

Formação integral nas residências multiprofissionais em saúde: uma experiência junto ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra

Ana Carolina de Moraes Teixeira Vilela Dantas¹, Ilka Veras Falcão²

Resumo

Entre as estratégias da Política Nacional de Educação Permanente (2009), está a expansão ou a implantação de Programas de Residência Multiprofissional como proposta de educação em serviço, na lógica da interdisciplinaridade, visando à integralidade da atenção à saúde dos usuários. A partir do desenvolvimento de um projeto de extensão junto ao Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST), analisou-se a contribuição da experiência interdisciplinar de educação popular e de práticas de saúde no campo, em um assentamento, para a formação de residentes de programas de residência multiprofissional em saúde. A pesquisa é de abordagem qualitativa, utilizando-se métodos da análise documental e da aplicação de um grupo focal com oito residentes membros do projeto. Observou-se que o projeto contribuiu para o aprimoramento das práticas em saúde, ampliou o escopo teórico-prático da educação popular, da clínica ampliada, integralidade, participação popular e promoção da saúde. Faz-se necessário, portanto, garantir ao trabalhador espaços possíveis de produção do cuidado, nos quais o aprendizado envolva as diferenças culturais, e atuem na perspectiva de uma educação humanizadora, crítica, reflexiva e voltada para a formação integral, autônoma e comprometida com a efetivação do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave

Educação Permanente. Educação Popular. Saúde do Campo. Movimento Social. SUS.

1. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pernambuco, terapeuta ocupacional, membro do Coletivo de Saúde do Campo e ao Grupo de Estudos em Educação Popular e da Escola de Saúde Pública de Pernambuco, por meio do Programa Caminhos do Cuidado. E-mail: caroldantas_to@yahoo.com.br.

2. Mestre em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, terapeuta ocupacional, professora adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco, membro do Grupo Ecovila Aldeia e ao Grupo de Estudos em Educação Popular. E-mail: ilkafalcao.ufpe@gmail.com.

Integral education in health multidisciplinary residences: an experience with Brazil's Landless Workers Movement

Ana Carolina de Moraes Teixeira Vilela Dantas*, Ilka Veras Falcão**

Abstract

Among the strategies of the National Continuing Education Policy (2009) is the expansion or implementation of Multidisciplinary Residency Programs as a proposal of in-service education aiming at a comprehensive health care in logics of interdisciplinarity. From the development of an extension project carried out with Brazil's Landless Workers Movement (MST), it was analyzed the contribution of the interdisciplinary popular education experience and health practices in rural areas for the education of residents in health multiprofessional residency programs. This is a qualitative research, which uses document analysis and a focus group constituted of eight residents that make part of the project. It was observed that the project helped to improve health practices, extended the theoretical and practical scope of popular education, expanded clinic, comprehensiveness, popular participation and health promotion. It is necessary, therefore, to ensure to workers places where medical care can be provided, in which learning involves cultural differences, and places that act in the perspective of an education that is humanizing, critical, reflexive and focused on a comprehensive, autonomous and committed with the Unified Health System effectuation.

Keywords

Continuing Education. Popular Education. Rural Health. Social Movement. Unified Health System (SUS).

* Specialist in Family Health, Federal University of Pernambuco, State of Pernambuco, Brazil; occupational therapist and member of the Rural Health Collective, of the Popular Education Study Group and of the Public Health School of Pernambuco of the *Caminhos do Cuidado* Program. E-mail: caroldantas_to@yahoo.com.br.

** MSc in Public Health, Aggeu Magalhães Research Center/FIOCRUZ, State of Pernambuco, Brazil; occupational therapist; professor, Occupational Therapy Department, Federal University of Pernambuco, State of Pernambuco, Brazil; member of the Ecovila Aldeia Group and the Popular Education Study Group. E-mail: ilkafalcao.ufpe@gmail.com.

Introdução

A existência, porque humana, não pode ser muda, silenciosa, nem tampouco pode nutrir-se de falsas palavras, mas de palavras verdadeiras, com que os homens transformam o mundo. Existir, humanamente, é pronunciar o mundo, é modificá-lo. O mundo pronunciado, por sua vez, se volta problematizado aos sujeitos pronunciantes, a exigir deles um novo pronunciar.

Paulo Freire, *Pedagogia do Oprimido*, 2005, p. 90.

O modelo hegemônico de formação reforça uma atenção fragmentária, baseada na especialização que reduz o sofrimento do usuário apenas aos aspectos biológicos, limitando as práticas dos profissionais à atenção individual curativa. As críticas a esse modelo têm apontado o princípio da integralidade como norteador da formação em saúde para superar as lacunas na atenção e na organização dos serviços que dificultam a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS) (ARAÚJO et al., 2007).

Para tanto, o SUS assume a tarefa de ordenar a formação dos profissionais em todos os níveis de ensino, inclusive na pós-graduação. Apesar de ser um dever posto constitucionalmente, até hoje esse é considerado um dos temas menos problematizados com relação à formulação de políticas do SUS. Ao se debruçar sobre esse aspecto, algumas fragilidades são encontradas: ausência de integração ensino-serviço, formação dissociada da realidade social e divergências de interesse entre as instituições formadoras e o sistema de saúde (ARAÚJO et al., 2007; SANTOS, 2010).

Uma política de educação para o setor é necessidade apontada pela Reforma Sanitária que trouxe à tona o entendimento de que uma reforma setorial, assim como uma renovação das organizações de saúde, se faz a partir da educação. Além disso, o modelo de atenção à

saúde, estruturado mais recentemente por meio da Estratégia de Saúde da Família, aponta a questão do trabalho em equipes multiprofissionais como um dos elementos-chave para o desenvolvimento de modelo coerente com os propósitos do SUS (CARVALHO et al., 2006).

Assim, com o objetivo de formar trabalhadores para a realidade de cada região, com abordagem integral e ampliada da saúde, a Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, traz as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia para fortalecer a descentralização e o desenvolvimento de processos para a construção da integralidade da atenção à saúde individual e coletiva (OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010). Dessa forma, a Política Nacional de Educação Permanente aponta que:

Aproximar a educação da vida cotidiana é fruto do reconhecimento do potencial educativo da situação de trabalho. Em outros termos, que no trabalho também se aprende. Prevê transformar as situações diárias em aprendizagem, analisando reflexivamente os problemas da prática e valorizando o próprio processo de trabalho no seu contexto intrínseco. Esta perspectiva, centrada no processo de trabalho, não se limita a determinadas categorias profissionais, mas a toda a equipe. (BRASIL, 2009, p. 45).

A educação permanente é, portanto, aprendizagem no e pelo trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano dos serviços e equipes. Propõe-se que a qualificação dos trabalhadores de saúde esteja centrada na articulação entre os componentes de gestão, assistência e participação popular, problematizando o próprio processo de trabalho, mobilizando a incorporação dos trabalhadores como atores identificados com as necessidades de criação e modificação no cenário da saúde (BRASIL, 2009; OLIVEIRA; GUARESCHI, 2010).

Entre as estratégias para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde está a expansão ou a implantação de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e de Residências Integradas em Saúde. Essas modalidades de pós-graduação *lato sensu* destinam-se aos profissionais de saúde, com educação em serviço, na lógica da interdisciplinaridade, visando à integralidade da atenção à saúde dos usuários (BRASIL, 2009; MARTINS et al., 2010).

A maioria desses programas se desenvolve em centros urbanos onde se localizam as instituições de ensino, fato que dificulta a capacitação de profissionais para atuarem em áreas não urbanas. Sendo assim, no ano de 2011, a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta destaca o eixo da educação permanente como sendo um dos princípios norteadores da elaboração de planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para essa população. Propondo-se estratégias que, juntamente com a educação popular, contemplem as equipes de saúde da família e dos demais serviços do SUS, integração entre saberes e práticas de cuidado, desenvolvimento de pesquisas e projetos de extensão e o controle social que atenda às especificidades dessas populações (BRASIL, 2011).

Apesar dos avanços em relação às iniciativas de qualificação permanente no âmbito do SUS em seus diversos territórios, um dos desafios a ser enfrentado é o de propiciar aos trabalhadores ferramentas para uma prática reflexiva-crítica que lhes possibilitem intervir no contexto sociocultural e político em que os serviços de saúde estão imersos, extrapolando, assim, o modelo clínico-assistencial de atuação (MORETTI-PIRES, 2012).

Para assumir essa postura crítica-reflexiva, Mattos (2008) considera a exigência de uma atitude de recusa ao conformismo e à resignação diante de características da realidade

que aparentemente estão dadas, o que implica, por sua vez, apreender as possibilidades de transformação contidas nessa realidade, dispondo-se a lutar por alternativas de superação.

Neste sentido, este estudo analisou a contribuição da experiência interdisciplinar de educação popular nas práticas de saúde no campo, em um assentamento do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, para a formação de residentes de três programas de residência multiprofissional em saúde.

Procedimentos metodológicos

O estudo foi de abordagem qualitativa por possibilitar explicar em profundidade o significado e as características dos resultados obtidos; descrever a complexidade de problemas e hipóteses; compreender e classificar determinados processos sociais; oferecer contribuições no processo das mudanças, criação ou formação de opiniões de determinados grupos e interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos. Além disso, permite um processo de reflexão e análise de um determinado fato, objeto, grupo de pessoas ou ator social e fenômenos da realidade em seu contexto histórico (OLIVEIRA, 2007).

Essa abordagem é compatível com o desenho do estudo de caso, à medida que se propõe investigar uma unidade contextualizada, delimitada no espaço e tempo e retratada a partir da experiência no projeto de extensão "A residência no campo: uma experiência junto ao MST", desenvolvido como parte da formação de residentes multiprofissionais em saúde de três instituições de ensino de Pernambuco (UPE, 2012; YIN, 2001; VENTURA, 2007).

Estudar a implantação e as práticas do projeto favoreceu o aprofundamento do que se desejou investigar no período de um ano (período de realização do projeto) e possibilitou explorar o tema e a experiência na formação

profissional, sobre os quais se dispõem de poucas informações publicadas e cujos resultados deste estudo poderão ser desdobrados em outros e orientar a tomada de decisões nos programas de residência multiprofissional.

Os dados foram obtidos por estudo documental e grupo focal. Para Oliveira (2007), a pesquisa documental se assemelha à pesquisa bibliográfica, diferenciando-se desta apenas por analisar documentos que não receberam nenhum tratamento científico, ou seja, são fontes primárias. O grupo focal é um método de abordagem grupal que valoriza a comunicação entre os participantes a fim de gerar dados. Optou-se por esse método, por reconhecer que os processos grupais podem ajudar as pessoas a explorar sua compreensão a respeito de algo que seria menos acessível em entrevistas individuais, pois, segundo Kitzinger (2009, p. 34), no grupo focal:

A variedade de comunicação é útil porque o conhecimento e as atitudes das pessoas não estão encapsuladas em respostas racionais e perguntas diretas. As formas cotidianas de comunicação podem mostrar tanto sobre o que as pessoas sabem ou experimentam ou até mais. Nesse sentido, os grupos focais alcançam os elementos que outros métodos não conseguem alcançar, revelando dimensões da compreensão que comumente permanecem despercebidas por outras formas de coleta de dados.

Para o estudo documental foi utilizado o diário de campo individual da pesquisadora; o plano de desenvolvimento do assentamento em questão; o documento que descreve o projeto de extensão “A residência no campo: uma experiência junto ao MST” e os Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) fornecidos pelas coordenações de três Programas de Residência Multiprofissional integrantes do referido projeto de extensão. São esses, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal

de Pernambuco (UFPE) e da Universidade de Pernambuco (UPE) e a Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UPE.

Para o grupo focal, foram convidados os dezesseis residentes da equipe do projeto que participaram de pelo menos duas das cinco etapas do projeto e/ou de, no mínimo, duas atividades no assentamento. Oito desses residentes justificaram a ausência por motivos pessoais e profissionais. O grupo aconteceu, então, com oito residentes, os quais receberam nomes fictícios na apresentação dos resultados.

Para a análise dos dados, foi utilizada como técnica a análise de conteúdo por ser um método que, na abordagem qualitativa, observa a presença ou a ausência de uma dada característica de conteúdo num determinado fragmento do texto. É uma técnica que trabalha com a palavra, permitindo, de forma prática e objetiva, produzir inferências do conteúdo da comunicação de um texto replicáveis ao seu contexto social. Na análise de conteúdo, o pesquisador busca categorizar as unidades de texto (palavras ou frases) que se repetem, inferindo uma expressão que as representem (CAREGNATO; MUTTI, 2006).

O processo de análise do grupo focal realizou-se por identificação dos conteúdos mais frequentes nas falas dos participantes e agrupados em cinco categorias: saúde do campo, MST, conceito ampliado de saúde, interdisciplinaridade e formação em saúde. A partir dessa primeira análise, agruparam-se os resultados em três blocos temáticos: representação da experiência para a formação dos residentes, correlação entre as práticas de saúde do campo e da cidade e repercussão do projeto para Programas de Residência.

Na análise dos PPP dos cursos, buscou-se identificar: os fundamentos pedagógicos orientadores dos programas; qual quadro de atividades estaria programado para a formação do residente; de que forma estariam ou não previstas práticas em redes de saúde

para além das que estão postas na cidade.

No momento do grupo focal, o/as residente/s assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias. O TCLE apresentava objetivos e metodologia da pesquisa, garantia de sigilo em relação à identificação dos participantes e respeito à fidedignidade dos resultados para elaboração de artigo, além de outros esclarecimentos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPE, com o CAAE nº 20934413.8.0000.5208.

Resultados e Discussão

Inicialmente, para contextualização dos resultados e da discussão, serão caracterizados o grupo e a ação de extensão em análise e, em seguida, a compreensão desse processo vivencial será relacionada com a proposta de formação trazida pelos Programas de Residência envolvidos.

Caracterização do grupo e da ação de extensão

Dos oito participantes do grupo focal, três (3) eram do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (UPE); dois (2), da Residência em Saúde da Família da UPE; e três (3), da Residência em Saúde da Família da UFPE. Apenas um participante do sexo masculino; cinco terapeutas ocupacionais, duas psicólogas e uma fisioterapeuta.

Em relação à trajetória pessoal, política e de formação dos participantes, com exceção de uma residente, todos integraram o movimento estudantil durante a graduação, cinco se referiram a alguma vivência com o MST antes do envolvimento no projeto de extensão e seis eram membros do Coletivo Pernambucano de Residentes. Outras experiências citadas como

relevantes pelo grupo foram: projetos e pesquisas em saúde, grupo de estudos em educação popular, Estágio Interdisciplinar de Vivência (EIV), Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS (VerSUS), Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde-PE (ANEPS-PE), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Frente de Luta Antimanicomial, Frente Pernambucana sobre Drogas e Direitos Humanos, Movimento dos Trabalhadores Sem Teto e Fórum Nacional de Residentes.

A caracterização do grupo destaca o engajamento em atividades de participação popular e organização coletiva que assinalam uma necessidade de extrapolar as práticas acadêmicas vigentes no modelo hegemônico de formação em saúde. Possivelmente, foi esse perfil que impulsionou o grupo a propor o projeto de extensão interinstitucional, desenvolvido pela parceria entre a UFPE e a UPE com o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra.

O projeto de extensão foi coordenado por uma tutora acadêmica (docente) de cada Universidade. Após formalização como ação de extensão, o projeto passou a ser atividade complementar da carga horária semanal obrigatória, de 60 horas, nos três Programas de Residência³. O projeto teve duração de um ano (2012-2013) e, além dos residentes dos programas proponentes, contou com a participação de: dois residentes de Saúde Coletiva (Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães), um graduando de Engenharia Florestal (UFRPE), uma graduanda de Psicologia (UFPE), representantes da associação de moradores do assentamento e a dirigente do setor saúde do MST-PE, totalizando 21 pessoas na equipe executora.

O projeto estruturou-se em cinco etapas: 1) Formação junto ao MST e na perspectiva da Educação Popular – transversal

3. Respectivamente: Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (UFPE 2012); Projeto de Curso de Pós-Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família na Modalidade de Residência Multiprofissional Integrada (UPE 2012?a); Projeto de Curso de Pós-Graduação Lato Sensu - Residência Multiprofissional em Saúde (UPE [2012?]b).

a toda prática do projeto; 2) Diagnóstico Rural Participativo – DRP; 3) Avaliação e Planejamento; 4) Desenvolvimento das ações; 5) Avaliação e elaboração de relatórios (UPE, 2012). Com essas etapas, objetivou-se:

- a. Compreender, analisar e refletir o processo saúde-doença dos trabalhadores do assentamento rural ligado ao MST;
- b. Vivenciar outra forma de organização social, considerando a cultura, a história de vida e os costumes dos sujeitos que a compõe, articulando com a Estratégia de Saúde da Família e com os gestores locais as formas de atenção à saúde dessa população;
- c. Construir conjuntamente com a população a implantação de ações de saúde mais significativas e efetivas;
- d. Aproximar a prática interdisciplinar entre os residentes dos distintos programas; além de incentivar o processo de interiorização das Residências em saúde, como está previsto na Política Integral de Atenção à Saúde dos Povos do Campo e da Floresta.

Desde o início, o grupo organizou-se da seguinte forma: a) reuniões semanais para planejamento, avaliação e estudo de temas pertinentes às ações e aos objetivos, tendo buscado conhecimentos de educação popular, Diagnóstico Rural Participativo, política de saúde no campo, plantas medicinais e fitoterápicos, doenças negligenciadas, agroecologia, agricultura familiar e outros; b) desenvolvimento das ações e convivência com os assentados quinzenalmente (equipes passavam o final de semana no assentamento); c) constante articulação com a representação do setor saúde do MST-PE e da associação de moradores

do assentamento para acordar as ações e a logística de compra de materiais, mobilização dos assentados, espaços para as atividades, alojamento e alimentação da equipe. A opção por esse formato organizativo foi mantida com disciplina pela equipe até o final do projeto, por reconhecer o caráter essencial da participação de todos os envolvidos na identificação das prioridades, no compartilhamento de responsabilidades e na tomada de decisão que pudesse representar realmente uma construção coletiva⁴.

O projeto foi desenvolvido no Assentamento Jaboatãozinho, localizado no município de Moreno-PE, a 42km da capital, sede dos Programas de Residência. No assentamento, residem 72 famílias, distribuídas em parcelas de seis hectares, totalizando, aproximadamente, 400 pessoas, de diversas faixas etárias (UPE, 2013).

Durante o processo de territorialização e pela análise do Plano de Desenvolvimento do Assentamento, foi identificado que o Jaboatãozinho existe há 16 anos e conta, atualmente, com os seguintes equipamentos sociais e serviços: uma escola pública municipal de ensino fundamental; transporte escolar para alunos que frequentam a escola na cidade mais próxima; uma associação de moradores; uma igreja evangélica; um campo de futebol e um telefone público. O assentamento é área adscrita de uma Unidade de Saúde da Família localizada a 4km, em uma cidade vizinha, com apenas uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) responsável pelo acompanhamento das famílias assentadas. Considerando a grande extensão territorial e a distância entre as parcelas, as condições dificultam, por exemplo, o número de visitas por turno de trabalho (UPE, 2013).

Para subsistência e comercialização, as famílias assentadas produzem cana-de-açúcar e frutas variadas (acerola, coco, maracujá, goiaba etc.), além disso, desenvolvem pequenas

4. Dados retirados do Diário de Campo da pesquisadora e das relatorias produzidas ao longo do projeto.

criações de bovinos, aves e caprinos. No entanto, a atividade agrícola não é a principal fonte de renda para a maioria, uma vez que muitos possuem uma segunda atividade no setor da construção civil, empregos públicos ou mesmo trabalhos sazonais nas épocas de moagem da cana-de-açúcar.

A partir da análise de dados de saúde, com base nas Fichas A da ACS e nos relatos dos assentados, foi possível conhecer o perfil epidemiológico da população, que apresentava, com maior frequência, hipertensão, diabetes, alcoolismo, leishmaniose, filariose e um caso de suicídio por ingestão de agrotóxico.

Nesse sentido, corrobora-se com as palavras de Cotta e colaboradores (2007, p. 282), quando apontam que

só se cuida adequadamente daquilo que se conhece, do contrário, as ações não passam de esquemas aprendidos na academia e reproduzidos de modo completamente acrítico e desvinculado das necessidades das pessoas.

Com base nessa afirmação, destaca-se a importância do processo de territorialização para que o planejamento em saúde seja efetivo e de acordo com as necessidades reais de vida daquela população.

Representação da experiência para a formação dos residentes

Durante o desenvolvimento do projeto, foi possível vivenciar e conhecer algumas questões centrais acerca da saúde no campo e da organicidade do MST; fortalecer o trabalho em equipe; e experimentar a autonomia e o poder de criação no processo de cuidado com base na realidade, aspectos estes trazidos pelas falas do grupo ao refletir sobre a representação da experiência para sua formação como trabalhador do SUS, como pode ser observado nos trechos a seguir:

É algo tão velado a saúde do campo ou a própria necessidade de olhar pro campo, acho que isso é a primeira coisa, o enxergar o campo. Depois, me ver como potencial de estar em movimentos sociais e não só simpatizar. Enxergar também saúde de outra forma. Veio a prática muito forte do olhar ampliado de saúde, acho que são esses três pontos. (Atá).

A possibilidade de se identificar com aquela população, de sair da minha posição de classe social da universidade [...] o fato de a gente se deslocar, dormir, comer o que eles comem, fazer o que eles fazem, me ressignificou muitos valores. (Terra).

Quanto ao movimento em si, eu não enxergo com os olhos da mídia, tanto que eu não criei resistência de ir, eu acho que se eu tivesse muito fechada pela mídia eu nem teria chegado, não teria me permitido, mas assim, hoje é uma outra realidade né? Eu enxergo de uma outra forma a questão do movimento, da organização, a questão da luta mesmo. (Ybitu).

Nesse grupo a gente conseguiu pensar muito em conjunto e a gente também tava colocando muito dos sonhos da gente, das vontades da gente, do que a gente não consegue fazer na residência naqueles horários fechadinhos, mas conseguimos no plantão desenhar mesmo o formato que a gente tava idealizando. (Fogo).

Foi uma coisa muito construída a partir da nossa experiência, do nosso compromisso, da nossa vontade ao analisar aquela realidade. Tivemos de pensar soluções pra ela de forma criativa, de forma coletiva, de forma interdisciplinar, a partir do conceito ampliado de saúde, promoção da saúde, pensar os determinantes sociais e a integralidade do cuidado, a participação social, empoderamento. E aí a possibilidade de criar, de transformar os nossos sonhos, aquilo que a gente acreditava, de ideal, de valores, em realidade. Então foi espaço real de experimentação do trabalhador que a gente quer ser. (Ar).

A discussão sobre a ampliação do conceito de saúde, no qual o processo saúde doença é dependente de determinantes sociais,

econômicos, culturais, políticos e ambientais, inscreve-se no campo das políticas desde a VIII Conferência Nacional de Saúde e foi ratificada na Constituição Federal de 1988 como sendo um direito universal e dever do Estado. O SUS, emergente desse contexto, veio contrapor-se à visão de saúde como mercadoria e, desde então, mobiliza esforços para construir e implementar políticas de saúde que contemplem as especificidades loco-regionais de todo território brasileiro (BRASIL, 2011). O projeto, como evidenciado pelas falas dos participantes, permitiu a compreensão e a possibilidade de concretizar o SUS nessa perspectiva.

Entre os desafios enfrentados para consolidação de um sistema de saúde universal, equânime e integral, estava a elaboração de políticas e ações em saúde voltadas para o campo e a floresta que levassem em conta a diversidade e as dinâmicas próprias desses espaços: diferentes sujeitos sociais, mobilidades populacionais, relações sociais, modos de produção, aspectos culturais e ambientais, formas de organização dos assentamentos, acampamentos, aldeias indígenas, comunidades quilombolas, ribeirinhas etc. (BRASIL, 2011).

A década de 1990 e o início do século XXI são marcados por intensa movimentação no campo e na floresta com as ações de diversos movimentos sociais, entre eles o MST, que lutaram, não só pelo acesso a terra, mas pela superação da histórica desigualdade de acesso aos direitos sociais, incluindo a saúde (BRASIL, 2011). Com relação ao setor saúde, o MST valoriza a organização e a mobilização coletiva como estratégia de promoção da saúde, de autocuidado e de resgate das práticas da medicina popular, em especial o uso de plantas medicinais como elementos-chave na construção de outro modelo de atenção à saúde em oposição ao modelo biomédico-hospitalocêntrico (SANTOS, 2011).

Foram centrais para o desdobramento do projeto e para a formação dos residentes, dois

momentos em especial: a) as duas formações (julho de 2012 e março de 2013) sobre a organicidade do MST nacional e estadual, nas quais se abordou a conjuntura agrária no Brasil e em Pernambuco, com resgate histórico da construção do movimento, seus princípios e suas bandeiras de luta – entre elas a saúde pública; b) o processo de territorialização e diagnóstico das condições de saúde, organização entre os assentados e principais prioridades daquela população, tendo sido etapa fundamental também para o estabelecimento do vínculo e da parceria que ali se iniciavam. A partir de toda a complexidade emergente do encontro com o movimento social e com a realidade do assentamento, o grupo foi convidado a (re)pensar os modos até então aprendidos de “fazer” saúde. Estava posto o desafio de construir práticas de saúde com base na realidade do campo, e em particular de um assentamento, desconhecida pela maioria dos profissionais que são formados para atender às necessidades das populações urbanas.

Diante desse contexto, a educação popular em saúde, inspirada na proposta pedagógica de Paulo Freire, foi o caminho teórico-metodológico escolhido pelo grupo por se tratar de uma prática que visa ao desenvolvimento da tomada de consciência, contribuindo tanto para a transição da consciência ingênua para a consciência crítica quanto para a conscientização da práxis dos sujeitos – entendida como uma ação política e transformadora na qual teoria e prática representam polos inseparáveis.

Embora não haja um método prescritivo a seguir, permitindo com isso o desenvolvimento da criatividade no enfrentamento dos problemas de saúde encontrados nas diversas realidades, a educação popular aponta alguns princípios direcionadores, entre os quais: saber ouvir, desmontar a visão mágica, aprender e estar com o outro, assumir a ingenuidade dos educandos e viver pacientemente impaciente (CECCIM, 2007; SANTORUM; CESTARI, 2011;

SANT'ANNA; HENNINGTON, 2011).

Correlação entre as práticas de saúde do campo e da cidade

Considerando o potencial pedagógico de toda organização e do funcionamento do projeto, investigou-se a correlação entre as práticas – campo e cidade – que se deram simultaneamente durante um ano no contexto de educação permanente em que se inserem os programas de residência. Sobre esse ponto, o grupo refletiu principalmente acerca da contribuição do projeto na ampliação do conceito e das práticas de saúde, valorização do vínculo na relação do cuidado, promoção da saúde e educação popular, como é possível observar nos relatos abaixo:

O viver foi o próprio fazer saúde. O que teve de mais forte foi o conversar, o estar lá, o conviver [...] o fato de dormirmos nas casas e poder conversar sobre o filme que assisti na TV, agrotóxico, cultivo de frutas, alimentação e perceber que isso também é saúde. Não se faz saúde apenas a partir de uma atividade programada. (Fogo).

Destaco os momentos de estudo sobre educação popular e o quanto isso influenciava nas práticas nos grupos, nas visitas, nos repasses durante as reuniões, na escolha dos estágios, refletir sobre o próprio adoecimento em uma sociedade opressora. (Aire).

No projeto, a gente funcionou muito no modelo transdisciplinar, mas era difícil fazer esse tipo de comparação com as práticas aqui porque no projeto a gente funcionava com uma autonomia muito diferente da que a residência apresenta. (Fuego).

Não é só levar um pouquinho de saúde pra lá e manter as mesmas práticas hegemônicas que não dão certo nem pra cidade nem pra o campo. A nossa presença no assentamento provocou um pouco a reflexão sobre a saúde para além do adoecimento e sim promoção de vida [...] viver e produzir aquela educação popular pra mim fez total sentido e poder

vivenciar isso na residência foi fundamental porque eu não me via fazendo isso na Atenção Básica aqui. (Terra).

Para o projeto eu estudei coisas que me deram condições de abordar isso nos lugares onde eu trabalhava, com outros profissionais, com os usuários, mas sinto que pouco consegui trazer da prática do campo para a cidade pela rigidez que aqui existe, de como a cidade vê saúde. (Fuego).

A coisa mais importante do projeto pra mim foi isso de pensar o conceito ampliado de saúde, determinação social, participação popular, nada disso a gente fez na residência – na cidade. O fato de ficar nas casas, de viver a rotina, de viver o cotidiano dessas pessoas por dentro e não por fora e isso fazia a gente ver as pessoas das comunidades daqui também de forma diferente. Quando a gente pensa em cuidado, é fundamental a construção de outro tipo de relação, horizontal, de respeito e isso a gente viveu no projeto e conseguiu trazer um pouco pra as comunidades aqui. Uma relação humana de fato, né? (Ar).

Os relatos acima remetem a Merhy (2007), quando destaca que o trabalho em saúde, cuja ação intencional é marcada pela busca da produção de cuidados – bens e produtos – que satisfaçam necessidades, seja do usuário, do trabalhador ou do serviço, é centrado no “trabalho vivo em ato” permanente e possuidor de tecnologias de ação que se configuram em processos de intervenção em ato que operam como relações, encontros de subjetividades e que se mantêm além dos saberes tecnológicos estruturados.

Ainda segundo Merhy (2007), essas tecnologias de saúde são configuradas a partir do arranjo entre dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde e classificadas em: leves, leveduras e duras. Com base nessa classificação, observa-se, pela fala dos atores, que no projeto de extensão houve predominância no uso de tecnologias leves, uma vez que estas dizem respeito a aspectos interrelacionais, produção

de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão do processo de trabalho, já que o grupo se propôs a construir relações horizontais e dialógicas – com respeito à autonomia dos sujeitos e incentivo à organização coletiva para enfrentamento das condições adversas à saúde – e, sobretudo, a criar novos modos de cuidado por meio da (re)significação das práticas até então construídas.

Nesse bojo, a promoção da saúde se constituiu ferramenta na produção das relações construídas com essa população, visando ao enfrentamento de situações de vulnerabilidade no processo do cuidado à saúde, além de ter estimulado os residentes a refletirem sobre as diferenças culturais e atuarem na perspectiva de um cuidado humanizado, crítico, reflexivo e voltado para a formação do homem integral e autônomo (SANT'ANNA; HENNINGTON, 2011).

Assim, as práticas produzidas no assentamento serviram para corroborar com a proposta trazida pelos programas de residência multiprofissionais em saúde, quando se propõem a cumprir dois objetivos maiores: qualificar a formação de profissionais da saúde e contribuir para que mudanças significativas e condizentes com os princípios do SUS aconteçam no cenário da assistência nos diferentes espaços do cuidado em saúde (MARTINS et al., 2010).

Reforçam também a proposta da educação permanente – alicerce dos programas de residência em saúde – quando defendem uma aprendizagem significativa e sugerem que a transformação das práticas profissionais esteja fundamentada na reflexão crítica sobre os contextos reais – social, econômico, cultural e político – de profissionais reais em ação na complexidade das redes e serviços. Configuram-se, portanto, no encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e dos processos

de trabalho (BRASIL, 2004).

Repercussão do projeto de extensão para os três programas de residência

Com base na análise dos Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) das três residências aos quais os residentes estavam vinculados, observou-se que o Programa de Residência em Saúde da Família da UPE aposta na diversidade de experiências e de modelos de formação, que possa dar conta das diferentes realidades do estado e dos municípios, incluindo estágios interiorizados e realizados com populações específicas como assentamentos rurais, populações indígenas e quilombolas. Prevê em seu cronograma de módulos/estágios abordagem sobre a saúde da família e políticas de saúde, educação popular em saúde e mobilização comunitária. Assim, o referido programa apresentou maior facilidade para considerar o projeto de extensão como complementação da carga horária dos residentes, entendendo a potencialidade desse espaço para a formação dos mesmos.

Observou-se que, no Programa de Saúde Mental, também da UPE, os residentes encontraram certa resistência para que seus plantões fossem validados por meio das atividades do projeto, pois no PPP, o detalhamento dos campos de prática concentra as atividades na rede de saúde mental (CAPS, NASF, Consultório de Rua) e estágio optativo em serviços e programas da rede de saúde.

Mesmo já estando previsto no PPP os estágios em comunidades diferentes (indígena, quilombola e rural), isso era muito solto. Então a nossa contribuição foi despertar para a possibilidade. O programa deve entender que a nossa formação precisa ser também de organização política, pela mobilização de parceiros, pela construção de redes e não somente pela mão de obra que exercemos, de cumprir carga horária. (Fuego).

Houve sim uma mudança [...], outros residentes

solicitaram auxílio para elaboração de projetos e isso é algo positivo quando se observa também a coordenação sentando junto com os residentes para elaborar esses projetos e incentivando, garantindo a possibilidade de que os plantões sejam cumpridos em outros locais. (Fogo).

Foi importante para relação de confiança com a tutoria e provocou também outros residentes nesse protagonismo de criar. (Terra).

Já o Programa de Saúde da Família da UFPE, tem como um de seus objetivos proporcionar a prática reflexiva do profissional como agente transformador do processo de trabalho e da realidade social, e desenvolve seu modelo pedagógico em sintonia com o fortalecimento da atenção primária, que se dará por meio das mudanças no agir e pensar a saúde loco-regional. O programa toma por base as metodologias ativas, alicerçadas no princípio da autonomia, em que o residente possa ser capaz de autogerenciar e autogovernar o seu processo de aprendizagem. Mas, essa compreensão é pouco traduzida nas atividades do programa e apesar de o projeto ter sido aprovado e reconhecido em Colegiado, manteve-se como paralelo às atividades formais definidas no perfil curricular. Embora essa primeira experiência de extensão para complementação da carga horária do programa tenha incentivado a criação de outros projetos de extensão pelos residentes da turma seguinte, foi avaliado que o projeto teve pouca interferência na lógica de formação já prevista pelo programa da UFPE.

O que eu senti, o que eu vivi, garanto que foi um divisor de águas da minha reflexão enquanto profissional, mas primeiramente enquanto pessoa mesmo. Trouxe muito pra residência, me ajudou muito, enriqueceu muito minha prática. Embora, ache que o espaço que o projeto teve na residência, foi mínimo. (Aire).

Eu acho que a gente não conseguiu trazer essa reflexão pra dentro da Residência, pra

Residência pensar o que a gente tava fazendo, a Residência não pensou o que a gente tava fazendo. O projeto foi muito transformador para quem estava envolvido nele, mas eu acho que a gente não conseguiu fazer com que ele transformasse o programa. Funcionamos de forma paralela à residência. (Ar).

Fortaleceu o programa, por exemplo, pra a pessoa que tem representação na COREMU dizer: deu certo o projeto com o MST e porque que isso não pode ser regulamentado numa residência que é da atenção básica? Porque não pensar a saúde na atenção básica no campo, com os povos indígenas? Eu acho que fortaleceu a coisa da possibilidade dentro do programa. (Atá).

Entretanto, a partir desses resultados, não se pretende gerar comparações entre as linhas pedagógicas adotadas por cada um dos programas, mas sim acrescentar elementos no campo da reflexão acerca da formação permanente em saúde. Apesar das singularidades dos programas, alguns eixos comuns, além dos princípios e diretrizes do SUS, parecem orientá-los com relação ao aspecto pedagógico dos cursos. Destacamos alguns desses pontos a seguir (SANTOS, 2010):

- a. utilizar cenários de educação em serviço representativos da realidade socioepidemiológica brasileira;
- b. adotar uma concepção ampliada de saúde que abarque a diversidade;
- c. valer-se de abordagem pedagógica que considere os atores envolvidos como sujeitos sociais ativamente implicados no processo de ensino-aprendizagem-trabalho;
- d. utilizar recursos pedagógicos orientados pelo conhecimento das linhas de cuidado, garantindo uma formação integral e interdisciplinar, valorizando o trabalho em equipe.

Torna-se fundamental, portanto, que a elaboração do PPP, como determinação legal para o desenvolvimento dos programas, decorra de uma construção coletiva realizada de forma processual, imbuída de preceitos teóricos, filosóficos e políticos, que se materializam na prática pedagógica emancipatória. Considera-se que a experiência com esse projeto, mesmo que não organicamente intrínseca aos programas, possibilitou aos seus participantes vivenciar o ideal contido nesses eixos – e que são preciosos ao SUS – como a integralidade, a clínica ampliada, a interdisciplinaridade e a ação engajada dos seus profissionais com a população e os serviços.

Considerações finais

A intencionalidade transformadora assumida pelo grupo desde a idealização do projeto de extensão, sem dúvida, garantiu sua continuidade e seu fortalecimento durante todo o percurso das atividades e da formação dos residentes envolvidos. O perfil dos participantes reforça a característica de ter sido um grupo implicado com a teoria/prática do SUS, da educação popular, da participação social, da promoção da saúde e, acima de tudo, com sua função de efetivar uma política de saúde “com” as diferentes populações imersas em suas complexidades.

Dessa maneira, alguns pontos foram relevantes em relação à experiência no projeto como a contribuição para formação integral dos residentes – individual e profissional; o estímulo para engajamento em movimentos sociais; a reflexão-crítica sobre as práticas de saúde; o despertar para o potencial criativo e autônomo do trabalhador, impulsionando a criação de

outros projetos de extensão, por outras turmas de residentes, nos programas envolvidos.

Seguindo as intenções de uma política voltada para o aprimoramento do cuidado em saúde, percebe-se que os referidos programas de residência têm caminhado na direção de possibilitar que o residente seja agente ativo no seu processo de formação. Embora o grupo tenha apontado algumas dificuldades em estabelecer relações mais efetivas com os programas, certamente a experiência serviu de inspiração para que outros residentes e docentes também se insiram na dinâmica pedagógica que caracteriza a formação em serviço e, dessa forma, provoquem mudanças mais concretas no formato desenhado pelos PPP.

Faz-se necessário, portanto, garantir ao trabalhador espaços possíveis de produção do cuidado nos quais o aprendizado seja ascendente das diferenças culturais e atuem na perspectiva de uma educação humanizadora, crítica, reflexiva e voltada para a formação integral, autônoma e comprometida com a efetivação do SUS.

A experiência advinda do projeto e a reflexão a partir dos autores estudados nos leva a concordar que a educação popular é uma possibilidade pedagógica potencial para os programas de residência por se fundamentar na solidária vivência do aprender-a-saber com o outro, onde se prioriza a dialogicidade e partilha de saberes. Pois, acredita-se que havendo uma formação libertadora e emancipatória, os trabalhadores serão capazes de transpor esse aprendizado para suas práticas por meio da construção de relações verdadeiramente democráticas e horizontais a favor de que todos sejam sujeitos ativos na construção do cuidado em saúde.

Referências

ARAÚJO, D. et al. Formação de profissionais de saúde na perspectiva da integralidade. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, Supl.1, p. 20-31, jun. 2007.

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

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.996/GM/MS, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011.

CAREGNATO, R. C. A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. **Rev. Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 679-684, out./dez. 2006.

CARVALHO, B. G. et al. Movimentos, encontros e desencontros da produção da residência multiprofissional em saúde da família. In: **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

CECCIM, R. B. Pacientes impacientes: Paulo Freire. In: **Caderno de Educação Popular e Saúde**: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

COTTA, R. M. M. et al. Pobreza, injustiça e desigualdade social: repensando a formação de profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

KITZINGER, J. Grupos focais. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

MARTINS, A. R. et al. Residência multiprofissional em saúde: o que há de novo naquilo que já está posto. In: FAJARDO, A. N. P. et al (Org.). **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

MATTOS, R. A. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas com base na defesa de alguns valores. In: MATTA, G. C.; LIMA, J. C. F. **Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007.

MORETTI-PIRES, R. O. O Pensamento freireano como superação de desafios do ensino para o SUS. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 255-263, 2012.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

OLIVEIRA, C. F.; GUARESCHI, N. M. F. Formação de profissionais para o SUS: há brechas nas novas formas de conhecimento? In: FAJARDO, A. N. P. et al. (Org.) **Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco. **Projeto Político Pedagógico do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Recife: UFPE, 2012. [Aprovado pelo Colegiado do curso em reunião realizada no dia 23 de outubro de 2012].

_____. **Projeto de extensão a residência no campo: uma experiência com o MST**. Recife: UPE/Coordenação de Saúde da Família/Faculdade de Medicina, 2012.

_____. Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa Coordenadoria Geral de Pós-Graduação. **Projeto de Curso de Pós-Graduação Lato Sensu - Especialização em Saúde da Família na Modalidade de Residência Multiprofissional Integrada**. Recife: UPE/Faculdade de Ciências Médicas, [2012?] a.

_____. Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa Coordenadoria Geral de Pós-Graduação. **Projeto de Curso de Pós-Graduação Lato Sensu - Residência Multiprofissional em Saúde**. Recife: UPE/Faculdade de Ciências Médicas, [2012?]b.

_____. Coordenação Geral de Extensão e Cultura. **Relatório Final 2013**. Recife: UPE, 2013.

SANTOS, F. A. **Análise crítica dos projetos político-pedagógicos de dois programas de residência multiprofissional em saúde da família**. 2010. 116f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, J. C. B. **Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem-Terra e as relações entre saúde, trabalho e ambiente em um assentamento rural no estado do Rio de Janeiro**. 2011. 155f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

SANT'ANNA, S. R.; HENNINGTON, E. A. Micropolítica do trabalho vivo em ato, ergologia e educação popular: proposição de um dispositivo de formação de trabalhadores da saúde. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl.1, p. 223-244, 2011.

SANTORUM, J. A.; CESTARI, M. E. A educação popular na práxis da formação para o SUS. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 223-240, jul./out. 2011

VENTURA, M. M. O estudo de caso como modalidade de pesquisa. **Rev. SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 383-386, set./out. 2007. Disponível em: < http://www.polo.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/o_estudo_de_caso_como_modalidade_de_pesquisa.pdf > Acesso em: 18 jan. 2014.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Submetido em 29 de maio de 2014.

Aprovado em 3 de agosto de 2014.