os setores da sociedade. (R11)

O conjunto conceitual acima descrito sintetiza-se coerentemente em uma proposição prática: a ampliação do controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde. Identificamos este norte para as ações de promoção da saúde explícita ou implicitamente desde o documento conclusivo da Primeira Conferência Internacional de Promoção de Saúde organizada pela OMS em 1986, a Carta de Ottawa (genericamente reconhecida como marco fundante da promoção da saúde como campo institucional de prática e reflexão sobre a saúde pública): Promoção de saúde é o processo de capacitação das

peças para aumentar seu controle sobre e melhorar a sua saúde. Para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e transformar ou lidar com os ambientes.

Saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida cotidiana, não o objetivo da vida. Trata-se de um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, assim como capacidades físicas. Portanto, promoção de saúde não é apenas responsabilidade de um setor e vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem-estar.

Afirmamos que promoção da saúde é a atuação para a ampliação do controle ou domínio dos indivíduos e comunidades sobre os determinantes de sua saúde, identificando nesta concepção o eixo das ações promotoras de saúde, o que nos permite localizar a autonomia como categoria norteadora da atuação em promoção da saúde. Podemos dizer, portanto, que a promoção da saúde busca ampliação da autonomia de indivíduos e comunidades, conforme verificado no discurso de residentes e do tutor:

Promover saúde é construir a autonomia das pessoas no sentido de produzir qualidade de vida a partir do empoderamento social. Criar condições de vida mais dignas através do envolvimento dos diversos setores da sociedade. (R10)

É a promoção da saúde é esta dando também informações a população para que ela possa, de alguma forma... dar poder para a população, para o indivíduo, para ele tomar mais consciência sobre o cuidado a sua saúde... para poder intervir na sua própria saúde pelo que eu conheço... mais empoderamento para a população, informando no sentido de fortalecer o agir em saúde. (R7)

eu vejo a Promoção da Saúde hoje quando a gente vai no território as atuações da Promoção da Saúde mais voltada pra questão da autonomia, de sair um pouco da noção de Promoção de Saúde mais preventivista e ir pra uma noção de Promoção de Saúde que construa que gere a autonomia junto aos usuários. (T3)

É interessante destacar que a idéia de autonomia (auto= próprio, nomos= norma, regra, lei) conduz o pensamento imediatamente à idéia de liberdade e de capacidade de exercício ativo de si, da livre decisão dos indivíduos sobre suas próprias ações e às possibilidades e capacidades para construir sua trajetória na vida. A autonomia, assim considerada, parece identificar-se com as relações sociais e todo o ordenamento social estabelecido sobre a livre competição entre indivíduos

naturalmente independentes. As suas virtudes e os seus limites são aqueles que todos conhecemos.

Fica claro que a equipe pedagógica da RMSF/UESPI trabalha no sentido de promover essa atuação de construção de espaços que integrem a construção da autonomia no agir em saúde. Essa questão fica próxima quando apresentamos a fala do seguinte tutor:

Eu vejo a Promoção da Saúde hoje quando a gente vai no território as atuações da Promoção da Saúde mais voltada pra questão da autonomia, de sair um pouco da noção de Promoção de Saúde mais preventivista e ir pra uma noção de Promoção de Saúde que construa que gere a autonomia junto aos usuários. (T1)

Não obstante, entendemos no discurso apresentado que promoção da saúde é condição para a realização de si, dos indivíduos; e meio para o desenvolvimento humano; ao mesmo tempo que é condição para a saúde. Essa realidade pode ser expressa na forma de duas funções de interdeterminação positiva, com o pólo predominante posto na ampliação das capacidades humanas e das possibilidades de escolha dos indivíduos, no caso, a construção da sua autonomia.

Cumpramos advertir, por fim, que a ampliação da compreensão dos determinantes da saúde, em especial a crítica à concepção medicalizada, ou essencialmente biomédica dessa determinação, em favor da percepção do grande peso dos determinantes sociais, não deve conduzir a uma expansão indevida do objetivo das intervenções para a saúde na RMSF/UESPI.

Entendemos que, dentro do amplo escopo do desenvolvimento humano, o campo institucional da saúde, a promoção da saúde inclusive, tem como objeto específico o incremento da capacidade orgânico-psíquica das pessoas. Essa é a sua responsabilidade institucional. E é com este foco que fica identificado a autonomia como a categoria norteadora da promoção de saúde, porque é perceptível que ela é um determinante positivo fundamental para a saúde, sua ampliação é protetora à saúde assim como, inversamente, a restrição de autonomia é fator de risco elementar na cadeia causal dos principais grupos de agravos e patologias.

O entendimento de que para chegar a esse conceito ampliado de saúde e se utilizar dos pilares da promoção da saúde na construção do saber do residente, não há como entender a promoção da saúde distante dos outros pontos pedagógicos já discutidos aqui neste capítulo. Assim, a Educação Permanente e a

Educação Popular devem, juntas, permitir processos que desencadeiem ações a nível de promoção da saúde, conforme relatado pelo tutor a seguir:

E a promoção da saúde que só é feita com a ajuda dos outros pilares, na minha opinião, está tentando com esses dois instrumentos importantíssimos, Educação Popular e Educação Permanente, fazer com que a doença não chegue, quando eu digo doença não é só doença biológica e sim um agrave em todos os sentidos um problema social também é considerado um agrave, uma doença social, então eu considero que... essa... esse pilar seja construído com esses instrumentos e que... os três são complementares. (T1)

Diante disso, percebemos a necessidade de assumir os demais eixos pedagógicos como categoria norteadora e conteúdo central da promoção da saúde que perpassa todos os processos, todas as categorias práticas pelas quais ela se realiza. Por outro lado, dentro do escopo de atuação do setor saúde, entendemos como promoção da saúde toda intervenção que amplie a capacidade das pessoas de agir sobre os determinantes de sua saúde e que isto deve acontecer em diversos lugares da saúde:

A promoção em saúde, ela está em todos os nossos processos de trabalho de saúde, pode ser no hospital, na atenção básica, só que os profissionais de saúde eles não têm noção disso. A promoção de saúde ela está em todos os momentos do fazer do trabalhador de saúde... Então quando eu atendo um paciente eu to promovendo saúde, quando eu to fazendo um encontro com a classe eu to promovendo saúde. Então, quando a gente tá junto daquele trabalhador fazendo ele entender o que é saúde é promoção de saúde. (P2)

Como exposto, a existência dos indivíduos apenas ocorre e pode ocorrer em sua interação, isto é, através de grupos, compondo coletivos humanos e, por fim, dentro do coletivo geral que constitui a sociedade em que vivem. Portanto, o desenvolvimento da promoção da saúde na RMSF/UESPI e os mecanismos para tal apenas podem ocorrer através das ações integrais, intersetoriais e nos diversos espaços do fazer saúde.

A atuação em atenção básica em saúde, assim como toda atuação local, tem claros limites no que toca a esta ampliação da autonomia no coletivo, porque as condições locais são articuladas num sistema social e, no limite, a ele submetidas. Cultura, formas de trabalho e distribuição social de recursos, por exemplo, não são predominantemente escolhidos em cada coletivo local, mas resultados e acúmulos da produção social.

Ainda assim, as atuações no nível local podem ampliar as possibilidades de escolha e deliberação dos indivíduos sobre os diversos determinantes de sua saúde. Mecanismos de deliberação participativa e formas de atuação social, redes de proteção e cuidado recíproco, respeito à diversidade de comportamentos, etc. são exemplos de processos promotores de saúde que compreendem o discurso dos residentes, tutores e preceptores desse processo.

3.2 Os espaços pedagógicos para a construção da aprendizagem

Considerando o fato de termos compreendido as matrizes conceituais que são os “pilares” da RMSF/UESPI, e que conseguimos entender como os residentes, tutores e preceptores entendem cada um das 3 matrizes pedagógicas; é importante, portanto, analisar como, na prática, os espaços pedagógicos foram pensados e como se deu a sua execução nestes dois anos de RMSF/UESPI.

O processo pedagógico da RMSF/UESPI considera que para o desenvolvimento das matrizes apresentadas anteriormente (Educação Permanente, Educação Popular e Promoção da Saúde) é necessário a utilização de alguns conceitos que são colocados como fundamentais para o desenvolvimento dos espaços de ensino-aprendizagem que citaremos a seguir. Esses conceitos, percorrem as obras de Foucault (1979), Góis (2005), Freire (1987;1992;1996) , Laraia (2002) Leontiev (2004), e Luria (2001), e são descritos no projeto da RMSF/UESPI.

São eles: Atividade, Consciência, Pensamento e Linguagem.

a) Atividade: A RMSF/UESPI toma como referencia a noção de atividade em Foucault (1979), constatando que esta se apresenta não só como tarefas, operações ou procedimentos, mas, também, como ação consciente, criativa e transformadora, quer dizer, uma ação que permite ao ser humano apropriar-se da natureza, produzir a sociedade e sua existência conforme sua vontade. Corroborando com a visão marxista, em que a capacidade do ser humano de controlar sua atividade, fazendo-a objeto de sua vontade, é o que lhe permite diferenciar-se dos demais animais. Laraia (2002) nos traz a idéia de que a atividade

humana implica uma atividade com significado, própria dos seres humanos e de suas estruturas sociais, e não dos outros animais. Esta atividade humana é a condição mediatizadora pelo qual se realiza o processo de hominização, humanização e construção do sujeito. Assim, segundo Góis (2005), esta atividade orienta constantemente o indivíduo em sua ação de transformação e de controle da realidade e de si mesmo, ao levar à compreensão da situação em que ele atua, à clareza do caminho a seguir e “à regulação da ação ao longo do processo de execução”. A atividade implica um sistema de interações de crescente complexidade entre indivíduo e mundo objetivo (interação dialética) que, ao mesmo tempo, transforma a natureza e a sociedade, bem como permite ao ser humano exercer o controle sobre si mesmo. Por esse aspecto é entendido que a atividade humana é, em primeiro lugar, social, e constitui a base da aprendizagem e do desenvolvimento cultural. A atividade é um processo pelo qual se realizam as transformações recíprocas entre sujeito e objeto. No processo de transformação do real em ideal (e vice-versa), o ser humano se apropria da realidade e se transforma através desta para, a seguir, transformá-la, e novamente apropriar-se dela e assim transformar-se. A atividade psíquica humana se origina e se desenvolve em uma realidade concreta e histórico-cultural, por meio de interações dialéticas entre o indivíduo e o seu próprio mundo físico-social. Leontiev (2004) considera que a atividade humana não se encontra separada da consciência nem das condições objetivas de vida, por isso não se pode considerá-la isoladamente, e sim dentro da dialética indivíduo-mundo. Uma está imbricada na outra e em todo o sistema histórico-cultural da sociedade.

b) Consciência: Desde o século passado, a tentativa de compreender a consciência tomou rumos diversos, sendo que hoje o seu estudo vai além do campo da ciência. Por ser um tema multi-dimensional e multi-disciplinar, apresenta enfoques bastante diferenciados, todos eles, porém, girando em torno de duas grandes questões: a) a capacidade do ser humano de conhecer o mundo objetivo e subjetivo e b) de comportar-se moralmente nele (controle de si mesmo). Para o Dicionário da Real Academia Espanhola (1992), a consciência é uma “*1. Propriedade do espírito humano de reconhecer-se em seus atributos essenciais e em todas as modificações que em si mesmo experimenta. / 2. Conhecimento interior do bem e do mal. / 3. Conhecimento exato e reflexivo das coisas*”. Esta definição abarca os aspectos mais considerados na tentativa de compreender a consciência ao longo do tempo, ou seja, enfoca a capacidade do ser humano de conhecer a si mesmo e as

coisas, e de distinguir entre o bem e o mal. Luria (2001) compreendeu a consciência como uma qualidade psíquica superior que requer a contribuição de diversas funções psicológicas superiores. Na Teoria Histórico-Cultural da Mente, a consciência é uma propriedade do cérebro, filogenética e historicamente desenvolvida, a última a se manifestar no sistema das funções psicológicas superiores. Para se compreendê-la a partir das bases objetivas, sem redução da análise, há que se considerar a existência de uma conduta genuinamente humana, que tem uma natureza tanto histórica e social como desdobrada, e que se apresenta de três modos: a primeira é a acumulação de experiências geracionais; a segunda trata-se da experiência dos demais, inclusive a nossa mesma, a qual está socialmente disponível; e a terceira diz respeito à natureza desdobrada da conduta como atividade mental e como ação externa. Na conduta genuinamente humana temos como constituintes básicos, segundo Góis (2005), a linguagem e outros mediadores semióticos. Segundo Leontiev (2004), a consciência não antecede a atividade, nem esta se inclui posteriormente na consciência. O que cria a consciência é a interiorização da atividade prática e de seus produtos. O desenvolvimento da consciência é a passagem de uma consciência primariamente construída mediante a interiorização de uma atividade primariamente realizada a uma consciência crítica (reflexiva) construída através da interiorização de uma atividade socialmente desenvolvida. Trazendo as idéias de Paulo Freire, compreendemos a consciência como a propriedade da mente que dá sentido, tanto à vida psíquica, como à própria atividade externa dos indivíduos, e que esta atividade, por sua vez, orienta e dá a substância da própria consciência. Portanto, esta é formada, sob determinadas condições da atividade prática e social e da própria mente. Em seu processo de formação vai possibilitando ao indivíduo apreender a realidade objetiva e sua vida interior, distinguindo as duas através de sua inserção cada vez mais profunda e intencional no mundo. A consciência tem um caráter ativo, não surge da adaptação, mas do processo de apropriação da realidade e do desenvolvimento cultural.

c) Linguagem e Pensamento: Segundo Leontiev (2004), a linguagem é um processo mental de manifestação do pensamento e de natureza essencialmente consciente, significativa e orientada para o contacto inter-pessoal. Apesar do processo da linguagem ser essencialmente consciente, entretanto entende-se que o fluxo e a articulação desta provém de camadas mais profundas e não conscientes,

tais como do subconsciente e inconsciente. Assim como no reino animal, para o ser humano, pensamento e linguagem têm origens diferentes. Inicialmente o pensamento não é verbal e a linguagem não é intelectual. Suas trajetórias de desenvolvimento, entretanto, não são paralelas - elas cruzam-se. Todas as atividades cognitivas básicas do indivíduo ocorrem de acordo com sua história social e acabam se constituindo no produto do desenvolvimento histórico-social de sua comunidade. Portanto, as habilidades cognitivas e as formas de estruturar o pensamento do indivíduo não são determinadas por fatores congênitos. São isto sim, resultado das atividades praticadas de acordo com os hábitos sociais da cultura em que o indivíduo se desenvolve. Para Luria (2001), um claro entendimento das relações entre pensamento e língua é necessário para que se entenda o processo de desenvolvimento intelectual. Linguagem não é apenas uma expressão do conhecimento adquirido pelo ser. Existe uma inter-relação fundamental entre pensamento e linguagem, um proporcionando recursos ao outro. Desta forma a linguagem tem um papel essencial na formação do pensamento e do caráter do indivíduo.

É nesse sentido que, diante dos conceitos expostos, se construiu o desenho metodológico do curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família seguindo as premissas contidas nos mesmos: a partir da atividade (Fazer) do residente no seu processo de trabalho-ensino-aprendizagem constituiu-se espaços para o desenvolvimento de sua consciência crítica (Ser) para que este pudesse desenvolver uma nova atividade. Este processo seria facilitado a partir do pensamento (Pensar) e teria como facilitador os momentos teóricos didáticos, com auxílio da equipe de Tutores e Preceptores. Com esta consciência elevada, buscar-se-ia através da linguagem (Agir), nas vivências no território de saúde da família e nas vivências de extensão, refletir sobre a prática e construir uma nova Atividade. Este ciclo é considerado contínuo e ininterrupto durante os 02 (dois) anos de residência e teria como produto final, as atividades de pesquisa.³

Para atingir os objetivos propostos no modelo pedagógico apresentado pela RMSF/UESPI, partindo-se da concepção metodológica da Educação Popular e da Educação Permanente, compreende-se que os conteúdos apresentados durante

³ Destaco que este ciclo proposto vem das contribuições da Psicologia Sócio-Histórica e da Psicologia Comunitária, e tem, exclusivamente, o intuito de demonstrar de maneira didática a condução do processo pedagógico da residência. No cotidiano, esse processo pode e deve sofrer alterações. Esta é a essência da práxis.

o processo de ensino-aprendizagem foram estudados a partir de reflexões da prática do próprio residente em acordo com o seu Tutor e Preceptor, onde se acredita que estes têm a capacidade de sentir e perceber as necessidades de saúde surgidas do contato com as vivências no território de saúde da família.

Contudo, alguns espaços foram garantidos para que o ensino-aprendizagem aconteça de forma prazerosa para todos os atores envolvidos no processo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da UESPI. Estes espaços (Seminários, Grupos de Estudos de Categoria, Grupos de Estudos Multiprofissionais, Roda Ampliada) fazem parte da análise desta pesquisa, para compreendermos como se deu o desenvolvimento dos mesmos e quais os significados que residentes, preceptores e tutores dão para tais.

Para iniciar nossas análises, iniciamos pelos Seminários de Formação que são considerados pelo projeto pedagógico uma Estratégia que tem como propósito “a ampliação das discussões teóricas e de possibilidade de aprofundamento dos conhecimentos e ainda de atualização dos temas pertinentes e específicos para um melhor aproveitamento da aprendizagem”. O seminário é organizado rotativamente pelas equipes de residentes sob a coordenação da tutoria e da preceptoria. A atividade é desenvolvida num grande encontro de todos os residentes, sendo aberto para os demais profissionais da rede de saúde. Os seminários acontecem uma vez a cada mês, todas as sextas feiras, com duração de 08 horas. Os seminários, também, são os pontos de partida para o Grupo de Estudos Multiprofissional (GEM) e Grupo de Estudos de Categoria (GEC).

Para Tutores e Preceptores, os seminários são disparadores para os módulos teóricos de desenvolvimento dos conteúdos da RMSF/UESPI. Estes devem ser abertos para a comunidade e ter a participação do quadrilátero em saúde (CECCIM, 2005). A escolha do tema deve ocorrer a partir de demandas surgidas no território de saúde da família e são, os mesmos, considerados como a parte mais importante do aprendizado por ser o espaço mais amplo da residência. Estas percepções são observadas nas falas seguintes:

Ele tem um papel importante trazendo um subsídio teórico com uma pessoa de referência em determinada temática para os residentes e também tem o principal papel deles com um elo que ele tem que ser aberto a comunidade. É quando a residência traz a comunidade pra perto de si. A comunidade que eu digo é a comunidade em geral de controle social, gestores, trabalhadores do SUS, acadêmicos, estudantes de graduação, estudantes secundaristas e todas as

pessoas interessadas na temática dos movimentos sociais de uma forma geral. (P1)

o Seminário vai trazendo uma demanda de território, de acordo com o objetivo da saúde da família, uma demanda de território, claro que baseado no projeto pedagógico, claro que baseado na saúde da família. (P2)

E os seminários são talvez a parte que eu acho mais importante do aprendizado, que é onde você convida todos os acadêmicos, você articula com a rede, vem muitos palestrantes, tá reunidos todos os residentes o que é importantíssimo, mais uma troca de experiência, vem gente da categoria de outros lugares o que enriquece muito. (T1)

E os Seminários é o disparador para cada módulo. E aí, a partir desse seminário que você teve durante todo o período, da semana, é que você vai discutir o que foi o disparador no seminário, dentro do GEM, principalmente dentro do GEM. (T2)

O seminário de formação, acho que é um espaço riquíssimo porque é o único que tá sendo, hoje né ainda, aberto pra outros atores se inserirem e cada vez mais a gente tem agregado a academia, até usuários estão participando, inclusive formando mesas, que eu acho que isso é interessante a gente destacar, a academia, profissionais do serviço e a gestão. (T3)

É perceptível o discurso em que o Seminário trouxe momentos de ampliação do saber para o residente. Este pode ampliar a temática sugerida a partir do contato com outros atores sociais que fazem parte do sistema de saúde local. Ceccim e Feuerwerker (2004) colaboram com estas questões colocadas ao afirmarem que o quadrilátero da formação para a área da saúde — ensino / gestão setorial / práticas de atenção / controle social — propõe construir e organizar processos interativos e de ação na realidade para operar transformações, no intuito de mobilizar caminhos para o desenvolvimento dessas práticas, convocando protagonismos dos coletivos e instituições que possam juntas construir cenários de conhecimentos e invenções para o desenvolvimento da prática.

Da mesma maneira, há um entendimento do grupo de residentes da importância desse espaço para a construção teórico-prática no campo da saúde da família, pois este incentiva o protagonismo do residente ao ponto de envolvê-lo na gestão da organização do seminário que está por vir. Esse protagonismo possibilita que o residente construa laços com a rede de atenção que são importantes no desenvolvimento de habilidades para a aplicação da prática.

Ajuda nesse processo de aprendizagem com outras pessoas onde inicia a gente tirando muita dúvida e é um espaço de debate também sobre algo que a gente vai ver no módulo do mês todo (R1)

é um momento que a gente tem pra tá compartilhando isso com as pessoas de fora da residencia, seja profissionais do serviço os gestores, acadêmicos das diversas universidades (R3)

No seminário que a gente abre as portas pra todo mundo para quem quiser participar. mas no seminário é todo mundo é o pessoal da gestão, é o pessoal das equipes, são outros estudantes de outras categorias profissionais, enfim de outros campos de atuação e isso é muito importante. Esse dialogo no seminário é fundamental (R4)

Trazem muitas informações novas, novas vivencias, novas formas de aprendizagem, reaproxima a gente tanto a comunidade quanto das instituições que a gente tá vinculado, como a fundação, a SESAPI, é, além de outros estudantes. (R6)

A gente tem os momentos de prática dentro do seminário também porque estamos juntos construindo a proposta do mesmo, assim tem o convívio com as equipes, a gestão que sempre está com a gente e também com outros acadêmicos. Então essa articulação com todo mundo, essa aproximação eu acho importante para a minha formação (R7)

É um momento assim democrático de várias constituições, né, o quadrilátero também participa, nós vamos pra residencia, mas não só pra residência, pra gestão, pra universidade, pra comunidade. (R9)

Uma consideração importante dentro dessa perspectiva é que os seminários não tiveram uma participação efetiva das equipes de saúde da família. Isso ficou claro na fala de 03 (três) residentes que trazem essa dificuldade como um ponto negativo no desenvolvimento dos mesmos, não excluindo sua potencialidade frente ao processo de ensino-aprendizagem:

Eu ainda vejo esse espaço sendo pouco aproveitado; que a gente coloca o seminário como um espaço aberto pra gente tá colocando as nossas idéias para frente e eu ainda vejo uma participação muito pequena. (R3)

Os seminários vem crescendo é claro, isso é visível, mas ainda são espaços pouco valorizados pelas pessoas e aí eu coloco muito pelo serviço de saúde principalmente que são as pessoas e instituições que a gente tá se relacionando no território. (R4)

A participação ainda é um pouco tímida. Mas depende muito do seminário e da equipe que está responsável pela sua execução. Mas considero um espaço ainda pouco aproveitado pela sociedade. (R10)

Diante desses apontamentos, entendemos que a proposta pedagógica da residência traz o Seminário como um espaço de construção coletiva e problematizadora considerando os espaços de vivencia no território de saúde da família. Embora preceptores, residentes e tutores percebam esse espaço como o principal mobilizador dos temas aprendidos durante o processo da residência, é real a necessidade de se sensibilizar o quadrilátero em saúde para uma maior

aproximação e aproveitamento desse espaço pedagógico. A construção coletiva possibilita uma ação do residente no sentido deste crescer enquanto profissional apto a interagir intersetorialmente com um objetivo de sempre estar compreendendo os conceitos da educação permanente e da educação popular na sua prática cotidiana.

Partindo para análise de outros dois espaços importantes desse processo, existem os Grupos de Estudos Multiprofissional (GEM) e os Grupos de Estudos de Categorias (GEC). De acordo com o projeto, os GEM são momentos em que os residentes se reúnem com seus tutores e orientadores de serviços na unidade de saúde para planejamento e programação de atividades e exposição de dificuldades, propiciando momento de reflexão e análise crítica do trabalho desenvolvido. O grupo de estudo se reúne semanalmente, durante 04 horas. No grupo, as temáticas levantadas nos Seminários são aprofundadas e refletidas a partir da própria necessidade do Grupo, facilitadas pelos Tutores. Já o GEC é uma atividade de planejamento e avaliação para cada categoria profissional em que o preceptor encontra-se presente e acompanhar as atividades. Ocorre quinzenalmente com carga horária de 04 horas.

Durante os 02 anos de RMSF/UESPI a realização do GEM ocorreu dentro das dependências da universidade, distanciando-se da proposta inicial que seria a sua realização no espaço da UBS. Dentre os participantes do processo, apenas tutor e residentes, sem qualquer envolvimento da equipe de saúde da família dentro do espaço criado para que ocorra essa integração ensino-atenção

Para Ceccim e Feuerwerker (2004), as instituições formadoras e os municípios possuem a condição de reconstituírem a si mesmos, pois tradicionalmente um é o campo de exercício do ensino e o outro o campo de exercício dos serviços. Quanto maior o comprometimento dessas instâncias, maior a imposição ética de mudarem a si mesmas. A educação em serviço reconhece os municípios como fonte de vivências, autorias e desafios, lugar de inscrição das populações, das instituições formadoras, dos projetos políticos pedagógicos, dos estágios para estudantes e de mobilização das culturas.

Essas vivências devem acontecer em parcerias, construções que devem partir do coletivo e com a participação de todos os atores envolvidos. Não há produção de saúde sem o envolvimento de toda a equipe. Assim, os conceitos de promoção da saúde caem no esquecimento por não considerarem a importância de

toda a equipe nessa construção. Da mesma forma, a Universidade não deve pensar sozinha o seu trabalho. A construção do cuidado deve ter o envolvimento da equipe e da população.

A não aproximação do GEM com as equipes foi apontada como uma dificuldade do processo de institucionalização da RMSF/UESPI. Nas falas seguintes, podemos observar um pouco dessa dificuldade:

os profissionais desses territórios eles não são acostumados com esses olhares. Então às vezes a gente esbarra com essas dificuldades de entrar nesses territórios e até desenvolver ações pelos próprios profissionais ou gestores, ou serviços, eu vou falar serviço, ele não tá acostumado com esta proposta, então é uma dificuldade. (P2)

Há dificuldade encontradas em alguns profissionais dentro das equipes da saúde da família que não aceitam, não entendem um pouco o trabalho que a residência tá fazendo. (T2)

a gente tem dificuldades no próprio serviço, dos próprios profissionais entender o que é a gestão, entender o que é a residência, saber que é um processo de ensino – aprendizagem; Com os profissionais do serviço isso tá sendo muito difícil, porque são linguagens diferentes que precisam se encontrar. (T3)

O entrave maior no território está com as equipes, assim em termo de profissional de nível superior, ainda deixam muito a desejar. Não entenderam a proposta da residência. (R5)

Primeiro sempre tem os entraves das equipes, no início algumas equipes estavam presentes, outras nem tanto; mudou algumas a visão, tem algumas que não fazem tanta questão e isso prejudica o desenvolvimento do nosso trabalho porque a gente fica distante da equipe, faz trabalhos isoladamente e isso não melhora. (R6)

No território eu vejo que existe um certo bloqueio das equipes, é eu acho que pelo fato da proposta ser nova, uma proposta inovadora as equipes não estavam acostumadas a chegar uma equipe de novos profissionais que não estão na equipe mínima. (R7)

A difícil aceitação dos profissionais, já que os profissionais tem uma maneira diferente, uma forma tradicional de trabalhar. Gera conflitos. Eles não aceitam a residência. (R10)

O GEM poderia ter tido uma grande possibilidade de construção teórico-prática se estivesse ocorrido dentro da UBS e com todos os profissionais participando ativamente. No entanto, o discurso do residente aponta que, apesar das dificuldades com a aceitação das equipes dos territórios, o GEM trouxe um crescimento profissional e pessoal pela possibilidade do debate interdisciplinar propiciado.

É legal porque você estuda a visão de cada uma das profissões que fazem parte da residência. Você pega vários pensamentos, várias falas ali, pessoas que não são da sua área. Isso é muito

enriquecedor. O GEM dá aquele aprofundamento teórico que é muito legal. (R1)

No GEM a gente acaba aprendendo muito por ser multiprofissional. É muito produtivo. O olhar das diversas profissões é fundamental para os nossos encaminhamentos. (R3)

É importante porque a gente discute em equipe, entre os residentes da equipe, toda a situação que a gente está vivendo dentro do território, como a gente está avaliando, planejando também todas as ações que a gente vai fazer pro território, o tutor vai junto com a gente dando suporte. (R7)

Um espaço muito rico para o estudo multiprofissional porque é um momento que a gente junta todas as categorias profissionais com a nossa tutoria para discutir esses temas; (R9)

Para Merhy (2002), a interdisciplinaridade tem sido considerada por diversos autores como alternativa para se alcançar o desenvolvimento de um pensamento que responda pela complexidade que caracteriza o mundo atual, com seus desafios. Entre eles, encontram-se os problemas de saúde. Saúde é considerada uma área eminentemente interdisciplinar e a integração de disciplinas no âmbito dos cursos que preparam recursos humanos para atuar nesse campo, certamente poderá levar à formação de profissionais mais comprometidos com a realidade de saúde e com a sua transformação.

É nesse sentido que o GEM é apontado pelos residentes como um espaço de crescimento que envolve habilidades tanto do fazer como do ser. É claro que o projeto da RMSF/UESPI pauta-se, também, no exercício da cidadania, que por sua vez, fundamenta-se a partir de quatro aprendizagens fundamentais, colocando-se ênfase no saber-ser, sobre o qual se fundam os demais saberes: saber-fazer, saber-aprender e saber-conviver (DELORS, 2001).

Além disto, teve-se em mente que a articulação de saberes da formação geral (conhecimento científico), da formação profissional (conhecimento técnico) e as experiências de trabalho e social (qualificações tácitas), que são mediadas pela dimensão ético-política⁴ referem-se às especificidade do trabalho em saúde (DELUIZ, 2001), particularmente do trabalho em Atenção Básica.

Já os GECs vem no sentido de dar subsídios para a prática específica da categoria profissional correspondente. Assim, oferece um espaço de planejamento e

⁴ Refere-se a constituição de um sujeito capaz de compreender a realidade social a partir das interações entre os princípios democráticos e a realidade social ao qual ele está inserido. É função da Psicologia Comunitária, segundo Montero (2005), constituir sujeitos capazes de ter consciência ética e política sob sua situação de opressão.

avaliação para a categoria profissional específica. Com o auxílio do preceptor, consegue transformar a prática oferecendo momentos reflexivos e de leitura para o desenvolvimento do núcleo do saber específico de cada profissão. Preceptores, tutores e residentes consideram o GEC como um espaço de grande crescimento pessoal e profissional para o desenvolvimento das habilidades específicas propostas pela RMSF/UESPI:

O GEC é o espaço que está no âmbito do núcleo do saber... e onde são discutidas as questões específicas do fazer da categoria no saúde da família e a construção desses núcleos. (P1)

É o espaço do grupo específico por categoria, um espaço para ressignificação da própria profissão que vieram de uma formação completamente técnica com uma visão bem biologicista e os GECs parece que tão desfazendo essa visão. (T3)

Grupos de categoria que também faz a gente problematizar bem junto com nossa categoria e com o preceptor o que que a gente poderia fazer, atuar como especificamente. (R1)

São a oportunidade que a gente tem de tá discutindo com o preceptor coisas relacionadas a nossa categoria mesmo e aí a oportunidade que a gente tem de está trocando com os outros residentes o que cada um tá vivenciando em seu território, o que, é o, q eu a gente vê é q as equipes trabalham semelhante e ao mesmo tempo diferente. (R3)

A gente consegue trocar saberes também com o que as outras residentes estão fazendo. Isso é importante porque aí a gente consegue ter um conhecimento mais sólido, com essa troca de saberes e de experiências de cada território. (R11)

Há de se afirmar que a RMSF/UESPI corrobora com o Desenvolvimento de Habilidades que envolvem relações Interpessoais mais fortalecidas e processos comunicativos mais eficazes. Isto é observado constantemente nos discursos apresentados. Para Kodjaoglanian et al (2003), a inserção do aluno na realidade é fator decisivo para que ele tenha uma visão bastante verdadeira do mundo que o circunda, para que ele possa atuar adequadamente profissionalmente, desenvolvendo habilidades interpessoais concretas e intensas.

É sabido que a grande dificuldade em imprimir mudanças significativas na graduação a curto prazo, em virtude da rigidez dos modelos curriculares tradicionais no setor Saúde, que por sua vez ajuda a “formar” profissionais despreparados para atuarem na atenção básica, particularmente com a comunidade. Sem dúvida, esse fato resulta na formação predominantemente baseada no modelo

de atenção hospitalar e clínico ainda vigente no país (MOREIRA & OLIVEIRA, 2006).

Assim, observa-se que o GEC contribuiu para a troca de uma das experiências mais importantes do processo que aproxima a teoria e a prática: a integração dos serviços de saúde, comunidade e universidade propicia contato direto com a realidade, possibilitando ao residente a aprendizagem relacionada à realidade de seu futuro profissional, bem como o interesse pela atuação generalista e de atenção social.

A RMSF/UESPI possui outros espaços de formação não menos importante que os já citados anteriormente. No entanto, para análise nessa pesquisa, priorizamos os espaços dos GEM, GEC e Seminários observar que estes foram os principais citados no decorrer de nossas entrevistas tanto com tutores, preceptores e residentes.

Entretanto, a Roda Ampliada é um espaço de grande contato interdisciplinar e que há a presença de todos que estão envolvidos no processo pedagógico da residência: preceptor, tutor, coordenação e o residente. A Roda Ampliada, de acordo com o projeto pedagógico da RMSF/UESPI, é um método utilizado para facilitar e promover a discussão de diferentes experiências entre os grupos, sobre assuntos relacionados ao processo de conhecimento que se está construindo ou se deseja construir.

A roda é pautada na metodologia da Co-gestão de coletivos proposta por Gastão Campos (2000); é um espaço onde o sentir/pensar/agir são trabalhados seguindo três dimensões: administrativa, pedagógica e terapêutica. Além de cuidado com o grupo (cuidar do cuidador) a roda propõe-se articular demandas administrativas, fazendo o coletivo participar da gestão da residência e também promove um espaço reservado para apresentação de casos clínicos e/ou de óbito, onde o residente poderá ter a oportunidade de expor um caso problemático e o mesmo será apreciado por todos os participantes (preceptores, tutores, coordenadores e demais profissionais interessados que atuem em área afim), com o objetivo de analisar os determinantes e lacunas no processo de atendimento e atenção à saúde.

Na prática, a roda tentou trazer as 3 dimensões para o processo, o que, no entanto, foi prejudicado pelas dificuldades de gestão que a Residência passou após o primeiro ano de curso. Nos dois anos de trabalho, a RMSF/UESPI não levou

nenhum caso clínico para debater em Roda Ampliada e, cada vez mais, a coordenação foi afastando a possibilidade de se construir uma gestão compartilhada. As decisões, que deveriam ser compartilhadas nas rodas, passaram a ser determinadas e apenas informadas para preceptores, tutores e residentes; o debate realizado pelos residentes foi esquecido e não houve um comprometido para se realizar a co-gestão conforme proposta no projeto do programa.

A UESPI ofereceu um espaço pra a gente participar ativamente da construção da residência mas logo em seguida percebi que não existia esse espaço. As decisões vinham sempre de cima pra baixo. A gente só podia dizer sim ou não. (R1)

Primeiro foi dito que a gente poderia opinar no nosso processo de aprendizagem... depois disseram que as decisões da coordenação são soberanas. Não entendi o que aconteceu. (R5)

Nas rodas, as diretrizes são apenas repassadas. Mesmo se a gente discuti as decisões não são soberanas. No caso da avaliação da residência, tivemos um grande debate, no entanto, não permitiram que nada da roda fosse considerado. (R8)

Apesar destas dificuldades apontadas, a Roda Ampliada foi considerada por todos como um espaço de grande aprendizado. A troca possibilitada na construção de habilidades pessoais e do próprio relacionamento interpessoal do grupo foram apontadas como motivadores para sua existência. A cada mês um grupo de residentes, em conjunto com tutores e preceptores, organizavam um espaço com caráter muito mais terapêutico do que administrativo ou pedagógico. Isto, na visão de alguns, diminuía as tensões e propiciava um melhor relacionamento do grupo.

Por fim, as Vivências de Território de Saúde da Família compreende todo um processo de interações e ações, numa perspectiva educativa e ao mesmo tempo transformadora, que ocorrem na área de atuação no qual o residente se encontra inseridos. É resultado do refletir e do fazer do residente e de outros profissionais no território de atuação. Não se trata apenas de uma escolha pessoal de se estar no campo, mas o estar no território faz parte de uma clara estratégia metodológica que possibilita ao residente, por exemplo, entrar em contato com uma realidade viva, dinâmica, rica em possibilidades e contradições que precisa ser compreendida e transformada, visando à promoção da saúde.

Contemplam Vivências no Território de Saúde da Família dentre outras, ações de planejamento, gestão e avaliação dos serviços e territorialização, as

práticas com grupos de pacientes e com a comunidade, incluindo os conselhos locais de saúde, as atividades de promoção e educação em saúde individual e coletivas, as visitas domiciliares e acompanhamento de usuários com dificuldade de locomoção da área de abrangência das unidades de saúde, o apoio aos grupos específicos (diabéticos, gestante, adolescentes, idosos, entre outros), aos grupos de riscos (gravidez na adolescência, alcoolismo, dependentes de drogas, entre outros), os trabalhos desenvolvidos em parceria com as escolas, assim como as atividades junto as organizações sociais presentes no território.

Todas essas ações foram desenvolvidas considerando os limites impostos pela dificuldade do relacionamento com a gestão do serviço, pelo próprio modelo biomédico hegemônico no sistema de saúde de Teresina, pelos processos de cuidado centrados na figura do médico, pela questão de ser a primeira turma de residência do Estado do Piauí, dentre outros problemas que já foram citados no decorrer desse material.

Vários espaços de formação foram considerados para o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem do residente. Dentre eles foram citados as Reuniões dos Conselhos de Saúde (municipal e estadual), os seminários propostos pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual da Saúde do Piauí, a relação com as escolas que estão presentes nos territórios, os espaços de construção com a intersectorialidade que permitiram um contato com outras secretarias de governo e os estágios de extensão que trouxeram uma ampliação do olhar para o cuidado em saúde nos diferentes níveis de atenção.

Entendemos que para uma formação em saúde que tenha nas práticas cuidadoras um elemento estruturante de sua profissionalização, a escolha de cenários onde preceptores, tutores e residentes tenham a oportunidade de articular o ensino com a atenção desenvolvida nos serviços de saúde assume papel fundamental. Como afirma Paulo Freire (1996), cenários de aprendizagem são lugares de construção de conhecimento, de vivências e desenvolvimento de atitudes que produzam criticamente formas de atuar em saúde e de se relacionar com os usuários; espaços de reflexão crítica sobre a realidade, de produção de compromisso social, em suas diversas dimensões, com o fortalecimento do SUS.

Nesse contexto, a oportunidade do residente vivenciar outros espaços, além dos propostos no projeto pedagógico, oferece a perspectiva da atuação, multiprofissional e interdisciplinar, e o trânsito do residente por múltiplas expressões

do conhecimento e diferentes possibilidades da atuação profissional. Os diversos cenários incorporados a RMSF/UESPI permitem desenvolver ações intersetoriais, oferecendo aos residentes a oportunidade de exercitar a negociação com instâncias e conhecer outros espaços que não apenas a Unidade Básica de Saúde ou os instituídos no processo pedagógico da residência.

Percebemos como um enorme desafio pensar e colocar em ação processos pedagógicos impregnados pela complexidade dos processos de trabalho em saúde, capazes de traduzir em acontecimentos presentes o enfrentamento real do residente com a materialidade concreta do trabalho. Segundo Ceccim (2004), esses desafios passam pela escolha dos cenários de aprendizagem, por estratégias inovadoras de relação e inserção nesses cenários, considerando a realidade do mundo profissional, das políticas públicas de saúde e das ações corporativas das profissões.

4. INICIANDO CONCLUSÕES

Considerando que todos os projetos desta natureza enfrentam dificuldades e desafios, destacam-se os que estiveram mais presentes no decorrer do processo de construção e implementação da proposta. No tocante às dificuldades, podem ser mencionadas aquelas ligadas à coesão do grupo para o entendimento dos conceitos básicos que norteiam o desenvolvimento da proposta pedagógica da RMSF/UESPI.

Como apresentado, ficou claro as diversas concepções que o grupo apresenta sobre o significado de Educação Permanente em Saúde. Preceptores e Tutores tiveram bastante dificuldade de compreender a essência do significado deste conceito. A reprodução de práticas assistencialista e que corroboram com a pedagogia tradicional foram questionadas durante todo o processo de desenvolvimento da residência.

Vários espaços foram criados para a superação dessa dificuldade: reuniões semanais com o grupo pedagógico, oficinas de construção de ações que compreendessem as matrizes envolvidas no processo, entrevistas individuais com os membros da equipe. No entanto, os motivos desse não entendimento ainda necessitam de aprofundamentos e reflexões, mas acreditamos que a falta de tempo de preceptores e tutores, ou mesmo a falta de sensibilidade para com a temática podem ter contribuído para essas falhas apontadas anteriormente.

Observamos, no entanto, que mesmo com essas dificuldades colocadas pela equipe de preceptores e tutores, os residentes conseguiram compreender os significados das matrizes pedagógicas do processo de ensino-aprendizagem. Isso é observado quando analisamos seus discursos e suas práticas. Os sentimentos que estiveram presentes em todos os cenários de aprendizagem propostos estão intimamente ligados a noção de autonomia, liberdade e cidadania apontadas pelos conceitos fundamentais que fazem o projeto da RMSF/UESPI.

Assim, acreditamos que a Educação Permanente por si só, auxilia no desenvolvimento de práticas transformadoras em que os atores possam participar de forma interdisciplinar e intersetorial na construção de um cuidado em saúde mais eficiente e diferente da formação tradicional ainda proposta nos cursos de graduação.

Ficou notável que os discursos do projeto da RMSF/UESPI, que incentivam a co-gestão de coletivos, não passam de discursos para a conquista de espaços que foram institucionalizados pela nova política pública de saúde vigente no país desde as mudanças ocorridas no Ministério da Saúde a partir de 2003. Na prática, a gestão da RMSF/UESPI mostrou-se ainda, verticalizada, distante da proposta da Roda desenhada em toda a proposta pedagógica do projeto.

Quanto aos desafios, é bom lembrar que sensibilizar profissionais e demais atores no intuito de concretizar a interdisciplinaridade, tem sido um esforço constante. Da mesma forma, efetivar a integração ensino-serviço é outra questão que tem sido perseguida por vários setores tanto da universidade quanto de alguns serviços de saúde. Quando a universidade se apresenta disposta para tal, o serviço se esquia; quando o serviço está disposto, a universidade é a que se afasta.

No caso da RMSF/UESPI, houve falhas na pactuação com os gestores do município. A gestão central pactuou a inserção da residência no serviço, mas os profissionais da ponta não estavam dispostos a trabalhar neste processo de formação em serviço proposto pela UESPI. Tanto é fato que os espaços de aprendizagem deveriam ser realizados nos serviços que compõem o sistema, foi factualmente enclausurado no espaço da universidade.

Independentemente de todas as dificuldades envolvidas no desenvolvimento deste projeto, verificamos que sua institucionalização apresenta um alto grau de irreversibilidade. A residência multiprofissional é uma realidade no Estado do Piauí. Os profissionais que estão sendo formados nessa primeira turma apresentam uma transformação política, pessoal e profissional nas suas atitudes enquanto pessoas, cidadãos e profissionais de saúde. O sistema de saúde, em algumas unidades básicas, reconhece e clama pela realização de uma segunda turma de residência. As resistências foram visíveis, mas a aproximação com algumas equipes aconteceram sem dúvida.

Finalizamos considerando que as Residências Multiprofissionais em Saúde podem ser dispositivos potentes para instituir mudanças no setor. Sua definição como importante estratégia de uma política de Estado para a formação de trabalhadores para a saúde, implica na existência de condições objetivas que dêem conta da qualificação dos profissionais envolvidos e na ampliação equânime do número de programas no país.

Para além das discussões pedagógicas e de organização do processo de trabalho, propiciar as condições estruturantes (recursos financeiros e humanos) para consolidar esta modalidade de formação é fundamental, notadamente em contextos onde o seu carácter instituinte está na contramão das perspectivas conservadoras dominantes na produção da saúde.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Verônica Santos et al . A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, Set. 2008.

ALTOÉ, S. **René Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: Hucitec, 2004.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro. SUS passo a passo – normas, gestão e financiamento. São Paulo: Hucitec. 2001.

ARRUDA, Marina Patrício et al . Educação permanente: uma estratégia metodológica para os professores da saúde. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, Dec. 2008.

BAREMBLITT, G. Compêndio de Análise Institucional e outros conceitos: teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1998.

BELLONI, I.; MAGALHÃES, H.; SOUSA, L. C. **Metodologia de avaliação em políticas públicas: uma experiência em educação profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL, **Decreto nº 4.726**, de 9 de junho de 2003.

BRASIL, Portaria nº 1.111/GM/MS, de 05 de Julho de 2005.

BRASIL, Portaria nº 1.143/GM/MS, de 07 de Julho de 2005.

BRASIL, Portaria nº 2.117/GM/MS, de 03 de Julho de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Caminhos para mudança da formação e desenvolvimento dos profissionais de saúde: diretrizes para a ação política para assegurar Educação Permanente no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Lei nº 1.129 de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão dos Jovens – PROJOVEM e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1º de jul. de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho na Saúde**. Brasília: CONASS, 2007 (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS).

CAMPOS, G. W. S. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). Rev. Saúde Pública. 1997; 13: 141-144.

CAMPOS, G. W. S. **O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso**. CAD. Saúde Pública, Out. 1998, vol. 14, nº 4, p. 863-871.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CASTRO, Dagmar Silva Pinto de (Org.) **Fenomenologia e análise do Existir**. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo: Sobraphe, 2000.

CERVO, A L.; BERVIAN, P.A **Metodologia científica**. 4ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, Laura. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro (UERJ). V. 14, nº1, 2004.

CECCIM, R. B. Equipe de Saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção de atos terapêuticos. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (orgs) Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2004.

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

CECILIO, L. C. O.(org.) **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M.; Promoção da Saúde: reflexões, conceitos, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CONFERENCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12^a. 2003, Brasília. **Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DAVINI, M.C.; nERVI, L.; ROSCHKE M.A. Capacitación del personal de los servicios de salud: proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial. Ecuador: OPS/OMS, 2002. (Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud, 3).

DELORS, Jacques. Educação: Um Tesouro a Descobrir. Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI. 6^o Edição. São Paulo: UNESCO, MEC, Editora Cortez, Brasília, DF, 2001.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: uma visão do mundo do trabalho. Formação, Brasília, v. 1, n. 2, p. 5-15, maio 2001.

DE MARCO, Mario Alfredo. Do modelo biomédico ao modelo biopsicossocial: um projeto de educação permanente. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, Apr. 2006.

DICIONARIO REAL DA ACADEMIA ESPANHOLA. Barcelona, 1992.

ENRIQUEZ, Eugene. O trabalho da morte nas instituições. In: KAËS, René. A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos. Tradução: Joaquim Pereira Neto. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

EPP, J. Achieving Health For All: A Framework For Health Promotion. Ottawa: Ministry of Health and Welfare, 1986.

FEUERWERKER, L. Educação dos profissionais de saúde hoje: problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. Rev. ABENO, v.3, n.1, p.24-7, 2003.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido. 7 ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 1992.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 11^a ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 4. Ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GADELHA, S. de S. **Subjetividade e Menor-idade: acompanhando o devir dos profissionais do social**. São Paulo: Annablume; Fortaleza: Secretaria de Cultura e Desportos, 1998.

GOIS, Cezar Wagner. **Psicologia Comunitária, Atividade e Consciência**. Fortaleza: Publicações Instituto Paulo Freire de Estudos Psicossociais, 2005.

GOULART, F. A. A. **Experiências em saúde da família: cada caso é um caso?** 2002. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002. Cap. 3, p. 49-90.

HEIMANN, L. S.; IBANHES, L. C.; BARBOSA, R. **O público e o privado na saúde.** São Paulo: Hucitec: Opas: IDRC, 2005.

LADONDE M. A New Perspective on the Health of Canadians: a Working Document. Ministry of Health and Welfare, Ottawa, Canada, 1974.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e instituições.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1989.

LARAIA, Roque de Barros. Cultura: um conceito antropológico. 15ª ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2002.

LEONTIEV, Alexis. O desenvolvimento do psiquismo. São Paulo: Centauro, 2004.

LURIA, A. R. Pensamento e Linguagem. As últimas conferencias de Luria. Porto Alegre: ArtMed, 2001.

KODJAOGLANIAN, Vera Lucia, BENITES, Clarice Cristina Andrade, MACARIO, Irma et al. Inovando métodos de ensino-aprendizagem na formação do psicólogo. *Psicol. cienc. prof.*, mar. 2003, vol.23, no.1, p.2-11.

MERHY, E.E.; FEUERWEKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación permanente en salud una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colect*, v.2, n.2, p.147-60, 2006.

MERHY, Emerson Elias (org) A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. S. (org) **Pesquisa Social.** Teoria, método e criatividade. 24 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

MONTERO, Maritza. Teoria e Practica em Psicologia Comunitaria. Buenos Aires: Paidós, 2005.

MORAES, Magali Aparecida Alves de; MANZINI, Eduardo José. Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na Famema. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 3, Dec. 2006.

MOREIRA, K. F. A. & OLIVEIRA, J. L. C. Narrativa da Residência Multiprofissional em Saúde: desafios para a Universidade Federal de Rondônia (Unir). In: 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MOTTA, J. I. J. Educação Permanente em Saúde: da política do consenso a construção do dissenso. Rio de Janeiro, 1998.

OPS. Organização Panamericana da Saúde. Gestion de Proyectos de Educacion Permanente em los servicios de salud. Manual Del Educador. Washington, D.C., 2002.

PEDROSA, J. I. S. **A educação popular e a formação dos trabalhadores de nível médio da saúde**. Trabalho, Educação e Saúde, v.5, n.1, p. 125-138, 2007.

PEDROSA, J. I. S. Educação Popular em Saúde e Gestão Participativa no SUS. Revista de APS, v. 11, p. 303-313, 2008.

PEREIRA, I. B.; RAMOS, M. N. **Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

REY, González. **Pesquisa Qualitativa em Psicologia**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 2.ed. São Paulo: Atlas, 1989

SALES, Leonardo. Vivencia Estagio na Realidade do Sistema Único de Saúde Brasileiro e a Formação do Psicólogo. Teresina: UESPI, 2004.

SOUZA, A.M.A. et al. Processo educativo nos serviço de saúde. In: SANtAnA, J.P.; CASTRO, J.L. (Orgs.). Capacitação e desenvolvimento de recursos humanos de saúde - CADRHU. Brasília: Ministério da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde/ Universidade Federal do Rio Grande do norte, 1999. p.215-32.

STOTZ, E. N. Saúde pública e movimentos sociais em busca do controle do destino. In: VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. Educação, saúde e cidadania. Petrópolis: Vozes, 1994.

THOMPSON, J.B. **Ideologia e Cultura Moderna**: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. Apresentação. In: VALLA, V.V.; STOTZ, E.N. (Org.) Participação popular, educação e saúde: teoria e prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. Interface — Comunic., Saúde, Educ., v.5, n.8, p.121-6, 2001.

ANEXO 1 – Roteiro de Análise das entrevistas

CATEGORIAS				
O Significado de Educação Permanente	Os cenários de aprendizagem (os serviços de saúde, a sala de aula, os movimentos): favoráveis ou desfavoráveis	Os espaços de desenvolvimento do processo de ensino aprendizagem	Os recursos de poder em disputa (qual a expertise da instituição participante), qual o acúmulo em determinado tipo de formação pelas entidades participantes	A relação da formação com o quadrilátero da mudança (gestão e controle social)
QUESTIONAMENTOS				
Considerando a proposta pedagógica da residência, como você definiria os três pilares da proposta: Educação Permanente, Promoção da Saúde e Educação Popular? Como são percebidas no cotidiano essas articulações?	Sobre a inserção da residência nos espaços, tanto acadêmicos quanto de práticas, quais as facilidades e entraves encontrados?	Na sua opinião, em que consistem os GEMs, GECs e Seminários? Como estes espaços contribuem ou não para o seu processo de ensino aprendizagem? Comente sobre outros espaços que você considera importante no processo de ensino aprendizagem.	Existem diversos atores envolvidos no processo de construção da residência. Como acontecem as relações de pactuação das ações e do próprio processo pedagógico?	Esse tipo de formação dará conta das necessidades de saúde? Os processos pedagógicos contribuem para a constituição de sujeitos críticos e comprometidos além de profissionais competentes?

APENDICE A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética

APENDICE B – Termo de consentimento de participação na pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ – UFPI
CENTRO DE CIENCIAS DA SAUDE – CCS
MESTRADO EM CIENCIAS E SAUDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. . Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver. Este estudo está sendo conduzido por LEONARDO SALES LIMA. Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado(a) de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí.

ESCLARECIMENTOS SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: O processo de implantação da Política de Educação Permanente para o SUS no Piauí: cenários, atores e movimentos

Pesquisador Responsável : LEONARDO SALES LIMA

Telefone para contato: (86) 9414.3001

◆ Você será entrevistado sobre a constituição e desenvolvimento das ações do Pólo de Educação Permanente em Saúde do Piauí. A entrevista será gravada e o que você disser será registrado para posterior estudo.

◆ Não há benefício direto para o participante da pesquisa. No entanto, ela servirá de base para contribuir pro aprimoramento do estágio na comunidade.

◆ Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é o Sr. Leonardo Sales Lima que pode ser encontrado na Rua Cinegrafista Marques, 1221. Bairro de Fátima, Teresina/PI. Telefone (86) 94143001. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí.

◆ Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo. A menos que requerido por lei ou por sua solicitação, somente o pesquisador, a equipe do estudo, o Comitê de Ética terão acesso a suas informações para verificar as informações do estudo..

◆ A entrevista durará em média até 1hora e a qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa.

Atenciosamente,

Leonardo Sales Lima

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG _____
CPF _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “O processo de implantação da Política de Educação Permanente para o SUS no Piauí: cenários, atores e movimentos”, como sujeito. Fui suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Eu discuti com o Sr. Leonardo Sales Lima sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu acompanhamento/ assistência/tratamento neste Serviço.

Local e data _____

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____