



**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA COMO
ESTRATÉGIA PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR**

**THE MULTIDISCIPLINARY RESIDENCY IN FAMILY HEALTH AS A STRATEGY
FOR THE OCCUPATIONAL HEALTH**

Leonardo Sales Lima*

Mestre em Ciências e Saúde/Universidade Federal do Piauí
Professor Assistente I da Universidade Estadual do Piauí
E-mail: theopix@yahoo.com.br
Teresina, Piauí, Brasil

*Endereço: Leonardo Sales Lima
Universidade estadual do Piauí - Rua João Cabral, 2231, Pirajá, Teresina/PI, 64002-150

Editora: Dra. Marlene Araújo de Carvalho

Artigo recebido em 05/12/2012. Última versão recebida em 20/12/2012. Aprovado em 21/12/2012.

Avaliado pelo sistema Triple Review: a) Desk Review pela Editora-Chefe; e b) Double Blind Review (avaliação cega por dois avaliadores da área).

RESUMO

Este artigo comenta a contribuição da estratégia da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Piauí (RMSF/UESPI) na diminuição dos tensionamentos ocasionados dentro do processo de trabalho em saúde, em especial na Estratégia Saúde da Família (ESF), promovendo, assim, a saúde dos trabalhadores dessa área. Por meio de uma revisão bibliográfica, reunimos importantes considerações a respeito da Educação Permanente em Saúde como desenho metodológico necessário para adequação dos processos de formação à política de saúde.

Palavras-chaves: residência multiprofissional; educação permanente; saúde do trabalhador.

ABSTRACT

This article discusses about the contribution of the strategy of the Multidisciplinary Residency in Family Health at the State University of Piauí decreasing the tension caused in the process of working in health, particularly in the Family Health Strategy, promoting, occupational health these area. Through a literature review together important considerations concerning the Permanent Education in Health and methodological design of the processes necessary for adequate training to health policy.

Keywords: multidisciplinary residency; permanent education; occupational health.

INTRODUÇÃO

Este artigo comenta a contribuição da estratégia da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Piauí (RMSF/UESPI) na diminuição dos tensionamentos ocasionados dentro do processo de trabalho em saúde, em especial na Estratégia Saúde da Família (ESF), promovendo, assim, a saúde dos trabalhadores dessa área. Por meio de uma revisão bibliográfica, reunimos importantes considerações a respeito da Educação Permanente em Saúde como desenho metodológico necessário para adequação dos processos de formação à política de saúde.

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

Para tanto, utilizamos a base de dados do SCIELO buscando artigos que tratam do tema proposto, a partir das palavras-chave: educação em saúde, sendo refinada para educação permanente em saúde, saúde do trabalhador, dentre outras, além do acesso ao acervo da Biblioteca Comunitária da Universidade Federal do Piauí.

No sentido de identificar elementos essenciais para esta discussão, inicialmente contextualizamos a formação de trabalhadores em saúde na perspectiva da política de saúde consubstanciada no SUS, evidenciando elementos inerentes ao processo de trabalho em saúde, à formação desses trabalhadores e os pressupostos fundamentais da EPS.

Finalmente, a articulação conceitual desses elementos serve de referencial para dialogar com a estratégia de Residência Multiprofissional em Saúde com base na experiência no estado do Piauí.

CONTEXTUALIZANDO A FORMAÇÃO PARA O SUS

Tratar da questão relativa à formação e ao desenvolvimento dos trabalhadores do SUS não é uma tarefa muito fácil, particularmente em uma perspectiva que aponte aspectos conceituais basais e estruturantes para a construção das políticas públicas na área e, ao mesmo

tempo, respeitando a dimensão histórica de todo o caminho já trilhado, contribuir para a tomada de decisão e ação política da gestão do processo de trabalho e de educação.

Para Campos (2000), o trabalho em saúde refere-se a um mundo próprio, complexo, diverso, criativo, dinâmico, em que cotidianamente usuários se apresentam portadores de algum problema de saúde e buscam junto aos trabalhadores que ali estão, resolvê-los. O momento do trabalho é ao mesmo tempo de encontro entre esse trabalhador e o usuário. E esse encontro é permeado pela dor, sofrimento, conhecimentos, saberes, experiências de vida, práticas assistenciais, subjetividades que afetam os sujeitos trabalhadores e usuários. Enfim, há um mundo complexo a ser pesquisado, principalmente e sobretudo, quando o objetivo é a produção do cuidado.

Este tema, que classicamente tem composto a agenda política da área de recursos humanos em saúde, tem sido discutido nas diversas Conferências Nacionais de Saúde realizadas no período pós-ditadura em nosso país e em conferências temáticas de Recursos Humanos, com base em vários questionamentos: o que orienta a formação? Quais as formas de continuidade? Quais os perfis necessários?

É nesse contexto democrático que o tema Recursos Humanos em Saúde ganha lugar de destaque nos espaços instituídos de participação social, como as Conferências e Conselhos de Saúde, ampliando sempre a possibilidade de organizações e processos característicos da democracia participativa.

Consideramos como pressuposto o pensamento de que o processo educativo do trabalhador, segundo Pereira; Ramos (2006), é engendrado nas relações sociais que ele estabelece com o mundo e, de modo mais amplo, o entendimento da sociedade como um lugar de criação do homem.

Os sujeitos se constituem nas relações entre o mundo epistemológico, o mundo do trabalho organizacional e o mundo da vida. A formação tem sido inadequada, em termos qualitativos e quantitativos, e frequentemente calcada na reprodução técnica e mecânica dos procedimentos aprendidos no cotidiano de trabalho. Desse modo, perde-se o potencial que uma formação ampla e qualificada teria de influir de maneira construtiva nas relações de trabalho e no atendimento à população, assim como na capacidade de pensar o cotidiano mais imediato, mas também o próprio sistema de saúde e o país no qual existe e trabalha. (PEREIRA; RAMOS, 2006).

Cecílio (2001) afirma que os trabalhadores de cada lugar executam certas tarefas, que se presume tenham sido previamente determinadas ou pactuadas entre eles, pois se busca uma sintonia entre o que uns fazem em determinado lugar, por exemplo, na recepção, e o que

os outros realizam em outros ambientes, muitas vezes reportando-se uns aos outros. Assim, percebe-se que há um relacionamento, no trabalho, entre todos os profissionais como o funcionamento de uma rede de conversas, mediada pelo trabalho.

É importante destacar, segundo Hoelfel; Dias; Silva (2007), que o SUS ainda não incorporou, de forma efetiva, em suas concepções, paradigmas e ações o lugar que o “trabalho” ocupa na vida dos indivíduos e suas relações com o espaço socioambiental; ou seja, o papel que o trabalho ocupa na determinação do processo saúde/doença, não apenas dos trabalhadores diretamente envolvidos nas atividades produtivas, mas também da população em geral e dos impactos ambientais que essas atividades produzem.

No sentido de contextualizar o problema tomado como preocupação – recursos humanos para a saúde – e dar ao problema uma formatação passível de análise, tomamos três aspectos determinantes e determinados pelos três mundos: o processo de trabalho em saúde, a formação de trabalhadores de saúde e a política de educação permanente para o SUS, referência política, teórica e metodológica para o desenvolvimento da Residência Multiprofissional em Saúde do Piauí.

O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

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

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

Além desse contexto apresentado, é importante considerar que todo o processo de trabalho em saúde está regido sob o modelo capitalista e guiado pelo paradigma da produtividade, da competitividade e da tecnologização. Heimann; Ibañes; Barbosa (2005) consideram que a Saúde Pública brasileira anda ainda muito atrasada e está pautada, principalmente, na venda de produtos e insumos, que no cuidado ao usuário do sistema, transformando o direito em possibilidade de acesso aos serviços (privados ou não) organizados pelo mercado, guiados pela racionalidade instrumental que alimenta a competitividade, a inovação tecnológica e a lucratividade.

No caso da saúde, conforme afirma Campos (1994), o trabalhador que faz a assistência, podendo ser o enfermeiro, médico, dentista, psicólogo, auxiliar ou técnico de enfermagem, entre muitos outros, são os produtores da saúde e nessa condição interagem com o consumidor (usuário), enquanto estão produzindo os procedimentos. Mais do que isso, esses serão consumidos pelo usuário no exato momento em que são produzidos.

Encontramos na Política Nacional de Saúde do Trabalhador (2005), que um modelo de atenção integral à saúde dos trabalhadores implica qualificar as práticas de saúde, envolvendo o atendimento dos acidentados do trabalho, dos trabalhadores doentes, das urgências e emergências, às ações de promoção e proteção da saúde e de vigilância, orientada por critérios imunológicos.

Para que isso ocorra de modo efetivo, exige-se uma abordagem interdisciplinar e a utilização de instrumentos, saberes, tecnologias originadas de diferentes áreas do conhecimento, colocados a serviço das necessidades dos trabalhadores.

Isso determina uma característica fundamental do trabalho em saúde, a de que ele é relacional, isto é, como é citado por Merhy (2002), acontece mediante a relação entre um trabalhador e o usuário, seja ele individual ou coletivo. Como exemplo, pode-se citar a consulta que só pode ser realizada quando o profissional de saúde está diante do usuário e, assim, com os demais atos produtores de procedimentos, tais como o curativo, a vacina, os diversos tipos de exames, atos cirúrgicos, reuniões de grupos, visitas domiciliares etc.

A FORMAÇÃO DE TRABALHADORES DE SAÚDE

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

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

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

Os diferentes formatos das experiências de aprendizagem materializam diversas propostas de educação e intervenção em saúde. O cenário atual apresenta singular complexidade, seja pela implementação das novas diretrizes curriculares dos cursos de graduação da saúde, seja pela busca intencional de pensar a transformação da educação superior em sintonia com o reordenamento das políticas públicas, que situam o Sistema Único de Saúde (SUS) como centralidade teórica, metodológica, política e social (FEUERWERKER, 1995).

Deve-se partir da afirmação de que os processos educativos em Saúde do Trabalhador são atos de produção de conhecimento sobre a realidade que se quer transformar. Considerando o Curso de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (2007), esses processos constituem-se a partir da interação humana e possuem um potencial emancipatório, quando exercitam a reflexão e a ação crítica sobre as situações de trabalho que geram adoecimento e morte.

A POLÍTICA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E AS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

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

âmbito do Movimento da Reforma Sanitária, reafirmada pelas Conferências de Saúde desde a 8ª Conferência Nacional da Saúde e nas Conferências temáticas.

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

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

Segundo Goulart (1998), para suprir algumas necessidades advindas com a criação do Programa Saúde da Família em 1993, o então departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, junto a atores do Movimento Sanitário, articularam-se formando grupos interessados em criar, reavivar e reinventar residências em saúde da família. A proposta, construída em um seminário, era criar um modelo de Residência Multiprofissional, no qual, embora fossem preservadas as especialidades de cada profissão envolvida, seria criada uma área comum, especialmente vinculada ao pensamento da “velha saúde pública”¹, acrescida de valores como a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento.

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

¹ Velha Saúde Pública termo coloquialmente utilizado para designar as funções tradicionais da saúde pública. Na ‘velha’ saúde pública, a educação em saúde tinha um único enfoque, o da prevenção de doenças. Fundamentalmente informado pelas tradições da biomedicina, o modelo preventivo de educação em saúde objetiva prevenir doenças. (OLIVEIRA, 2005)

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

A educação técnica, de graduação e pós-graduação, em saúde, geralmente, não está voltada para as necessidades de saúde da população e de organização do SUS. O enfoque é, geralmente, biologicista, centrado no procedimento e hospitalocêntrico. (...) Não há o entendimento de que todos os serviços de saúde, e não só os hospitais universitários, são e devem ser locais de ensino (...) (12ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003, 126)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada em 2005, trouxe grandes reflexões para a formação em saúde, dentre elas podemos citar o eixo Reestruturação da Formação em Saúde do Trabalhador e em Segurança no Trabalho e incentivo à capacitação e à educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da Política Nacional; Estabelecer referências curriculares para a formação de profissionais em Saúde do Trabalhador, de nível técnico e superior; Incluir conhecimentos básicos em Saúde do Trabalhador no currículo do ensino fundamental e médio da rede pública e privada, em especial nos cursos de formação profissional, assim como cursos para empreendedores; Incluir disciplinas em Saúde do Trabalhador, obedecendo aos interesses desta Política, no currículo de ensino superior, em especial nas carreiras de profissionais de saúde, engenharia e administração; Desenvolver um amplo programa de capacitação dos profissionais, para o

desenvolvimento das ações em segurança e saúde do trabalhador, abrangendo a promoção e vigilância da saúde, prevenção da doença, assistência e reabilitação, nos diversos espaços sociais onde essas ações ocorrem. Os trabalhadores e representantes dos movimentos sociais responsáveis pelo controle dessas ações também devem estar incluídos nos processos de educação continuada.

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

A formação, segundo Ceccim; Feuerwerker (2004), não pode tomar como referência apenas a busca eficiente de evidências ao diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas a busca do desenvolvimento de condições de atendimento às necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, redimensionando o desenvolvimento da autonomia das pessoas até a condição de influência na formulação de políticas do cuidado. A formação para a área de saúde deveria ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e estruturar-se a partir da problematização do processo de trabalho e sua capacidade de dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades em saúde das pessoas, dos coletivos e das populações.

Defende ainda como necessária e urgente a constituição de um movimento da sociedade por uma Reforma da Educação que expresse o atendimento dos interesses públicos no cumprimento das responsabilidades de formação acadêmico-científica, ética e humanista para o desempenho tecno-profissional. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

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

É nesse sentido que o DEGES tem como missão repensar os processos de formação e desenvolvimento de trabalhadores em saúde no Brasil (BRASIL, 2003c), apresentando a Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS, objetivando a integração

de ações de formação dos distintos atores de saúde com os processos de atenção, gestão e controle social (BRASIL, 2004).

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

O estabelecimento de financiamento regular para os Programas de Residências Multiprofissionais de Saúde no Brasil e o investimento na sua potencialidade pedagógica e política têm por objetivo possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho técnico-assistencial do SUS (BRASIL, 2006).

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

Concomitante à regulamentação da Lei, o DEGES intensificou também um processo de socialização e discussão ampla sobre o tema, com a participação do Ministério da Educação (MEC) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, realizado pelo SGTES, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, em dezembro de 2005, contou com mais de 150 participantes, representados por gestores, controle social, executivas de cursos da área da saúde, residentes e coordenadores de programas de RMS. O Seminário teve como objetivo iniciar o processo de reflexão e debate, partindo do relato das experiências dos programas já financiados pelo Ministério da Saúde, avançando na obtenção de subsídios dentro dos seguintes temas (BRASIL, 2006):

- estratégias para a construção da multidisciplinaridade visando atender ao preceito constitucional da integralidade;
- construção de diretrizes nacionais para a residência multiprofissional em saúde;
- composição da CNRMS, com representações, números de integrantes, acompanhamento e avaliação;

- e a criação do Sistema Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SNRMS), que permitirá o registro das instituições, dos programas e dos profissionais residentes, bem como a gestão do sistema.

Após este seminário, vários seminários regionais foram realizados buscando compreender a realidade de cada programa de residência e definir como seria oficializada a composição da CNRMS. Em agosto de 2006, com mais de 200 participantes, acontece o 2º Seminário Nacional das RMS que teve como principal objetivo definir a composição da CNRMS.

Em meados do ano de 2008, as residências são convidadas para participarem do 3º Seminário Nacional que teve a função de traçar as diretrizes para o funcionamento da Comissão Nacional, além de aprimorar os conteúdos abordados na futura avaliação dos programas de residência.

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

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO PIAUÍ

Diante deste contexto apresentado, surge a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF/UESPI), realizada pela Universidade Estadual do Piauí / Faculdade de Ciências Médicas em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria Municipal de Saúde de Teresina.

Iniciada em julho de 2008, com o primeiro mês voltado para a preparação dos Tutores e Preceptores, a I Turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família vem se consolidando no cenário da formação para a Atenção Básica em Saúde no Município, em consonância ao que se preconiza na Estratégia de Educação Permanente. A atual inserção nas comunidades na Zona Leste do Município - após passarem pela Semana de Acolhimento, ao Introdutório, ao estudo das diretrizes do projeto político-pedagógico, e por fim a

“*familiarização*”² - tem demonstrado potencialidades que vêm acrescentando na dinâmica dos serviços de saúde e possibilitado uma troca formativa entre os profissionais. Através do Diagnóstico do Território, tem sido possível investigar o perfil demográfico, cultural e epidemiológico da população em parceria com as equipes, que redundará no planejamento das ações dos Residentes e das próprias equipes para o ano de 2009.

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

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

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Residências Multiprofissionais em Saúde surgem com o objetivo de sanar as dificuldades encontradas no processo de trabalho destes profissionais, aliadas ao suprimento de algumas necessidades advindas da formação em saúde. (BRASIL, 2006) Utilizando-se dos princípios da Educação Permanente em Saúde elas pretendem construir espaços de debate e articulação, oportunizando o conhecimento e o reconhecimento do valor de cada trabalhador na produção de ações de saúde e para construir novos significados para o trabalho de cada profissional.

Neste processo de mudanças, entendemos que a condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos

² Familiarização (Familiarizacion) refere-se ao termo usado por Maritza Montero (2006) ao processo de inserção do Psicólogo Comunitário no Território Social de Vivência da Comunidade. A teoria de Montero foi a base do processo de Territorialização da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Piauí.

seus conceitos é a inconformidade, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Esse desconforto precisa ser intenso, vivido e percebido.

De acordo com Sales; Alencar (2007), a RMSF/UESPI surge como uma intervenção que se dirige à formação de recursos humanos para a saúde, com suas formas próprias de organização, funcionamento, normas, regras, financiamento, vinculações, etc, no sentido de modificá-la e instituir novas formas de organização. Tratando-se, portanto, de uma política que pretende institucionalizar outra maneira de formar pessoas para trabalharem na saúde, depende do resultado do movimento dialético dos três momentos: instituído, instituinte e processo de institucionalização.

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

Tudo isto, utilizando-se da Educação Permanente, pode possibilitar a produção de novos pactos e novos acordos coletivos de trabalho no SUS. Seu foco são os processos de trabalho (atenção, formação, gestão e controle social), seu “alvo” são as equipes, seu lócus de operação são os coletivos, pois o olhar do outro é fundamental para a possibilidade de problematização e produção de incômodos.

Portanto, seguindo as diretrizes pactuadas pela Política Nacional de Saúde do Trabalhador, percebemos que estão sendo construídos ambientes e processos de trabalho saudáveis, fortalecendo, assim, a assistência integral à saúde. Contudo, a operacionalização das ações vem sendo desenhada através da concepção de território e análises de situação de saúde incluindo, além dos moradores e usuários dos serviços, trabalhadores e os ambientes de trabalho.

Neste sentido, aproximações entre o sistema de saúde e as instituições formadoras tentam apresentar mudanças, apesar do legado de mais de um século, no qual o ensino e a prática das profissões da saúde inspiram-se no modelo biomédico, cuja mentalidade hegemônica deposita maior prestígio e valorização social no ato técnico, em detrimento do ato intelectual humanizado.

O processo no qual a RMSF/PI está inserida envolve todos os profissionais vinculados ao território de atuação dela, independente da especialidade e nível de atuação. Está proposta a preparação de profissionais em quantidade suficiente, qualificados a desenvolver ações e a propor um diálogo permanente com instituições responsáveis pelas

ações em saúde dos trabalhadores, os empregados e os trabalhadores para que se efetue o controle social.

Enfim, pensamos que a RMSF/PI, adotando metodologias dialógicas, problematizadoras e participativas, que promovam aprendizagem significativa e considerem os atores envolvidos como sujeitos do processo de ensino, aprendizagem, trabalho e protagonistas dos processos sociais, têm potencial para desenvolver processos pedagógicos produtores de sujeitos e que garantam a vinculação, a responsabilização e o compromisso dos residentes nos diversos tipos de espaços de sua inserção, preparando-os para a construção da própria autonomia para darem continuidade aos seus processos de formação, sendo capazes de identificar e buscar saberes a serem agregados mediante problemas da realidade. Assim contribuindo para sanarem os tensionamentos, facilitando o cuidado com os trabalhadores envolvidos no processo e possibilitando ambientes de trabalhos saudáveis nos quais a roda possa “rodar” e que todos possam estar juntos em busca de uma atenção integral à saúde das pessoas.

REFERÊNCIAS

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

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

BRASIL, Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003. Brasília: Gabinete do Presidente, 2003c

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de Educação permanente para o SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho na Saúde**. Brasília:

CONASS, 2007a (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS)

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

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

CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública em defesa da vida.** São Paulo: Hucitec, 1994.

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

CECILIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

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

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

CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. Brasília: Ministério da Educação, 1988.

CURSO SAÚDE DO TRABALHADOR E ECOLOGIA HUMANA. Educação, comunicação e controle social em saúde do trabalhador. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **A formação do profissional em Saúde Coletiva: dilemas e desafios.** Saude soc., São Paulo, v. 4, n. 1-2, 1995 .

GOULART, Flávio A. de Andrade and Rezende, Zarie. **A saúde e o município.** Cad. Saúde Pública, Dez 1988, vol.4, no.4, p.407-413.

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

HOEFEL, M. G.; DIAS, E. C.; SILVA, J. M. A atenção à saúde do trabalhador no SUS: a proposta de constituição da RENAST. IN: **Curso de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana.** Caderno de textos. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, 2007.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

OLIVEIRA, D. L. A **‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação.** Revista Latino Americana de Enfermagem. 2005 maio-junho; 13(3):423-31.

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

POLITICA NACIONAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

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

SALES, L.; ALENCAR, G. **Projeto Político-Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Teresina: UESPI, 2007.