

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

“Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família”

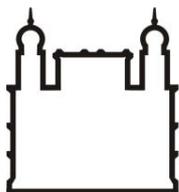
por

Fernanda Almeida dos Santos

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Antenor Amâncio Filho

Rio de Janeiro, maio de 2010.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

“Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família”

apresentada por

Fernanda Almeida dos Santos

será avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.^a Dr.^a Ana Estela Haddad

Prof.^a Dr. Sergio Tavares de Almeida Rego

Prof. Dr. Antenor Amâncio Filho – Orientador

Aos meus pais Valmir e Tânia, pelo suporte, pelo afeto.
Aos meus irmãos, os que ganhei e o que escolhi: Bruno, Júnior e Igor.
A minha avó Cida, que me mostrou a sabedoria que não vem dos livros.

“(...) Minha segurança se funda na convicção de que sei algo e de que ignoro algo, a que se junta a certeza de que posso saber melhor o que já sei e conhecer o que ainda não sei. Minha segurança se alicerça no saber confirmado pela própria experiência de que, se minha inconclusão, de que sou consciente, atesta, de um lado, minha ignorância, me abre, de outro, o caminho para conhecer (...)”.

Paulo Freire.

AGRADECIMENTOS

Os que estiveram por perto conheceram, a fundo, as inquietações que me trouxeram até a Escola e, principalmente, os questionamentos e afetos que me fizeram permanecer por dois anos no desenvolvimento desta pesquisa.

É lugar comum falar sobre as dificuldades do percurso, mas não posso deixar de fazê-lo, pois a superação de cada um destes percalços simboliza a grande alegria da conclusão de mais um ciclo.

Foram incontáveis os momentos de fragilidade, de dúvidas sobre as direções a seguir e, sobretudo, de receio pela grande responsabilidade implicada no trabalho. Por tudo isso, os que se fizeram presentes não podem deixar de ser, carinhosamente, lembrados.

Agradeço ao meu querido orientador Antenor, por ter feito o caminho mais leve e mais bonito. Pelo conhecimento compartilhado, pelos livros, músicas, pela alegria, otimismo e companheirismo. Um grande parceiro de trabalho que me mostrou as vantagens da serenidade (que um dia, quem sabe, terei). Mil vezes senti que os passos eram grandes demais para mim e mil vezes você esteve por perto, me ajudando a construir um chão mais seguro. Por essas e outras razões, tem minha gratidão e admiração sem medida.

À Maria Alice Pessanha (ENSP) e Ana Luísa Vilasbôas (UFBA), coordenadoras dos Programas de Residência envolvidos, grandes incentivadoras e colaboradoras da pesquisa.

À Lilian Koifman, pela honra de participar da banca de qualificação e pela ajuda extra, com importantes referências para leitura.

À Alexandra e ao Rafa, pelos sorvetes, mesas de bar, palpites e pelo apoio aos meus (necessários) devaneios.

À amiga Isabella, porque sua determinação me inspira e encoraja; porque sua doçura dissipa qualquer tempestade mais forte que teime em chegar.

Ao amigo Léo, por tantas vezes, há tantos anos, ser meu alicerce.

À Karlinha, pela lealdade e amizade inestimáveis.

À Dani e Jessica, porque estiveram presentes nos momentos cruciais e me ajudaram a enxergar soluções para as questões da vida, que atravessaram o caminhar do Mestrado.

À Hayda, Priscila, Cris e Janaína, por dividirem comigo a casa, as angústias, sorrisos, entre erros e acertos.

À Valéria, amiga querida, que em Niterói ou no Acre, ensina-me muito sobre o que é ser pesquisadora e o que é ser mulher.

À Samantha, pela companhia divertida, que me revigorou em instantes de desânimo.

Ao Felipe, que partilhou comigo os mais recentes nós, da escrita e da vida.

À Tamis, por nunca ter saído do meu lado, do começo ao fim.

À Jandira, pela hospedagem carinhosa no período de trabalho de campo.

À Stella, por todas as vezes que me abriu as portas e os braços.

À Jorgana e Tom, que me abrigaram durante as entrevistas em Salvador e me mostraram, nos períodos de descanso, o que mais havia na Bahia.

Ao Gui, que de tão querido, se tornou presente e importante, mesmo na ausência.

À Danubia e Flávia, que chegaram no fim do trajeto, mas foram determinantes na manutenção do meu entusiasmo.

Aos meus amigos de todos os cantos, pelo tanto que vivemos juntos, por todos os sonhos que tentamos construir e por tudo que ainda virá.

RESUMO

A discussão sobre a multiprofissionalidade na formação é tema recorrente no campo da saúde, desde meados da década de 70. Apesar do considerável tempo de acúmulo do debate, somente na década de 90 foram implementadas políticas públicas coerentes com o anseio de se alcançar as mudanças tidas como necessárias. Neste sentido, a Estratégia de Saúde da Família – ESF – configurou-se como um importante passo rumo à construção de novos valores e objetivos para o trabalho e a educação no setor.

A partir de 2002, o Ministério da Saúde passou a financiar diversos programas de Residência Multiprofissional e (uniprofissional) em Área da Saúde, em distintos níveis de atenção, entre os quais estavam os programas direcionados à formação para a Atenção Básica. Cabe ao profissional formado para atuação na Atenção Básica comprometer-se com os princípios norteadores da ESF e ser capaz de diagnosticar, planejar, intervir e avaliar as questões de saúde que acometem os sujeitos, as famílias e comunidades adscritas.

A educação profissional, conforme prevê a Constituição Federal da República e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB, é um subsistema de ensino, regido por normas semelhantes às dos outros processos educacionais. A elaboração do Projeto político-pedagógico, atualmente, consiste em determinação legal e deve ser vista como uma construção coletiva, de elaboração processual, imbuída de preceitos teóricos, filosóficos e políticos, que se materializam na prática pedagógica.

O objetivo desta pesquisa é, por meio da análise crítica dos Projetos político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, contribuir para a continuidade e aprofundamento do debate sobre o aspecto pedagógico dos cursos, partindo da premissa de que este é um ponto crucial para as ações futuras de aprimoramento, credenciamento e avaliação das Residências.

Foram realizadas entrevistas com os coordenadores de curso e preceptores das duas instituições participantes, além da exploração de seus Projetos político-pedagógicos escritos, instrumentos de avaliação empregados e demais documentos considerados pertinentes.

No que se refere aos marcos conceituais estruturantes dos Programas, ambos evocaram conceitos, direcionamentos teóricos, recomendações políticas e estratégias didáticas semelhantes em suas falas e documentos, convergência que se justifica por se

tratarem de idéias atualmente legitimadas e valorizadas no campo da saúde e, especialmente, na atenção básica. As diferenças mais significativas encontradas entre os cursos relacionam-se às singularidades das características locorregionais.

Palavras-chave: Saúde da Família; equipe multidisciplinar; parceria ensino-serviço.

ABSTRACT

The discussion about the multiprofessional training has been a recurring theme in the Health Field since the mid 70s. Despite the considerable accumulation of time in the debate, only in the 90s coherent public policies were implemented willing to achieve the changes seen as needed, Regarding this, the Family Health Strategy – FHS – was set up as an important step towards the construction of new values and targets for the field's work and education.

Since 2002, the Health Ministry has decided to fund several, in different levels of attention, programs of Multidisciplinary and (uniprofessional) Residency in the Health Area. Among those were the ones related to the training in Primary Health care. The responsibility of the Professional, graduated in Primary Health care, is the commitment to the principles of the FHS and to be able to diagnose, plan, interfere and evaluate the health issues that affect the individuals, the families and the delocalized communities.

The professional education, as presented by the Constitution of the Republic and the Law of Directives and Bases of Education – LDB, is a subsystem of teaching, governed by rules similar to those of other educational processes. Nowadays, the planning of the Political-pedagogical Project consists in legal determination and must be seen as a collective construction, of procedure preparation. Imbued by theoretical, philosophical and political principles, which are materialized in the classroom.

The objective of this research is through critical analysis of the political-pedagogic Projects of two programs of Multidisciplinary Residency in Family Health care, to contribute with the maintenance and deepening of the debate on the pedagogical character of the courses, emerging from the premise that this is a crucial point for future actions of improvement, accreditation and evaluation of Residencies.

Interviews were performed with the courses coordinators and tutors from two participators institutions, as well as the exploration of its political-pedagogic Projects, the assessment tools used and the additional documents considered relevant.

Regarding the structuring conceptual framework of the Programs, both brought concepts, theoretical directions, policy recommendations and teaching strategies alike in their speeches and documents, in which the convergence is justified by the way it deals with the ideas now legitimized and valued in the health field. Especially in Primary care. The most

significant differences found between the related courses are the uniqueness of the loco regional characteristics.

Key words: Family Health, multidisciplinary team, teaching- service partnership.

SUMÁRIO

Introdução	1
Capítulo 1: Considerações Metodológicas	8
1.1 O percurso.....	8
1.2 Campo do Estudo e a Coleta de dados.....	8
1.3 Sujeitos do Estudo.....	9
1.4 Tratamento dos dados.....	12
1.5 Aspectos Éticos.....	12
Capítulo 2: Formação para a Atenção Básica – Residências Multiprofissionais em Saúde da Família	13
2.1 A formação em Saúde – alguns constructos históricos, políticos e normativos.....	13
2.2 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família.....	18
Capítulo 3: A questão pedagógica na Saúde	30
3.1 Trabalho, Educação e Saúde.....	30
3.2 Concepções Pedagógicas em Saúde.....	33
3.3 O enfoque problematizador.....	36
3.4 A construção do Projeto Político-pedagógico.....	40
Capítulo 4 – Trajetórias quanto à construção do Projeto Político-pedagógico: discussão	46
4.1 Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Universidade Federal da Bahia (UFBA) / Instituto de Saúde Coletiva (ISC).....	46
4.1.1 Contextualização e singularidades do processo de implementação do Programa.....	46
4.1.2 Objetivos.....	48
4.1.3 Pressupostos teórico-metodológicos.....	51
4.1.4 Organização didático-pedagógica.....	51
4.2 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca / Rio de Janeiro.....	54
4.2.1 Contextualização e singularidades do processo de implementação do Programa.....	54
4.2.2 Objetivos.....	56
4.2.3 Pressupostos teórico-metodológicos.....	59
4.2.4 Organização didático-pedagógica.....	59
4.3 Discussão.....	61
4.3.1 Particularidades locais.....	61
4.3.2 Matriz Teórica.....	67
4.3.3 Organização didático-pedagógica.....	69
4.3.4 Sistema de Avaliação.....	75
Considerações Finais	82
Referências Bibliográficas	87
Anexo I – Instrumento orientador para análise documental	94
Anexo II – Instrumento Orientador para as entrevistas	95
Anexo III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	97
Anexo IV – Protocolo de Avaliação da Supervisão de Processos – ISC	98
Anexo V – Exemplo de atividade direcionada aos residentes ENSP	100
Anexo VI – Projeto de Residência Integrada em Saúde da Família	102

INTRODUÇÃO

Ingressei no curso de graduação em Fonoaudiologia no ano de 2001, na cidade de Juiz de Fora – Minas Gerais, e concluí o curso no ano de 2004. Construí nestes quatro anos de formação bases técnicas sólidas sobre a atuação clínica do fonoaudiólogo e a respeito das mazelas que poderiam interferir na comunicação humana e de que forma eu, como clínica, poderia intervir terapêuticamente nestes processos. Lembro-me com perfeição da primeira vez em que ouvi um professor da faculdade fazer alusão a algum conceito da Saúde Coletiva. Foi em uma aula de Avaliação Vocal, na qual me deparei com a seguinte frase: “não somos somente terapeutas da voz, somos promotores de saúde, como deveria ser qualquer profissional da área”. Frase simples, mas de efeito crucial para minha trajetória. Não por acaso, permanece até hoje no arcabouço de minhas memórias. Atribuo a este momento o início mais remoto, o embrião de meu desejo de conhecer essa maneira diferente de pensar e fazer saúde, que é objeto de meu interesse e estudo até os dias de hoje.

Após o término da graduação, me inscrevi no concurso para Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Aprovada, estava um mês depois na cidade de São Paulo, disposta a me envolver em outro projeto de formação no qual, conforme minhas expectativas, não aprenderia somente sobre o nicho de saber da fonoaudiologia; aprenderia sobre saúde, no amplo sentido da palavra.

No percurso da Residência, participei das discussões a respeito desta modalidade de formação e, em decorrência disto, fiz parte do grupo de residentes que deu início ao Fórum Nacional de Residentes Multiprofissionais em Saúde e em Área da Saúde - FNRMS, que ainda existe e possui representantes na Comissão Nacional de Residência Multiprofissional e em área da Saúde - CNRMS.

Foram muitos encontros, muitos debates, consonâncias e dissonâncias, tudo direcionado ao desejo conjunto de construção de parâmetros operacionais e pedagógicos para este tipo de formação, bastante familiar aos médicos, porém em estágio de amadurecimento teórico e filosófico para os demais profissionais de saúde.

Imbuída de intensas inquietações a respeito da formação de profissionais de saúde, ingressei no Curso de Pós-graduação em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca– ENSP - no ano de 2008. Escolhi a subárea de Saúde e Sociedade – Educação e Trabalho - a fim de aguçar meus questionamentos, aprofundar meus conhecimentos e conseguir, em alguma medida, continuar minha contribuição para o tema. A dissertação intitulada “Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família” é, portanto, fruto de minha breve trajetória como profissional de saúde e, sobretudo, de minha história como sujeito social.

Na Medicina, a necessidade de capacitação dos profissionais para o manejo hábil das novas tecnologias consagrou as Residências e a lógica da formação em serviço, com a demanda por formação de especialistas nos hospitais de ensino. A lógica instituída de expansão dos serviços hospitalares orientou, por consequência, o crescimento das vagas nas diferentes Residências. Por sua vez, os residentes passaram a representar mão-de-obra especializada incorporada ao serviço e vital para a manutenção de uma assistência de qualidade ¹.

Os primeiros programas de Residência médica do país foram aqueles implantados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Em 1976 foi criada a primeira Residência em Medicina Comunitária pela secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, com a finalidade de formar clínicos com visão mais integrada da saúde, perfil humanista e destreza para resolver problemas da comunidade ².

A princípio, a Residência ocupava-se apenas da formação de médicos. Com o aumento da preocupação em relação ao trabalho interdisciplinar, tornou-se multiprofissional no ano de 1978. No ano de 1979, o Programa de apoio às Residências

de Medicina Preventiva e Social – PAR – foi criado pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS, aproveitando o Treinamento Avançado em Serviço, desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública desde 1977, que já era multiprofissional. Três anos mais tarde, o financiamento foi interrompido para residentes não-médicos, que apresentavam dificuldades para inserção num campo de ação multiprofissional³.

O decreto de 80.281, de 1977, instituiu a Residência Médica como modalidade de pós-graduação *lato sensu*, realizada por meio da formação em serviço, vinculada ou não às escolas médicas. Constituiu a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), responsável por estabelecer normas de funcionamento, avaliação e credenciamento dos programas de Residência médica, processo pelo qual passam, atualmente, os programas de Residência Multiprofissional em Saúde⁴.

Em 1981 a Residência Médica foi regulamentada pela Lei 6.932, como uma modalidade de pós-graduação destinada a médicos, pautada pelo treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, sob a tutoria de profissionais qualificados para tal atividade⁵.

No ano de 1998, O Conselho Nacional de Saúde resolve relacionar as 14 profissões que estariam sob sua atuação: Serviço Social, Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Terapia Ocupacional. A inclusão de um número ampliado de categorias simboliza o esforço conjunto de valorização das ações interdisciplinares, com a finalidade de construção de um cuidado integral, de acordo com o preconizado pelo Sistema Único de Saúde – SUS⁶.

As Residências Multiprofissionais em Saúde passaram a receber apoio do Ministério da Saúde – MS - desde 2002, quando foi lançado o Projeto Refor SUS. Em 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES - instituiu-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS), expressa na Portaria n. 198, de 13 de fevereiro de 2004. O processo de regulamentação dos programas, caminho esperado pelo qual também passaram as Residências médicas, foi iniciado com a promulgação da Lei n. 11.129, de 2005, que criou a Residência em Área Profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). Adiante, o Departamento de Gestão da Educação em Saúde do Ministério da Saúde (Deges/SGTES - MS) elaborou as

portarias que regulamentam a lei e subsidiam o financiamento das Residências. Foram elas: Portaria n. 1.111, de 2005; Portaria n. 1.143, de 2005; Portaria Interministerial n. 2. 117 de 2005 ².

Além destas, foram sancionadas a Portaria Interministerial nº 45, de 2007; a Portaria Interministerial nº 698, de 2007, a Portaria Interministerial 506, de 2007 e Portaria Interministerial 593, de 2008. Em 2009, foi revogada a portaria 45/2007 (acima citada) e sancionada a portaria Nº 1.077 ^{7, 8, 9, 10, 11}.

A regulamentação das Residências foi acompanhada por intensos debates, promovidos com o intuito de disparar reflexões e construir consensos sobre o que se desejava para os programas. Os temas em debate eram: estratégias para construção da multidisciplinaridade fundamentada na integralidade; de estabelecimento de diretrizes nacionais para os cursos; composição da Comissão Nacional (CNRMS) e criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SNRMS), cuja função seria a de registrar informações sobre as instituições e os profissionais residentes, permitindo a gestão de todo o sistema ².

No ano de 1997, foram realizados vários encontros para debates sobre a Residência em Saúde da Família, coordenados pela Secretaria de Assistência à Saúde e Coordenação de Saúde da Comunidade, com participação da Coordenação Geral de desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS e Coordenação de Recursos Humanos OPAS/OMS. No fim deste mesmo ano, no relatório final do Seminário sobre Saúde da Família, foi apresentada a proposta de criação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, voltada à formação de um profissional preparado para integrar as equipes de Saúde da Família².

Em 2002 foram criadas 19 Residências desta natureza, financiadas pelo Ministério da Saúde, com estruturas e funcionamento diferentes, ainda que adotando como eixo norteador as diretrizes da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Na ausência de uma Comissão própria que regulamentasse suas atividades, as Residências Multiprofissionais se constituíram desta forma e os profissionais formados por elas receberam o título de especialistas, graças ao vínculo estabelecido com uma instituição de Ensino Superior. Em 2006, a SGTES apoiou 22 Residências e financiou 1558 bolsas, por acreditar na potencialidade pedagógica e política das Residências na redefinição do modelo tecno-assistencial do SUS ².

Como tentativa de ruptura com a lógica biomédica hegemônica, foi lançado no

ano de 1994 o Programa de Saúde da Família – PSF. A Estratégia de Saúde da Família pode ser considerada um modelo de atenção primária, concretizado por meio de tarefas específicas, realizadas por equipes comprometidas com os princípios colocados pelo SUS. Como particularidades, tem-se o foco na unidade familiar e a tentativa de coesão entre as práticas de saúde e o contexto social, econômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserida ¹².

Pensar na Estratégia de Saúde da Família – ESF - como um instrumento de transformação significa acreditar na necessidade de adoção de um modelo de educação em saúde coerente com esse desejo. Nesse contexto, exige-se que os profissionais disponham de apurada capacidade de diagnóstico, de tomada de decisões, desenvolvimento de trabalho em equipe e enfrentamento de constantes mudanças no cenário real de emergência dos problemas¹³. Esse pensamento está diretamente relacionado ao conceito de formação por competências, cuja premissa básica é de que o processo educativo deve privilegiar a aprendizagem em ritmo particular, gradual, com estímulo à capacidade de auto-avaliação dos “formandos” e deslocamento de ações pedagógicas para o espaço de realização do trabalho ¹⁴.

Apesar do reconhecimento consensual da importância da renovação das práticas pedagógicas na formação do profissional de saúde, ainda existe um hiato entre o que a sociedade demanda e o que as instituições formadoras oferecem ¹⁵.

Assim como no caso de outros formatos de Residência, as multiprofissionais em Saúde da Família começaram a ser implantadas em diversas partes do território nacional, com orientações pedagógicas pensadas pelas instituições de ensino e sob a influência de contextos particulares. Desde os encontros que discutiam a regulamentação das Residências e a criação da Comissão Nacional de Residências em Área da Saúde, debatia-se sobre que características gerais seriam pertinentes a um curso deste tipo, respeitando-se as especificidades locorregionais. Em conformidade com este fato e com os direcionamentos da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB, cada programa elaborou um Projeto Político-pedagógico (PPP), a fim de demonstrar os eixos norteadores e a organização de cada curso.

Pretende-se, com esta dissertação, contribuir para o enriquecimento das discussões referentes à implantação das Residências, com enfoque no caráter pedagógico, por meio da análise criteriosa dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do conhecimento

sobre seus históricos de concepção. É importante salientar que a pesquisa não tem como objetivo (neste momento) estabelecer comparações entre os dois casos e sim descrever as situações, analisar as duas experiências e, a partir dos diferentes elementos encontrados, construir bases para uma discussão sobre eixos pedagógicos para os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família.

Como condutora da pesquisa, penso que existe a necessidade de amadurecimento deste tema no campo científico, a partir do momento em que debates sobre credenciamento e avaliação são disparados. Não entendo como prudente ou tomado de sentido que a avaliação, indiscutivelmente necessária, seja realizada sem o conhecimento aprofundado acerca das situações pedagógicas dos Programas em funcionamento e sem a discussão sobre o que se espera, pedagogicamente, destes processos de formação. Neste sentido, este estudo assume o intuito de contribuir para que as realidades dos Programas sejam conhecidas e entende sua limitação, a partir da constatação de que irá analisar apenas dois casos, em um universo numericamente significativo de cursos em andamento.

Por razões de credibilidade, viabilidade e expectativa de riqueza de singularidades nos dois casos, foram selecionados como participantes do estudo dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, no Rio de Janeiro, e o do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Foram realizadas entrevistas com os coordenadores de curso e também com os profissionais envolvidos nas atividades de tutoria/preceptoria/supervisão. Além disso, utilizou-se a técnica de Análise Documental para a exploração dos Projetos Político-pedagógicos e instrumentos de avaliação adotados pelos cursos estudados.

Nas entrevistas e na análise documental, o olhar se direcionou para buscar informações sobre as singularidades dos processos de implementação dos programas, os objetivos de aprendizagem expressos, os pressupostos teórico-metodológicos eleitos e a organização didático-pedagógica vigente.

A dissertação está organizada em quatro capítulos. No primeiro, será exposto o percurso metodológico da pesquisa, com o relato dos aspectos éticos, de seleção de sujeitos, da análise e tratamento dos dados. No segundo capítulo, será dado enfoque ao histórico da formação de profissionais de saúde e, especialmente, à modalidade de Residência em saúde, seus marcos legais e conceituais, além da caracterização

específica dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. A terceira parte busca refletir sobre a dimensão pedagógica na saúde, as tendências metodológicas em curso e a concepção teórica de Projeto Político-pedagógico, suas raízes históricas, o compromisso com a mudança, o caráter político e ideológico que possui. O quarto capítulo se propõe a apresentar e discutir os dois casos estudados, valendo-se da análise dos Projetos Político-pedagógicos escritos e das entrevistas realizadas, apoiando-se no eixo das seguintes categorias de análise: particularidades locais; matriz teórica; organização didático-pedagógica e sistema de avaliação. Por fim, a partir das reflexões trazidas pela análise, são traçadas as considerações finais a respeito do estudo.

CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

1.1 – O percurso

A pesquisa teve início com a busca por livros relacionados ao tema das Residências multiprofissionais e da formação em saúde. Em seguida, foram pesquisadas fontes eletrônicas de dados (Lilacs, Bireme, Portal Capes, Scielo) com a intenção de encontrar publicações nacionais sobre o assunto.

O estudo vale-se da abordagem qualitativa, que apresenta como especificidade a possibilidade de reflexão acerca de elementos imateriais e não mensuráveis, como as crenças, regras sociais, idéias e as próprias relações humanas¹⁶.

No arcabouço de recursos da abordagem qualitativa, optou-se pelo uso da técnica de entrevista semi-estruturada, com apoio de um roteiro. O instrumento foi construído pela pesquisadora e contou com a elaboração prévia de alguns pontos-chave, fundamentados pela pesquisa teórica anterior. Nos momentos das entrevistas, novas perguntas emergiram do contexto e foram incorporadas.

A Entrevista, definida como processo abrangente de comunicação verbal para coleta de informações, é uma técnica primordial para o desenvolvimento do trabalho de campo e tem a função de captar aspectos objetivos e subjetivos acerca do tema em investigação. A técnica, adequadamente aplicada, é capaz de fornecer dados primários e secundários sobre fatos, idéias, crenças, opiniões, sentimentos e comportamentos¹⁷.

Além das entrevistas, realizou-se Análise Documental dos projetos político-pedagógicos dos cursos e dos demais registros pertinentes, como os protocolos de avaliação dos residentes. Estudos baseados em documentos como material primordial, extraem deles toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da investigação proposta¹⁸.

1.2 – Campo do Estudo e a coleta de dados

Neste caso, o campo delimitado é formado por dois espaços: o curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do ISC – UFBA e o curso de mesma natureza da ENSP-FIOCRUZ.

O projeto desta pesquisa foi apresentado para a banca de qualificação no mês de março de 2009. Após aprovação dos membros da banca, foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP, tendo sido aprovado no mês de maio de 2009. As entrevistas foram realizadas entre os meses de Junho e Setembro e

obtiveram consentimento prévio das instituições e dos sujeitos envolvidos. Em média, tiveram duração de 50 minutos e foram totalmente registradas por aparelhos captadores de áudio. É importante salientar que as observações pertinentes à coleta de dados foram anotadas em um diário de campo.

1.3 – Sujeitos do estudo

Consideradas as diferenças de nomenclatura e atribuições dos tutores/preceptores/supervisores em diferentes cursos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, houve significativa dificuldade para caracterização da amostra ideal para a pesquisa.

A princípio, pensou-se em entrevistar os coordenadores dos cursos, profissionais egressos e preceptores/tutores/supervisores que declarassem envolvimento na discussão sobre Projeto Político-pedagógico em suas instituições. No entanto, por razões de viabilidade do estudo e preservação da identidade dos participantes, optou-se por entrevistar a totalidade de preceptores/tutores/supervisores cujo papel fosse o de facilitar os processos de ensino-aprendizagem e não o de intervir e acompanhar diretamente as ações dos residentes. Em cada curso, conforme será explicitado, esse profissional recebe uma denominação.

É imprescindível reconhecer algumas limitações previstas da pesquisa, dado que não foram entrevistados todos os sujeitos implicados na construção e vivência do PPP. Não foram contemplados os residentes atuais, os egressos, docentes da instituição de suporte acadêmico, profissionais do serviço de saúde não diretamente participantes, mas atuantes junto às equipes, usuários dos serviços de saúde e gestores das esferas municipal, estadual e federal. Como é possível inferir, não seria viável esgotar as inúmeras possibilidades de observação do objeto eleito neste mesmo estudo.

Problema 1 – Quais e quantos cursos estudar?

Para que tal pergunta fosse respondida, foi realizado levantamento dos cursos de Residência multiprofissional em Saúde da Família existentes. A necessidade foi exposta aos membros do Fórum Nacional de Residentes em Saúde que, gentilmente, cederam uma planilha com estas informações.

Alguns critérios relacionados à viabilidade do estudo foram considerados. Tempo, investimento financeiro para as viagens, hipótese de marcantes diferenças

loccorregionais (no intuito de assegurar uma diversidade de configurações pedagógicas) e possibilidade de acesso às instituições, funcionários e informações registradas por escrito.

Após sucessivas inclusões e exclusões, decidiu-se estudar dois programas, em diferentes regiões do país, ambos com abertura para participação na pesquisa e significativo envolvimento com as discussões nacionais sobre as Residências.

Problema 2 - Quais preceptores/tutores/supervisores entrevistar?

Os cursos de Residência multiprofissional em saúde da família funcionam de maneiras bastante distintas em todo o território nacional. Em minha experiência como residente de um curso de mesmo enfoque, conheci uma estrutura organizada com a presença de preceptores de categoria, preceptores de território e tutores. Os preceptores de categoria se encontravam uma vez por semana com os residentes de sua categoria profissional (no caso específico deste curso, eram dez profissões) para uma espécie de supervisão técnica. Os preceptores de território eram responsáveis, cada um, por uma equipe de residentes de determinada unidade de saúde e tinham a função de discutir com os residentes os problemas da realidade local, dos processos de trabalho e da relação com os outros profissionais e usuários do serviço de saúde. Por sua vez, os tutores não eram funcionários da instituição de ensino e nem eram contratados exclusivamente para a atividade pedagógica. Eram profissionais de saúde das unidades (geralmente, enfermeiros) convidados a servirem de referência para os residentes no cotidiano do serviço, sem que suas atribuições habituais fossem interrompidas.

Em artigo intitulado “Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: quais são seus papéis?”, Botti & Rego analisam as possibilidades semânticas dos termos citados e propõem as seguintes definições:

- Preceptor: ensina a clinicar, por meio de instruções, calcado em objetivos e metas, no ambiente real do trabalho. Segundo os autores, esse agente deve realizar processo de avaliação do estudante. Os pré-requisitos para exercício da preceptoría são o conhecimento e habilidades clínicas, além da competência pedagógica.

- Supervisor: observa a execução das atividades, zela pelo exercício correto das ações e atua na revisão da prática profissional, no próprio ambiente de trabalho ou fora dele. A supervisão exige como pré-requisitos a excelência na habilidade técnica e

capacidade de promover reflexão sobre a prática profissional. O supervisor deve realizar avaliação do estudante.

- Tutor: atua como guia, facilitador do processo de ensino-aprendizagem e revisor da prática profissional, dentro do ambiente escolar. Os critérios para exercício da tutoria são a competência clínica e a habilidade de condução do processo de “aprender a aprender”. O tutor também se envolve no processo avaliativo.

- Mentor: cabe a ele guiar, orientar e aconselhar o estudante no alcance de seus objetivos e em seu desenvolvimento pessoal. Para exercer a função de Mentor, o sujeito deve ser capaz de oferecer suporte e estímulo ao raciocínio crítico do estudante, além de possuir as habilidades de escuta e questionamento. O mentor não deve realizar atividades de avaliação.

A Lei 11.129 de 2005, responsável por instituir a Residência em Área Profissional da Saúde, apesar de não tratar diretamente a questão da nomenclatura, explicita em seu Artigo 16 os termos “preceptor, tutor e orientador de serviço”.

O ato de comparar a nomenclatura adotada em minha experiência como residente, aos nomes descritos por Botti & Rego e às palavras citadas na Lei, deixa claro o desafio de convergência das línguas faladas pelos Programas.

No caso desse estudo, o objetivo foi entrevistar, além dos coordenadores, os profissionais que atuassem como referência ao grupo na discussão posterior dos processos de trabalho e ensino-aprendizagem; uma espécie de facilitador da inserção do residente, mas não responsável direto pela supervisão e acompanhamento dos procedimentos técnicos. Munida dessa premissa, fui a campo e notei que as diferenças entre os termos adotados nos dois cursos eram tão evidentes, que não havia possibilidade de equivalência. A transposição conceitual deu-se pro aproximação.

Desta maneira, na ENSP foram escolhidos os Preceptores de Território e no ISC optou-se pelos chamados Supervisores de Processo.

Problema n.3 – entrevistar os egressos?

Conforme os mesmos critérios de viabilidade adotados para os outros itens, concluiu-se que haveria grande dificuldade para a realização de entrevistas com os egressos nesta mesma pesquisa.

Ao todo, foram entrevistados 5 preceptores no curso do ISC e 6 no curso da ENSP. No primeiro caso, houve uma recusa de participação, sob a alegação de

problemas de saúde que impediriam a contribuição. Na ENSP, havia 1 preceptor (a) que já não exercia a função inicial e teve sua entrevista utilizada como pré-teste. Desta maneira, somente 5 foram analisadas.

1.4 – Tratamento dos dados

Encerradas as entrevistas, foi dado início ao processo de transcrição das mesmas.

Para o tratamento dos dados, utilizou-se a técnica de Análise Temática, segundo as orientações de Bardin¹⁹, buscando compreender os conteúdos manifestos e ocultos, organizando-os em categorias, permitindo inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção das mensagens.

Durante a análise, surgiram outras questões, além daquelas previstas nos eixos temáticos das entrevistas. Por esta razão, a busca por novos referenciais teóricos foi necessária. No processo de análise, também foram incluídas as informações obtidas por meio da análise documental e das anotações do diário de campo.

Foram definidas as seguintes categorias de análise: particularidades locorregionais; matriz teórica; organização didático-pedagógica e sistema de avaliação.

1.5 – Aspectos éticos

A estruturação e planejamento do estudo seguiram as normas dispostas na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa. O projeto que antecedeu a pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP – em Maio de 2009. As entrevistas foram realizadas após este período e também foram autorizadas pelos coordenadores dos dois Programas de Residência participantes. Além disso, cada sujeito recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi informado sobre as condutas adotadas, objetivos do estudo e destino dos dados coletados.

CAPÍTULO 2 - FORMAÇÃO PARA A ATENÇÃO BÁSICA – RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1 - A Formação em Saúde – alguns constructos históricos, políticos e normativos

A formação em Saúde tem sido influenciada por marcos teórico-conceituais que dão origem a inúmeras orientações e normas legais. Em relação a isso, um dos documentos mais importantes já produzidos foi o estudo: *Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching*, popularizado como Relatório Flexner, responsável pela mais importante reforma do ensino médico nos Estados Unidos e com repercussão mundial. Apesar das críticas que o consideram criador de um modelo de educação médica que jamais conseguiu atender às necessidades de saúde, seus princípios ainda norteiam a maior parte das Escolas Médicas do mundo e possuem grande impacto no modo hegemônico de fazer e pensar saúde. O Relatório Flexner foi produzido em um período no qual não havia obrigatoriedade de autorização Estatal para a abertura de novos cursos de Medicina, o que tornava o panorama do ensino médico preocupante. As abordagens terapêuticas eram diversas e encontravam-se em diferentes estágios de reconhecimento. Neste sentido, apesar dos apontamentos sobre as graves lacunas metodológicas da avaliação feita por Flexner, um documento deste tipo era bastante esperado, o que pode ajudar a explicar a extensão de seu território de influências. À época, funcionavam de forma bem estruturada escolas de Fisiomedicalismo e Botanomedicalismo, precursores da Fitoterapia e da Homeopatia. Com o fortalecimento da lógica biomédica proposta por Flexner, 16 das 20 Escolas desta natureza foram fechadas nos Estados Unidos entre 1910 1920, sucumbindo à nova racionalidade. Nas palavras do próprio Flexner “o estudo da medicina deve ser centrado na doença de forma individual e concreta”²⁰.

Sobre a educação médica em outros países, o modelo francês, antes centrado na aprendizagem prática à frente do leito do paciente, passou a adotar o formato consolidado pelos alemães, baseado nos estudos de laboratório, na hierarquia, na especialização e nas pesquisas experimentais²⁰.

Em relação ao alcance da influência de Flexner para o ensino médico, é preciso enfatizar que ele direcionou ao campo da saúde a racionalidade que já estava em curso nas sociedades, que era a do reconhecimento da ciência como forma legítima de conhecimento. O ensino médico conforme concebemos hoje se deve à constituição do

hospital como espaço de poder/saber médico e o desejo da construção de uma medicina científica, que solucione a precariedade dos recursos médicos disponíveis. Atualmente, a expressão “modelo flexneriano” é usada para fazer alusão às Escolas que privilegiam o estudo do corpo humano segundo órgãos e sistemas, concentram-se no cuidado individual e hospitalar, estruturam-se em torno das especialidades e adotam um modelo pedagógico mais tradicional, centrado no docente²¹.

No Brasil, o ensino médico tornou-se realidade com a chegada da família real portuguesa. Em 1808 foram instaladas as duas primeiras escolas médicas do país, na Bahia e no Rio de Janeiro, e somente 90 anos depois surgiu a terceira. Com a lei Carlos Maximiliano (1915) o número de cursos subiu de 3 para 10 escolas médicas, alimentando um forte processo de expansão. Outra característica atribuída ao percurso de profissionalização do médico é a longa duração, haja visto que a formação não se conclui ao término da graduação, exigindo investimentos em cursos de pós-graduação em suas várias possibilidades. Ao médico é consentido o direito de exercício da profissão, imediatamente após a conclusão de sua graduação. No entanto, é recomendável que, para o desenvolvimento de suas habilidades, ele prossiga seu caminho acadêmico, optando pela Residência²².

Na década de 60, com o advento do regime político autoritário implementado no país, a saúde pública foi negligenciada, sofreu com a escassez de investimentos públicos, restringindo-se a campanhas esporádicas de baixa eficácia. A repressão política também surtiu efeitos no campo da saúde com a aposentadoria obrigatória de pesquisadores tidos como contrários ao sistema imposto e a falta de financiamento de centros de pesquisa²³.

Lampert²⁴, em sua Tese de Doutorado, confronta teoricamente o paradigma flexneriano ao paradigma da integralidade, o segundo visto como tentativa de superação do primeiro. Em seu texto, destaca que a idéia de formular um novo paradigma que se opusesse ao flexneriano estava em curso desde a década de 60, com a chegada da proposta de Medicina Preventiva.

Nos anos 70, a assistência médica se expandiu e contou com o maior orçamento da história, até aquele momento. Porém, como os serviços eram prestados por instituições privadas aos previdenciários e pagos por procedimentos, passaram a representar uma fonte inesgotável de corrupção. Neste momento, o dinheiro público financiava a construção de clínicas e hospitais particulares e fortalecia o enfoque na

medicina curativa. A rearticulação paulatina dos movimentos sociais permitiu que a crise da saúde se evidenciasse, por meio das cada vez mais frequentes denúncias e reivindicações de soluções imediatas geradas pelo modelo social, político e econômico adotado²⁵.

A segunda metade da década de 70 e os anos 80 ficaram marcados na história pela mobilização dos profissionais de saúde, dos movimentos sociais e parte da sociedade civil em torno das expectativas de transformação na saúde, movimento que ficaria conhecido como a Reforma Sanitária e que daria origem ao Sistema Único de Saúde. Em relação ao arcabouço teórico-conceitual, tentou-se construir um novo entendimento sobre as necessidades de saúde, sustentado por dois pilares fundamentais: a determinação social da doença e o processo de trabalho em saúde²⁵. O movimento sanitário pode ser observado sob três dimensões: a prática teórica – construção do conhecimento, a prática ideológica – transformação da consciência, e a prática política – transformação das relações sociais²⁶. Como marcos históricos e políticos deste momento de reforma no mundo, tem-se a Declaração de Alma-Ata (1978), sob a temática da Saúde para Todos no ano 2000 e a Conferência de Ottawa (1986), na qual formulou-se a proposta de Promoção da Saúde, com base na noção de que saúde equivale à qualidade de vida^{27,28,24}. Conforme a Carta de Ottawa, a promoção de saúde pode ser entendida como ato de proporcionar meios para que os indivíduos melhorem sua saúde e exerçam maior controle seus determinantes, identificando os próprios desejos e satisfazendo suas necessidades de mudança ou adaptação à vida. Ainda segundo o documento, a saúde é um estado multidimensional de bem estar e transcende, portanto, as questões médico-sanitárias.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) de 1986, além de representar um divisor de águas no que se refere à participação social e à concepção de saúde como direito civil, apresentou um conjunto de proposições para o desenvolvimento dos Recursos Humanos em Saúde. As formulações para os Recursos Humanos refletiam o contexto político, econômico e social do período e pautavam-se em reivindicações de isonomia salarial, plano de cargos e salários, caráter multiprofissional, incorporação de agentes remunerados de saúde no nível de atenção primária. O acúmulo de debates conquistado neste evento serviu de base à 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde (CNRHS), cujo tema foi a “Política de Recursos Humanos Rumo à Reforma Sanitária”. No bojo da discussão sobre recursos humanos, o item da

formação ganhou destaque e foram identificados os seguintes problemas: ausência de integração ensino-serviço, formação dissociada da realidade social, divergências de interesse entre as instituições formadoras e o sistema de saúde ²⁹.

Em 1988, a nova Constituição brasileira incorporou princípios e direitos pleiteados no movimento de reforma da saúde. Alguns dos avanços legais mais significativos podem ser sintetizados em 3 artigos: 196, 198 e 200.

O artigo 196 da Constituição alça a saúde ao status de direito de cidadania, por meio do trecho “...a saúde é direito de todos e dever do Estado...” . Em relação ao funcionamento do sistema de saúde, são expressas no artigo 198 diretrizes fundamentais: descentralização da gestão, atendimento integral com especial ênfase às atividades preventivas e a participação da comunidade nas decisões e discussões sobre temáticas da saúde. Por fim, o artigo 200 expõe diversas atribuições que competem ao sistema único de saúde. Neste tópico, é de interesse específico do âmbito da educação de profissionais de saúde o item III, que responsabiliza o SUS pela ordenação e formação de recursos humanos para o setor³⁰.

Em relação à formação de recursos humanos para o SUS, além do avanço em termos legais, é necessário fortalecer a interseção entre educação, trabalho e saúde, rumo à integralidade almejada. A urgência de modificação do padrão de formação ainda vigente decorre da exigência de novos perfis profissionais, das transformações do mundo do trabalho e da necessidade de que as instituições formadoras reencontrem seu papel na sociedade, considerando-se as múltiplas vias de produção de conhecimento disponíveis nos dias de hoje ³¹.

A lei de número 8.080, do ano de 1990, “ *regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado*” e dá continuidade ao processo de implementação do Sistema Único de Saúde³².

Como estratégias de formação para diferentes objetivos, existem os cursos profissionalizantes em saúde, cursos à distância, graduações, pós-graduações *latu e strictu senso*, além de cursos de aperfeiçoamento e atualização. Atualmente, o Ministério da Saúde atua em diversas frentes no que cerne ao assunto da formação. Além das Residências Multiprofissionais, existem iniciativas como o UNA-SUS,

Telessaúde Brasil, PET Saúde, Pró-saúde (programa prioritário que investe nas mudanças das graduações) e Educação Permanente em Saúde.

A Educação Permanente em Saúde é conceituada 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 (...) pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações (...). Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho (...).

Ministério da Saúde, 2006 (20)

A EPS constitui um importante artifício para a realização das transformações do trabalho na saúde, elevando as práticas ao patamar da atuação crítica, reflexiva e tecnicamente preparada para a resolutividade. Para que isto ocorra, é necessário disseminar capacidade pedagógica no setor, em todas as suas instâncias e atores. O diferencial essencial desta política em relação às anteriores é a opção pela educação de profissionais de saúde como finalidade e não como meio para a melhoria da qualidade dos serviços. Neste sentido, a educação passa a ser o cerne das mudanças almejadas³³.

Em recente estudo sobre a trajetória dos trabalhadores da saúde na reforma sanitária, constata-se que o grau de escolaridade entre os trabalhadores da saúde aumentou e que hoje o parque sanitário brasileiro é composto por 33,5% de pessoas com nível superior; 28,6% de técnicos/auxiliares; com escolaridade elementar: 11,2%; do ramo administrativo: 26,7%³⁴.

Os cursos profissionalizantes de nível médio podem ser: biodiagnóstico, enfermagem, estética, farmácia, hemoterapia, nutrição e dietética, radiologia e diagnóstico por imagem em saúde, reabilitação, saúde bucal, saúde e segurança no trabalho, saúde visual e vigilância sanitária³⁵.

É possível dizer que existe consenso entre os teóricos da formação em saúde sobre a hegemonia da abordagem biologicista, centrada em conteúdos, compartimentalizada, com prioridade para as especialidades, hospitalocêntrica e cujo modelo de avaliação privilegia o acúmulo de informações técnicas padronizadas^{36,37}.

Nos anos 2000 foram discutidas e aprovadas as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em saúde, e reafirmou-se a exigência de que a formação do profissional de saúde abarque os princípios que regem o sistema de saúde em vigor. Na

mesma ocasião, o trabalho em equipe e a integralidade foram apresentados como elementos importantes da formação, o que fortaleceu o debate educacional no âmbito das 14 profissões de saúde de nível superior³⁷. De acordo com dados do INEP/MEC apresentados por Machado³⁸, em 2004 o país possuía 3.223 cursos de saúde de nível superior, dos quais: 507 eram de Biologia; 469 de Educação Física; 415 de Enfermagem; 339 de Fisioterapia; 272 de Psicologia; 237 de Farmácia; 174 de Odontologia; 201 de Nutrição; 162 de Serviço Social, 136 de Medicina; 119 de Medicina Veterinária; 99 de Fonoaudiologia; 39 de Terapia Ocupacional e 54 de Biomedicina.

É pertinente salientar que as diretrizes curriculares são apenas orientações, considerando-se que no Brasil as universidades gozam de autonomia, garantida pela Lei de Diretrizes e Bases – LDB. Conforme análise feita por Ceccim e Feuerwerker, a autonomia dirigida às universidades necessita de limites, haja visto que a instituição formadora não pode existir como órgão dissociado das necessidades e interesses sociais e deve ser regulada politicamente pelo Estado. Sendo assim, o Ministério da Educação e o Conselho Nacional de Educação impõem restrições à autonomia dada, sempre que os temas se revelam de responsabilidade pública, como a saúde. Apesar da centralidade da questão educacional na saúde, a formação tem sido a área menos problematizada no bojo das políticas do SUS. Faltam proposições intelectualmente construídas e multiplicam-se formulações espontâneas. Por sua vez, a educação como campo de saberes e práticas não tem observado a discussão da docência e do ensino-aprendizagem direcionada aos profissionais de saúde³⁷.

2.2 - Residências Multiprofissionais em Saúde da Família

Os Programas de Residência Multiprofissional não são criações recentes na história da formação em saúde, conforme dito no retrospecto histórico do capítulo introdutório. Desde a década de 70, a discussão da multiprofissionalidade na formação, como artifício de transformação das práticas de cuidado, encontra-se na agenda da saúde. No entanto, foi somente a partir da década de 90, com o impulso gerado pela implementação de novas políticas públicas, que o assunto emergiu ao posto de prioridade. No arcabouço dessas políticas, destaca-se a Estratégia de Saúde da Família, que deu visibilidade à necessidade de formação específica para a consolidação das mudanças desejadas para o Sistema de Saúde.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode ser considerada um modelo de atenção primária, concretizado por meio de estratégias específicas, ações preventivas, promocionais, de recuperação, reabilitação e cuidados paliativos das equipes de saúde da família comprometidas com a integralidade da assistência à saúde. Como particularidades, tem-se o foco na unidade familiar e a tentativa de coesão entre as práticas de saúde e o contexto social, econômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserida³⁹.

Segundo documento publicado pelo Ministério da Saúde⁴⁰, o programa tem como principal meta melhorar o estado de saúde da população mediante a construção de um modelo de assistência baseado nos princípios preconizados pelo SUS. A ESF tem potencial para transformar o modelo tradicional da assistência, no qual os trabalhadores aguardam passivamente a procura dos serviços pela população em outro, no qual os serviços de saúde têm o papel dinâmico de também ir ao encontro da população, sobretudo através da visita domiciliar⁴¹.

Um breve retrospecto histórico da idealização e implementação da ESF no Brasil remete à inspiração do modelo nacional em movimentos internacionais da época, nos quais ganhavam popularidade os programas de atenção primária centrados na comunidade. Apesar da influência de fatores externos, a criação do PSF não pode ser compreendida como mera reprodução de modelos estrangeiros, haja vista a importância determinante da tensão gerada pela contraposição ao modelo hegemônico no mesmo período. Algumas iniciativas que provocaram reflexos na reforma da assistência à saúde foram o “Modelo em Defesa da Vida”, nascido em Campinas no final da década de 1980, o “Modelo de Ação Programática em Saúde”, elaborado por professores do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo, o “Modelo Silos”, implantado nos Estados do Ceará e Bahia, além do Programa de Agentes Comunitários de Saúde desde 1986³⁹. As primeiras equipes de Saúde da Família foram formadas em Junho de 1994, com a incorporação e ampliação da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde⁴². Dados apontam que o programa chegou ao fim de 2005 com mais de 24.000 equipes, 78 milhões de cidadãos atendidos e presente em 90% dos municípios brasileiros⁴¹.

Os profissionais de saúde da família requerem uma formação direcionada à compreensão da realidade de saúde da população circundante, o que exige que interajam com as complexas tramas sociais, econômicas e culturais inerentes aos grupos⁴³. O

cuidado primário à saúde é, freqüentemente, confundido com um serviço simplificado e de menor importância. Porém, a complexidade que caracteriza este trabalho específico está na necessidade de articulação de diversos saberes, além dos técnicos, que deverão ser mobilizados no âmbito de uma equipe múltipla, em uma ação de abrangência individual e coletiva, de natureza preventiva e curativa e que promova o cuidado e a educação em saúde. Além disto, o profissional da atenção primária deve conhecer a rede de saúde, seu fluxo e suas demandas, para satisfatória movimentação dos usuários entre os níveis de atenção⁴⁴.

As Residências multiprofissionais e em área da saúde foram instituídas a partir da promulgação da Lei 11.129 / 2005 e abarcam as profissões de saúde (nível superior) reconhecidas, excetuando-se a Medicina, que possui Comissão e normatização própria para seus programas. Em seu artigo 13, a Lei define-se a Residência em Área Profissional da Saúde como uma modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada à formação de profissionais de saúde, com atividades desenvolvidas nos serviços em funcionamento. Conforme os parágrafos que se seguem na Lei, o objetivo deste molde de formação é o preparo de jovens profissionais para que integrem o mercado de trabalho em saúde, com conhecimento das prioridades e necessidades do Sistema. O regime do curso é de dedicação exclusiva e as ações pedagógicas devem ser realizadas sob supervisão docente-assistencial, cuja responsabilidade recai sobre uma parceria entre instituições de saúde e educação. Em relação à colaboração entre educação e saúde, em âmbito federal, cria-se no Ministério da Educação a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS – sobre a qual legislarão os dois setores⁴⁵.

No ano de 2007, a Portaria Interministerial n. 45 dispôs sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e forneceu direcionamentos sobre o funcionamento da CNRMS. Em seu texto inicial a Portaria faz referência à política de educação e desenvolvimento para o SUS, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2003; aos encaminhamentos oriundos da 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (2006); à Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS – NOB/RH-SUS (2002) e à própria Lei 11.129 (2005), citada no parágrafo anterior; à Portaria n. 1.111/GM/MS (2005), que determina regras para a operacionalização do Programa de Bolsas para Educação pelo Trabalho; à Portaria Interministerial n. 2.117 MEC/MS (2005) e à

Portaria n. 399/GM/MS (2006) que publica o “Pacto pela Saúde” como bases de sustentação política da implementação das Residências. A partir desta fundamentação, resolve-se que os programas de Residência funcionarão como cursos de especialização, caracterizado essencialmente pelo ensino em serviço, com carga horária entre 40 (quarenta) e 60 (sessenta) horas semanais. De acordo com o documento, os programas serão desenvolvidos em parceria entre gestores e instituições formadoras, considerando-se as realidades epidemiológicas, o modelo de gestão, a capacidade tecno-assistencial instalada e as necessidades de saúde identificadas nos locais de implementação dos cursos. Os Programas devem ser orientados pelos princípios e diretrizes do SUS e contemplar vários eixos norteadores. Entre os eixos descritos, destacamos alguns, diretamente relacionados ao aspecto pedagógico dos cursos:

- devem utilizar cenários de educação em serviço representativos da realidade sócio-epidemiológica brasileira;
- adotar uma concepção ampliada de saúde que abarque a diversidade;
- valer-se de abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos sociais ativamente implicados no processo de ensino-aprendizagem-trabalho;
- utilizar recursos pedagógicos orientados pelo conhecimento das linhas de cuidado, garantindo uma formação integral e interdisciplinar;
- promover a integração das dimensões de ensino-serviço-comunidade por intermédio de parcerias estabelecidas entre os programas, gestores, trabalhadores e usuários dos serviços;
- ter como foco a construção de competências para o trabalho em equipe;
- integrar-se aos cursos de formação em saúde de outros níveis, como os de ensino profissional, graduação e outros cursos de pós-graduação;
- aproximar-se do Programa de Residência Médica;
- garantir meios para que os processos de avaliação sejam dialógicos e pactuados entre instituições formadoras, coordenadores dos programas, preceptores, tutores, docentes, residentes, gestores e controle social do SUS ⁷.

As principais atribuições da CNRMS são: avaliar e acreditar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, seguindo parâmetros colocados pelos princípios e diretrizes do SUS e em compasso com as necessidades de saúde da população; credenciar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde e as

instituições de ensino a eles vinculadas; registrar certificados de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde⁴⁶.

Após a instituição da CNRMS e promulgação das portarias responsáveis pela publicação dos primeiros parâmetros concretos de funcionamento dos Programas de Residência Multiprofissionais e em Área da Saúde, outros passos foram dados em direção à tentativa de consolidação deste processo.

Nos anos de 2005 e 2006 foram realizados, respectivamente, o I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde e os Seminários Regionais em todo o país, no intuito de alimentar o debate ampliado sobre as diretrizes para os programas de Residência e de pensar a composição e funcionamento da Comissão Nacional⁴⁷.

O texto-base do Seminário Regional Sul/Sudeste de Residências Multiprofissionais em Saúde aponta algumas direções para as quais os programas devem caminhar, de acordo com os consensos produzidos no debates entre os atores envolvidos no processo de regulamentação das Residências⁴⁸.

Sobre o controle público dos programas, entende-se que suas atividades devem observar as necessidades de saúde locais, a serem definidas em fóruns específicos, como os Pólos de Educação Permanente e os Conselhos de Saúde. A Educação Permanente, por sua vez, deve ser contemplada nos projetos dos programas, por meio da criação de dispositivos que impulsionem processos educativos com trabalhadores, usuários dos serviços, instituições de ensino e pessoas envolvidas na gestão, ao compreender que a responsabilidade da Residência vai além da formação dos residentes inscritos⁴⁸.

No que se referem à Gestão, os programas de Residência devem ocupar-se da criação de mecanismos que promovam o aumento da participação de coordenadores, tutores, preceptores, orientadores, residentes, gestores, trabalhadores e usuários nos processos de reflexão e decisão sobre as questões em discussão, na perspectiva de uma gestão pedagógica⁴⁸.

A Integralidade, Interdisciplinaridade e Intersetorialidade, como preceitos primordiais da mudança de modelo de cuidado para o SUS, devem ser explicitamente contempladas nos projetos dos Programas. Devem ser descritos os artifícios pedagógicos disponíveis para a concretização destes princípios no cotidiano de ensino-aprendizagem a ser desenvolvido⁴⁸.

As singularidades locorregionais precisam ser conhecidas e consideradas para a elaboração das justificativas dos projetos de Programas de Residência. A realidade

epidemiológica, situação das equipes de trabalho, capacidade tecno-assistencial instalada e as necessidades de saúde da comunidade não podem ser negligenciadas durante o processo de formulação dos cursos⁴⁸.

No período seguinte, ocorreram outros debates no intuito de amadurecer as questões referentes aos cursos em andamento e também aos que pleiteavam abertura. Conforme informações disponibilizadas no sítio eletrônico do Ministério da Educação, ocorreram em 2007 quatro reuniões Plenárias, nas quais se discutiu:

- o papel das Residências na formação dos trabalhadores para o Sistema de Saúde;
- a relação entre os programas e as mudanças nos cursos de graduação;
- a elaboração da portaria jurídica para validação do regimento interno da CNRMS;
- critérios para credenciamento e financiamento dos programas;
- informatização do sistema e convocatória para o cadastramento dos cursos em todo o país;
- definição das prioridades de credenciamento provisório;
- e a construção do perfil de Competências para o trabalho em equipe na área da saúde⁴⁹.

No ano de 2008, fruto de proposições realizadas no encontro anterior, foi organizado o 3º Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Neste encontro os participantes foram divididos em grupos de trabalho responsáveis por formular propostas para a criação das Câmaras Técnicas e consensuar as Diretrizes Nacionais para os Programas. Existem relatórios finalizados que descrevem os resultados dessas discussões, porém, tais documentos não foram publicados e seus relatores não possuem autorização para divulgá-los. A impossibilidade de divulgação de tais informações nesta pesquisa dificulta a exposição das formulações já pensadas pelos membros da Comissão. Apesar disso, é pertinente manifestar a existência dos documentos, com a finalidade de sinalizar que os parâmetros e critérios pedagógicos e estruturais das Residências não estão em seu marco zero.

Atualmente, conhecer a dimensão do processo de implementação das Residências multiprofissionais no país constitui árdua tarefa, pois, apesar da chamada pública para cadastro dos cursos, muitos ainda funcionam à margem desta tentativa de organização.

No ano de 2002, conforme dito no texto introdutório da pesquisa, foram criados 19 programas de Residência Multiprofissional, com diversos enfoques e com o suporte financeiro do governo federal. Nos dias de hoje, o Ministério da Educação disponibiliza

em seu site a informação de que 54 Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e em área da saúde funcionarão no ano de 2010 ou aguardam autorização para tal. Os enfoques são diversos: Saúde da Mulher, Oncologia, Radioterapia, Enfermagem, Nutrição, Obstetrícia, Atenção Básica em Saúde Coletiva e, entre outros, os programas voltados à Saúde da Família⁴⁹.

Algumas das questões frequentemente suscitadas no debate sobre as Residências multiprofissionais e em área da saúde, dizem respeito à natureza e objetivos desta modalidade de ensino para essas categorias profissionais. Porque a Residência foi eleita como modelo desejado de formação após a graduação? O que se deseja manter, replicar e o que se modifica em relação aos moldes da Residência médica?

A Residência médica teve início no Brasil nos anos 40, no Hospital de Clínicas da Universidade de São Paulo e Hospital dos Servidores do Estado – Rio de Janeiro, e foi implementada sob os moldes norte-americanos, o que identifica sua matriz conceitual com o já citado Relatório Flexner, de cunho biologicista. Na década de 70, houve rápida expansão do número de programas, sem, necessariamente, funcionarem como cursos de pós-graduação. Muitos deles operavam como agrupamento de mão-de-obra de baixo custo.

Em virtude da preocupação com o acompanhamento da qualidade dos programas existentes, criou-se em 1977, no Ministério da Educação e Cultura, a Comissão Nacional de Residência Médica, cujas atribuições seriam estabelecer critérios para o credenciamento dos cursos, prover assessoria às instituições de ensino ligadas aos programas, realizar avaliações periódicas e indicar a suspensão dos cursos que não atendessem aos padrões de qualidade estipulados. A partir de então, a Residência Médica ficou conhecida como modalidade de pós-graduação destinada a médicos, caracterizada pelo treinamento em serviço, regime de dedicação exclusiva e sob a orientação de instituições universitárias idôneas. No ano de 1979 a Comissão Nacional instituiu requisitos mínimos para o credenciamento dos programas de Residência médica nos mais diversos enfoques, por meio do Decreto 80.281. A Lei 6932, promulgada no ano de 1981, consolidou a credibilidade da Comissão ao estabelecer que os programas só poderiam funcionar após autorização do órgão. Instituiu também normas para a concessão de bolsas para os residentes, moradia e jornada semanal de treinamento⁵⁰.

A Residência multiprofissional, por sua vez, pode ser compreendida como dispositivo de educação permanente, com o objetivo de transformação das práticas profissionais em saúde, com a articulação cotidiana entre ensino e serviço, com base nos princípios da integralidade do cuidado, conduzido por ações interdisciplinares. Consiste em um curso de pós-graduação *lato sensu*, que se materializa por meio do exercício profissional supervisionado, realizado em ambientes favoráveis à rotina da aprendizagem. Entende-se que o programa de Residência Multiprofissional deve oferecer aos profissionais em formação a oportunidade de desenvolver seus saberes de núcleo e campo. O núcleo se refere ao conhecimento específico da categoria profissional e o campo trata dos saberes comuns a serem construídos e compartilhados⁴³.

As possibilidades de materialização de uma formação multiprofissional devem ser expressas pelos Projetos político-pedagógicos dos programas, com o objetivo de formar sujeitos capazes de compreender os desafios colocados pelo SUS e intervir diante destas questões com autonomia⁵¹.

No artigo “No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da Residência Multiprofissional em Saúde”, Dallegrave⁵² discute as relações estabelecidas entre os diferentes atores envolvidos no processo de concepção e implementação das Residências multiprofissionais e em área da saúde, valendo-se da noção de “invenção cultural” para fundamentar o debate sobre o abalo provocado pelo emergente discurso pró-Residência multiprofissional. Com a perspectiva do debate, serão aqui expostos os argumentos de três autores que analisam, contrapõem ou corroboram os argumentos trazidos pelo artigo: Ceccim⁵³, Feuerwerker⁵⁴ e Haddad⁵⁵.

Ceccim enfatiza que a maneira multiprofissional de se formar especialistas em serviço é uma proposta amplamente defendida no âmbito do SUS, como tentativa de resposta à diretriz nacional de reestruturação das redes de serviços e cuidado sob o prisma da integralidade. Além disto, a defesa da multiprofissionalidade vem agregada à noção de interdisciplinaridade, compreendendo tais formas de trabalho como construtoras do desejado trabalho em equipe, do cuidado não estritamente biológico e da incorporação dos conceitos de prevenção, proteção e promoção da saúde no cotidiano dos serviços. Concentrando-se no que trata o artigo de Dallegrave, Ceccim analisa a oposição da categoria profissional médica, de uma forma geral, à criação das

Residências multiprofissionais em saúde, sob a reivindicação de exclusividade médica para a formação nesta modalidade.

Em relação às mudanças discursivas em torno da criação das Residências multiprofissionais, o autor destaca uma bifurcação a partir de julho de 2005, quando o discurso das Residências em área profissional da saúde e o da singularidade locorregional são substituídos pelos das Residências multiprofissionais padronizadas. É neste momento também que, segundo o autor, surge o movimento organizado de residentes em área profissional da saúde, em conflito direto com os movimentos já instituídos de residentes médicos.

Por fim, Ceccim corrobora a conclusão de Dallegrave quando se posiciona a favor da Residência como escolha pedagógica importante para a consolidação do SUS e acrescenta que tal modelo deve dialogar, permanentemente, com o controle social, a integralidade e o trabalho em equipe.

Feuerwerker inicia sua reflexão a respeito do mesmo artigo marcando, sob seu ponto de vista, as limitações da abordagem conceitual construída pela autora. Questiona o olhar “monolítico” pelo qual os atores do processo são tratados como ocupantes de lugares determinados e sugere que tais circunstâncias sejam observadas pela ótica da mútua afetação em um processo dinâmico de disputas e apostas. A seguir, expõe outro questionamento relevante ao tema: qual é a contribuição concreta desta modalidade de formação? Sobre isto, a autora afirma que a importância do trabalho vivo em ato e das tecnologias leves para o trabalho em saúde justificam o interesse por esta modalidade de ensino-aprendizagem. A especialização pelo trabalho, segundo ela, pode contribuir para a inovação das práticas em saúde e tem como componente essencial o encontro entre as profissões, oportunidade rara nas graduações, habitualmente pensadas por categoria. Prosseguindo seu raciocínio, Feuerwerker enfatiza a importância de que a Residência multiprofissional esteja legalmente garantida e normatizada, para que a formação não seja, em algum momento, capturada por interesses outros que não os do sistema de saúde.

Quando se trata da disputa e da resistência da categoria médica à implementação dos cursos multiprofissionais, a autora levanta algumas explicações possíveis: o receio de que a abertura das novas Residências abra precedentes para a regulação dos programas por meio de políticas públicas; a disputa por recursos e a tentativa de

manutenção do privilégio histórico de exclusividade sobre tal mecanismo de produção do saber.

Haddad⁵⁵, Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde - DEGES/SGTES, analisa o estudo do ponto de vista da gestão. Em suas considerações, refaz o caminho percorrido pelas políticas de saúde relacionadas à implantação das Residências e enfatiza o estreitamento dos laços interinstitucionais entre MS e MEC nos últimos anos. Como apontamento de reflexão, destaca a importância da convergência dos diversos prismas existentes na discussão sobre os Programas, rumo ao aprimoramento do Sistema de Saúde.

Para compreender as semelhanças e distanciamentos entre as Residências Médicas tradicionais e as Residências Multiprofissionais, pode-se utilizar o recurso comparativo em um olhar sobre as duas histórias. A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS possui atribuições semelhantes à Comissão Nacional de Residência Médica: é responsável pela avaliação e acreditação dos programas, com o incremento da necessidade de que os processos formativos estejam em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS, portanto, sob a lógica da integralidade⁴⁶. Deste modo, a Residência Multiprofissional em Saúde nasce em um momento da história no qual as críticas ao modelo biomédico estão postas, amplamente debatidas e a espera de resoluções, o que confere especificidades a este processo. No intuito de que tais especificidades das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família sejam conhecidas, serão expostos a seguir dois exemplos de programas em funcionamento.

Em sua dissertação de Mestrado intitulada “Residência Multiprofissional em Saúde da Família – limites e possibilidades para mudança na formação profissional”, Oliveira⁵⁶ descreve e analisa a experiência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Faculdade Santa Marcelina – São Paulo – no qual se insere como preceptora. Em seu relato, ficam evidenciadas as particularidades deste modelo de formação aplicado a uma multiplicidade de categorias profissionais da saúde.

O programa acima referido funciona vinculado à Faculdade Santa Marcelina de Itaquera, região leste da cidade de São Paulo. O primeiro curso multiprofissional desta natureza criado pela instituição foi aberto em 2002, destinou-se a médicos e enfermeiros e formou seus primeiros estudantes no ano de 2004. A experiência adquirida serviu de

base para a implementação posterior de um novo programa multiprofissional, desta vez com a oferta de vagas para 10 categorias profissionais diferentes.

A Residência da Faculdade Santa Marcelina foi definida em seu Projeto Político-pedagógico como um processo de formação em serviço, acompanhado por tutores e preceptores, com funções específicas. Neste caso, os preceptores eram profissionais da rede de saúde convidados a comporem o grupo. A princípio, pensava-se nas vantagens de que as pessoas implicadas na formação dos residentes possuíssem larga experiência prática. No entanto, logo se observou que a insuficiência de experiência pedagógica de tais profissionais consistia em importante problema a ser solucionado. As funções de acompanhamento foram delimitadas da seguinte maneira: preceptores de categoria; preceptores de área e tutores.

Ao preceptor de categoria cabe o papel de supervisionar, individualmente e em grupo, os residentes com formação profissional igual a sua. Por exemplo, os residentes de fisioterapia têm disponíveis horários de supervisão específica com preceptores fisioterapeutas; assim como os outros residentes. O preceptor de área tem como atribuição acompanhar as atividades das equipes multiprofissionais de residentes, alocadas nas unidades de saúde ou outros ambientes, por meio de encontros regulares. Por fim, o tutor é um profissional de saúde, funcionário da unidade, responsável por observar e auxiliar cotidianamente as tarefas, evoluções e dificuldades dos residentes.

Uma peculiaridade marcante deste programa é o fato de que, apesar do foco na Saúde da Família, os residentes do primeiro ano de curso não são inseridos, exclusivamente, na Unidade de Saúde da Família. Em sistema de rodízio mensal, os residentes passam semanas na Unidade e semanas em outras instituições, como hospitais, creches, lares para idosos e entidades de reabilitação, o que, segundo os idealizadores, favorece a percepção da intersectorialidade como meio de trabalho coletivo e a compreensão dos fluxos de referência e contra-referência de rede de saúde.

No segundo ano de Residência, a permanência nas Unidades de Saúde da Família era constante, cessando o sistema anterior de rodízio. Como singularidade deste período, destaca-se a oportunidade de realização do chamado “estágio eletivo”. Era dado ao residente o direito de, em comum acordo com seus preceptores, escolher um local, fora de sua área habitual de prática, para a vivência de um mês. As exigências em torno da escolha eram que a instituição de destino estabelecesse relação com ações de

interesse da atenção primária e que o residente, ao término do estágio, confeccionasse um relatório detalhado da experiência.

A Residência em Saúde da Família da Fundação Universidade Regional de Blumenau – FURB – teve início no ano de 2002 e abriu vagas para as seguintes categorias profissionais: enfermagem, psicologia, odontologia, serviço social e medicina. Com a dificuldade de preenchimento das vagas para médicos e pela necessidade da atuação em aspectos preventivos e de educação em saúde, optou-se pela chamada de profissionais da Educação Física. Em sua segunda turma, foram agregados os núcleos de farmácia e fisioterapia, pela necessidade identificada pelo Pólo Regional de Educação Permanente em Saúde e pela existência de cursos de graduação nessas áreas na Universidade. Como oportunidades de vivência fora das Unidades de Saúde da Família, os residentes experimentam estágios relacionados ao nível administrativo, de gestão das políticas de saúde do município e também nos serviços de vigilância epidemiológica, sanitária e ambulatorios de referência. Uma característica importante deste processo formador é a articulação da Residência com os cursos de graduação em saúde, por meio do programa de extensão denominado “Liga de Saúde Coletiva”. Em relação ao estágio realizado fora do Programa, neste caso nomeado como “estágio optativo”, a duração estimada é de três meses, a ser realizado no segundo ano de curso⁵⁷.

CAPÍTULO 3 – A QUESTÃO PEDAGÓGICA NA SAÚDE

3.1 – Trabalho, Educação e Saúde

No campo da saúde, as práticas educativas compreendem tanto a formação permanente dos profissionais envolvidos quanto à educação direcionada à população usuária dos serviços. Os campos da Educação e Saúde se cruzam constantemente e são norteados por um conjunto de princípios e a representação de sociedade que se pretende perpetuar. Essas representações são claramente demonstradas nas abordagens educativas dominantes no Sistema de Saúde brasileiro⁵⁸.

A Educação e a Saúde têm em comum o desenvolvimento humano e, por essa razão, se encontram permanentemente. Pelo mesmo motivo, ainda que de forma não perceptível, os profissionais utilizam um ciclo ininterrupto de ensino-aprendizagem e devem ter em mente que as ações de saúde vão além do diagnóstico ou prescrição de cuidados; visam a promoção do bem estar e relacionam-se intimamente às condições psicológicas, sócio-econômicas ou mesmo espirituais dos sujeitos⁵⁹.

Pierantoni, Varella & França⁶⁰, discorrendo sobre os recursos humanos em saúde no Brasil, fazem conexões importantes entre a reestruturação produtiva e o trabalho destes profissionais. Relatam que o setor saúde no Brasil sofreu, como os demais setores, as mudanças decorrentes da nova ordem de organização produtiva e da diminuição do poder do Estado. As transformações foram notáveis nos aspectos estruturais, regulatórios e gerenciais. Sobre os nós críticos da rede de recursos humanos em saúde, salientam a necessidade de preocupação quanto aos parâmetros éticos que irão nortear o uso das descobertas, cada vez mais aceleradas, em termos tecnológicos e científicos. Para as autoras, o modo de vida contemporâneo expressa todo o imediatismo e distanciamento que têm como repercussão o mau uso e o não-acesso de grande parte das pessoas às inovações.

Refletir sobre os aspectos citados leva à conclusão de que é preciso formar profissionais diferentes, para um cenário de trabalho diferente. Nesse sentido, afirma-se que os recursos humanos da área são diariamente desafiados a interferir nas vidas alheias e em processos histórico-sociais, sem que para isso estejam apoiados em um aparato além do técnico-operacional. Esse é o problema-chave que direciona as possibilidades de solução para um caminho específico: aprender a fazer saúde no

cotidiano da saúde, onde os conflitos reais se apresentam e onde os saberes puramente técnicos são insuficientes na busca de alternativas de diminuição do sofrimento.

Saviani⁶¹, em seu texto que discute o trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias, demonstra as relações de origem e continuidade entre as categorias Trabalho e Educação. Sobre as concepções existentes, destaca que a mais difundida é aquela que contrapõe diretamente Educação e Trabalho, ponto de vista que começou a se alterar a partir da década de 60 com o surgimento da teoria do capital humano. Nesse momento, a educação passou a ser entendida como algo fundamental para o trabalho, isto é: a educação potencializaria o trabalho. É interessante enfatizar que até mesmo os críticos da teoria do capital humano concordavam com a estreita relação estabelecida entre os campos, advogando, com base nisso, que a educação seria um instrumento funcional de qualificação de mão-de-obra para fortalecimento do capitalismo.

Conforme publicação do Ministério da Saúde⁶², na qual se fundamentam as informações a seguir, a exigência atual de produtividade, além do mercado de trabalho instável e flexível, ampliam cada vez mais os requisitos de qualificação e generalização da implantação de modelos de formação baseados em competências profissionais.

A noção de Competências começou a ser usada na Europa, em meados dos anos 80 e se apresenta como um termo polissêmico, que envolve várias abordagens. Originase nas Ciências das Organizações, em pleno quadro de crise do modelo Fordista-Taylorista. No contexto de crise e com forte incremento da escolarização de jovens, as empresas passaram a usar e adaptar as aquisições individuais da formação em função de suas exigências.

O modelo de competências veio substituir a lógica de qualificação, um conceito-chave da sociologia do trabalho. A qualificação estava vinculada à escolarização e sua correspondência no trabalho assalariado, no qual o status social e profissional estava inscrito na carreira escolhida. Na perspectiva atual, importa não só a formação técnica do profissional, mas sua capacidade de mobilizar esses e outros conhecimentos para resolução de problemas concretos do trabalho. A partir de então, assumem papel de extrema relevância os componentes não organizados da formação, como as qualificações tácitas ou sociais e a subjetividade do trabalhador.

Uma característica fundamental da formação por competências é que o processo educativo deve privilegiar a aprendizagem em ritmo particular, gradual,

com estímulo à capacidade de auto-avaliação dos “formandos” e deslocamento de ações pedagógicas para o espaço de realização do trabalho¹⁴.

Apesar dos avanços, essa opção conceitual pode apresentar algumas armadilhas, como o risco de formar sujeitos “enquadrados” em necessidades imediatistas do mercado, desconsideração do caráter coletivo do trabalho e supervalorização das habilidades individuais, além da responsabilização do trabalhador por sua inserção no mercado de trabalho e manutenção de seus “atrativos” profissionais.

Para Ramos ⁶³, o conceito de qualificação pode ser compreendido como uma relação social, composta pelas dimensões conceitual, social e experimental. Partindo desta premissa, afirma que a noção de qualificação não foi, verdadeiramente, substituída pela idéia de competência; houve, sim, uma valorização da dimensão experimental, em detrimento das outras duas. Conferir maior destaque à dimensão experimental da qualificação significa priorizar os saberes tácitos, sobrepor a dimensão psicológica do sujeito à dimensão sociológica do trabalho e amenizar a importância dos conceitos técnico-científicos das profissões. Além disso, outra implicação importante é o rompimento de modelos contratuais tradicionais de trabalho, com a introdução de novas regras que, mesmo pactuadas coletivamente, incidem sobre o indivíduo. Conforme a autora, o modelo de competências encontra-se em consonância exata com os anseios de uma profissionalização liberal, marcada pelo incentivo à flexibilidade do trabalhador, em um cenário socioeconômico instável e altamente competitivo. Nesta lógica de pensamento, o conhecimento é validado por sua viabilidade ou utilidade para o mercado. Como possível encaminhamento prático para a questão, Ramos sinaliza positivamente para a idéia de uma escola viva, na qual a autonomia moral e intelectual sejam frutos da possibilidade conquistada pelos trabalhadores-educandos de transformar a realidade e não apenas se adaptar, incessantemente, a ela.

Sobre a ocorrência dos processos de ensino-aprendizagem nos cenários de prática, é preciso diferenciar duas visões a esse respeito. A primeira, comum em cursos de graduação em saúde, entende o cenário de prática como espaço oportuno para aplicação dos conhecimentos teóricos anteriormente incorporados; seriam os “estágios” em moldes tradicionais. A segunda compreende o cenário de práticas como uma instância de aprendizagem em serviço, potente na articulação de novos saberes e de socialização e construção de outros conhecimentos⁶⁴.

3.2 – Concepções pedagógicas em Saúde

Para a compreensão das propostas pedagógicas adotadas nos processos de ensino-aprendizagem em saúde, seus procedimentos e seus “porquês”, faz-se necessário entender, anteriormente, o momento histórico no qual se encontra o campo da Saúde, caracterizado pela disputa de hegemonia entre duas racionalidades: a biomédica e a da integralidade.

Koifman⁶⁵ descreve o modelo biomédico como aquele em que o corpo humano é visto como uma complexa máquina, composta por partes que se relacionam, segundo leis naturais de funcionamento. Sob esta lógica, a máquina-corpo consiste em objeto sujeito a constantes inspeções por parte de especialistas, considerando as recorrentes falhas operacionais que apresenta. Como os fenômenos biológicos – funcionamento da máquina – são explicados exclusivamente do ponto de vista físico-químico, não é reservado espaço para a observação dos aspectos psicológicos, sociais e comportamentais dos processos de adoecimento. Por consequência da concepção mecanicista do organismo, as intervenções terapêuticas baseiam-se na manipulação puramente técnica do sujeito, em detrimento das outras dimensões envolvidas. Com o advento do movimento de reforma sanitária no país, reivindicador de mudanças no modo de fazer saúde, e com a promulgação da Constituição de 1988, berço do Sistema Único de Saúde, oficializou-se a disputa pela hegemonia do discurso do setor, por meio da incorporação do princípio da integralidade.

O paradigma da integralidade deve induzir a construção de uma alternativa pedagógica, que estabeleça equilíbrio entre a apurada capacidade técnica do profissional e a relevância social dos elementos envolvidos na situação a ser tratada. Tal mudança, para ser efetivada, necessita apoiar-se na integração curricular, com a formulação de estratégias pedagógicas mais participativas e com a opção por metodologias de ensino-aprendizagem que enxerguem o estudante como sujeito ativo do processo e o docente como facilitador da incorporação do saber⁶⁶.

Lampert²⁴ enfatiza que, apesar da clara insatisfação com a insuficiência das explicações tradicionais para as questões da saúde, a mudança do paradigma flexneriano-biomédico rumo à integralidade ainda encontra dificuldades para concretização nos serviços e nos processos de formação de recursos humanos para o sistema.

Inúmeras são as nomenclaturas encontradas na literatura para designar as tendências pedagógicas em saúde; neste caso, optou-se pela utilização dos termos descritos por Bordenave⁶⁷: pedagogia da transmissão, do condicionamento e da problematização.

Na pedagogia da transmissão, tradicionalmente usada nos cursos de saúde, o foco são os conteúdos e as idéias, que deverão ser transpostos aos educandos, por sua vez considerados escassos de conhecimento prévio. As informações transmitidas pelos educadores são tidas como o saber correto e há pouco espaço para o questionamento e reflexão. O objetivo geral é, portanto, transmitir aos estudantes conceitos e idéias, não para que sejam repensadas, mas para que sejam replicadas.

Uma importante crítica a esta abordagem pedagógica é relativa a sua tendência à formação de sujeitos com pouca habilidade de observação, avaliação, extrapolação e compreensão, indispensáveis às atitudes de criação de alternativas, frente à complexidade dos problemas encontrados.

A escolha de determinada abordagem pedagógica acarreta conseqüências de cunho individual e social. Em termos individuais, a pedagogia da transmissão corre o risco de formar sujeitos passivos, com pouca atitude crítica diante do que observam, que valorizam excessivamente o saber individual e são pouco hábeis para a modificação da realidade. No âmbito social, constitui grupos acrícos, que tendem a incorporar modelos pré-estabelecidos de conduta e que são mais vulneráveis à manipulação promovida pelos veículos de comunicação em massa.

Em perspectiva semelhante a de Bordenave, Luckesi⁶⁸ & MEC⁶⁹ afirmam que na Pedagogia Tradicional o ensino está predominantemente pautado na transmissão oral de conteúdos pelo professor, que é visto como figura de autoridade máxima e detentor do conhecimento. A intenção primordial da escola nessa forma de educar é repassar informações de formação geral do aluno, preparando-o para futura escolha de uma profissão valorizada pelo mercado.

A pedagogia do condicionamento, também freqüentemente utilizada, possui um enfoque de cunho tecnicista. Nesta lógica, o primordial é que as tarefas pedagógicas tenham por objetivo desenvolver a capacidade de operacionalização dos educandos, tornando-os indivíduos eficientes, produtivos, com apurada capacidade técnica, em compasso com as exigências dos moldes econômicos capitalistas. Neste caso, o mais

importante não são as idéias, mas os resultados comportamentais adquiridos por meio de um jogo de estímulos-respostas conduzido pelo professor. De acordo com Bordenave, a proposta se baseia nos conceitos do behaviorismo de Watson e Skinner, conhecidos por seus experimentos com animais, que incorporavam os comportamentos desejados mediante estímulos determinados. Em relação à educação humana, caberia ao professor estabelecer passos e metas a serem atingidas, recompensando prontamente o desempenho dos estudantes que alcançassem êxito. Esta concepção exerceu forte influência na chamada Educação Moderna e pode ser identificada em alguns projetos pedagógicos baseados na obtenção de competências, além de determinados cursos baseados em módulos, desde que tais módulos estejam atrelados a metas pré-estabelecidas. A escolha desta abordagem pode levar à formação de indivíduos altamente competitivos, inseridos em grupos sociais conformados com a realidade e dependentes dos aparatos tecnológicos para o desenvolvimento do trabalho.

Como terceira alternativa, Bordenave traz a noção de pedagogia da problematização, que tem como objetivo formar sujeitos sociais ativos, conhecedores da realidade, reflexivos, criativos e capazes de intervir e modificar questões que requerem soluções. Nessa proposta, o educando não é visto como receptor de informações ou replicador de técnicas, mas sim como construtor de seu próprio conhecimento, a partir do questionamento das idéias e de sua própria conduta. O aspecto fundamental dessa abordagem é o desenvolvimento de grupos capazes de observar e avaliar a realidade do entorno, além de buscar alternativas e recursos para a reorganização do processo de trabalho. O pilar da proposta é que os sujeitos por ela formados sejam aptos não para memorizar procedimentos ou idéias, mas para formular soluções que estejam em conformidade com o problema que se apresenta, com toda a sua imprevisibilidade.

Em uma perspectiva semelhante à de Bordenave quando trata da pedagogia problematizadora, Freire⁷⁰, sob a denominação de pedagogia crítica, diz que esta abordagem está atrelada a valores como: respeito aos saberes e autonomia dos educandos, criticidade, corporeificação das palavras pelo exemplo, aceitação do novo, rejeição da discriminação e, essencialmente, a disponibilidade para o diálogo.

3.3 – O enfoque problematizador

O avanço científico e a coexistência de múltiplas realidades sociais e políticas implicam em novos sentidos para a educação humana, que passa a se fundamentar em práticas pedagógicas que instigam a participação crítico-reflexiva. Cada período da história possui suas inspirações e, com base nas circunstâncias que se apresentam, faz escolhas e propõe inovações que dialogam com as propostas anteriores. No caso da formação de profissionais de saúde, as dimensões problematizadoras assumem a função de edificar o conhecimento que ajuda a explicar e intervir em questões reais, por meio do movimento de ação-reflexão-ação⁷¹.

A educação possui a responsabilidade sobre a construção de redes de mudanças sociais, implicadas na transformação individual e coletiva, impulsionadas pela busca de métodos inovadores de ensino-aprendizagem, que valorizem a postura crítica, reflexiva, ética e transformadora dos educandos⁷².

É possível identificar na literatura duas propostas problematizadoras de ensino-aprendizagem, freqüentemente adotadas nos cursos de saúde: a Pedagogia da Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas. Embora os termos sejam comumente utilizados como sinônimos, trata-se de um equívoco enquadrá-los como opções não diferenciadas.

O ensino pela problematização (originalmente, *Inquiry Based Learning*) foi pensado na década de 80, na Universidade do Havaí, com o objetivo de instituir currículos orientados para os problemas e com definição das habilidades cognitivas e afetivas a serem adquiridas pelos estudantes. Os alicerces teóricos da proposta são a Pedagogia Libertadora de Paulo Freire, o materialismo histórico-dialético e o construtivismo de Jean Piaget⁷³.

Freire⁷⁴, em sua proposta de uma prática educativa libertadora, destaca a oposição entre o que denomina educação “bancária”, perpetuadora da dominação, e a educação problematizadora, que propõe a superação da relação verticalizada entre educadores e educandos e sua substituição por práticas pedagógicas dialógicas e libertadoras dos sujeitos. Segundo o autor, o educador não é o que detém o conhecimento e o transfere; na relação estabelecida com o educando, ele considera os saberes do outro e também se educa. O educando, por sua vez, ao ser educado e tornar-se sujeito deste processo, educa a si e ao educador.

O método do materialismo histórico-dialético permite que se conheça, por meio da materialidade histórica da vida humana, as formas de organização da sociedade ao longo do tempo. Incorporando o princípio da contradição, tem-se que só é possível pensar a realidade por meio da aceitação das contradições e da reflexão sobre o objeto real, conforme este se apresenta. Para que a ação sobre o concreto se dê, é necessário, então, elaborar abstrações e pressupostos teóricos que a viabilizem⁷⁵.

Em relação ao construtivismo, uma das bases da proposta problematizadora, a teoria rompe com duas concepções anteriores: a *apriorista* ou *inatista*, que enxerga o sujeito como detentor inato de habilidades que somente precisam ser despertadas, além da *empirista*, que sustenta a tese de que o sujeito é vazio de conhecimento prévio, o que o faz dependente do saber externo. A primeira lógica, a apriorista, acarreta a não responsabilização da docência por possíveis dificuldades discentes. No segundo caso, quando se adota a perspectiva empirista, a consequência é a formação de sujeitos de reprodução ou replicação do que já está estabelecido⁷⁶.

O construtivismo, que tem como principal representante Jean Piaget, postula que o conhecimento não está previamente acabado e nem parte da replicação, mas se inicia na interação. Ao entrar em contato com o outro, o sujeito realiza ações e interpreta o objeto para que consiga incorporar novas estruturas de saber àquelas que já possui, processo conhecido como *assimilação*. Adiante, é preciso que as novas estruturas sejam compreendidas e agregadas, fase denominada *acomodação*. Para Piaget, o contínuo processo de assimilação-acomodação é responsável pelo desenvolvimento cognitivo do sujeito. Partindo da premissa construtivista, portanto, o conhecimento não é algo acabado, pronto, necessita ser construído ativamente pelo sujeito, por meio de suas ações, em conformidade com suas necessidades. Neste caso, o educador tem seu papel transformado e cabe a ele propiciar situações favoráveis para que o educando construa seus saberes⁷⁶.

A Metodologia da Problematização teve seu primeiro esquema representativo formulado por Charles Maguerez e apresentado por Bordenave e Pereira⁷⁷. Conforme ilustração a seguir, o esquema é composto por cinco etapas: observação da realidade, pontos-chave, teorização, hipóteses de solução e aplicação à realidade. A Metodologia da Problematização pode ser utilizada como alternativa metodológica adequada para casos de estudos relativos à vida em sociedade, aos aspectos éticos, políticos e

econômicos, mas que não se trata de uma opção interessante para todos os casos, principalmente aqueles em que o tema de estudo tem bases mais exatas ou objetivas⁷⁷.

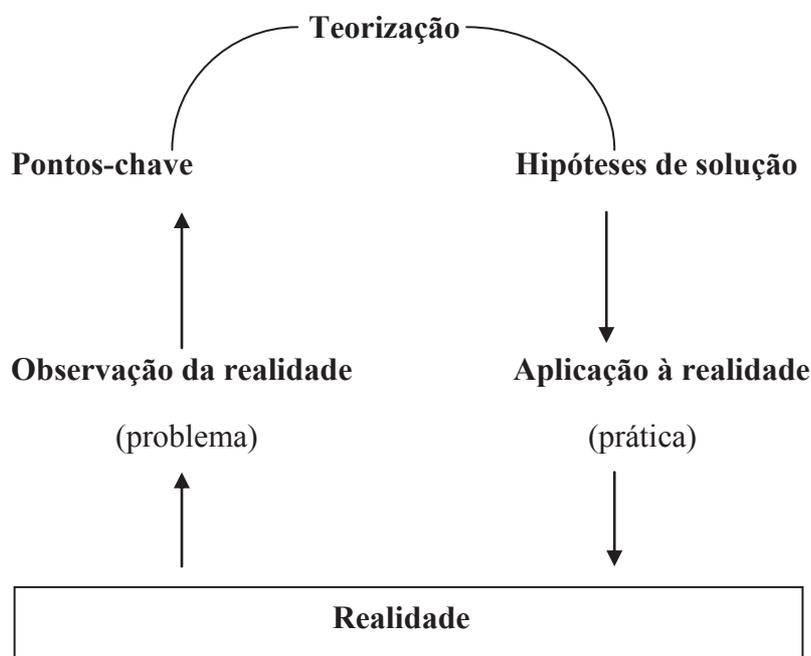


Figura 1 - Arco de Maguerez. Fonte: Bordenave & Pereira⁷⁷.

Na primeira etapa, a tarefa dos estudantes consiste na observação da realidade circundante, que pode ser conduzida por questões norteadoras, atreladas a determinada unidade de estudo. As questões pertinentes encontradas serão transformadas em problemas, a serem devidamente registrados, pois apoiarão o restante do processo.

Em um segundo momento, serão discutidos os determinantes envolvidos nos problemas identificados e serão elaborados pontos-chave a serem estudados de forma mais aprofundada.

A terceira fase do processo consiste em teorizar a respeito dos pontos-chave escolhidos, o que exigirá que os estudantes se organizem e pesquisem a respeito do assunto, valendo-se dos mais variados recursos, conforme a disponibilidade: consulta à literatura, entrevista com especialistas, participação em grupos de estudo e seminários.

Na quarta etapa, com base nas informações colhidas e nas análises realizadas, deverão ser formuladas soluções hipotéticas para os problemas apresentados. Por fim,

em um quinto momento, quando o arco se fecha, as alternativas construídas deverão ser postas em prática⁷⁸.

A experiência inicial com a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP ou PBL – ocorreu no Canadá, na década de 60. No Brasil, difundiu-se largamente na década de 90, aplicada a cursos superiores em saúde. Citando Dewey (1959), Mitre et al.⁷² afirmam que a expansão do uso do PBL se deve, em certa medida, à percepção da necessidade de uma formação diferente para os profissionais, com o intuito de que se tornem, gradualmente, mais autônomos e participativos. Segundo os autores, o PBL se aproxima em teoria à proposta formulada por John Dewey e, como proposta problematizadora, tem como referenciais o construtivismo piagetiano e a abordagem de Paulo Freire.

Os mesmos autores apontam como aspectos essenciais do PBL: (1) a aprendizagem significativa; (2) a impossibilidade de dissociação entre teoria e prática; (3) valorização da autonomia do estudante; (4) o trabalho em grupos pequenos; (5) a educação permanente como princípio; (6) o processo de avaliação formativa.

A linha pedagógica fundamental do PBL é a aprendizagem centrada no estudante e sua estratégia consiste na construção de problemas pensados para o estudo de determinadas unidades de aprendizagem⁷⁹. São previamente preparadas situações de aprendizagem, consideradas de importante domínio para o educando. Cada situação constituirá um tema de estudo que, por sua vez, será problematizado em um grupo tutorial. A discussão do problema acontece em duas etapas. No primeiro momento, os estudantes possuem a tarefa de formular objetivos de aprendizagem e hipóteses explicativas, de acordo com o problema apresentado. A seguir, devem realizar pesquisa individual sobre o tema, para uma segunda discussão em grupo, teoricamente fundamentada. Sobre o processo de avaliação, o conhecimento é avaliado ao final de cada módulo, tendo como parâmetro os objetivos de aprendizagem traçados⁷⁸.

3.4 – A construção do Projeto Político-pedagógico

“Uma proposta pedagógica é um caminho, não é um lugar (...). Toda proposta pedagógica tem uma história que precisa ser contada. Toda proposta contém uma aposta. Nasce de uma realidade que pergunta e é também busca de uma resposta. Toda proposta é situada, traz consigo o lugar de onde fala e a gama de valores que a constitui; traz também as dificuldades que enfrenta (...)”.

Kramer, 1997.

O termo Projeto vem do latim *projectu*, que significa seguir para frente. Possui ainda o sentido de intento, plano, desígnio ⁸⁰. Qualquer projeto supõe rupturas com o presente e implica no abandono de um estado confortável em direção ao risco de fazer diferente ⁸¹.

O Projeto Político-pedagógico não se resume a um conjunto de planos de capacitação e nem deve simplesmente ser arquivado depois de pronto ou encaminhado às autoridades interessadas, como prova de cumprimento de uma atribuição. Deve ser visto como uma construção coletiva, a ser vivenciada em todo o processo educativo e por todos os atores nele inseridos ⁸². A construção de uma proposta pedagógica não é uma questão meramente formal, da escolha de conteúdos curriculares, dos instrumentos e processos de avaliação, da seleção do material, mas é, essencialmente, uma questão política e ideológica, na qual são confrontados valores, objetivos e concepções sobre educação e sociedade⁸³.

Além do caráter pedagógico, todo Projeto de Ensino é político, na medida em que exhibe um compromisso com a formação de um cidadão, imbuído de determinados valores e conceitos, pactuados por um grupo majoritário, concretizados como prática pedagógica⁸⁴. As dimensões política e pedagógica possuem um significado indissociável, definido como um processo permanente de reflexão em busca da efetivação das intenções do Projeto ⁸².

A palavra currículo tem origem na palavra latina *Scurrere* – correr – e refere-se ao curso de algum fenômeno, o que tem como implicação o entendimento do currículo como um curso a ser seguido. Analisar a história dos currículos auxilia a compreensão de seu conteúdo não como algo fixo, mas como um elemento social e histórico, sujeito a mudanças constantes. Outro fator importante é não considerá-lo, conforme é concebido atualmente, como resultado de um processo evolutivo e sim produto de diversas rupturas e pontos de continuidade, que coexistem. Nesta perspectiva, o foco consiste na

observação dos diferentes significados atribuídos aos conceitos ao longo da história. Partindo desta premissa, o Projeto Político-pedagógico pode ser visto como um termo atual para representação de perguntas antigas: o que ensinar; como ensinar e com que finalidade ensinar ⁸⁵.

As formas curriculares em voga não devem ser vistas como inocente processo epistemológico no qual acadêmicos, cientistas e educadores dotados de imparcialidade determinam o que merece ser ensinado. O processo de confecção do currículo não é lógico e sim social; envolve interesses, rituais, conflitos simbólicos e culturais, necessidades de legitimação e controle. Nas palavras do próprio Goodson ⁸⁵:

“O currículo não é constituído de conhecimentos válidos, mas de conhecimentos considerados socialmente válidos”.

Kramer⁸⁶, em seu artigo intitulado “Propostas Pedagógicas ou Curriculares: subsídios para uma leitura crítica”, disserta a respeito das subjetividades que permeiam o surgimento de novas propostas, os elementos que constituem uma proposta pedagógica e de que maneira podem ser orientados seus processos avaliativos.

Sobre a primeira questão, afirma que as novas propostas educacionais sempre são vistas como promessas de solução para os problemas e, conseqüentemente, são tidas como mais eficientes que as formulações anteriores. O novo, neste caso, é automaticamente tomado como sinônimo de melhor, o que se configura contraditório, haja vista que a modernidade não trouxe, necessariamente, melhores condições de vida à parcela significativa da sociedade. No campo da educação costuma-se denominar como “tradicional” aquilo que não é considerado adequado e o novo surge como uma promessa sedutora, a partir da negação do conteúdo que é chamado de velho. As políticas públicas devem garantir condições de implementação de seus preceitos e gerenciar as expectativas sobre a capacidade de resolução imediata dos problemas, impedindo que o desejo de respostas rápidas apague a história e prejudique a construção do novo, a partir da reflexão sobre o vivido⁸⁶.

A concepção de uma nova proposta educacional sempre se apresenta como uma aposta, pois está contida em uma política pública que se insere em um projeto de sociedade, em um contexto político particular, permeada por conceitos determinados de cidadania e cultura. Por essa razão, a proposta pedagógica não fornece respostas prontas

e só pode ser concretizada a partir de seu elo com a realidade, da participação dos sujeitos e do entendimento de que a multiplicidade de cenários impossibilita a existência de uma proposta padronizada⁸⁶.

No mesmo artigo, a autora elenca itens que, segundo ela, são essenciais à análise de um projeto pedagógico e que serão úteis a esta pesquisa no momento da discussão dos projetos político-pedagógicos selecionados. Sobre os formuladores da proposta, coloca como questões importantes: quem produziu? De que maneira? Em que condições? A proposta tem como base experiências anteriores ou parte da concepção de modelo a ser seguido?

Em relação ao texto da proposta, enfatiza que devem ser observados os objetivos expostos no documento, a relação estabelecida entre a proposta e a situação locorregional, a existência ou não de diagnóstico do cenário, a demanda por vagas, as parcerias institucionais concretizadas, o público a que se destina o curso e o perfil dos docentes. Também ressalta que devem ser identificados os pressupostos teóricos e filosóficos que fundamentam a proposta pedagógica.

Por fim, Kramer salienta que uma proposta necessita conter, minimamente, quatro dimensões básicas: (1) perceber a realidade que se apresenta; (2) refletir sobre os problemas existentes e as possibilidades de solução; (3) elaborar uma proposta coerente com os problemas identificados; (4) manter a capacidade de adaptação frente ao novo e possuir flexibilidade para romper com práticas anteriores, quando necessário.

Uma forma de construção de Projetos Político-pedagógicos é por meio da definição de marcos, que são fronteiras daquilo que se pretende desenvolver no âmbito do conhecimento e da ação⁸⁷. Os marcos mais freqüentemente utilizados em projetos político-pedagógicos são: marco referencial, marco filosófico, marco conceitual e marco estrutural.

O marco referencial está relacionado à descrição da realidade, para que a formação do profissional esteja em sintonia com os problemas do universo social apresentado. O marco filosófico representa os valores da comunidade envolvida na proposta do projeto, ou seja, os preceitos ético-filosóficos que orientarão a formação do perfil profissional idealizado. Quanto ao marco conceitual, trata-se da fundamentação teórica do projeto e do conjunto de conceitos adotados. O marco estrutural é constituído pela escolha metodológica que norteará a organização e desenvolvimento das

disciplinas ou temáticas a serem abordadas durante o curso⁸⁷. Por fim, o Projeto de um curso não pode estar desarticulado do projeto global da instituição e a coerência interna do documento só será alcançada após inúmeras revisões⁸⁸.

Sobre a possível dicotomia expressa entre o currículo escrito e o currículo ativo, ou seja, o colocado em prática, o potencial para uma estreita relação entre essas duas dimensões depende da maneira como o currículo foi concebido, isto é, de sua fase pré-ativa, assim como de seu método de concretização⁸⁵. É comum deparar-se com uma negligência à etapa pré-ativa no escopo dos estudos sobre planejamento curricular, o que dificulta o conhecimento das relações estabelecidas entre cada fase do processo, da teoria à prática.

A educação é um ponto de conflito sobre o que deve ser ensinado, como a aprendizagem deve ser avaliada e aponta para a importância da realização de estudos críticos que ambicionem ir além das questões técnicas e se proponham a pensar a relação entre a educação e as idéias que se pretende perpetuar⁸⁹.

Na década de 90, a educação brasileira teve como marco a disputa entre dois projetos de sociedade, um em consonância com os anseios dos trabalhadores da educação, em defesa da autonomia e da liberdade de ensino e pesquisa e o outro orientado pelos ajustes políticos macroestruturais, impulsionados pelo processo de globalização, cuja demanda era a subordinação da educação aos interesses do mercado.

Atualmente, a educação é orientada pela Constituição Federal e pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional –LDB - Lei no 9.394, de 20/12/1996. Quanto à educação profissional, esta é considerada um subsistema de ensino, como complemento à educação básica, e obedece a normas semelhantes a de qualquer processo educacional do país⁹⁰.

A reforma educacional preconizada pela LDB tem indicado uma tendência a um controle burocrático cada vez maior sobre as instituições de ensino, os educadores, servidores tecno-administrativos e alunos, no sentido de orientar e direcionar as inovações do processo de ensino-aprendizagem; inovações que só possuem hipótese de sucesso caso os atores envolvidos sejam chamados a aceitá-las e participar de suas construções⁹¹.

Um dos maiores ganhos trazidos pela LDB é a determinação de que os estabelecimentos de ensino elaborem e executem sua própria proposta pedagógica, com a participação dos docentes, fixação de currículos baseados em diretrizes nacionais

válidas e preocupação com a formação de profissionais preparados para atender às demandas locais e regionais, mas que também sejam capazes de transitar em todo o território nacional⁹². No entanto, tal afirmação não representa um consenso; existe uma tensão expressa pela visão diferenciada de diversos educadores acerca desta determinação. Para alguns, a responsabilidade da escola sobre a formulação do projeto é uma transferência de função por parte do governo, além de concretizar o paradoxo de instituir a autonomia e liberdade de ensino por meio de força legal. Para outros, a crítica não procede, pois existem instâncias distintas para a execução da política educacional – país, estado – município – escola – e a autonomia de cada uma deve ser preservada, cabendo à instituição de ensino elaborar seu plano de trabalho⁸³.

Bastos & Macedo⁸³ citam as definições de Projeto Político-pedagógico de dois autores: Carmen M. C. Neves e Moacir Gadotti; as quais serão aqui adotadas como referenciais.

Para Neves, “(...) é um instrumento de trabalho que mostra o que vai ser feito, quando, de que maneira, por quem, para chegar a que resultados. Além disso, explica uma filosofia e harmoniza as diretrizes da educação nacional com a realidade da escola (...)”.

De acordo com Gadotti, “todo projeto supõe rupturas com o presente e promessas para o futuro. Projetar significa tentar quebrar um estado confortável para arriscar-se, atravessar um período de instabilidade e buscar uma nova estabilidade em função da promessa que cada projeto contém (...)”.

É possível que em algumas instituições de ensino a formulação do Projeto Político-pedagógico ocorra sem embates importantes, como cumprimento de tarefa administrativa, pela percepção insuficiente do potencial político do ato em andamento. Todavia, em outros casos, é freqüente que neste momento surjam conflitos latentes e um grau de mobilização importante se apresente⁸³.

Existem argumentos relevantes sobre a pertinência do Projeto Político-pedagógico como espaço de formação política. Em primeiro lugar, a elaboração democrática e participativa da proposta pode auxiliar na produção de identidade política da instituição, compreendendo essa identidade como fruto da intervenção e reflexão permanentes dos sujeitos, individuais e coletivos, implicados no processo.

Outro fator importante é a necessidade de organização e integração do debate sobre os conteúdos curriculares a elementos diversos da cultura e das necessidades populares. Anualmente, a comunidade escolar (aqui entendida como comunidade de ensino de qualquer natureza, não só da escola propriamente dita) se depara com a exigência de revisão de suas escolhas, de avaliação, registro e reformulação dos planos traçados. Esta espécie de exigência provoca o movimento constante e desejável de transformação das relações de poder estabelecidas.

Como terceiro argumento, tem-se que a construção do projeto pedagógico pode conduzir a instituição à busca de identificação política externa, seja com partidos políticos afins ou por meio de relações com representantes dos movimentos sociais, da comunidade ou mesmo de outros espaços educativos formais.

Por fim, quando construído coletivamente, o projeto é capaz de alimentar e amadurecer a discussão sobre a democracia no cotidiano institucional, dando voz ativa aos sujeitos implicados⁸³.

CAPÍTULO 4 - TRAJETÓRIAS QUANTO À CONSTRUÇÃO DO PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO: DISCUSSÃO

4.1 - Residência Multiprofissional em Saúde da Família – Universidade Federal da Bahia (UFBA) / Instituto de Saúde Coletiva (ISC)

Neste momento, será descrito o curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do ISC/BA, com base no que foi exposto na publicação comemorativa “10 Anos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Contando uma história”⁹³, uma iniciativa da Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e Escola Estadual de Saúde Pública, com o apoio do Ministério da Saúde. Para a mesma finalidade, também serão apresentadas as informações contidas no Projeto Político-pedagógico do referido programa.

4.1.1 – Contextualização e singularidades do processo de implementação do Programa

As tentativas de integração da formação em saúde à realidade dos serviços, realizadas principalmente nos cursos de graduação, têm se configurado como iniciativas pouco efetivas, apesar dos esforços institucionais e dos profissionais envolvidos. Uma hipótese para explicar tal fato é o caráter isolado das experiências que, sozinhas, mesmo com padrões adequados de execução, não são capazes de promover transformações nas estruturas acadêmicas, cristalizadas sob a lógica da formação centrada no cuidado individual, direcionada à atenção à doença e com uso de tecnologias de alto custo⁹³.

No ano de 1980, definido como Residência Multiprofissional, mas em funcionamento como Residência médica em Medicina Social, foi criado o curso do Instituto de Saúde Coletiva que daria origem, posteriormente, ao curso de Residência Multiprofissional atualmente existente. Na década de 90, começou-se a questionar a pertinência da continuidade da Residência com enfoque em saúde coletiva, por três razões. Em primeiro lugar, o curso passou a ser comparado, em termos de custo e tempo de duração, às pós-graduações em formato de especialização, mais curtas e menos dispendiosas do ponto de vista financeiro, além da comparação em relação aos cursos de mestrado, cada vez mais procurados e de extrema relevância para a formação de quadros acadêmicos na área. Como segundo fator desencadeante da discussão, apresentou-se o fato da diminuição crescente da procura pelo ingresso na Residência,

não só na Bahia, mas em todo o país. Tal fenômeno pode ser explicado pelo desinteresse dos profissionais pela carreira de sanitaria, frequentemente mal remunerada, pouco valorizada e pouco atraente quando se trata de condições de trabalho. Como terceiro elemento, tem-se a discussão gerada pela criação do próprio ISC, que disparou processo de reflexão acerca do papel da transdisciplinaridade na formação em saúde⁹³.

A conjuntura da saúde na Bahia confere especificidades ao curso de Residência e por isso deve ser conhecida. O programa de Residência se fortalece à medida que cresce a necessidade de apoio técnico-pedagógico à implementação da Estratégia de Saúde da Família no Estado; surge, portanto, de uma demanda política específica e de uma dificuldade de reorientação do modelo assistencial. A oferta de vagas para um curso dessa natureza, no caso desse Estado, partiu da compreensão de que a formação de especialistas qualificaria o processo de implantação da ESF, não somente no âmbito do cuidado, mas também das práticas de coordenação e gestão das esferas administrativas⁹³.

No bojo do desafio que se colocou, a questão da multiprofissionalidade e da formação para a atenção básica se tornaram prioritárias, culminando no debate que gerou o novo projeto da Residência. Como mote da discussão, abria-se a questão do perfil profissional desejado para a ESF e das possibilidades de concretização da articulação entre cuidado clínico e conhecimentos da saúde coletiva. Como justificativas para a eleição do molde de Residência como alternativa ideal, tem-se a importância da dedicação exclusiva e da extensa carga horária, que propiciem reflexão aprofundada sobre os processos de trabalho em saúde, a multiprofissionalidade e abram espaço para o fazer criativo, capaz de inovar as práticas sanitárias instituídas. Além disso, o público-alvo da Residência consiste em recém-formados, ainda fora do mercado de trabalho, em contraste com o perfil dos que buscam os cursos de especialização tradicionais, em geral trabalhadores em busca de qualificação profissional⁹³.

A favor da multiprofissionalidade, as experiências com a equipe mínima instituída pelo Ministério da Saúde (médicos, enfermeiros, auxiliares de saúde e agentes comunitários de saúde) mostraram a insuficiência desta gama de profissionais para o alcance do cuidado integral resolutivo. Não se trata da defesa da idéia de que todos os profissionais de saúde componham a equipe mínima, mas da percepção da necessidade

de definição de uma rede preparada para dispor de referências para estes outros profissionais⁹³.

Como resultado dos debates disparados pela elaboração do projeto do novo curso de Residência, concluiu-se que o profissional a ser formado pelo programa deveria estar apto ao atendimento clínico, mas possuir competências de manejo das questões comunitárias, familiares, das ações intersetoriais, aliando técnica a outras habilidades, de ordem relacional e política⁹³.

4.1.2 – Objetivos

Existem três pilares que devem fundamentar a formação de profissionais para a ESF. O primeiro se refere ao reconhecimento do processo de trabalho como eixo norteador da formação. É preciso desenvolver novas práticas sanitárias, tanto no âmbito da gestão quanto no âmbito do cuidado, que estejam em acordo com as mudanças almejadas para o modelo tecno-assistencial. Em segundo lugar, a compreensão de que as práticas da atenção básica apresentam complexidades e requerem a incorporação de novos valores, no intuito de que os profissionais consigam apoiar a construção da autonomia dos sujeitos em relação as suas vidas e seus processos de saúde e adoecimento. Cabe também a estes profissionais incorporarem um novo padrão ético, em que predominam os princípios da humanização e do acolhimento e no qual se valoriza a dimensão subjetiva do cuidado como tecnologia de trabalho, evitando a freqüente dicotomização entre a técnica e o caráter humano⁹³.

Informações contidas no Projeto Político-pedagógico do curso afirmam que, desde o ano de 1997, nove turmas concluíram a Residência, totalizando um número de 184 egressos. Destes egressos, 71 eram enfermeiros, 34 odontólogos, 31 médicos, 17 psicólogos, 17 assistentes sociais, 7 nutricionistas, 5 farmacêuticos e 2 fisioterapeutas. Atualmente, cada ano de Residência conta com uma turma de 12 residentes, sendo metade deles odontólogos e a outra metade enfermeiros. É relevante salientar que os médicos foram retirados do Programa por força da Lei 11.129/05⁹⁴, que define (em seu artigo 13) a Residência em Área Profissional da Saúde como “*modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica*”.

Um estudo de egressos realizado no ano de 2006 e referenciado no projeto do curso, diz que dos 91 profissionais formados pelo Programa 42% atuam na assistência e

na gestão da Atenção Básica; 19,8% nos níveis de média e alta complexidade; 16% na gestão do sistema de saúde e 14% na docência⁹⁴.

O programa de Residência do ISC tem como principal objetivo “qualificar profissionais de saúde, de modo a desenvolverem competências para a execução coordenação de práticas de saúde integrais, oportunas, contínuas e de qualidade, destinadas a territórios-populações delimitados, no espaço de atuação do Programa de Saúde da Família”. A expectativa é a de que, ao final do curso, os profissionais sejam capazes de diagnosticar e intervir nos problemas de saúde das famílias e dos indivíduos, valendo-se do instrumental fornecido pela clínica e pelo conhecimento epidemiológico, “solicitando e interpretando exames laboratoriais básicos” e garantindo resolutividade adequada. Os objetivos específicos do curso, por sua vez, foram delineados com base na concepção de vigilância à saúde, que norteia a organização das atividades e todo o processo de trabalho dos residentes⁹².

O Projeto Político-pedagógico do Programa de Residência em Saúde da Família do ISC refere-se ao curso como processo de formação de especialistas em Medicina Social no primeiro ano e com ênfase em Saúde da Família no segundo ano. Por essa razão, separa os objetivos específicos para os dois momentos⁹⁴.

Os objetivos específicos pensados para a formação do primeiro ano, em conformidade exata com a listagem apresentada no Projeto Político-pedagógico, são os seguintes:

- Analisar as tendências atuais das políticas de saúde e suas repercussões sobre o sistema local de saúde.
- Organizar e gerenciar ações e serviços de saúde em unidades básicas e sistemas locais de saúde.
- Compreender a noção de território e suas relações com o processo saúde-doença e aplicar técnicas de territorialização em saúde.
- Utilizar a informação como ferramenta para conhecimento da realidade, identificando as fontes de informação em saúde, calculando e interpretando indicadores de saúde.
- Utilizar técnicas de planejamento e programação local em saúde.

- Diagnosticar os problemas de saúde das famílias e indivíduos assistidos, utilizando o instrumental da clínica, da epidemiologia e das ciências sociais em saúde, assegurando resolutividade adequada à atenção primária à saúde.
- Reconhecer e encaminhar adequadamente os pacientes cujos problemas apresentados ultrapassam o alcance de atuação da equipe multiprofissional de saúde.
- Desenvolver intervenções para promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, adequadas aos recursos disponíveis.
- Executar ações de vigilância epidemiológica, sanitária e de saúde do trabalhador.
- Executar ações educativas junto à comunidade.
- Mostrar uma visão interdisciplinar, reconhecendo e valorizando as competências específicas dos outros profissionais da equipe de saúde.
- Trabalhar de forma cooperativa e sinérgica em equipe.
- Desenvolver atitudes que favoreçam a comunicação interativa, respeitando os valores e crenças dos diversos atores sociais em situação.
- Demonstrar uma atitude empática frente ao paciente e seus familiares.
- Articular ações intersetoriais para intervenção sobre os determinantes dos problemas prioritários.
- Aplicar instrumentos para identificar as formas de organização social no território.
- Lidar com pessoas de diferentes idades, crenças, níveis de instrução e comportamentos, respeitando a sua diversidade.
- Conhecer as diversas peculiaridades do ser humano nas diferentes fases do ciclo biológico.
- Expressar-se adequadamente através de registros científicos e técnicos.
- Desenvolver habilidades para administrar situações de conflito e atuar em conjunturas adversas.
- Desenvolver ações educativas em equipes multiprofissionais, utilizando-se das oportunidades pedagógicas do processo de trabalho.

Para o segundo ano de curso, foram elaborados os objetivos específicos abaixo descritos, também apresentados aqui exatamente como no projeto do programa:

- Compreender a família como um sistema aberto em permanente interação com o mundo exterior.
- Caracterizar fatores de riscos que ameaçam o equilíbrio da família.
- Caracterizar as necessidades da família nas diversas fases de seu ciclo vital.
- Reconhecer aspectos da dinâmica familiar que agravam ou mantêm doenças físicas e mentais.
- Utilizar e desenvolver tecnologias de gestão para apoiar o processo de planejamento e programação em saúde de equipes de saúde da família e de gestão da atenção básica nos âmbitos municipal, regional e estadual.
- Construir e utilizar instrumentos e indicadores de monitoramento e avaliação da atenção básica.
- Desenvolver e utilizar instrumentos de supervisão ao trabalho de equipes de saúde da família e das coordenações municipais, regionais e estaduais de atenção básica.
- Desenvolver e participar de processos de qualificação profissional de equipes de saúde da família⁹⁴.

4.1.3 – Pressupostos teórico-metodológicos

O programa de Residência multiprofissional do ISC adota como eixo estruturante o modelo de vigilância à saúde, caracterizado pela seleção de problemas de saúde de territórios adscritos, objetos de intervenção nos níveis de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com práticas sanitárias organizadas em forma de operação, com o intuito de melhorar as condições de vida das populações atendidas.

Em relação à abordagem familiar, o programa pretende oferecer recursos para que os estudantes possam perceber a família como um “sistema aberto em permanente interação com o mundo exterior, identificando os fatores de riscos que ameaçam o equilíbrio da família, suas necessidades nas diversas fases de seu ciclo vital”⁹².

4.1.4 – Organização didático-pedagógica

O programa de Residência do ISC conta com uma estrutura curricular que soma 5.550 horas, divididas entre 870 horas de atividades denominadas “disciplinares” e

4.680 horas de atividades nomeadas como “obrigatórias”. O conteúdo do curso é, portanto, apresentado no Projeto Político-pedagógico no formato de disciplinas integradas e de ações obrigatórias.

Abaixo, quadro de atividades dos residentes do primeiro ano:

DISCIPLINAS E ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS – R1

DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA			CREDI- TAÇÃO
	TEORIA	PRÁTICA	TOTAL	
Clínica da Família	90	90	180	06.03.00
Ciências sociais em saúde	45	30	75	03.01.00
Educação, comunicação e práticas pedagógicas aplicadas à saúde	60	30	90	04.01.00
Epidemiologia em saúde coletiva	90	90	180	06.03.00
Planejamento e administração em saúde	60	60	120	04.02.00
TOTAL I	345	300	645	23.10.00
ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS		Estágio	Total	
Práticas em ações básicas de saúde		1.680	1.680	00.00.28
Estágios clínicos em áreas básicas I		420	420	00.00.07
TOTAL II		2100	2100	00.00.35
TOTAL R1		---	2.745	23.10.35

Quadro 1 - Fonte: UFBA/ISC ⁹⁴.

No segundo ano, os residentes devem participar de seminários temáticos quinzenais, previstos para a disciplina de Tópicos em Saúde da Família, organizados conforme a demanda trazida por eles, com duração de 8 horas.

A seguir, quadro com a organização curricular para os residentes do segundo ano, conforme apresentado no Projeto Político-pedagógico:

DISCIPLINAS E ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS – R2

DISCIPLINA	CARGA HORÁRIA			CREDI- TAÇÃO
	TEORIA	PRÁTICA	TOTAL	
Tópicos em Saúde da Família	225	--	225	15.00.00
TOTAL I	225	--	225	15.00.00
ATIVIDADES OBRIGATÓRIAS	Estágio		Total	
Práticas em saúde da família I	1.080		1.080	00.00.18
Práticas em saúde da família II	1.080		1.080	00.00.18
Estágios clínicos em áreas básicas II	420		420	00.00.07
TOTAL II	2.580		2.580	00.00.43
TOTAL R2	--		2.805	15.00.43
TOTAL GERAL	--		5.550	38.10.78

Quadro2 - Fonte: UFBA/ISC⁹⁴.

No primeiro ano de formação, os residentes são inseridos em equipes de saúde da família e realizam práticas de cuidado à saúde, específicas de suas respectivas profissões, além das ações conjuntas com a equipe multiprofissional. Quando alcançam o segundo ano do curso, passam por blocos de estágio referentes à implantação e acompanhamento de equipes de Saúde da Família do Estado, atuam em centros de referência existentes nos municípios e são inseridos no cotidiano de trabalho da Coordenação Estadual do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família⁹⁴.

As atividades teóricas do Programa são conduzidas por docentes da Universidade Federal da Bahia e por membros da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Quanto ao acompanhamento dos cenários de prática, é realizado por supervisores de processo, responsáveis pelo contato mais próximo e cotidiano com os residentes, e também pelos supervisores específicos, que têm o papel de prestar auxílio sobre as questões particulares de cada profissão. Segundo o Projeto Político-pedagógico, a abordagem metodológica do curso privilegia a integração teoria-prática, por meio de

discussões em grupo, valendo-se de um modelo denominado “tutorial”. A avaliação dos residentes pretende ser processual e considera como prioritária a observação de critérios, como: “responsabilidade, interesse, pontualidade, criatividade, capacidade de liderança e qualidade na execução das tarefas”. O acompanhamento do curso, por sua vez, é realizado por meio de avaliação conjunta do Colegiado de curso, composto por coordenação, corpo docente e discentes. Ao final de cada ano, é realizado um seminário no qual os nós críticos do Programa são discutidos, com a finalidade de aprimorar o processo para o ano seguinte⁹⁴.

4.2 - Residência Multiprofissional em Saúde da Família – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ Rio de Janeiro

4.2.1 – Contextualização local e singularidades do processo de implementação do Programa

As informações apresentadas a seguir têm como fonte o Projeto Político-pedagógico⁹⁵ elaborado para o Programa de Residência Multiprofissional da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca– ENSP, da cidade do Rio de Janeiro, na versão redigida para o biênio 2009-2011 . Assim como no caso descrito anteriormente, será utilizado o recurso do destaque visual no texto de trechos relevantes para a análise a ser realizada em momento seguinte.

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, estabeleceu-se que a ordenação da formação de recursos humanos para o SUS é de responsabilidade do próprio sistema. Apesar da definição legal, não foram construídas relações diretas entre as diretrizes para formação de profissionais de saúde e as necessidades da rede de serviços. Existe uma demanda por “qualificação de profissionais de saúde com um perfil de competências que possa atender e viabilizar a renovação das teorias e das práticas no campo da Saúde Pública no Brasil”.

Como marco legal importante para o processo de Educação na Saúde, o documento referencia o decreto de 2007 que institui a Comissão Interministerial de Gestão da Educação na Saúde, que demarcou a parceria entre Ministério da Saúde e secretarias municipais e estaduais de saúde, com o objetivo de traçar metas conjuntas para o setor. A tentativa do Ministério da Saúde de promover mudanças abrangentes em relação à saúde e o advento da Estratégia de Saúde da Família – ESF – colocam em

pauta o desafio da concretização de um conceito ampliado de saúde, compreendido aqui como uma prática que “ considere as necessidades sócio-epidemiológicas do país; que ajude na reorientação do processo de trabalho em saúde; considere a integralidade do cuidado e das ações interdisciplinares e objetive a qualidade de vida e saúde dos cidadãos brasileiros”.

Conforme o documento, o potencial transformador da ESF está relacionado a elementos como: “prática da equipe multi e interdisciplinar da ESF; envolvimento forte da comunidade; assistência individual de qualidade contemplando a promoção da saúde nos diversos ciclos de vida e uma assistência clínica resolutiva; uma vigilância em saúde que monitore e execute ações com ênfase na atenção e cuidado coletivo; um processo de educação e do trabalho intersetorial que transforme a realidade local e não reproduza a desigualdade e iniquidade das sociedades complexas”.

O município do Rio de Janeiro é habitado por cerca de 6 milhões de pessoas (IBGE – 2000), das quais 30% utilizam serviços privados de saúde e somente 6% são cobertos pela ESF. De acordo com dados citados pelo PPP, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde – RJ em julho de 2008, a cidade está habilitada em Gestão Plena e possui uma rede de saúde composta por 10 hospitais gerais, 5 de emergência, 12 hospitais especializados, 5 maternidades, 1 casa de parto, 54 postos de saúde, 18 centros municipais de saúde, 15 Policlínicas, 13 CAPS, 63 módulos de saúde da família e 28 módulos com 35 PACS. O município é dividido em dez áreas programáticas (AP's), cada qual com sua Coordenação de Área (CAP), cuja função é acompanhar e supervisionar as ações de saúde da região a que se remete.

A ESF na cidade do Rio de Janeiro teve início no ano de 1999 e contava com 122 equipes no ano de 2006; 155 em 2007 e 220 em 2008, perfazendo um incremento quantitativo de 98 equipes no período de três anos (SMS-RJ, 2010). Sobre a estrutura de apoio da ESF na cidade, foram criados os GAT's, grupos de apoio técnico, vinculados à Coordenação da ESF da SMS-RJ, responsáveis pela implantação de novas equipes, processos seletivos de profissionais, processos de educação permanente e ações diretas de apoio técnico.

É pertinente ressaltar como especificidades do processo de implantação da ESF na cidade do Rio de Janeiro a realidade da pobreza das comunidades, a insuficiência de infraestrutura básica, a influência determinante do tráfico de drogas e da violência urbana, a terceirização e precarização dos vínculos trabalhistas. Além destes, existem

fatores como: alta rotatividade dos profissionais das equipes, escassas iniciativas de atualização, predominância de profissionais formados sob uma lógica assistencial e a multiplicidade de modelos de saúde ocupando os mesmos espaços e gerando conflitos significativos.

4.2.2 – Objetivos

O programa de Residência da ENSP direciona-se à formação multiprofissional em serviço, sob orientação docente-assistencial, com a oferta de 21 vagas distribuídas entre enfermeiros, odontólogos, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais, apresentando-se na interseção ensino-trabalho-cidadania, com base na Política Nacional de Atenção Básica.

O objetivo geral circunscrito para o programa é o de “promover o desenvolvimento de competências e atributos à equipe multiprofissional de saúde de nível superior (...) para atuarem nas atividades de cuidado, supervisão e gestão junto às equipes de saúde da família com desempenhos de excelência nas áreas de competência da organização do processo de trabalho, cuidado à saúde (individual, familiar e coletivo) e nos processos de educação e formação em saúde (...)”.

Em relação aos objetivos específicos traçados para o curso, o documento divide, didaticamente, as competências a serem desenvolvidas em duas esferas: o campo e o núcleo.

Seriam competências a serem construídas no campo:

- Organização do processo de trabalho → utilizar satisfatoriamente as ferramentas disponíveis para avaliação e tomada de decisão, como, por exemplo, os sistemas de informação; promover a produção de orientada na defesa da vida; desenvolver postura agregadora que possibilite a tomada de decisão compartilhada e negociada; capacidade de avaliação de riscos físicos e sociais, na perspectiva da integralidade.

- Cuidado à saúde individual, familiar e coletiva → Quando se tratam de questões individuais ou familiares, é necessário reconhecer situações-problema de saúde, nas dimensões psico-cognitivas, sócio-culturais e de constituição familiar e atuar resolutivamente sobre elas. Ademais, é preciso ser capaz de obter de forma organizada informações sobre as famílias, utilizando ferramentas específicas, como familiograma, história de vida e observação. Se o alvo é a saúde coletiva, é essencial que exista

habilidade para coleta de dados primários e utilização de dados secundários para o estabelecimento das prioridades de saúde do território, identificação de demandas, avaliação de riscos e mobilização de recursos sociais disponíveis.

- Educação e formação em saúde → na esfera educativa, é fundamental que as necessidades de aprendizagem dos profissionais sejam identificadas e abarcadas por um processo de formação permanente e adequado ao contexto das necessidades que se apresentam.

- Atenção à saúde da família frente as fases do ciclo de vida → o residente deve estar apto a desenvolver ações planejadas de promoção da saúde, prevenção e monitoramento das doenças prevalentes em cada ciclo, além da identificação de agravos e recuperação da saúde, consideradas as singularidades das fases de infância, adolescência, idade adulta e do idoso.

Quando se trata do conhecimento de núcleo, o PPP divide as competências almeçadas por categoria profissional.

- Médico → Sobre o processo de trabalho, deve participar dos processos de educação permanente, acompanhar a execução dos protocolos, potencializar o trabalho em equipe e contribuir para o gerenciamento adequado dos insumos da Unidade de Saúde da Família - USF. Em relação ao cuidado à saúde, deve realizar assistência integral aos indivíduos, famílias, em todas as fases da vida; realizar consultas clínicas e procedimentos na USF ou em domicílio, quando necessário; referenciar os usuários do serviço para atendimento de média e alta complexidade, quando identificada tal necessidade.

- Enfermeiro → Na organização do processo de trabalho o enfermeiro é ator fundamental, dado o direcionamento de sua formação de base para as ações gerenciais. Por isso, cabe a este profissional planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar o cuidado prestado pela equipe de enfermagem; organizar ações programáticas de saúde nos diversos ciclos de vida, conforme o perfil de adoecimento dos grupos prioritários. O enfermeiro também deve supervisionar as ações de EPS dos agentes comunitários e equipe de enfermagem, além de gerenciar os insumos da USF.

O cuidado em enfermagem consiste na assistência integral aos indivíduos e famílias, por meio de consultas de enfermagem, solicitação de exames e prescrição de medicamentos, em todas os ciclos de vida; execução de cuidados de enfermagem na

atenção básica, em urgências e emergências clínicas e realização de atividades de vigilância epidemiológica e sanitária.

- Cirurgião dentista → A contribuição deste profissional na organização do processo de trabalho se dá no acompanhamento e desenvolvimento de atividades relacionadas à saúde bucal; análise do perfil epidemiológico em saúde bucal da comunidade atendida; planejamento das ações de saúde bucal e capacitação dos demais profissionais da equipe multiprofissional e realização de supervisão dos técnicos diretamente envolvidos no cuidado à saúde bucal. No que tange o cuidado em si, cabe ao cirurgião dentista diagnosticar e tratar as afecções bucais, desenvolver trabalho educativo e preventivo, na perspectiva da integralidade e também realizar encaminhamentos a outros níveis de assistência, quando pertinente.

- Assistente Social → a atuação do assistente social no âmbito da organização do processo de trabalho consiste na divulgação de informações sobre políticas e programas sociais; colaboração com o processo de levantamento dos equipamentos sociais existentes no território; elaboração conjunta com a equipe multidisciplinar do diagnóstico de riscos sociais, ambientais e de saúde; mapeamento das redes de apoio, governamentais ou não; fortalecimento das instâncias de participação da comunidade e dos profissionais da equipe. Sobre o cuidado, este profissional deve orientar indivíduos, famílias e comunidade acerca de seus direitos sociais e possibilidades de mobilização organizada para o exercício da cidadania e construção da autonomia.

- Psicólogo → Este profissional deve estar apto a identificar os aspectos psicológicos envolvidos no processo saúde-doença; intervir diretamente na organização do processo de trabalho e reflexão sobre suas possibilidades de aprimoramento; promover ações que difundam uma cultura da assistência não manicomial; promover a inclusão de informações sobre saúde mental nos sistemas da atenção básica; potencializar o trabalho em equipe. Quanto ao cuidado, o psicólogo deve definir diagnóstico e conduta terapêutica para casos de sua alçada, realizar atendimento individual ou conjunto; trabalhar os vínculos com as famílias adscritas, desenvolver ações psicoeducacionais junto à comunidade.

- Nutricionista → contribui para a organização do processo de trabalho ao elaborar protocolo de orientação alimentar na atenção básica; apoiar tecnicamente as equipes de saúde da família na execução da assistência nutricional e, assim como os demais profissionais, fortalecer o trabalho em equipe. No cuidado à saúde deve

desenvolver atividades educativas em sua área de conhecimento; assessorar as instituições do território no que diz respeito à área de nutrição; prestar atendimento clínico e colocar em prática o Programa de Vigilância Alimentar e Nutricional.

4.2.3 – Pressupostos teórico-metodológicos

O programa em questão tem por finalidade desenvolver três áreas de competência: a organização do processo de trabalho, o cuidado à saúde em todas as dimensões e a Educação na saúde. De acordo com o PPP, a formação baseada em competências abre espaço para o papel ativo dos sujeitos envolvidos no processo educativo, o que se aproxima da concepção construtivista, adotada neste caso como parâmetro teórico. A competência não pode ser observada de forma direta, mas pode ser avaliada, processualmente, por meio do desempenho em tarefas determinadas.

O programa de Residência da ENSP vale-se da problematização como metodologia de ensino-aprendizagem, pela qual o estudante deve ser capaz de detectar problemas reais e construir soluções criativas, coerentes com a realidade na qual serão implementadas. É característica desta metodologia, segundo o documento, a consideração do estudo como “ato intencional, consciente, metódico, organizado e dirigido no sentido de resolver problemas”.

4.2.4 – Organização didático-pedagógica

O programa curricular elaborado para a Residência da ENSP é composto por cinco unidades temáticas: 1-Seminários temáticos; 2 – Identificação de necessidades de saúde, da oferta / utilização dos serviços e das equipes; 3 – Análise de dados; 4 – Planejamento de ações; 5 – Execução das ações e avaliação. A carga horária prática prevista é de 4.098 horas; a carga teórica, de 1.176 horas e o tempo reservado à elaboração da monografia é de 326 horas, perfazendo uma carga horária total de 5.600 horas durante os dois anos de curso. Semanalmente, o número de horas de atividades dos residentes, somando-se momentos teóricos e práticos, é de sessenta horas.

A semana típica de atividades dos residentes mescla práticas pedagógicas denominadas “estruturadas”, realizadas na própria ENSP, e atividades de práticas de saúde, a serem desenvolvidas nos cenários de prática dos residentes. As ações estruturadas representam cerca de 20% da carga horária total, ao passo que as atividades não estruturadas nas unidades de saúde abarcam 80% do tempo.

As atividades estruturadas acontecem no espaço físico da ENSP e consistem na apresentação de seminários, discussão de casos e “aulas expositivas dialogadas”. Diariamente, os residentes têm a tarefa de elaborar um relatório de atividades, denominado como Diário Reflexivo, e para isso contam com duas horas reservadas. Os dias de sábado são destinados à participação em atividades culturais, pedagógicas, políticas, campanhas e reuniões diversas.

O programa é gerenciado por um colegiado de coordenação, do qual fazem parte membros da coordenação geral e executiva, docentes, preceptores e residentes do primeiro e segundo ano, que se reúnem quinzenalmente com a finalidade de monitoramento avaliação para tomada de decisão. Bimensalmente, esta Coordenação Colegiada deve listar os problemas que surgiram no percurso e as propostas de solução serão debatidas em um encontro anual, o Seminário da Residência.

O acompanhamento dos residentes é realizado em algumas instâncias: existem os preceptores de equipe – profissionais de saúde membros da equipe envolvida no módulo corrente, que se responsabilizam pelo acompanhamento das atividades de campo; os preceptores de território, profissionais que integram a equipe de supervisão local e oferecem apoio pedagógico e suporte técnico assistencial em determinada área programática; e a tutoria acadêmica, realizada pelos docentes da Escola, cuja função é a de propor ações de aprendizagem e orientar a elaboração dos trabalhos de conclusão de curso.

Para que seja efetivado o acompanhamento e avaliação dos residentes, existem alguns mecanismos de avaliação contínua, aliados a momentos de sistematização dos achados. Os diários reflexivos de campo são analisados mensalmente pelos docentes e dão origem a um condensado das questões de aprendizagem identificadas. A idéia é que esta síntese seja apresentada nas atividades de educação permanente desenvolvidas com as equipes.

Semestralmente, compete ao Colegiado convocar um Conselho de Classe, no qual serão discutidos os conceitos alcançados pelos residentes, com base no desempenho observado acerca dos seguintes eixos: relação com a comunidade, produção de conhecimento científico, atendimento dos preceitos éticos, responsabilidade e compromisso com o trabalho.

Em relação à avaliação das atividades teóricas, serão realizados Seminários de Síntese ao final de cada unidade temática, haverá elaboração de trabalhos de grupo após

cada módulo de aprendizagem, além do preenchimento individual de um formulário de avaliação dos momentos teóricos.

O trabalho de conclusão de curso consiste na elaboração de um plano de ação, com a finalidade de solucionar um problema detectado pelos residentes em seus processos de trabalho.

4.3 – Discussão

Propõe-se, nesta etapa da pesquisa, a realização da análise dos PPP's estudados, com base nas seguintes categorias temáticas criadas: particularidades locorregionais; matriz teórica, organização didático-pedagógica e sistema de avaliação. Para tanto, é pertinente reafirmar que o estudo não tem como objetivo realizar uma avaliação dos cursos, mas sim possibilitar o conhecimento das realidades que se apresentam, por meio da descrição e análise crítica das situações. A avaliação, considerando-se todas as suas dimensões, requer parâmetros e opções metodológicas diferentes das adotadas neste caso.

4.3.1 – Particularidades locorregionais

A expressão “particularidades locorregionais”, frequentemente utilizada nas discussões acerca do tema das Residências Multiprofissionais, pode se referir a um número indeterminado de elementos que caracterizam um Programa. Podem ser fatores relacionados às especificidades do município de implementação: de ordem política, econômica, geográfica, social; e também questões de cunho interno, como as posturas ideológicas institucionais e a organização do processo de trabalho local. Neste momento da presente pesquisa, a proposta é que as particularidades locorregionais sejam compreendidas como o contexto histórico-político das cidades nas quais os Programas funcionam, principalmente no que se refere ao panorama da Estratégia de Saúde da Família, e os fatores de motivação que impulsionaram a criação dos cursos.

Como recurso para facilitação da leitura, considerando-se que serão transcritas falas de duas intuições em um mesmo bloco de discussão, os trechos de entrevista serão expostos com identificação, por sigla, da Escola a que pertencem e não por sujeito entrevistado.

*A história é a seguinte: o curso... Na verdade, essa Residência em medicina social ela começa em 1981, com uma Residência já multi (...). A primeira turma teve enfermeiros e médicos e ela tinha, na época, o primeiro ano obrigatório e o segundo ano opcional com três áreas de concentração: planejamento e administração, que era “o novo” de saúde, epidemiologia e saúde do trabalhador. Quando a Comissão Nacional de Residência Médica veio credenciar o programa, exigiu a retirada dos enfermeiros. Aí ficou um programa para profissionais médicos até 1996 (...). **ISC***

O retrospecto da construção do Programa de Residência do ISC demonstra sua vocação multiprofissional inicial, mas também as mudanças, motivadas por razões externas, que levaram o curso a funcionar como uniprofissional por grande parte de sua história. O nascimento do Programa como modalidade de formação voltada para médicos e enfermeiros, torna compreensível sua forte ligação, até os dias de hoje, com a área do Planejamento e da Epidemiologia, vertentes tradicionais de atuação destas duas categorias profissionais. Verifica-se, no caso do ISC, a existência de uma discussão que frequentemente emerge em fóruns sobre as Residências Multiprofissionais: a possibilidade de formação em conjunto de todos os profissionais de saúde, tendo como finalidade a construção da integralidade almejada. A resistência da corporação médica à inserção da categoria em Programas de formação desta ordem, por razões expostas no terceiro capítulo desta pesquisa, representa um entrave significativo a esse objetivo.

*Em 96, o Instituto tinha um convênio grande de cooperação técnica com a Secretaria Estadual, e o secretário da época decidiu finalmente pela implantação do Programa de Saúde da Família na Bahia, e aí procurou o Instituto pra dar um suporte... Na verdade, o que ele queria, inicialmente, era uma Residência médica para os médicos que iram pro PSF (...) As primeiras equipes de saúde da família que foram implantadas na Bahia, foram implantadas em 97 com o apoio dos residentes, que foram fazer estágios municipais nesses municípios, e ficaram de três a quatro meses. **ISC***

Neste ponto, nota-se o impulso embrionário para a realização das mudanças que, a seguir, transformariam o Programa novamente em multiprofissional: a demanda política, levantada pela Secretaria Estadual de Saúde, no momento do esforço coletivo para implementação da Estratégia de Saúde da Família no Estado da Bahia. Fica claramente expresso o desejo, por parte do poder público, de formação apenas de profissionais médicos. Neste sentido, tornou-se fundamental a parceria da Secretaria com o ISC, que, como espaço de reflexão acadêmica, trouxe à tona a necessidade de formação multiprofissional para a Atenção Básica. Desta maneira, do ano de 1997 até 2005, o curso funcionou com a inserção de seis categorias profissionais: medicina, enfermagem, odontologia, nutrição, serviço social e psicologia.

Em 2002, foi quando nós decidimos submeter, né, modificar o, o projeto original da Residência em medicina social, tornando o segundo ano obrigatório e abrindo mais uma área de concentração em saúde da família. ISC

Apesar do longo período de existência do curso, do desígnio político da implementação do então Programa de Saúde da Família no ano de 1994 e da participação dos residentes na efetivação da Estratégia no Estado da Bahia a partir de 1997, apenas no ano de 2002, conforme trecho em destaque, o projeto da Residência foi alterado, passando a contemplar a área de concentração em Saúde da Família. Pode-se inferir que, neste caso, a transformação foi resultado da experiência e do acúmulo reflexivo, que deu origem à percepção da lacuna de formação para a Atenção Básica no Estado. A Residência em Saúde da Família não surgiu como ponto de partida para a implementação da ESF; foi, sim, fruto do processo em andamento e não o contrário.

É relevante lembrar que, conforme citado no texto introdutório, são de 2002 as iniciativas políticas que passaram a abarcar os Programas de Residência Multiprofissional e em Área da Saúde em seu orçamento, arcando com a oferta de bolsas para os residentes e representando um importante incentivo ao fortalecimento desta proposta de formação. Esta informação não pode ser negligenciada na análise contextual dos fatores que influenciaram a modificação do projeto original do Programa do ISC.

Não é um PSF qualquer o daqui, né?! É uma cidade que tem dois, 3% de cobertura, três milhões de habitantes. Então, as Unidades não conseguem ter, é, por exemplo, população adscrita, que é a coisa básica. Tem, tem que atender quem aparece. E aí como é que organiza..., né?! Como é que desenvolve as ações, é..., ma..., ao menos usuais, né?! Porque aqui sempre foi, a rede básica aqui sempre foi uma rede básica de, de queixa conduta. (...) A própria estrutura da Unidade, às vezes, também não estimula... O pessoal fica bravo, querendo atenção..., problemas da gestão mesmo, né?! (...) Foi a... A primeira vez que a Secretaria Municipal de Saúde teve quatro secretários ISC

Uma fala recorrente nas entrevistas realizadas na instituição pode ser representada pelo trecho acima exposto. Parte dos entrevistados relatou a dificuldade de inserção dos residentes nos cenários de prática, pela escassez, não de locais ideais, pois não seria a intenção, mas de locais passíveis de observação e vivência dos princípios preconizados pela ESF, dado o enfoque do curso e a conseqüente expectativa de cumprimento de alguns objetivos de ensino-aprendizagem. Tal relato evidencia as

fragilidades do sistema de saúde local e também torna visível a indissociabilidade entre trabalho e educação, não só como categorias conceituais, mas como molas propulsoras da modificação de modelo tecno-assistencial em saúde. Não é possível discutir e (re)ordenar os processos de formação profissional sem que sejam consideradas as questões relativas ao processo de trabalho instituído. Sobre isso, é possível citar o alarmante problema da precarização dos vínculos de trabalho, o investimento insuficiente em recursos materiais e imateriais (humanos), a alta rotatividade de profissionais, tanto gestores quanto profissionais ligados ao cuidado, além das improbidades gerencias cronificadas do Sistema Único de Saúde.

*O que era normal era você propor um currículo e, é..., a... Desenvolver os programas de curso para o... o sistema. A gente a... a gente acredita e acreditava mais piamente naquela época que era necessário dialogar com os profissionais e identificar quais eram suas necessidades de aprendizado. Pra isso a gente montou um...um...uma...um modelo, né, uma reestruturação que é, que “tava” baseada na...nas competências profissionais (...).Ao mesmo tempo, o...a Secretaria de Saúde do Rio de Janeiro, é..., e...chegou, através de um dos profissionais com uma demanda, é..., pra desenvolver uma Residência multiprofissional em saúde da família. **ENSP***

No ano de 2003, uma das Coordenações Programáticas do município do Rio de Janeiro levantou a necessidade de expansão da ESF na cidade e, por conseqüência, do aumento do número de equipes em atuação. Com a finalidade de prestar apoio a esta ação, foi estabelecida uma parceria entre ENSP, Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS/RJ – e o Núcleo Regional do Ministério da Saúde na cidade. Para concretização do intento de construção coletiva do projeto do Programa de Residência, ocorreram oficinas de identificação das competências necessárias à formação do profissional em Saúde da Família em um grande centro urbano, como o Rio de Janeiro. Além da escuta presencial dos profissionais, desenvolveu-se uma metodologia de coleta de informações por meio da descrição de semanas-padrão dos trabalhadores das equipes⁹⁶.

O curso nasce em meio ao período de mais intensa efervescência das discussões sobre a regulamentação das Residências Multiprofissionais em Saúde e em Área da Saúde. Já nasce impregnado dos preceitos filosóficos, conceituais e normativos característicos desse momento político. Quase no mesmo período no qual ocorre a mudança do projeto original do ISC, o que chama a atenção para a força do contexto político nacional nas definições locais. Assim como convergem estes dois cursos, outros

muitos requerem abertura na mesma época, sinalizando para o status de prioridade dada à Residência como modalidade de formação para o SUS. Atualmente, no entanto, o que se repete em oficinas sobre Residências multiprofissionais é a fala descontente de coordenadores, preceptores e residentes sobre o que percebem como uma mudança de prioridade política. São citados como indícios de tal afirmação a morosidade das atividades da CNRMS, a não publicação de relatórios importantes e grave irregularidade no financiamento dos Programas, o que incide na qualidade da proposta, pela ameaça à continuidade dos cursos. Tal ponto não foi diretamente abordado no estudo, pois foge ao objetivo traçado de se ater às questões estritamente pedagógicas; no entanto, dada sua pertinência, era indispensável problematizá-lo em momento oportuno. Por respeito ao rigor metodológico e coerência com os objetivos traçados, não foram incluídos no instrumento de entrevista indagações relativas ao financiamento, mas a queixa sobre tal fato foi anotação recorrente nos diários de campo referentes às entrevistas realizadas no Rio de Janeiro e nas oficinas de discussão sobre as Residências (vide relatório – não publicado – da Oficina de Residências realizada no Congresso da Rede Unida em Salvador, 2009).

*Então, aí a gente ficou mobilizado por pensar esse modelo de competência, construir um currículo baseado em competência pra funcionar, que já era algo que eu vinha discutindo com uma escola de Governo, e aí vamos fazer essa experiência..., começar pela Residência. **ENSP***

O Projeto de ensino-aprendizagem pensado para a Residência da ENSP partiu, desde o início de sua concepção, de uma base teórica da formação por competências. Neste caso, a elaboração do PPP do curso estava inscrita em um contexto de (re) pensar as práticas educativas da Escola de Governo- ENSP, razão pela qual se nutria a expectativa de que, caso a experiência obtivesse êxito, pudesse servir de inspiração para a elaboração de outros cursos da instituição.

*A gente já nasceu com a perspectiva multiprofissional. Como a escola tem umas...uma tradição de Residência desde 74, multiprofissional, e nós tínhamos, assim, esse lance da saúde pública, da saúde coletiva, a gente tinha uma proposta de, é..., dar continuidade a essa perspectiva multiprofissional para a estratégia de saúde da família. E aí a gente fez o Projeto Político-pedagógico de elaboração de um...de um currículo, é..., onde houvesse uma relação estreita com os profissionais da estratégia do Rio de Janeiro, um...tentando na formação da saúde da família numa área urbana. **ENSP***

A ENSP possui um histórico conhecido de formação multiprofissional pela modalidade de Residência, no entanto, o projeto do curso que existe atualmente não foi concebido como continuação ou reformulação do Programa anterior, que já havia sido extinto. O curso é pensado em um momento favorável para a saúde, do ponto de vista das idéias. Na data de sua abertura, eram passados 15 anos desde a promulgação da Constituição de 1988 e, portanto, da instituição do SUS. O Projeto Político-pedagógico, neste caso, é fruto do arcabouço teórico acumulado desde os debates do movimento sanitário, da difusão dos princípios da equidade, integralidade e universalidade, fato que traz consigo a vantagem de não carregar resquícios estruturais ou filosóficos de um modo de fazer saúde que já não atende aos anseios do sistema. Os ganhos surgem do fato de que, ao menos para o projeto escrito, a ampla circulação das idéias que advogam em favor da integralidade e da multiprofissionalidade torna muito evidente o conjunto de concepções que se coloca em voga e é visto como ideal. A possibilidade de que alguma instituição, atualmente, redija um PPP para um Programa em Saúde Coletiva, independente do enfoque, sem contemplar as concepções correntes de saúde, educação na saúde e trabalho em saúde, é remota. Partindo da compreensão de que existe um projeto escrito, como necessidade de planejamento de ações e de formação de uma identidade teórica para o curso, e de que existe um projeto vivo, pode-se entender os desdobramentos dessa questão. O projeto escrito não é apenas uma formalidade, um registro; por sua vez, o projeto aqui chamado de “vivo” não é um conjunto de atitudes tomadas à parte do que foi teoricamente elaborado para o curso. Os dois projetos se entrecruzam, se complementam e seu ponto de convergência é a visão de que o documento orienta, direciona, identifica e toma vida quando posto em prática, quando escapa da dimensão das idéias e se materializa na dimensão da realização, sujeito às interferências externas que irão conferir movimento às suas características. Tal movimento explica as aparentes lacunas encontradas entre os projetos escritos e os relatos de prática dos cursos; na verdade, não são brechas, mas a concretização da inegável natureza dinâmica de um projeto que se pretende político e pedagógico. O processo cotidiano de educar e ser educado, formar e ser formado, não pode prescindir de seu componente criativo, pois esse constitui seu mais importante elemento transformador.

Então a gente, com essa perspectiva, a gente montou, então, um...um instrumento que era chamado de “semana padrão”, né, dos profissionais do PSF. Então a gente, esses profissionais preencheram essa semana padrão, desde o agente comunitário... Pra conhecer o cotidiano deles. O que que eles faziam..., como eles faziam..., quais eram as dificuldades..., quais eram as potencialidades.... Então a gente fez esse diagnóstico inicial e conseguimos então, é é é..., mapear quais eram as competências da saúde da família. ENSP

O relato indica a preocupação com uma construção participativa e coletiva do PPP. A coleta de informações sobre a rotina dos trabalhadores do serviço, denominada “semana padrão”, possibilitou a elaboração de um planejamento coerente com os processos de trabalho correntes.

4.3.2 - Matriz Teórica

A categoria analítica aqui denominada como Matriz Teórica refere-se aos marcos conceituais expressos pelo Programa de Residência. Foram destacadas das falas dos entrevistados, dos projetos escritos e demais publicações consultadas, os componentes teóricos recorrentes, que caracterizam e posicionam o curso em determinada linha de pensamento e opção pedagógica.

O programa da ENSP tem por finalidade desenvolver três áreas de competência: *a organização do processo de trabalho, o cuidado à saúde em todas as dimensões e a Educação na saúde*. De acordo com o PPP, *a formação baseada em competências* abre espaço para o papel ativo dos sujeitos envolvidos no processo educativo, o que se aproxima da *concepção construtivista*, adotada neste caso como parâmetro teórico. A competência não pode ser observada de forma direta, mas pode ser avaliada, processualmente, por meio do desempenho em tarefas determinadas⁹⁴.

Em relação à metodologia de ensino-aprendizagem, a ENSP se apóia na problematização, pela qual o estudante deve ser capaz de detectar problemas reais e construir soluções criativas, coerentes com a realidade na qual serão implementadas. É característica desta metodologia, segundo o documento, a consideração do estudo como *“ato intencional, consciente, metódico, organizado e dirigido no sentido de resolver problemas”*⁹⁴.

O programa de Residência multiprofissional do ISC adota como eixo estruturante o *modelo de vigilância à saúde*, caracterizado pela seleção de problemas de saúde de territórios adscritos, objetos de intervenção nos níveis de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, com práticas sanitárias organizadas em

forma de operação, com o intuito de melhorar as condições de vida das populações atendidas⁹³. Em relação à abordagem familiar, o programa pretende oferecer recursos para que os estudantes possam perceber a família como um “*sistema aberto em permanente interação com o mundo exterior, identificando os fatores de riscos que ameaçam o equilíbrio da família, suas necessidades nas diversas fases de seu ciclo vital*”⁹².

É a maior parte das mudanças no projeto, né, o rompimento com o formato disciplinar em saúde coletiva..., a utilização do tutorial..., né, a própria distribuição da supervisão específica de processo que, no início, não, não era... ISC

Foi necessário haver um movimento de revisão dos valores que norteariam o trabalho, o que pode representar um ganho mais abrangente, se inferirmos que a iniciativa pode gerar mudanças em outras ramificações da instituição. Uma singularidade visível do Programa do ISC é a preocupação permanente com a realização de processos avaliativos e a consideração de seus resultados para a tomada de decisões e modificação de caminhos.

A gente trabalha numa perspectiva construtivista e, problematizadora, né?! Então a gente tem essa inspiração, não é?! São os problemas da prática que devem orientar o processo de ensino-aprendizagem. ISC

O trecho acima explicita o posicionamento teórico do curso em uma perspectiva construtivista e problematizadora da realidade, sob a compreensão de que os objetos de reflexão teórica devem partir do processo de trabalho observado e vivido pelos residentes e suas equipes.

Formação e, e, e trabalho, articulação de formação e trabalho, né?! É, é, é..., a compreensão que não existe separação entre formação e trabalho. Na verdade, essas coisas estão implicadas, né?! ENSP

Quando questionados sobre os marcos conceituais do curso, a maior parte dos entrevistados elaborou articulação entre as categorias Formação/educação e trabalho, demonstrando novamente a preocupação com a concretização de um processo formativo vinculado às demandas diretas apresentadas pelo sistema de saúde, neste caso específico, pela atenção básica.

*A nossa compreensão era que, não é só formar o residente, mas o residente vai me dizer que ele faz o processo de educação permanente, ele também forma o serviço. Então, é..o processo de formação de educação permanente no serviço. Ao formar o residente, a gente também tá formando o..é..o..por relação indireta os profissionais que estão na rede. **ENSP***

Sobre os possíveis impactos da inserção de residentes na rede de saúde, todos os entrevistados do curso da ENSP, de alguma maneira, alegaram perceber mudanças significativas no processo de trabalho das unidades, tempos depois da chegada dos residentes.

4.3.3 – Organização didático-pedagógica

Na subdivisão anterior do capítulo, foram analisados os marcos conceituais dos cursos, intimamente ligados ao que agora será abordado: as opções didático-pedagógicas dos Programas. Pretende-se verificar de que forma o cotidiano de ensino-aprendizagem dos residentes se organiza, para além dos conteúdos previstos. De que maneira são desenvolvidas as atividades de cunho teórico? Como tais situações são articuladas à prática vivenciada? Quais são as estratégias adotadas para o alcance dos objetivos pedagógicos elaborados? São os questionamentos a serem discutidos neste momento.

*Acho que foi a turma de 2000, que a gente insere supervisores específicos por categoria profissional, assegurando essa, esse acompanhamento, não é, dos estudantes no campo de prática...do ponto de vista também da, do próprio conteúdo da clínica da família. **ISC***

A Residência do ISC apresenta uma particularidade importante em relação ao curso da ENSP: a existência de orientação profissional específica por categoria. Em alguns momentos das entrevistas, o desejo de instituir tal prática foi, inclusive, citado como justificativa para a não oferta de vagas para profissionais não inseridos nas equipes mínimas da ESF.

Eles trabalham hoje, né, com na verdade três, três principais atividades pedagógicas na clínica da família. É a apresentação do caso família, trabalhando com todos aqueles instrumentos de abordagem familiar, é, com mapa, genograma e, e outras questões, né?! Associam à isso seminários temáticos multiprofissionais, voltados pra problemas de saúde prioritários. Além disso, eles têm um momento específico a cada três semanas, que é a questão da, da consultoria, a gente chama de consultoria específica, mas é o momento que o supervisor es..., é..., é..., específico de clínica discute

com os alunos da categoria temas de clínica que esteja necessitando de discutir, né?! E na segunda-feira à tarde, a gente trabalha com tutorial. ISC

O curso do ISC conta com uma estrutura didática que contempla discussões de cunho clínico, com momentos específicos e gerais, além das atividades do que denominam “Modelo Tutorial”. O Modelo Tutorial se baseia nos princípios da problematização, utiliza alguns preceitos da Metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas, mas possui identidade própria, dado que também engloba sugestões e modificações realizadas pelos sujeitos envolvidos.

A gente associou os objetivos de aprendizagem dos alunos..., esses objetivos é que constroem toda a matriz pedagógica do tutorial. A partir desses objetivos, a gente define os conceitos-chave e, a partir desses conceitos, a gente define o que é leitura mínima e obrigatória que os residentes precisam ler. O tutorial, né, era um pouco baseado na, na idéia do PBL, né, que o pessoal tem feito nas faculdades de medicina novas que vão abrir agora. ISC

A situação de ensino-aprendizagem proporcionada pelo Tutorial se relaciona à tentativa de construção de arcabouço teórico que sustente a prática dos residentes e forneça subsídios reflexivos à elaboração de soluções criativas para os problemas de saúde identificados nos cenários de vivência.

Então, da pesquisa, porque nós trabalhamos com pesquisas e atenção primária. Então, essa já foi a segunda experiência. Há uns dois anos atrás, a gente “tava”...pesquisando modalidade de atenção primária em dois municípios maiores. Eles foram pra esses locais. ISC

Outra característica que identifica e diferencia o curso do ISC é a prática comum de inserção dos residentes em pesquisas realizadas por órgãos diversos do município e do Estado, principalmente no segundo ano, quando os residentes costumam dedicar tempo significativo à experiência em instâncias gestoras. Muitas vezes, a participação nessas pesquisas institucionais dá origem aos temas de interesse para elaboração do trabalho final de curso.

A gente tem... a UFBA tem a rigidez de apresentar o projeto das disciplinas. Mas no desenvolvimento da, da..., das atividades pedagógicas, a gente acaba tendo muita flexibilidade, né, porque o programa vai evoluindo... ISC

É interessante observar a relação estabelecida entre o Projeto Político-pedagógico da UFBA, que seria o projeto institucional, e o Projeto Político-pedagógico

da Residência, que representa os anseios do curso. Apesar da incompatibilidade teórico-conceitual entre os dois projetos, existe a flexibilidade de concretização dos preceitos do curso, desde que não estejam assim descritos no documento escrito. Nota-se, por questões de cunho burocrático, um distanciamento entre o que se planeja e o que se pretende realizar.

A gente tinha, na verdade a gente tem, um problema muito grande pra preceptores específicos daquela, dessas áreas, porque elas não são áreas que estão no PSF, né?! Por isso não tem pessoas que tenham formação, é, e muito menos, ações dentro do PSF que, envolvendo esses profissionais. ISC

Como citado anteriormente, evidencia-se na fala dos entrevistados a preocupação com dificuldade de ampliação das vagas para outros profissionais de saúde, não membros das equipes mínimas da ESF e, muitas vezes, dificilmente encontrados na rede de saúde como um todo. Como o curso expressa o desejo de realizar supervisões específicas por categoria, o fato é visto como importante entrave.

Então, são, são duas épocas. Na minha época, era aula mesmo. Tinha aula de epidemiologia, aula de educação em saúde, aula de planejamento. Eram aulas mesmo, na sala de aula... De dois e..., 2003, somente o ano que eu entrei, é...pouco. Deixou de ser aula expositiva, passou a ser tutorial. No tutorial, a gente monta a programação, e a cada semana a gente debate os temas..., com base no PSF, trabalho em equipe, planejamento, epidemiologia, indicadores, sistema de informação..., educação e saúde, controle social, tem... Então, tem vários temas. Então, os alunos lêem os artigos, fazem fichamento e trazem pra discussão. ISC

A concepção problematizadora passou a ser adotada, sob a forma de Tutorial, recentemente no curso do ISC. No entanto, apesar do pouco tempo de experiência com a metodologia, os entrevistados se declaram satisfeitos com seus resultados. Alguns ressaltam, porém, que o grande número de pessoas presentes durante o Tutorial é fator de inibição para a participação dos residentes.

É porque no R1 eles participam, né, de toda a, toda a, a, a..., o funcionamento da Unidade. Então, por exemplo, eles têm consultas... Então atendem como profissionais... E aí, é, também contribuem para o planejamento das ações na unidade, né, nas equipes... Quando eles estão no segundo ano que é na...na...na gestão, é o, é muito mais, assim, de, é..., levantar as informações relacionadas àquele tipo de tratamento específico do setor que ele “tá” fazendo estágio. ISC

A Residência do ISC demonstra uma diversificação significativa entre as ações do residente do primeiro ano (R1) e do segundo ano (R2). A princípio, o residente é

integrado à Unidade de Saúde da Família, na qual realiza, essencialmente, mas não exclusivamente, atividades clínicas. Em contrapartida, no segundo ano, é claro o direcionamento dos processos de ensino-aprendizagem para o espaço da gestão.

*E aí no tutorial, aquele docente responsável fica, é..., também, é, flexível à metodologia que ele vai utilizar. Então tem uns que dão, tipo, aula expositiva, fazendo slides e tal. Tem outros que utilizam outras dinâmicas. A..a..o...objetivo é que eles possam abordar o tema de tal forma que permita a participação dos residentes, pra que eles possam esclarecer as dúvidas. **ISC***

Em relação aos recursos didáticos adotados, os entrevistados declararam que utilizam desde estratégias expositivas tradicionais, até rodas de conversa sobre temas específicos. Foi recorrente a declaração de que muitos residentes não se sentem à vontade para participarem das situações de debate e são muito resistentes às aulas que exigem participação ativa.

*E assim, eu como preceptora de equipe, né, eu...eu...eu assim, eu...eu tenho a preocupação de “tá” sempre falando com a minha equipe assim: olha, os residentes vão criticar. Olha, os residentes vão falar. Olha, mas não vamos olhar pra eles como as pessoas que “tão” aqui para colocar o dedo no nosso nariz. A gente faz coisa errada sim, né, por que que a gente faz coisa errada?! Por que que a gente pode fazer melhor, né?! Por que que a gente pode melhorar?! **ENSP***

Existe uma diferença fundamental entre os entrevistados da Residência do ISC e do programa da ENSP, que confere singularidade às declarações feitas. No ISC, os supervisores de processo são profissionais intimamente vinculados às tarefas acadêmicas, ao passo que na ENSP os preceptores participantes são membros do serviço de saúde, ligados a tarefas administrativas e gerenciais, e entram em contato cotidiano com questões de outra natureza e, portanto, trazem isso em suas falas.

O trecho em destaque acima demonstra que a proximidade com a rotina do serviço potencializa o olhar sobre as relações estabelecidas entre residentes, equipe, gestores e usuários, tornando imprescindível que este preceptor atue como mediador das subjetividades que permeiam estas convivências de trabalho.

Minha função é abrir portas, abrir caminhos, né, mediar, levar, é..é.., apresentar, fazer conhecimento. Só que...que, na verdade, acaba que esse, acaba que, é.., na prática, isso é muito complicado de você, de..de fazer, entendeu? Por quê? Porque eu acho que o preceptor de equipe é que “tá” sacando qual é o dia-a-dia dos

residentes ali, e qual a necessidade deles. Eu acho que acaba que o preceptor de território fica tão distante, é., e..., é..é...em mergulhar em tantas outras funções na coordenação, que ele não consegue abrir essas portas de forma adequada. ENSP

Apesar de ficarem próximos do cenário de prática, se comparados aos supervisores do ISC, os preceptores de território consideram-se bastante distantes dos residentes, quando os mesmos se comparam aos preceptores de equipe, os que lidam diariamente com os residentes, formulam conjuntamente as agendas e constroem vínculos mais estreitos. Na fala de metade das pessoas entrevistadas surgiu a declaração de que o preceptor de território não faria falta ao funcionamento do programa, caso sua função fosse extinta. Tal afirmação pode apontar para a necessidade de que seja repensada a atuação deste facilitador, para que o mesmo se sinta mais implicado no processo de ensino-aprendizagem.

Então a gente, é..., verificou que nutrição, psicologia e serviço social eram três pro..., eram três categorias profissionais que eram necessárias, naquele período, para apoiar matricialmente os cursos. Mas aqui não concordamos com essa coisa de ter supervisão por categoria, porque os profissionais...é...já vieram formados da graduação, né? Não é nosso papel, não...é...não é nossa função ter alguém pra ajudar nisso. ENSP

Ao contrário do curso do ISC, no programa da ENSP não existe a intenção de instituição de uma prática de supervisão por categoria profissional. Foi recorrente a fala de que os residentes se queixam significativamente do que consideram uma importante lacuna de formação. Porém, existe a visão dos profissionais de que as aprendizagens de ordem específica são de responsabilidade da graduação. Essa particularidade, ao mesmo tempo que mantém a tensão da insatisfação de alguns residentes, permite que o curso receba profissionais de um número maior de categorias.

A opção do Programa pela não inclusão de preceptores de categoria em seu bojo de profissionais revela uma incoerência estrutural do PPP apresentado. O texto do Projeto explicita a preocupação com a formação de competências de campo e núcleo e dá às duas dimensões o mesmo destaque, haja visto que lista separadamente os objetivos específicos de cada uma. Significa dizer que, no plano teórico, o PPP se declara norteador das duas dimensões mas, no patamar prático, os saberes de núcleo não recebem a mesma atenção, se comparados aos de campo.

Só que a experiência mostrou o seguinte, os médicos, é..., logo na primeira turma, eles sofreram muita pressão do Conselho Regional de Medicina, né?! ENSP

É pertinente demarcar que os entrevistados do Programa de Residência da ENSP, assim como os do ISC, também afirmam ter que contornar problemas relacionados à dificuldade de inserção dos profissionais médicos, o que consideram uma perda substancial para a construção da integralidade almejada pelo SUS.

É, pra que os profissionais que estão em serviço possam ser preceptores, a gente faz um curso de formação de preceptores, é..., para dar sus...para que eles possam dar suporte
ENSP

Uma singularidade do curso da ENSP é a realização de processo formativo e preparatório para os profissionais que irão exercer a função de preceptoria. No ISC, não existe formação específica para tal, o que se justifica pela proximidade que os chamados supervisores já mantêm das discussões acerca da Residência.

Então, o R1, ele, ele é distribuído em cinco territórios, tá? E nesses cinco territórios, é..., porque que são cinco? A gente divide equipes multiprofissionais (...).Essas cinco equipes, elas têm o...o preceptor de equipe, que é um profissional, independente de categoria profissional, da equipe, é, é, é...da...do município. ENSP

No início, eles até fazem mais no momento diagnóstico, eles tem processos pedagógicos predefinidos para se desenvolver, mas inclui o atendimento, se for pra conhecer o serviço, então aprender, tem que também atender. É..agora, o psicólogo, não tem o atendimento do psicólogo na guia, mas ele tem a oportunidade de fazer um acompanhamento matricial, então ele pode trabalhar com a equipe discutindo as questões ...é..de saúde mental. O nutricionista a mesma coisa. ENSP

Os residentes do primeiro ano são agregados a outros residentes, formando equipes de múltiplos profissionais, que se integram a equipes das Unidades de Saúde da Família. Neste período são realizadas, essencialmente, atividades ligadas aos módulos estudados nas aulas teóricas, além de ações de cuidado clínico, no caso dos residentes cujos pares estão inseridos na equipe mínima.

Essas aulas teóricas procuram fazer uma, uma, uma, uma metodologia mais dialógica, voltada para refletir sobre essa necessidade que ele “tá” tendo de elaborar esse diagnóstico... Agora, a gente convida diferentes a...profissionais do, do, é..., do país, que possa vir falar sobre uma determinada coisa. ENSP

São variados os recursos didáticos utilizados nas aulas teóricas da ENSP. Nas aulas expositivas e em seminários, é comum a participação de docentes convidados, especialistas nos temas em debate.

No primeiro ano, eles chegam muito arre...carregados da sua categoria (...)Ao longo desse primeiro ano, isso vai..., elas agora já “tão”..., começaram em abril, essa semana ela já “tavam” falando: “Ai, eu esqueci qual é minha profissão. Então eu, enfermeira, estou virando dentista, num sei quê. Começa a haver um, um, uma, uma construção, uma..., borrar essa linha de que separa as diferentes categorias. ENSP

Alguns acham que a, a Residência tinha que dar uma formação técnica pra cada categoria. A gente discorda disso, mas existe essa tensão, né?! Porque, é, essa formação é uma formação em serviços. Nós, da escola, temos a capacidade de dar essa, essa, essa, é, formação no âmbito da saúde coletiva, né?! E essa especificidade, né, colher é, é, é, material gastrointestinal..., ou fazer algum tipo de procedimento odontológico... Isso ou o profissional já vem com essa formação, ou ele tem a possibilidade de fazer isso no serviço. Mas a gente não pode, aqui na escola, ensinar e..., é..., de...técnicas, porque essas técnicas deveriam ter sido ou ensinadas na graduação ou aprendidas durante a, o, a estada deles no serviço. ENSP

No caso da ENSP, percebe-se uma forte inclinação à formação mais voltada aos saberes de campo e não aos saberes de núcleo. A especificidade da opção de não realizar preceptoria por categoria fortalece esse traço.

4.3.4 – Sistema de Avaliação

Para a pesquisa, o sistema de avaliação será visto como a gama de recursos disponíveis para o planejamento, execução e análise dos processos avaliativos implementados. Não se pretende, somente, conhecer os instrumentos formais de avaliação criados, mas, principalmente, compreender a concepção do Programa acerca da avaliação e o esforço institucional e pessoal direcionado a ações desta ordem.

Foi um trabalho de construir o projeto político pedagógico numa parceria muito próxima especialmente com os professores, né, docentes, preceptores, supervisores..., e a gente também sempre teve o cuidado de proceder uma avaliação anual do curso pelos alunos. ISC

A história da concepção do PPP do ISC remete a um processo de construção coletiva entre docentes, preceptores e tutores da instituição, configurando uma dinâmica predominantemente interna, institucional, de elaboração do planejamento. O curso foi pensado sob o eixo da Vigilância em Saúde, certamente fundamentado no conhecimento

da realidade regional e das necessidades de saúde formalmente registradas pelos sistemas de informação. Todavia, não participaram ativamente, no momento da construção, os trabalhadores das Unidades de Saúde.

Em relação à avaliação do andamento do curso, as entrevistas evidenciaram uma tradição sólida de realização de processos avaliativos permanentes, além da sistematização das informações e abertura para discussão com os residentes. Tal realidade dá mostras de que, em comparação ao momento de construção do PPP, a participação de outros atores foi sensivelmente ampliada.

A gente tem, na prática, eles têm um diário de campo que eles mandam, por e-mail, é, tanto para o supervisor clínico quanto pro supervisor de saúde coletiva.

O diário de campo é descrito como um instrumento de extremo valor para o acompanhamento do desenvolvimento das competências desejadas para os residentes. Esse, aliás, é o artifício que possibilita a avaliação processual e não somente em momentos reservados para essa atividade.

*E, ao final do ano, se dá uma, se atribui uma nota à essa participação, e o supervisor toda semana “tá” dando o retorno do desempenho dos alunos, né?! Isso “tá” sempre sendo feito. Na clínica da família, é, aí essa avaliação é feita pelo desempenho dos alunos na, na apresentação dos casos de família..., na discussão dos seminários e na discussão dos artigos ou dos textos, ou capítulos de livro que conformam o conteúdo da consultoria específica. E no tutorial, a gente tem um processo bem interessante de avaliação, porque o, é, é, os alunos têm, além de apresentar o, o, tu..., os artigos ou os capítulos de livros, eles têm que fichar. A gente tem um roteiro do fichamento e tem um roteiro pra avaliação do fichamento. Então, cada tutor, supervisores ficam com 34 alunos acompanhando ao longo do tempo e avaliando com critérios objetivos o fichamento. **ISC***

Os instrumentos de avaliação adotados pelo curso variam conforme o momento da rotina dos residentes. Existem, como já foi visto, os diários de campo, potentes no conhecimento da rotina dos residentes; o desempenho na apresentação dos casos de famílias identificadas como prioritárias; a participação nos debates e seminários, além do fichamento dos textos-base dos tutoriais.

Cada TCC é feito em dupla ou trio de residentes, e ele é um recorte..., cada TCC é um recorte dessa pesquisa maior que foi feita ano passado. Então a gente tem, toda segunda-feira, a orientação dos trabalhos pelos professores que “tão” dando Residência aos alunos, e à tarde eles têm o seminário de saúde da família, tópicos de saúde da família. ISC

O Trabalho de Conclusão de Curso, no caso do ISC, está diretamente ligado à participação dos residentes nas pesquisas realizadas pelos órgãos de gestão. Em geral, os temas escolhidos são recortes das pesquisas maiores.

Desse segundo ano, ela é, assim, a gente não tem, não tem um instrumento específico tão bem detalhado como tem no R1. É muito mais um processo... Assim, a gente tem a avaliação seminários, né, em relação ao desempenho deles, e tem a própria avaliação do supervisor de processo. ISC

Como o trecho em destaque esclarece, existem diferenças entre o acompanhamento direcionado aos R1's e aos R2's, o que pode ser atribuído à maior autonomia dos residentes no segundo ano de curso.

Tá precisando mudar. “Tá” um negócio muito morno, né?! Eu acho que precisa dar uma mudança. Eu, na reunião eu comentei essa história, eu sei que precisa. Agora, eu não sei o que fazer ainda. “Tô” buscando, a gente “tá” olhando aí outras Residências, pesquisando. ISC

Anualmente, são realizadas oficinas de avaliação do Programa do ISC, com a participação aberta à coordenação, supervisores, docentes e residentes. Destes momentos de encontro, emergem os principais nós identificados ao longo do período de trabalho e são apresentados e discutidos os resultados sistematizados das avaliações anteriores.

É..., eu gostaria de...dizer pra você, que uma das características interessantes desse curso, é..., é a mudança. Eles sempre queriam mudanças e...acho que cada versão dele, como cada momento dele, é um momento novo, certo?! Eu diria que ele..., a gente poderia estar falando de um currículo aberto, né?! Eles dialogam com, com a realidade. ISC

A fala transcrita sintetiza o conceito de PPP, quando o considera algo que ultrapassa os limites do documento redigido e o vê como fruto da interação cotidiana entre o que se planeja e o que se vive. Não são elementos concorrentes e sim convergentes.

*Tem, tem uma instrumento, né, que aí você preenche junto com os residentes, né?! A função é de você mostrar: “olha, é isso que você precisa saber”, né? E tem questões como pontu...pontualidade.., integração do residente com a equipe, né, integração do residente com o próprio processo de trabalho. **ENSP***

Perguntados sobre os processos de avaliação dos quais dispõem, os entrevistados da ENSP se remeteram com mais frequência aos instrumentos formais de avaliação. Foram levantadas questões como a pontualidade, as relações estabelecidas entre residentes e equipes das Unidades e o desempenho quanto ao processo de trabalho, considerando-se as competências almejadas.

*A avaliação teórica, eles fazem várias atividades, né?! São várias, é..., e não é, é..., uniforme em todas as Unidades de aprendizagem não. Alguns alunos até reclamam, dizem: “Ah, é muito coletivo demais da conta”. Então, é, a gente não tem prova, a gente não faz nenhuma atividade individual de avaliação. **ENSP***

Assim como no curso do ISC, não existe uma uniformidade dos meios de avaliação no transcorrer do tempo. O caráter coletivo também se reafirma neste sentido, já que não são realizadas tarefas individuais para fins de avaliação.

*A gente vive, a gente, a gente faz, todo ano, uma oficina de avaliação. São três anos, são, são três dias..., a gente pára tudo e faz uma oficina de avaliação (...) Esse ano, os alunos começaram a sugerir que essas avaliações fossem..., é..., mais amíúdes e não deixar pra fazer só uma vez por ano e tal, que, que houvesse a cada três meses. Aí a gente montou um grupo de trabalho pra aju..., pra elaborar. **ENSP***

A tentativa de resposta às críticas dos residentes demonstra que, mesmo fora dos limites formais da avaliação, seus anseios, críticas e sugestões de aprimoramento abrem espaço para diálogo. A possibilidade de realização de avaliações em intervalos de tempo mais curtos pode ser promissora, ao evitar que falhas importantes sejam negligenciadas e se cronifiquem no processo de ensino-aprendizagem.

*A gente faz a, a avaliação dos docentes que ministram as aulas...semanalmente. A gente tem um instrumento que a gente encaminha pros alunos e é quantitativa, quali-quantitativa... Eles elaboram também, é..., redigem o que que eles avaliaram dos docentes, então esses docentes que ministram as... Agora a gente não tem, por exemplo, instrumento pra avaliar o tutor, o, o tutor..., o preceptor, o de território e o de equipe. É, é, a gente não tem instrumento pra avaliar o cenário de aprendizagem, que é lá o campo. **ENSP***

O conteúdo do trecho transparece o esforço de implementação de processos avaliativos não unilaterais, que dêem voz a todos os interessados. No entanto, os próprios entrevistados identificam uma lacuna, quando percebem que os profissionais mais diretamente ligados aos residentes, no cotidiano do trabalho, não são contemplados.

Sobre a escassez de meios formais de avaliação dos preceptores, cabe dizer que o Relatório de Atividades da CNRMS, quando trata dos Princípios e Diretrizes para os Programas de Residência em Saúde, afirma que se deve “...suscitar que o processo de avaliação e monitoramento dos Programas de Residência faça parte de um processo de Educação Permanente em serviço, incluindo avaliação da preceptoria e punição sobre o residente” (item 14, sem página). Um olhar cuidadoso deve ser lançado em direção a esse trecho, não só pelo aspecto positivo, de recomendar a avaliação de preceptores, mas também pelo ponto gerador de dúvidas, que prevê “punição” aos residentes, mas não esclarece exatamente o que significa tal medida, nem em que casos se aplica.

A análise dos PPP's e entrevistas realizadas com sujeitos dos dois Programas possibilita a identificação de similaridades e distanciamentos entre os dois casos. A Residência do ISC, bem mais antiga, surgiu como uma tentativa de implementação de práticas formativas multiprofissionais, porém, por interferência de fatores alheios aos objetivos dos idealizadores do curso, funcionou como Residência uniprofissional por quase 20 anos, o que, provavelmente, teve implicações na configuração de sua identidade. É possível identificar no discurso de seus atores e na descrição da organização didático-pedagógica do Programa um forte componente teórico do Planejamento e Gestão em Saúde de conteúdo epidemiológico.

O Programa da ENSP, bastante recente, se comparado ao do ISC, teve início em um contexto mais favorável ao desenvolvimento de ações pedagógicas norteadas pelo eixo da integralidade. A Residência da ENSP passa a funcionar no período de expansão nacional de cursos dessa natureza, com o suporte financeiro disponibilizado pelo Ministério da Saúde.

Os dois Programas começaram a ser idealizados a partir de uma demanda política, mas seguiram caminhos diferentes na condução do processo. Em Salvador, as discussões que deram origem ao PPP ocorreram, predominantemente, em um espaço acadêmico e político mais reservado, ao passo que no Rio de Janeiro, foram envolvidos

mais atores, de diferentes instâncias, na reflexão sobre as necessidades de formação dos profissionais para a ESF.

A resistência dos profissionais médicos à integração com outros profissionais de saúde em processos educacionais foi levantada por entrevistados dos dois Programas como algo preocupante, no que se refere à concretização de uma formação integral para um trabalho em saúde que se pretende integral.

No que se refere aos marcos conceituais estruturantes dos Programas, ambos evocaram conceitos, direcionamentos teóricos, recomendações políticas e estratégias didáticas semelhantes em suas falas e documentos, convergência que se justifica por se tratarem de idéias atualmente legitimadas e valorizadas no campo da saúde e, especialmente, na atenção básica. Foram citados com frequência a integralidade, promoção da saúde, a problematização, o construtivismo, formação por competências, abordagem sistêmica de família, consideração de ciclos de vida no cuidado, a Educação Permanente e a noção de avaliação processual. As diferenças, neste sentido, ficaram a cargo da matriz teórica principal, eleita por cada Programa: no caso do ISC, o modelo de vigilância à saúde; no caso da ENSP, a formação por competências.

As diferenças mais significativas encontradas entre os cursos confirmam as hipóteses levantadas no período de elaboração do projeto desta pesquisa. Pensava-se que, devido à ampla circulação de informações, à participação dos coordenadores, preceptores, supervisores e residentes destes e de outros cursos em espaços comuns de debate sobre as Residências Multiprofissionais, haveria convergência dos valores expressos pelos Projetos político-pedagógicos dos Programas. Desta maneira, supunha-se que as singularidades mais visíveis estariam no campo das características locorregionais, o que, de fato, ocorreu.

A conjuntura política de cada cidade, suas dimensões geográficas e culturais, o histórico específico de desenvolvimento de cada Programa, além das normas institucionais a que se submetem, conferem marcos particulares a cada um. O que se pode inferir das informações analisadas é que, para o curso de Salvador, coloca-se fortemente o desafio da superação de entraves políticos e de gestão, que provocam instabilidades e incertezas no cotidiano da rede de saúde. No caso da Residência do Rio de Janeiro, apresenta-se como ponto crucial a dificuldade de integração entre os sujeitos implicados no funcionamento do curso, dada o número maior de residentes e

preceptores, com acúmulo de funções, além dos percalços inerentes à implantação da ESF em um grande centro urbano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta etapa do estudo, não posso deixar de me remeter, não só aos meus questionamentos iniciais como condutora desta pesquisa, mas também aos porquês que perpassaram todo o processo. Ao tratar disso, não me refiro apenas às dúvidas que partiram de minhas reflexões, mas agrego ao conjunto os apontamentos que me foram feitos por terceiros e que, deste movimento de fora para dentro, ajudaram-me na construção de novas perguntas e, por consequência, na busca por caminhos.

Entre 2005 e 2007, período no qual fui residente em Saúde da Família, tive a oportunidade de participar dos Seminários Regionais e Nacional que discutiram as Residências Multiprofissionais e em Área da Saúde e de atuar junto ao grupo inicial de residentes que compuseram o FNRMS. Desde então, foi crescente meu envolvimento com as questões relacionadas às Residências e, concretizados os primeiros avanços rumo à regulamentação dos Programas, passei a me interessar mais precisamente pelo aspecto pedagógico dessa modalidade de formação.

No âmbito das micro-relações, como residente de um Programa de grande dimensão, formado por 10 categorias profissionais, inserido em uma realidade de gestão repleta de particularidades, vivi com meus colegas as angústias de pensar e fazer uma Residência em andamento, na tentativa constante e estafante de resolução dos problemas de nosso grupo sem, contudo, nos isolarmos das pautas nacionais.

Mais recentemente, nesse percurso do Mestrado, pude perceber que as lacunas que me mobilizavam nos tempos de residente ainda permaneciam. Pensávamos, à época, que um dia a Residência estaria simplesmente “pronta” a existir, como uma invenção. Na verdade, ainda fazemos e pensamos as Residências à medida que elas caminham, o que é desejável, se considerarmos que o trajeto deve ser revisto sempre que possível. Todavia, é urgente a necessidade de maturação da discussão pedagógica relativa a estes cursos. Pensar uma Residência, ou qualquer projeto educativo, sem considerar seriamente seus aspectos pedagógicos, é reproduzir a concepção de educação anteriormente criticada. Diante disso, recupero algumas indagações centrais:

A Residência existe para suprir carências formativas trazidas da graduação?

Em que se diferenciam os Programas de Residência Médica e os Programas Multiprofissionais?

O que deve pautar a construção de diretrizes nacionais para os Programas?

A discussão sobre Projetos político-pedagógicos é, realmente, importante?

Responder prontamente a essas perguntas ultrapassa os objetivos traçados para a pesquisa, mas refletir a respeito, ainda que para apontar direções para investigações futuras, é essencial para a compreensão do que foi objeto de análise.

A Residência Multiprofissional tem sido vista por aqueles que a consideram uma estratégia de formação promissora, desde as primeiras discussões acerca de sua regulamentação, como um dispositivo de Educação Permanente para os profissionais do SUS. Sob essa ótica, o objetivo da Residência Multiprofissional não é o de preencher vazios deixados pelas etapas anteriores de formação, mas sim promover a continuidade do processo. A Residência em saúde não só se articula aos saberes anteriormente construídos, como depende de boas bases formativas para obter êxito. Existem variações quanto a esta realidade, mas grande parte dos cursos de Residência não oferece preceptoria específica por categoria profissional. Isto porque o Programa, apesar de não negligenciar a centralidade do domínio técnico, compreende que a proposta da Residência é promover a aquisição de competências de outra ordem que, quando incorporadas, se aliarão ao conhecimento específico de cada área. Sob esse ponto de vista, caberia à graduação, então, construir a identidade profissional do sujeito, ao passo que a Residência promoveria a capacidade de mobilização dos saberes formais e não formais, na resolução dos problemas de saúde. O debate sobre as transformações desejadas para os cursos de graduação em saúde não se encerra com a consolidação das Residências; aliás, não é neste ponto que a discussão da formação se inicia, pois a graduação é precedida por etapas educacionais fundamentais e a integração de todos esses períodos deve ser observada.

As Residências Multiprofissionais consistem, assim como as Residências Médicas ou uniprofissionais de outras categorias, em cursos de pós-graduação caracterizados pela articulação ensino-serviço. No entanto, os Programas Multiprofissionais se fortaleceram em um período recente da história, marcado por mudanças de valores no campo da saúde e pela tentativa de reordenação dos parâmetros de educação, trabalho, gestão e participação popular no setor. Por sua afinidade com o princípio da integralidade, a proposta da Residência Multiprofissional conquistou espaço nas esferas política e acadêmica e passou a ser vista como uma alternativa potencialmente transformadora para a formação de profissionais para o SUS.

Em um esforço para estabelecer uma diferenciação sintética entre a Residência Médica e a Residência Multiprofissional, podemos recorrer ao artifício dos antagonismos, sabendo que essa polarização só nos serve do ponto de vista didático, pois as duas concepções transitam nesse eixo, ora com aproximações, ora com distanciamentos entre si. Além disso, serão descritos os conceitos de origem das duas modalidades, mas é reconhecido o fato de que mudanças estão em curso dos dois lados.

Residência Médica

Cenário, predominantemente, hospitalar

Lógica do Treinamento em serviço

Paradigma Biológico

Atuação uniprofissional

Princípio da reprodução de práticas

Residência Multiprofissional

Cenários diversificados

Lógica da Educação na Saúde

Paradigma da Integralidade

Trabalho em equipe

Incentivo à problematização da realidade

As dúvidas acerca da necessidade ou não de definição de parâmetros nacionais para os Programas de Residência Multiprofissional e, além disso, sobre de que maneira tais orientações devem ser pensadas, estão presentes desde os primeiros trâmites de regulamentação. Após a criação da CNRMS, nutriu-se a expectativa de avanço neste sentido, porém somente parte do objetivo foi alcançado. De fato, do ponto de vista do aprofundamento filosófico-conceitual, os membros da Comissão puderam dar alguns passos. Também conseguiram caminhar na dimensão operacional do processo, pois instituíram as Câmaras Técnicas, responsáveis pelos direcionamentos pedagógicos específicos de determinadas áreas do conhecimento. Entretanto, na dimensão prática, da concretização do que se pactuou, houve pouco avanço, até o momento.

Em Relatório de Atividades da CNRMS – exercício 2007/2009, são descritas as ações da Comissão, após sua instituição. Entre 2007 e 2009, ocorreram 16 reuniões plenárias. No ano de 2008, os Programas de Residência Multiprofissional e em Área da Saúde do país inteiro foram convocados para recadastramento. Também foram selecionados os futuros avaliadores dos cursos, que participaram de uma Oficina de formação. Apesar dos passos iniciais dados, é preciso registrar que algumas medidas importantes não foram encaminhadas. O instrumento de avaliação das Residências não foi finalizado; as atribuições do preceptor e do tutor não foram satisfatoriamente discutidas; não foram definidos os perfis de competências para os cursos; a

operacionalização das Câmaras Técnicas não se concretizou e permaneceram inconclusos os documentos de delineamento dos saberes de campos e núcleo.

A definição de parâmetros pedagógicos nacionais para os Programas de Residência Multiprofissional deve ser balizada pela consideração das especificidades locorregionais. Conforme visto nos dois casos descritos pela presente pesquisa, são esses marcos referenciais que conferem identidade aos cursos e os colocam em sintonia com as necessidades da rede de saúde circundante. A análise destes dois casos, evidentemente, não pode ser generalizada para os diversos Programas existentes, mas pode alertar sobre a relevância de que a realidade dos programas em andamento seja conhecida.

Tratando de singularidades, é válido enfatizar que o currículo ou o Projeto Político-pedagógico é pensado para ter efeitos sobre pessoas. É possível inferir, portanto, que currículos diferentes produzem pessoas diferentes, com identidades e subjetividades particulares. O currículo escrito constitui um documento visível, público e sujeito a modificações, um roteiro cuja função é legitimar uma escolarização coerente com os anseios institucionais, políticos, científicos e sociais vigentes⁸⁴.

As Residências Multiprofissionais não devem simbolizar uma saída para todos os males da formação em saúde, sob o risco de que sejam negligenciadas as urgentes necessidades de adequação em outros aspectos dos Sistemas de Saúde e Educação. É preciso reconhecer seu potencial transformador sem, contudo, superestimar seu campo de ação. Partindo da premissa de que a implementação das Residências Multiprofissionais causa impacto positivo nos serviços de saúde, por modificar os processos de trabalho instituídos e disparar situações reflexivas entre os profissionais da rede, justifica-se que os cursos em andamento sejam amplamente conhecidos, discutidos e forneçam, mais adiante, subsídios para a elaboração de processos de credenciamento e avaliação dos Programas. Nessa direção, reservo-me a liberdade de contribuir com três recomendações de áreas de estudo, fundamentais ao debate e ainda carentes de substrato teórico: A- pesquisas que demonstrem claramente o impacto nos serviços, em virtude da inserção das Residências; B – estudos de egressos dos cursos em funcionamento; C – pesquisas do campo da Educação, que fundamentem as tentativas de inovações pedagógicas em Saúde.

Por fim, opto por encerrar essas considerações citando Feuerwerker⁹⁷ (3), que nos leva a pensar nos desafios que estão por vir e nas perguntas que nunca cessam.

“(...) Houve quem pensasse que esse compromisso ético-político genericamente traduzido num conceito ampliado de saúde e no compromisso com a construção do SUS fosse suficiente para orientar mudanças na formação. Houve quem pensasse que a questão central fosse a transformação das concepções pedagógicas, do papel e das relações entre docentes e estudantes no processo de produção do ensino-aprendizagem. Houve quem destacasse a complexidade da transformação institucional implicada em mudanças profundas na formação construídas no interior de instituições de ensino bastante tradicionais e conservadoras, atravessadas por compromissos e interesses corporativos e privatistas. Houve quem percebesse ser muito difícil mudar a formação sem, simultaneamente, transformar as práticas de saúde. É necessário, então, compreender a natureza do trabalho em saúde e suas especificidades, a conformação dos diferentes arranjos tecnológicos envolvidos em sua produção e os diferentes compromissos ético-políticos que eles implicam. Mas como produzir essas transformações trabalhando com mais indagações do que com respostas? (...)”

Referências Bibliográficas

¹ Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Med.*, 2005; 29 (2): 136-146.

² Ministério da Saúde. *Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília, 2006.

³ Abrasco. *Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro, 1984; 105 – 9.

⁴ Nascimento D. D.G. *A Residência Multiprofissional em Saúde da Família como estratégia de formação da força de trabalho para o SUS* [Dissertação de Mestrado]. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

⁵ Lei 6932/1981. Acesso em 17/05/2010. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L6932.htm

⁶ Resolução 287/1998. Acesso em 17/05/2010. Disponível em http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm

⁷ Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial 45/2007. Acesso em 17/05/2010. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_45_2007.pdf

⁸ Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial 698/2007. Acesso em 17/05/2010. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/interministerial_69822.pdf

⁹ Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial 506/2007. Acesso em 17/05/2010. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria506240408altera45.pdf>

¹⁰ Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial 593/2008. Acesso em 17/05/2010. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portariainterm593150508.pdf>

¹¹ Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Portaria Interministerial 1.077/2009. Acesso em 17/05/2010. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_1077_12_novembro_2009.pdf

¹² Andrade L.O.M., Barreto, I.C.H.C., Bezerra, R.C. *Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família*. In: *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Ed. Hucitec, 2005.

¹³ Alves V.S. Um modelo de educação em saúde para o programa de saúde da família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface comun. saúde educ.*, set 2004/fev 2005; 9 (16): 39-52.

- ¹⁴ Scherer MDA; Marino SRA & Ramos FRS. Rupturas e resoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias kuhnianas. *Interface comun. saúde educ.*, set.2004 / fevereiro / 2005; 9 (16):53-66.
- ¹⁵ Rede Unida. Texto-base do Seminário Regional Sul-Sudeste de Residências Multiprofissionais em Saúde. Curitiba. No prelo 2006.
- ¹⁶ Matheus M.C.C. Os Fundamentos da Pesquisa Qualitativa. In: *Pesquisa Qualitativa em Enfermagem*. São Paulo: Ed. LMP, 2006, pp. 17-22.
- ¹⁷ Minayo M. C. S. O desafio do conhecimento. *Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. Hucitec; Abrasco, 1992.
- ¹⁸ Pimentel A. O Método da Análise Documental: seu uso numa Pesquisa Historiográfica. Departamento de Psicologia Social e Institucional da Universidade Estadual de Londrina (PR). *Cadernos de Pesquisa*, 2001.
- ¹⁹ Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Ed. 70, 1997.
- ²⁰ Pagliosa F. L. ; Da Ros M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev. bras. educ. méd.*, 2008; 32 (4): 492-9.
- ²¹ Pontes A.L.M. Saber e Prática Docente na transformação do Ensino Médico [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2005.
- ²² Ministério da Saúde. *Dinâmica das graduações em saúde no Brasil: subsídios para uma política de recursos humanos*. Brasília: FIOCRUZ, 2006.
- ²³ Escorel S.; Nascimento D. R.; Edler, F. C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: Lima N.T et al (org.). *Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p. 59–81.
- ²⁴ Lampert J. B. *Tendências de Mudanças na formação Médica no Brasil* [Tese de Doutorado]. ENSP/FIOCRUZ, 2002.
- ²⁵ Fleury S.; Bahia L.; Amarante P. *Fundamentos da Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Ed. Cebes, 2007.
- ²⁶ Fleury S. (org). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
- ²⁷ Declaração de Alma Ata, 1978. Acesso em 17/05/2010. Disponível em <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

- ²⁸ Carta de Ottawa, 1986. Acesso em 17/05/2010. Disponível em http://www.adolescencia.org.br/empower/website/pdf/carta_otawa.pdf
- ²⁹ Campos F.E; Pierantoni C. R; Machado M.H. Conferências de saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. Cad. RH saúde.; 2006: 3 (1).
- ³⁰ Constituição da República Federativa do Brasil, 1988. Acesso em 17/05/2010. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm
- ³¹ Pinheiro R.; Ceccim R.B; Mattos R. A. (organizadores). Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro, CEPESC/ABRASCO, 2006.
- ³² Lei 8.080, 1990. Acesso em 17/05/2010. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm
- ³³ Ceccim R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface comun. saúde educ., set.2004/fev.2005; 9 (16): 161-177.
- ³⁴ Machado M.H. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. In: Lima N.T.; Gerschman S.; Edler F.C.; Suárez J.M (organizadores). Saúde e Democracia: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2006.
- ³⁵ Educação profissional técnica de nível médio no censo escolar. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.
- ³⁶ Machado M.H.; Moysés N.M.N; Oliveira E.S (orgs). Trabalhadores da Saúde em números. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2006.
- ³⁷ Ceccim R. B.; Feuerwerker L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. saúde pública, set/out 2004; 20 (5): 1400-10.
- ³⁸ Machado M.H. Trabalho e emprego em Saúde. In: Giovanella L.; Escorel S.; Lobato L. V. C.; Noronha J. C.; Carvalho A. I. Políticas e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 2008: 309-330.
- ³⁹ Andrade L.O.M.; Barreto I.C.H.C.; Bezerra R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia de Saúde da Família. In: Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, Ed Hucitec; Ed. FIOCRUZ, 2006: 783-836.
- ⁴⁰ Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília, 1997.
- ⁴¹ Bourget, M.M.M. Programa de Saúde da Família: guia para planejamento local. São Paulo: Ed. Martinari, 2005:30-34.
- ⁴² Fontinele Júnior K. Programa de Saúde da Família (PSF) Comentado. São Paulo: Ed.AB, 2003.

- ⁴³ Ministério da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília, 2006.
- ⁴⁴ Abdalla, Ively Guimarães; Stella, Regina Celes de Rosa; Perim, Gianna Lepre; Aguilar-da-Silva, Rinaldo Henrique; Lampert, Jadete Barbosa; Costa, Nilce Maria da Silva Campos. Projeto pedagógico e as mudanças na educação médica. *Rev. bras. educ. méd.*, 2009; 33(1):44-52.
- ⁴⁵ Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Acesso em 18/05/2010. Disponível em <http://www.leidireto.com.br/lei-11129.html>
- ⁴⁶ Ministério da Educação. Residências em Saúde. Acesso em 18/05/2010. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12501&Itemid=813
- ⁴⁷ Histórico da Residência Multiprofissional e em área multiprofissional da saúde. Acesso em 18/05/2010. Disponível em <http://www.revistasaudeemdestaque.com.br/ler.php?materia=MTYx>
- ⁴⁸ Rede Unida. Texto-base do Seminário Regional Sul-Sudeste de Residências Multiprofissionais em Saúde. Curitiba. No prelo 2006.
- ⁴⁹ Ministério da Educação. Residência Multiprofissional. Acesso em 18/05/2010. Disponível em http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12501&Itemid=86
- ⁵⁰ Sousa E.G. Considerações sobre a Residência médica no Brasil. *Rev. Bras. Colo-Proc.*, 1988; 8 (4): 150-2.
- ⁵¹ Ramos A.S.; Búrigo A.C.; Carneiro C.; Duarte C.C.; Kreutz J.A.; Ruela H.C.G. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: Ministério da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília, 2006.
- ⁵² Dallegrave D.; Kruse M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da Residência multiprofissional em saúde. *Interface comun. saúde educ.*, jan/mar 2009; 13 (28): 213-226 .
- ⁵³ Ceccim R. B. "Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra" a propósito da invenção da Residência multiprofissional em saúde. *Interface comun. saúde educ.*, jan/mar 2009; 13 (28): 233-5.
- ⁵⁴ Feuerwerker L. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a Residência multiprofissional em saúde. *Interface comun. saúde educ.*, jan/mar 2009; 13 (28): 229-230.

- ⁵⁵ Haddad A.E. Sobre a residência multiprofissional em saúde. *Interface comun. saúde educ.*, jan/mar. 2009; 13 (28):227-8.
- ⁵⁶ Oliveira F.R. *Residência Multiprofissional em Saúde da Família: limites e possibilidades para mudança na formação profissional* [Dissertação de Mestrado]. PUC/SP, 2007.
- ⁵⁷ Rodrigues K.F. *Processo Coletivo de Avaliação: a experiência da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Blumenau*. In: Ministério da Saúde. *Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios*. Brasília, 2006.
- ⁵⁸ Pereira, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. saúde pública.*, set/out. 2003; 19 (5): 1527-34.
- ⁵⁹ Vasconcelos, E.M. *Participação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde*. *Physis (Rio J.)*, 2004; 14(1): 67-83.
- ⁶⁰ Pierantoni, C.; Varella, T.; França, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. In: Barros, A. F. R. et al. (organizadores). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Série B, v. 2*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- ⁶¹ Saviani D. *O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias*. In: *Novas tecnologias, trabalho e educação*. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes, 1994.
- ⁶² Deluiz N. *Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho*. *Formação*, mai. 2001; (2): 5-15.
- ⁶³ Ramos M. N. *A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Ed. Cortez, 2001.
- ⁶⁴ Toralles-Pereira M.L. *Notas sobre educação na transição para um novo paradigma*. *Interface comun. saúde educ.*, ago. 1997; 1 (1): 51-8.
- ⁶⁵ Koifman L. *O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense*. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, 2001.
- ⁶⁶ Feuerwerker, L.C.M., Sena, R. *A construção de novos modelos acadêmicos, de atenção à Saúde e de participação social*. In: Almeida, M.J., Feuerwerker, L.C.M., Llanos, M. A. *Educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança*. São Paulo: HUCITEC, 1999. p.47-83.
- ⁶⁷ Bordenave, J.E.D. *Alguns fatores pedagógicos*. *Caderno do Módulo Pedagógico. Curso de Especialização de Enfermeiros em Saúde Pública*. Belo Horizonte: UFMG, 1989.
- ⁶⁸ Luckesi, C. C. *Filosofia da Educação*. São Paulo: Ed. Cortez, 1994.
- ⁶⁹ Ministério da Educação e Cultura. *A tradição pedagógica brasileira*. In: *Parâmetros Curriculares Nacionais*. Brasília: 1997: 30-33.

- ⁷⁰ Freire, P. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 1996.
- ⁷¹ Batista N.A.; Batista S.H.; Goldenberg P.; Seiffert O.; Sonzogno M.C. O Enfoque Problemático na Formação de Profissionais da Saúde. *Rev. Saúde Pública*, Abr. 2005; 39 (2): 231-7.
- ⁷² Mitre, S. M.; Siqueira-Batista R.; Girardi-de-Mendonça J. M.; Morais-Pinto N. M.; Meirelles C. A. B.; Pinto-Porto C.; Moreira T.; Hoffmann L. M. A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciênc. saúde coletiva*, dez. 2008; 13 (2): 2133-44.
- ⁷³ Cyrino E. G.; Toralles-Pereira M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*, mai/jun. 2004; 20 (3): 780-8.
- ⁷⁴ Freire, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1987.
- ⁷⁵ Pires M.F.C. O materialismo histórico-dialético e a Educação. *Interface comun. saúde educ.*, ago. 1997; 1 (1): 83-94.
- ⁷⁶ Pontes A.L.M. *Saber e Prática Docente na Transformação do Ensino Médico [Dissertação de Mestrado]*. ENSP/FIOCRUZ, 2005.
- ⁷⁷ Bordenave J. D.; Pereira A. M. *Estratégias de ensino-aprendizagem*. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes, 1982.
- ⁷⁸ Berbel N.A.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interface comun. saúde educ.*, fev. 1998; 2 (2): 139-154.
- ⁷⁹ Sakai M.H.; Lima G.Z. *PBL: uma visão geral do método*. Londrina (PR): Ed. Olho Mágico, 1996.
- ⁸⁰ Ferreira A.B.H. *Novo dicionário de língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1975.
- ⁸¹ Gadotti M. Pressupostos do projeto pedagógico. In: Ministério da Educação e Cultura. *Conferência Nacional de Educação para todos*. Brasília, 1994.
- ⁸² Veiga I.P.A. (org). *Projeto Político-pedagógico da escola. Uma construção possível*. Campinas (SP): Ed. Papirus, 1996.
- ⁸³ Bastos J.B.; Macedo A.D. Projetos políticos pedagógicos das escolas públicas: onde está o político? In: Semeraro G. (org.). *Filosofia e Política na formação do educador*. Ed. Idéias e Letras, 2004.
- ⁸⁴ Saviani D. *Escola e democracia*. Campinas (SP): Ed. Autores Associados, 1993.

- ⁸⁵ Goodson E. F. Currículo: Teoria e História. Petrópolis (RJ): Ed. Vozes, 2001.
- ⁸⁶ Kramer S. Propostas Pedagógicas ou curriculares: subsídios para uma leitura crítica. Educ e Sociedade, dez. 1997; (60): 15-35.
- ⁸⁷ Carvalho V.; Castro I.B. Marco conceitual para o ensino e a pesquisa fundamental - um ponto de vista. Rev. Bras. Enfermagem, 1985; 38 (1): 76-85.
- ⁸⁸ Saube R.; Alves E.D. Contribuição à construção de projetos político-pedagógicos na enfermagem. Rev. latino-am. enfermagem, abr. 2000; 8 (2): 60-7.
- ⁸⁹ Apple M. W. Ideologia e Currículo. Porto Alegre: Ed. Artmed, 2006.
- ⁹⁰ Berger Filho R. L. Formação Baseada em Competências numa Concepção. Inovadora para a Formação Tecnológica. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- ⁹¹ Benavente A. As ciências da educação e a inovação das práticas educativas. In: Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação. Decisões nas políticas e práticas educativas. Porto: SPCE, 1992.
- ⁹² Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Lei 9394 de 20 de dezembro de 1996 e Atos Complementares. Brasília: Diário Oficial da União, 1996.
- ⁹³ Abdon C.; Vilasbôas A.L. (Org.). 10 Anos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família: contando uma história. Salvador: UFBA / ISC; SESAB / EESP, 2006.
- ⁹⁴ Curso de Especialização em Medicina Social sob a forma de Residência. Área de Concentração: Saúde da Família. Salvador: Universidade Federal da Bahia – UFBA; Instituto de Saúde Coletiva – ISC, 2009.
- ⁹⁵ Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – ENSP, 2009.
- ⁹⁶ Carvalho M.A.P.; Garcia M.R.G.; Seidl H. Curso de Especialização em Saúde da Família nos moldes da Residência ENSP/FIOCRUZ: desenvolvendo competência para a atenção básica. In: Ministério da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília, 2006.
- ⁹⁷ Feuerwerker, L. C. M. Educação na saúde: educação dos profissionais de saúde - um campo de saber e de práticas sociais em construção. Rev. bras. educ. méd., jan/abr. 2007; 31 (1): 3-4.

ANEXO I - INSTRUMENTO ORIENTADOR PARA A ANÁLISE DOCUMENTAL

Projeto Pedagógico do curso (atual)

- Pressupostos teóricos adotados;
- Metodologia de ensino-aprendizagem;
- Objetivos do curso;
- Organização didático-pedagógica.

ANEXO II - INSTRUMENTO ORIENTADOR PARA AS ENTREVISTAS

*** Entrevista com Coordenador ou Responsável pelo Programa de Residência**

*** Entrevista com Tutor de Prática dos Residentes**

Número para Controle:

Programa:

Data:

Dados de Identificação do Entrevistado

Nome:

Cargo:

Funcionário desde:

Todo o tempo na mesma função?

S () N ()

1 – Qual é sua concepção sobre Projeto Político-pedagógico (o que é; função; relevância)?

2 – Existe um Projeto Político-pedagógico da Instituição e outro, separado, do Programa de Residência? Se sim, de que forma eles se articulam?

3 – Quando surgiu a demanda pela construção de um Projeto Político Pedagógico para o Curso?

4 - De que forma se deu a construção do Projeto e que grupo de pessoas foi responsável pela tarefa?

5 – Quando foi concluída a redação primária do documento?

6 – Quais são os marcos conceituais essenciais (fundamentação teórica) do Projeto deste Programa?

7 – As particularidades locais, que mantêm relação com a forma de condução prática das atividades de ensino, foram abarcadas no projeto? Se sim, de que forma?

8 – Que estratégias metodológicas foram pensadas para a implementação, na prática, do Projeto escrito?

9 – Após a redação, o Projeto já foi revisto? Se sim, como e por qual razão?

10 – O Projeto atual atende às necessidades de formação apresentadas pelo cotidiano dos residentes?

11 – Quais seriam os pontos positivos e o que poderia ser diferente no Projeto Político-pedagógico deste Programa, em dois sentidos: 1 – processo de construção (foi o ideal?); 2 – Documento redigido (atende às necessidades apresentadas? Articula-se com a prática?).

ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA (CEP)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar da pesquisa *“Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a construção do Projeto Político-pedagógico – análise de duas experiências”*.

Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento; sua recusa não lhe trará nenhum prejuízo.

O principal objetivo do estudo é promover entendimento dos sentidos dos Projetos Político-pedagógicos de dois programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, suas contribuições, limitações e necessidades de aprimoramento para a formação do profissional desejado.

Sua participação nesta pesquisa consistirá no fornecimento de informações através de entrevista. A entrevista será composta por 11 perguntas abertas e será gravada em áudio para posterior uso na pesquisa.

A instituição em que você trabalha será identificada na pesquisa, mediante prévia autorização, mas seu nome ou qualquer característica que o identifique não serão expostos.

A pesquisadora se compromete a oferecer um retorno à sociedade sobre as conclusões obtidas por meio da pesquisa, por publicação de artigo, participação em congressos, seminário ou similares, salvaguardando sempre o sigilo a respeito dos sujeitos entrevistados. Se for do seu interesse particular, disponho-me a oferecer uma cópia das conclusões e dos resultados da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal e do CEP, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Fernanda Almeida dos Santos

Escola Nacional de saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/FIOCRUZ)
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, 7º andar. Manguinhos, RJ. CEP: 21041210
Tel: 2598-2557 – Ramal: 2604.

Comitê de Ética em Pesquisa:

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Andar Térreo. Manguinhos - RJ / CEP. 21041-210
Tel e Fax - (21) 2598-2863
cep@ENSP.FIOCRUZ.br ou <http://www.ENSP.FIOCRUZ.br/etica>

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

Sujeito da pesquisa

ANEXO IV – PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA SUPERVISÃO DE PROCESSOS – ISC.

- AVALIAÇÃO DA SUPERVISÃO DE PROCESSO -

ALUNO: _____

SUPERVISOR: _____

Conceito	insuficiente	regular	bom	Ótimo
Dimensão/critérios/subcritérios				
1. Ética (saber ser)				
1.1 Pontualidade				
1.2 Assiduidade (frequência)				
1.3 Grau de participação/ envolvimento nas atividades				
1.4 Compromisso e responsabilidade no desenvolvimento das tarefas/atividades assumidas com os supervisores (diários de campo, relatórios..)				
1.5 Compromisso e responsabilidade no desenvolvimento das tarefas/atividades assumidas com os profissionais e usuários da Unidade SF				
1.6 Desenvolver atitudes de respeito na relação com os profissionais e usuários da USF				
1.7 Desenvolver atitudes de respeito na relação com os supervisores				
2. Técnica (saber fazer)				
2.1 Habilidades básicas				
Ler e interpretar (textos, tabelas, gráficos, diagramas...)				
Escrever, descrever				
Saber falar e ouvir				
2.2 Habilidades de pensamento				
Propor ações criativas				
Tomar decisões				
Resolver problemas				
2.3 Habilidades interpessoais				
Capacidade de coordenação/condução (protagonismo na condução das atividades desenvolvidas na Unidade SF)				
Capacidade de trabalhar em equipe (compreender a especificidade do trabalho de cada membro da equipe e buscar a articulação entre os mesmo visando a complementariedade das ações)				
Desenvolver tolerância frente a pessoas com opiniões, interesses e/ou culturas diferentes				

Capacidade de negociação (habilidade de negociar com pessoas de opiniões e interesses diferentes, frente a uma situação/problema)				
Estabelecer bom relacionamento com usuários da Unidade SF				
Estabelecer bom relacionamento com profissionais da Unidade SF				
Habilidades específicas em Saúde Coletiva				
Utilizar as fontes de informação em saúde e os métodos básicos de coleta, processamento, análise e interpretação de dados para a análise da situação de saúde e para o planejamento e avaliação dos serviços de saúde.				
Aplicar técnicas do planejamento e programação local para a seleção de intervenções, construção de viabilidade e enfrentamento dos problemas da área de abrangência da equipe e da Unidade SF.				
Selecionar equipamentos e ferramentas tecnológicas adequadas ao desenvolvimento de tarefas específicas (ex: uso de computadores para processar informações, acesso a bases de dados..)				

	Frequência/ Pontualidade	Participação/ Interesse na Discussão	Entrega das F. de Leitura	Relatoria	Nota Parcial

ANEXO V – EXEMPLO DE ATIVIDADE DIRECIONADA AOS RESIDENTES ENSP.

Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família Roteiro de Observação Participante

II Unidade: Identificação de necessidades e potencialidades em saúde, da oferta/utilização dos serviços e das equipes

Você está iniciando uma atividade de Observação Participante desenvolvida no âmbito da II Unidade de Aprendizagem: Identificação de necessidades e potencialidades em saúde, da oferta/utilização dos serviços e das equipes. Tem como objetivo a realização de um Diagnóstico Participativo da equipe do cenário de prática. Este será realizado por meio de levantamento de informações e dados sobre o território que possibilite identificar potencialidades e necessidades. Esta proposta será desenvolvida pela equipe de alunos junto com a equipe da Estratégia de Saúde da Família do território onde será desenvolvida sua prática. É uma atividade que envolve múltiplas operações, sentidos e percepções sobre o território e que será completada ao longo de todo o curso. Para esta atividade é importante perceber que envolve um olhar para o que observar? Quem observar? Como observar? Para que observar?

Segue um Roteiro de Observação com orientações gerais a serem sistematizadas e entregues a coordenação da Unidade de Aprendizagem e apresentada em forma de seminário. O trabalho corresponde a avaliação desta unidade.

Atividade: Observar, identificar e descrever necessidades e potencialidades do território, de acordo com o roteiro abaixo.

1- Aspectos físicos na Comunidade

1. Características Geográficas –localização
2. História da comunidade
3. Distribuição da população pelo território (história de ocupação do território)
4. Qualidade e tipos de habitações
5. Necessidades ambientais
6. Instituições coletivas importantes – (sentimento de pertencimento)

2- Aspectos Sócios econômicos

- 1- Características Sócio-econômicas
- 2- Origem dos habitantes
- 2- Principais meios de comunicação utilizados pela comunidade
- 3- Equipamentos sociais existentes e formas de organização – importância para a comunidade
- 4- A vida cultural, religiosa e sexual
- 5- Dinâmica da comunidade (vida, trabalho, lazer)
- 6- Rede de Apoio social

3 - Dados demográficos (incluir outros que achar necessário)

1-População adscrita

1. masculina
2. feminina
3. famílias
4. Distribuição por faixas etárias

2-Grau de escolaridade

1. crianças de 7 a 14 anos
2. na escola
3. fora da escola

3- Crianças, mulheres e gestantes (dados referidos)

1. crianças < 1 ano
2. mulheres 15-49 ano
3. gestantes < 20 ANOS
4. gestantes > 20 ANOS
5. Principais agravos e morbidades

3- Aspectos do processo de Trabalho da Equipe de Saúde da Família

- 1- Relação da equipe com as organizações populares e equipamentos sociais da comunidade
- 2- Reconhecer documentos produzidos pela equipe (mapas, relatórios, atas de reuniões, etc...)
- 3- Identificar como a equipe organiza o seu processo de trabalho (fluxos, reuniões, agenda, acolhimento, etc...)
- 4- Conhecer a percepção da comunidade a cerca do serviço de saúde
- 5- Conhecer a relação da equipe com a rede de saúde da área (CAP, UBS, Hospitais, Unidades de Saúde Privadas, CMS)
- 6- Registrar impressões subjetivas do trabalho da equipe na comunidade. Propostas e sugestões.
- 7- Identificar quais os problemas mais importantes para a equipe.

4- Como realizar

- 1- Conversar com pessoas da comunidade, profissionais e informantes privilegiados e buscar identificar as percepções do território e do módulo
- 2- Identificar como foi realizado o cadastramento, mapeamento e divisão em microáreas.
- 3- Propor a realização, junto com a equipe, de novo mapeamento, quando necessário.
- 4- Identificar e registrar as sensações e sentimentos dos Agentes Comunitários de Saúde frente a Estratégia Saúde da Família.
- 5- Certificar-se da possibilidade de fotografar ou realizar vídeos. Caso for utilizar essas fontes peça autorização com documento de consentimento livre e esclarecido aos participantes (ver do Cep-ENSP)

Apresentação do Diagnóstico: Será realizada uma Apresentação livre pela equipe de residentes por cenário de prática durante o dia **15 de setembro de 2009 de 9 às 17 horas**. Cada equipe de residentes terá 1 hora para cada apresentação, seguida de 30 minutos de debate. A apresentação oral pode ser livre, criativa, incluindo diversas metodologias ou com auxílio do Power-point. Deverá ser entregue, neste mesmo dia, um relatório do Diagnóstico de Necessidades Potencialidade, por escrito, produzido em equipe de trabalho. Esta atividade configura uma das estratégias de avaliação desta unidade.

ANEXO VI – PROJETO DE RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

Fonte: Site do Ministério da Educação.

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12501&Itemid=813

1- Identificação do Programa de Residência Multiprofissional

1.1- Instituição Formadora:

1.2- Unidade Responsável/ Instituição Executora:

1.3 – Nome do Programa:

1.4- Coordenador do Programa:

1.4.1- E-mail:

1.4.2- Telefones: Comercial: Celular:

1.4.3- Formação:

1.4.4- Titulação:

1.4.5- Registro Profissional:

*Link para currículo na plataforma Lattes

1.5 - Preceptores/ Tutores/ Docentes do Programa: (Especificar área)

2- Caracterização do Programa

2.1. Área de Concentração:

2.2- Período de Realização:

2.3- Carga Horária Total (da Área de Concentração):

2.3.1- Carga Horária Teórica:

2.3.2- Carga Horária Prática:

2.4- Modalidade do Curso: Tempo Integral

2.5- Número de Vagas Anuais

Áreas Profissionais: () Biologia () Nutrição

() Biomedicina () Medicina Veterinária

() Educação Física () Odontologia

() Enfermagem () Psicologia

() Farmácia () Serviço Social

() Fisioterapia () Terapia Ocupacional

() Fonoaudiologia

Total: ()

3- Projeto Político Pedagógico (PPP)

3.1- Justificativa:

(Caracterização da sua localidade, utilizando dados do IBGE, MS, MEC e outros oficiais disponíveis; justificar a necessidade do

programa, embasando-se no seu perfil epidemiológico; indicar a função formadora do Hospital

Universitário através de sua

caracterização, inserção no SUS e articulação com a gestão local)

3.2- Objetivos:

3.2.1- Objetivo Geral:

3.2.2- Objetivos Específicos:

3.3- Diretrizes Pedagógicas:

3.4- Articulação com as Políticas de Saúde Locorregionais:

3.5- Parcerias:

3.6- Núcleo Docente Estruturante:

3.7- Cenários de Prática:

3.8- Infraestrutura do Programa:

(Apoio Administrativo, Salas de Aulas, Biblioteca, Acervo Bibliográfico, Equipamentos, Recursos Audiovisuais, Laboratórios. Toda

infraestrutura necessária para o desenvolvimento do programa proposto, considerando sua amplitude e especificidades.)

3.9- Metodologia de Avaliação:

3.10- Perfil de Egresso:

3.11- Matriz Curricular:

3.11.1- Programa de Residência:

3.11.1.1- Eixo Transversal:
3.11.1.1.1- Conteúdo Teórico:

Carga Horária

Metodologias de Ensino

Metodologias de Avaliação

3.11.1.1.2- Conteúdo Prático:

Carga Horária

Metodologias de Ensino

Metodologias de Avaliação

3.11.2- Área de Concentração:

3.11.2.1- Eixo Transversal:

3.11.2.1.1- Conteúdo Teórico:

Carga Horária

Metodologias de Ensino

Metodologias de Avaliação

3.11.2.1.2- Conteúdo Prático:

Carga Horária

Metodologias de Ensino

Metodologias de Avaliação

3.11.2.2- Eixo Específico:

3.11.2.2.1- Conteúdo Teórico:

Carga Horária

Metodologias de Ensino

Metodologias de Avaliação

3.11.2.2.2- Conteúdo Prático:

Carga Horária

Metodologias de Ensino

Metodologias de Avaliação

3.11.3- Semana Padrão:

(Mostra as atividades desenvolvidas pelos residentes em cada período e dia da semana.)

4- Processo Seletivo:

4.1- Período de Inscrição:

4.2- Perfil Inicial dos Candidatos para Ingresso:

4.3- Documentação Necessária:

4.4- Critérios/ Etapas de seleção:

(Prova, Entrevista, Análise Curricular...)

