

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA

VANESSA ALVES DE SOUZA

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE EM
SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO: FORMAÇÃO PARA O SUS EM
COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Recife
2020

VANESSA ALVES DE SOUZA

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE EM
SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO: FORMAÇÃO PARA O SUS EM
COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Dissertação apresentada ao Mestrado
Profissional em Saúde Pública do Instituto
Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz,
para obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Idê Dantas Gomes Gurgel

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Paulette Cavalcanti de Albuquerque

Recife

2020

Catálogo na fonte: Biblioteca do Instituto Aggeu Magalhães

- S729r Souza, Vanessa Alves de.
Residência multiprofissional em saúde da família com ênfase em saúde da população do campo: formação para o sus em comunidades quilombolas/ Vanessa Alves de Souza. — Recife: [s. n.], 2020.
138 p.
- Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientadora: Idê Dantas Gomes Gurgel; Coorientadora: Coorientadora: Paulette Cavalcanti de Albuquerque.
1. Capacitação de Recursos Humanos em Saúde. 2. Cursos de Capacitação. 3. Sistema Único de Saúde. 4. Grupos Étnicos. I. Gurgel, Idê Dantas Gomes. II. Albuquerque, Paulette Cavalcanti de III. Título.

VANESSA ALVES DE SOUZA

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE EM
SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO: FORMAÇÃO PARA O SUS EM
COMUNIDADES QUILOMBOLAS

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Data da aprovação: 11 de maio de 2020

BANCA EXAMINADORA

Dra. Idê Gomes Dantas Gurgel
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

Dra. Aline do Monte Gurgel
Instituto Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz

Dra Fabiana de Oliveira Silva Sousa
Centro Acadêmico de Vitória/ Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho a todas as pessoas que militam, defendem e abraçam o SUS.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre ao meu lado e nunca me desamparar.

À minha família, por me incentivar.

Ao meu namorado, por ser meu companheiro e estar sempre ao meu lado.

À minha orientadora, professora Idê Gurgel, por toda sabedoria, ajuda, orientação, trocas e conhecimentos transmitidos.

À minha coorientadora, Paulette Cavalcanti, que me possibilitou vivenciar alguns momentos com a RMSFC. Sou-lhe muito grata por tudo que fez e faz por mim.

Aos funcionários do Instituto Aggeu Magalhães, especialmente Franklim Semente, por toda contribuição e colaboração com meu processo de formação.

Às minhas avaliadoras, Aline Gurgel e Fabiana Oliveira, pela colaboração e disponibilidade em contribuir com esta pesquisa.

A todas e a todos os companheiros da turma de mestrado, que me proporcionaram momentos muito significativos os quais ficarão sempre guardados em mim.

Aos meus colegas de trabalho, por colaborarem com a minha formação.

A todas as pessoas que participaram da pesquisa, pela troca, disponibilidade e colaboração.

Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo.
Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós
ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos
sempre.

Paulo Freire

SOUZA, V. A. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase em Saúde da População do Campo: formação para o SUS em Comunidades Quilombolas.** 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2020.

RESUMO

Desde a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), têm sido fomentadas novas formas de fazer e pensar a saúde. Tal fato suscita debates e reflexões a respeito da formação de profissionais para o SUS como algo necessário para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde. Sob esse viés, uma das estratégias para a obtenção de formação para o SUS são as Residências Multiprofissionais, que inserem profissionais de saúde em diferentes âmbitos desse sistema, a fim de estabelecer uma formação em serviço, de modo contextualizado, com demanda que emerge em dada instituição e/ou território. Para este trabalho, objetivamos analisar a formação para o SUS empreendida pela RMSFC em comunidades quilombolas do Município de Garanhuns, PE. A nossa pesquisa é de cunho qualitativo com uso de entrevistas semiestruturadas, diário de campo e análise documental para a coleta dos dados. Posteriormente, para verificação dos dados, utilizaremos a análise Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), com o intuito de fazer o tratamento dos dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas e a análise de conteúdo para as informações levantadas no diário de campo e na análise documental. Consideramos que esta pesquisa nos permitiu conhecer a RMSFC e suas especificidades de uma formação para o SUS voltada para a atuação e inserção em comunidades Quilombolas. Nos permitiu, ainda visualizar as práticas e as transformações ocorridas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) após a inserção da RMSFC. Assim, temos informações importantes para que possamos refletir acerca de estratégias de formação de profissionais para trabalhar no SUS, especificamente no contexto da Saúde da População do Campo, contemplando comunidades quilombolas.

Palavras chaves: Residências Multiprofissionais em Saúde. Produção de cuidado. Formação para o SUS.

SOUZA, V.A. Multiprofessional Residency in Family Health with emphasis on Health of the Rural Population: training for SUS in Quilombola communities. 2020. Dissertation (Professional Master in Public Health) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2020.

ABSTRACT

Since the creation of the Unified Health System (SUS) new ways of doing and thinking about health have been promoted. Such fact raises debates and reflections regarding the training of professionals for SUS as something necessary for the development of health actions and services. One of the strategies for the training acquisition for SUS is the Multiprofessional Residencies, which insert health professionals in different areas of SUS, in order to establish in-service training, in a contextualized way with a demand that emerges in a given institution and/or territory. For this work, we aim to analyze the training for SUS undertaken by RMSFC in quilombola communities in Garanhuns, PE. Our research is qualitative, with the use of semi-structured interviews, field diaries, participant observation and document analysis for data collection. Subsequently, for data analysis, we are going to use the Collective Subject Discourse (CSD) analysis for the treatment of the obtained data in the semi-structured interviews and the field diary, in document analysis and in participant observation. Therefore, we understand that the research brings important information so we can reflect on the strategies of training professionals to work for SUS, specifically in the context of Health of the Rural Population, contemplating quilombola communities. We believe that this research allowed us to get to know the RMSFC and its specificities of training for the SUS focused on performance and insertion in quilombola communities. It allowed us to still see how practices and transformations occurred in the Basic Health Units (UBS) after the insertion of the RMSFC.

Descriptors: Multiprofessional Residencies in Health. Care production. Training for SUS.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Elementos analisadores da EPS para o Quadrilátero da formação	28
Figura 1 – Diagrama da produção de cuidado	37
Mapa 1 – Município de Garanhuns - PE	46
Quadro 2 – Descrição dos grupos participantes da pesquisa.....	47
Figura 2 – Caminho para a realização das entrevistas.....	49
Quadro 3 – Descrição das categorias temáticas conforme os objetivos	50
Quadro 4 – Composição da RMSFC em Garanhuns – 2019.....	59
Quadro 5 – Disciplinas ministradas no programa de RMSFC	62
Quadro 6 – Tempos educativos	63
Quadro 7 – Síntese dos grupos realizados nas UBSs onde a RMSFC	75
Quadro 8 – PICS realizadas na UBS Estivas.....	78
Quadro 9 – Síntese das transformações fomentadas pela RMSFC	92

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CF	Constituição Federal
CIES	Comissão Estadual de Integração Ensino-Serviço
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DM	Diabetes Mellitus
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
EC	Educação Continuada
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
GERES	Gerência Regional de Saúde
HA	Hipertensão Arterial
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
MST	Movimento dos trabalhadores Rurais Sem Terra
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBQ	Plano Brasil Quilombola
PEPS	Polos de Educação Permanente em Saúde

PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente e Saúde
PNSIPCFA	Política de Saúde da população do campo, da floresta e das águas
PNSIPN	Política de Saúde da População Negra
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
PPQ	Plano Pernambuco Quilombola
PT	Partido dos Trabalhadores
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RD	Redução de Danos
REFORSUS	Reforço à Reorganização do SUS
RMS	Residências Multiprofissionais em Saúde
RMSFC	Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com ênfase em Saúde da População do Campo
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SRT	Serviço de Residência Terapêutica
SUS	Sistema Único de Saúde (Brasil)
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPE	Universidade de Pernambuco
TCR	Trabalho de Conclusão de Residência

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVO GERAL	19
2.1 Objetivos específicos	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO	20
3.1 Formação para o SUS: caminhos possíveis	20
3.2 Educação Permanente em Saúde: aprendizagem no cotidiano do SUS	25
3.3 Residência Multiprofissional em Saúde: formação para o SUS em movimento	30
3.4 Produção de cuidado: A Atenção Básica como cenário	35
3.5 Saúde da população Quilombola	39
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	45
4.1 Desenho do estudo	45
4.2 Período e Cenário da pesquisa	45
4.3 População de referência	47
4.4 Instrumentos de coleta de dados	48
4.4.1 Análise documental	48
4.4.2 Entrevistas semiestruturadas	49
4.4.3 Diário de campo	50
4.5 Processamento e análise dos dados	51
4.5.1 Para as entrevistas semiestruturadas	51
4.5.2 Para a análise documental e diário de campo	52
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	54
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES	55
6.1 Formação para o SUS empreendida pela RMSFC	55
6.2 Práticas em saúde fomentadas pela RMSFC	65
6.3 As transformações nos cotidianos dos serviços de saúde com a inserção da RMSFC	80
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
APÊNDICE B – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	

APÊNDICE D – PROPOSTA PROJETO DE INTERVENÇÃO

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE GARANHUNS

ANEXO B – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

1 INTRODUÇÃO

Na década de 1980, vimos emergir, de modo mais incisivo, o movimento sanitário, com o intuito de melhorar a atenção à saúde da população brasileira. Neste momento, como atesta Ferreira Neto (2011), a VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) de 1986 teve um papel de destaque e se constituiu como ponto fulcral para a elaboração política e administrativa do Sistema Único de Saúde (SUS).

O desdobramento da VIII CNS foi a criação formal do SUS através da promulgação da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988). Essa apresenta, em seu artigo 200, que ao SUS compete ordenar a formação de pessoas para o trabalho na atenção à saúde. Posteriormente a lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 apresenta em seu Art. 27 que a formação de recursos humanos está posta como necessidade e dever do SUS (BRASIL, 2003).

No entanto, somente em 2003, é criada a Secretaria de Gestão de Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), com o objetivo de desenvolver ações para o fomento de políticas voltadas à formação, valorização dos trabalhadores e democratização das relações de trabalho no SUS (BRASIL, 2011).

Com a SGTES houve condições para a elaboração da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), através da Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, que estabelece diretrizes sobre a formação e o desenvolvimento de profissionais do e para o SUS, por meio da articulação entre a tríade ensino-serviço-comunidade, de modo contextualizado, baseando-se nas demandas e nas necessidades de saúde advindas dos contextos de atuação.

Com isso, expandiram-se as metodologias propostas para a realização da formação para o SUS, sobretudo por meio de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS), vinculando a formação teórica às práticas nos serviços de saúde, conforme nos diz Pierantoni e Viana (2010).

Almeida *et al.* (2016) se posicionam atestando que a EPS deve ser compreendida como uma proposta político-pedagógica que fortalece e qualifica os trabalhadores em um processo de ensino-aprendizagem o qual ocorre dentro do seu processo cotidiano de trabalho. Tal processo promove reflexão e crítica sobre o desenrolar das práticas profissionais no contexto do SUS.

Cardoso (2012) chama a atenção para o fato de que se formam muitos profissionais de saúde que dominam técnicas e tecnologias, mas que são pouco sensibilizados para lidar com as diferentes formas de subjetividade, com as diversidades de culturas e com os diversos contextos

sócio-históricos-culturais existentes. Aqui, corroboramos o pensamento de Ceccim (2005), que chama a nossa atenção em prol da necessidade de formar para o SUS, para além de uma formação em benefício da saúde.

Para Cardoso (2014), a EPS pode ser considerada como uma proposta metodológica que serve de base para várias possibilidades de fortalecimento dos processos formativos de profissionais para atuar no SUS. Entre essas, temos as Residências Multiprofissionais de Saúde (RMS), as quais objetivam promover uma formação e/ou qualificação de profissionais para atuar nos serviços de saúde do SUS, por meio da integração ensino-serviço-comunidade através das práticas da EPS, como nos dizem Camargo e Medeiros (2016).

As Residências Multiprofissionais em Saúde são regulamentadas a partir da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, e são orientadas a se pautar pelos princípios e diretrizes do SUS e a considerar, prioritariamente, as necessidades das populações regionais e localmente constituídas. Dessa forma, viabilizam espaços de debate e articulação, valorizando o conhecimento e o reconhecimento de cada trabalhador nas Unidades de produção de cuidado em saúde, buscando construir novos significados para o trabalho de cada profissional.

As RMS funcionam mediante a integração entre a Unidade de Ensino e a Unidade de Saúde, onde se materializa a produção de cuidado. Quando estão no ambiente de estudo, as pessoas em formação levam consigo as vivências e aprendizagens obtidas nas atividades profissionais, quando estão nas unidades de saúde, esses mesmos profissionais materializam, na produção dos atos de saúde, os aprendizados intensamente refletidos nos lugares acadêmicos.

Para Franco e Merhy (2007), a produção de cuidado se estabelece a partir do momento em que são criados espaços intercessores entre profissionais de saúde e usuários, por meio do trabalho vivo em ato. Com base em Franco (2007), pode-se afirmar que a Unidade de Produção de Cuidado (Hospital, Unidade de Saúde da Família, etc.) é, também, o lugar do ato pedagógico. Todavia, essa relação complementar não está dada desde sempre, fato que apregoa o despertar para o estudo desta temática, aliada a vivência profissional que o SUS possibilitou.

Nessa perspectiva, debruçamo-nos sobre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com ênfase em Saúde da População do Campo (RMSFC). Trata-se de um Programa de Residência que atua em zona rural, com suas necessidades de saúde específicas e singulares. Configura-se como um programa de pós-graduação *lato sensu*, em que a formação ocorre em serviço.

A RMSFC tem como instituição formadora a Universidade de Pernambuco (UPE), através da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), e desenvolve sua atuação nas cidades de Caruaru (município sede de IV Gerencia Regional de Saúde) - atuando em um assentamento junto ao Movimento dos Trabalhadores Sem Terra (MST) - e na cidade de Garanhuns (município sede de V Gerencia Regional de Saúde), em Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em áreas rurais com presença de comunidades quilombolas, que constituem nosso estudo.

O referido programa conta com profissionais das áreas de educação física, enfermagem, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social, saúde coletiva, farmácia, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Anualmente, são abertas 20 vagas para a RMSFC, sendo 09 vagas para atuar em UBSs que contemplam comunidades quilombolas. Atualmente, o programa está com a quinta turma de residentes.

Tem como principal objetivo a formação de profissionais de saúde para atuar e intervir junto às populações do campo, floresta e águas, articulando a formação clínica à luz da perspectiva da atenção integral à saúde, sintonizada com o cenário do SUS e suas políticas, observando a precária situação em que vivem esses grupos populacionais no que se refere ao acesso desigual às ações e aos serviços de saúde (Universidade de Pernambuco, 2014).

Para tanto, os residentes contam com experiências profissionais (rodízios) em diferentes dispositivos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), contemplando serviços de saúde no âmbito da gestão estadual, regional e municipal, nos equipamentos sociais e culturais do município e principalmente nas UBSs de Estivas e Iratama, onde estão localizadas comunidades quilombolas da cidade de Garanhuns.

Existem atividades teóricas, teórico-práticas e didáticas, interagindo de forma complementar e distribuídas em uma carga-horária de 60 horas semanais. Algumas atividades desenvolvidas são: o tempo aula - incluindo disciplinas básicas, seminários, estudos de caso, reuniões de núcleo de base, apresentação e discussão de casos clínicos (no cotidiano dos serviços de saúde ou nos espaços da instituição formadora), clube de revista, aulas expositivas, disciplinas optativas e atividades ético-culturais. A formação se fundamenta em três eixos, são eles: Atenção à Saúde; Introdução à Política Crítica; e Ético-humanístico (UPE, 2014).

Empiricamente, observam-se mudanças no cotidiano destas unidades de saúde em decorrência da formação promovida pela RMSFC. Percebe-se, também, que tais práticas mobilizam, movimentam e mexem com os demais profissionais de saúde atuantes nas equipes

da Estratégia de Saúde da Família, em que o programa de residência está inserido, remetendo a olhares novos e ampliados para o fenômeno que emerge das necessidades de saúde produzidas pelas populações assistidas. Entretanto, estas observações requerem uma avaliação mais profunda.

Nosso interesse em estudar este Programa desperta após a inserção profissional na AB, que possibilitou o acompanhamento das ações empreendidas pelos residentes e suas reverberações para a comunidade e para os demais profissionais de saúde que atuam junto ao programa, através de acompanhamento nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), de debate, de produção de estudos de casos clínicos e de reuniões de Núcleos de Base (NB), conjuntamente com os residentes.

Desse modo, indagamo-nos: ***De que maneira vem sendo empreendida a formação para o SUS promovida pela RMSFC em comunidades Quilombolas de Garanhuns – PE?*** Esse é o problema que interessa a esta pesquisa.

Partimos do pressuposto que a formação empreendida pela RMSFC está alinhada com o processo de formação para o SUS, fomentando mudanças e/ou transformações nas práticas desenvolvidas na UBS para o fortalecimento e/ou construção da produção de cuidado em comunidades Quilombolas de Garanhuns em Pernambuco.

Esta pesquisa trará informações importantes para que possamos refletir acerca de estratégias de formação de profissionais para o SUS, especificamente no contexto da saúde da população quilombola, devido à grande necessidade de voltarmos o olhar para as demandas em saúde advindas desta população específica, com base em uma realidade percebida, sentida e vivenciada, trazendo reflexões e possibilidades de maximização das práticas empreendidas pelos residentes e pelos profissionais do SUS.

Segundo diz Gergen (2008), o conhecimento científico que brota do social voltará para este mesmo social após a realização da pesquisa, podendo também ser um agente modificador e/ou transformador desse. Destacamos, então, que as práticas em Educação Permanente em Saúde sejam pensadas com base na produção de conhecimento do social, no social e para o social, estando as partes envolvidas na pesquisa – pesquisador e pesquisado – atuando como agentes transformadores de realidades e multiplicadores de saberes.

2 OBJETIVO GERAL

Analisar a formação para o SUS empreendida pela RMSFC em Comunidades Quilombolas de Garanhuns – PE.

2.1 Objetivos específicos

- a) Descrever o processo de formação para o trabalho no SUS promovido pela RMSFC através da relação ensino-serviço-comunidade;
- b) Caracterizar as práticas em saúde realizadas pelos residentes que contribuem para a produção do cuidado em território;
- c) Analisar as transformações no cotidiano dos serviços de saúde com a inserção da RMSFC;
- d) Propor a realização de oficinas para debate e/ou atualização do projeto político pedagógico da RMSFC.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste momento, vamos revisar alguns autores e políticas públicas que, em nosso entendimento, nos possibilitaram construir o referencial teórico. Primeiramente, vamos tratar sobre alguns processos de formação para o SUS. Em seguida, trataremos sobre a Educação Permanente em Saúde e as residências multiprofissionais como estratégia em prol da formação profissional para o SUS.

Posteriormente, vamos refletir sobre a produção de cuidado e sobre a saúde da população do campo, com suas pluralidades e dicotomias, trazendo um recorte específico para as práticas em saúde voltadas para a saúde da População Quilombola. Logo, Não é nossa intenção esgotar a temática, pois sabemos que iremos lançar reflexões e bases para estudos posteriores.

3.1 Formação para o SUS: caminhos possíveis

Passos e Carvalho (2015) nos dizem que o movimento da Reforma Sanitária, na década de 1980, abriu caminhos para consolidar um processo de democratização participativa, ampliando o direito à saúde no Brasil. Como uma das reverberações deste movimento, temos a criação do SUS, constituindo-se como um sistema que abrange todo o território brasileiro com as especificidades, características e diferenciações próprias de um país continental.

Temos um sistema de saúde em que as ações e serviços são planejados, executados, avaliados e monitorados pelos entes no âmbito Federal, Estadual e Municipal, em um modelo de organização tripartite, cada um com suas responsabilidades e atribuições, de modo descentralizado, hierarquizado e regionalizado, com vistas a compreender o fazer saúde em lugares distintos e com demandas singulares (BRASIL, 2000).

Percebemos a necessidade de pensar a saúde de forma ampliada, deslocando o foco somente da doença e dos sintomas. Diante dessa compreensão, moradia digna, lazer, transporte, trabalho, educação de qualidade, acesso às ações e serviços de saúde fazem parte do arcabouço requerido para compreender as necessidades de saúde advindas dos mais variados contextos (BRASIL, 2007).

Para Passos e Carvalho (2015), aliada a esta perspectiva de pensar a saúde no Brasil e a inserção em novos contextos de atuação profissional, emana a necessidade de formação de profissionais de saúde que estejam alinhados com os princípios e diretrizes do SUS. Ao nos

debruçarmos sobre a Constituição Federal (CF) de 1988, vemos, em seu artigo 200, títulos III e IV, que é de competência da gestão do SUS ordenar a formação de recursos humanos para a área da saúde.

Fato reiterado na lei nº 8080/90, em seu Art. 27, título I, no instante em que reconhece que a política de recursos humanos deve ser formalizada e executada pelas esferas de governo, objetivando a organização da formação de profissionais para o SUS, em todos os níveis de ensino, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento profissional (BRASIL, 2003).

No entanto, Feuerwerker (1998) atenta que a formação para saúde ainda está centrada em um modelo biomédico, fragmentado e especializado, que embaraça a compreensão do processo saúde-doença-cuidado da população, aliada à formação inicial fragmentada, outorgada a boa parte dos cursos de formação. Tal situação pode ser um dificultador para integralidade do cuidado na assistência à saúde.

Esta reflexão ecoa como consubstancialmente significativa, pois somos testemunhas de que o modelo médico-curativo ainda está arraigado em nossos modos de formar, fazer e pensar saúde. Observa-se que a eliminação do sintoma ainda é algo muito valorizado em nossos serviços de saúde, seja por parte dos profissionais, seja por parte dos usuários.

Neste momento, de acordo com Campos (2006), um dos desafios é cindir o paradigma positivista e certo totalitarismo e/ou doutrinamento ainda presentes em algumas visões da saúde pública/coletiva. Percebemos, então, que essa questão necessita ser refletida e problematizada, perpassando por questões que podem estar relacionadas à reforma curricular, aos conteúdos e à forma como são ministrados, à práxis docente e ao contexto sócio-histórico-cultural.

À vista disso, indagamo-nos: como deve ser a formação para o SUS? Quais os atores envolvidos deste processo de formação?

Os processos de formação devem ser entendidos como um importante recurso de capilarização das diretrizes ético-políticas do SUS na rede de saúde, multiplicando rapidamente agentes sociais que se engajem no “movimento suscita”. Essa ação, todavia, não ocorre unicamente por processos de sensibilização, mas pela experimentação em ato nos processos de trabalho, o que permite a produção de movimentos de mudanças concretas do modo de fazer nos serviços e nas práticas de saúde (PASSOS *et al.*, 2015, p. 96).

Varela *et al.* (2016) afirmam que a formação profissional na área da saúde – de um modo geral –, para todos os cursos de graduação no Brasil, é norteada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), as quais prezam pela ampla liberdade na execução de currículos permitindo

que cada instituição os desenvolvam de acordo com seu contexto sociocultural e econômico. Dessa forma, incita formação generalista; busca considerar conhecimentos, habilidades e atitudes no processo de formação; amplia os cenários de aprendizagem na prática profissional, entre esses o SUS; e incentiva as atividades de extensão universitária, tendo a avaliação como parte que integra o processo de ensino-aprendizagem.

De acordo com Haddad *et al.* (2010), a formação para a saúde deve considerar a realidade social, política e cultural, o contexto existencial de quem vive, visando assegurar a compreensão de distintos significados dos fenômenos humanos, das situações sanitárias encontradas e a diversidade de contextos que vivenciamos cotidianamente em nossa realidade.

A partir da necessidade de implantar uma política voltada especificamente para os recursos humanos no SUS e que atenda a estas novas perspectivas de formação para a saúde, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) – criada através do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003 – que propôs a criação de uma política nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais da saúde, afirmam Cavalheiro e Guimarães (2011).

Com isso o Ministério da Saúde assume seu papel de gestor federal do SUS, atuando efetivamente na formulação de políticas públicas orientadoras da formação e do desenvolvimento de profissionais de saúde para o SUS, tendo ciência de que a coordenação da formação é uma das suas prioridades (BRASIL, 2017).

Para Passos e Carvalho (2015), potencializar e maximizar as práticas desenvolvidas pela gestão reverberam na melhoria da qualidade da atenção em saúde e possibilitam novas formas de lidar com situações cotidianas por parte de trabalhadores e usuários do SUS. Para esses autores, os processos de formação devem ser compreendidos como um recurso potencializador das dimensões ético-políticas do SUS na rede de saúde, possibilitando a formação de agentes sociais multiplicadores que se engajem no SUS. Assim,

o SUS nos convoca, nas práticas de gestão e de cuidado, bem como nas práticas pedagógicas, a garantir a participação dos diferentes sujeitos, em suas singularidades, no planejamento, implementação e avaliação dos processos de produção de saúde e de formação do trabalhador de saúde (PASSOS; CARVALHO, 2015, p. 95).

Atrelada a esta secretaria, foi criado o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) (BRASIL, 2012), assume as responsabilidades abaixo elencadas:

- a) Proposição e formulação de políticas relativas à formação, ao desenvolvimento profissional e à educação permanente dos trabalhadores da saúde em todos os níveis de escolaridade;
- b) Capacitação de profissionais de outras áreas da saúde, dos movimentos sociais e da população, para favorecer a articulação intersetorial, incentivar a participação e o controle social no setor Saúde;
- c) Interação com a escola básica no tocante aos conhecimentos sobre saúde para formação da consciência sanitária;
- d) Cooperação técnica, financeira e operacional com estados e municípios, com instituições formadoras, com organizações de educação popular em saúde dos movimentos sociais e com outras entidades envolvidas com formação, desenvolvimento profissional, educação permanente e educação popular.

Destacamos como ponto fulcral para esta discussão o momento em que Ceccin (2014) afirma que a formação para a saúde precisa estar atrelada a formação para o SUS. Essa deve ser tangenciada por questões correlatas a prática da realidade do sistema de saúde brasileiro, considerando o contexto, as realidades, as demandas e as problemáticas que emergem. Portanto, compreendemos que atuar no SUS demanda uma formação que transcenda a tecnicidade do fazer saúde no cotidiano. É necessário o desenvolvimento de habilidades e competências para que o profissional de saúde possa fazer acontecer um SUS real.

Para tanto, a parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde é indispensável, desde a formação inicial até os processos de educação permanente. O desenvolvimento e valorização dos profissionais constituem um avanço fundamental para qualificar a formação acadêmica e a atenção em saúde prestada à população, ampliando a participação de gestores, profissionais de saúde e sociedade na formulação desse campo das políticas públicas, como nos diz Haddad *et al.* (2010).

Passos e Carvalho (2015) atestam que qualificar os processos formativos promove um deslocamento de alguns métodos tradicionalmente constituídos, os quais objetivam adequar o sujeito à determinada situação. Este deslocamento deve nos conduzir a um caminho que nos leve a repensar algumas práticas metodológicas, apostando em práticas sociais ampliadoras dos vínculos de solidariedade e corresponsabilidade dos sujeitos em formação.

Ceccim e Feuerwerker (2004) evidenciam que provocar mudanças nos processos de formação é entender que as propostas não podem mais ser construídas de forma isolada e

verticalizada. As propostas devem ser pensadas estrategicamente e construídas a partir da problematização das necessidades contextualizadas com a realidade.

Neste ínterim, Motta (2011) nos diz que a proposta pedagógica deve ser orientada por metodologias ativas de ensino/aprendizagem, contemplando aspectos cotidianos e palpáveis, correlacionados ao contexto de trabalho, problematizando situações habituais, promovendo uma relação dialética no processo de trabalho e nas estratégias pedagógicas, considerando a dinâmica das rotinas e as diferentes intencionalidades de cada sujeito de aprendizagem.

Desde que foi criado, o SUS já provocou profundas mudanças nas práticas de saúde, mas ainda não é o bastante. Para que novas mudanças ocorram, é preciso haver também profundas transformações na formação e no desenvolvimento dos profissionais da área. Isso significa que só conseguiremos mudar realmente a forma de cuidar, tratar e acompanhar a saúde dos brasileiros se conseguirmos mudar também os modos de ensinar e aprender (BRASIL, 2005, p. 06).

Nessa perspectiva, os profissionais atuantes no SUS precisam desenvolver ações em saúde considerando o meio em que a pessoa está inserida, as formas de viver e conviver, as relações interpessoais e sociais estabelecidas que vão além de somente tratamentos e prevenções aplicados de modo generalizável a qualquer pessoa.

Para Batista e Gonçalves (2011), o resultado esperado é a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender, de aprender a aprender e de ensinar de todos os atores envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e à humanização do atendimento.

Batista (2013) nos diz que o processo de formação de profissionais para estudantes de cursos de saúde deve estar atrelado ao nosso sistema de saúde, sob a perspectiva de que deve ser uma formação processual e contínua. A formação está permeada por distintas concepções educativas que envolvem uma discussão sobre educação continuada e educação permanente em saúde. Todas essas possibilidades tratam acerca de modos diversos de implementação de políticas públicas e ações formativas em saúde.

Lobato *et al.* (2010) propõem que uma maneira possível de formar profissionais para uma atuação diferenciada e necessária é compreendermos que a formação no SUS deve ser *no* e *pelo* trabalho. Sendo assim, consideramos que uma forma possível de construir a formação em saúde que esteja alinhada com a atuação no SUS se faz através da Educação Permanente em Saúde (EPS), problematização do cotidiano no trabalho e de como esse trabalho ecoa nas ações em saúde.

3.2 Educação Permanente em Saúde: aprendizagem no cotidiano do SUS

A Portaria nº 198, de 13 em fevereiro de 2004, instituiu a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de profissionais de saúde para o referido sistema. Cardoso (2014) atesta que inicialmente esta política incentivava a criação dos Polos de Educação Permanente em Saúde (PEPS), inseridos nas regiões, a fim de gerenciar os processos de formação e capacitação dos profissionais de saúde. Neste momento, as Rodas de Educação Permanente eram a principal estratégia.

Para Campos (2000), o método da Roda representa um espaço onde a criticidade, a racionalidade e a dialética podem ser colocadas em prática, por meio da produção subjetiva, com estímulo da autonomia e do protagonismo, em que podem se fazer e refazer atividades de cogestão.

Os PEPS eram compreendidos como instância de negociação e pactuação com diferentes atores que constituíam o chamado quadrilátero de formação: ensino, trabalhadores, usuários e gestores do setor saúde de cada regional (BRASIL, 2004).

É importante situar que no ano de 2005 houve troca do ministro da saúde e alterações no quadro de trabalhadores e gestores SGTES e em agosto de 2007, a PNEPS foi alterada pela Portaria 1996. Com isso inicia a segunda fase da PNEPS, com mudanças conceituais e metodológicas em relação à condução da PNEPS. As Comissões Integração Ensino Serviço (CIES) e os Colegiados de Gestão substituem os PEPS na gestão da EPS (LEMOS, 2016, p. 915).

A portaria nº 1996 traz em seu artigo 1º que no desenvolvimento das ações derivadas da PNEPS devem considerar as especificidades regionais, possibilitar a superação das desigualdades de modo contextualizado, atencionar para as necessidades de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde para o trabalho no SUS e analisar a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde. Além disso, em seu artigo 2º, estabelece que a condução regional da PNEPS deve se dar por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (CIES) (BRASIL, 2007).

Essas duas portarias atentam para a necessidade dos processos de qualificação para os profissionais de saúde a partir das necessidades, demandas e realidade local de saúde. Objetivam, sobretudo, a transformação das práticas profissionais e a própria organização do trabalho, considerando a problematização dos processos cotidianos de trabalho em saúde. O diferencial ancora nas diretrizes e nos dispositivos para a sua implementação nos estados.

Apesar dessas portarias se consolidarem somente da década de 2000 – inferimos que não houve interesse político para a sua construção, implementação e implantação em governos anteriores – de acordo com Lemos (2016). O termo Educação Permanente em Saúde (EPS) passou a ser utilizado a partir da década de 1980 e foi disseminado pelo Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS).

Ceccim (2005) atesta que, a partir dessa difusão, a EPS ganhou estatuto de política pública, reconhecendo que os serviços de saúde são organizações complexas e que a aprendizagem significativa tem grande possibilidade de gerar a adesão dos trabalhadores aos processos de educação que produzem mudanças no cotidiano.

Já neste momento, fez-se necessário diferenciar Educação Permanente em Saúde (EPS) e Educação Continuada (EC). Para Macêdo *et al.* (2014), a Educação Continuada faz menção a uma construção de aprendizagem semelhante ao que é percebido nos cotidianos de instituições formais de ensino, com um escopo de conteúdos pré-definidos e com objetivos específicos a serem desenvolvidos.

Peduzzi *et al.* (2009) relatam que a EC é guiada pela concepção de educação como transmissão e pela valorização da ciência como fonte do saber. Ocorrendo de forma pontual e fragmentada, com enfoque nas categorias profissionais e na transmissão do conhecimento técnico-científico de cada área. É dada maior ênfase na realização de cursos e treinamentos construídos com base em necessidades individuais, sem necessariamente estar atrelada à gestão e ao controle social.

A EC tem ocorrido através de capacitações pontuais, com um planejamento padronizado e centralizado, tendo como foco principal a atualização na sua maioria de caráter programático e centralizado em conteúdos padronizados, visando somente a atualização de conhecimentos de categorias profissionais específicas, muitas vezes, deixando de considerar as realidades locais e as necessidades dos trabalhadores, e, por conseguinte, provocando impacto discreto nas práticas de saúde (CARDOSO, 2012).

Destacamos que a atualização técnico-científica é extremamente relevante, mas não é o ponto fulcral para que sejam produzidas possibilidades de transformação das práticas resultantes da formação em saúde.

Isso significa romper com a lógica centralizada e descendente da oferta de cursos padronizados, com carga horária, conteúdo e dinâmica definidos centralmente, propiciando as seguintes transformações: democratização institucional, desenvolvimento da capacidade de aprendizagem,

desenvolvimento de capacidades docentes e de enfrentamento criativo das situações (CAMPOS, p. 52, 2006).

Segundo Feuerwerker (2014), a EC, apesar de relevante, se configura como insuficiente. Faz-se necessária, então, a abertura de espaços em que os profissionais de saúde se sintam protagonistas dos processos de mudanças, sendo críticos, reflexivos, problematizadores do cotidiano e propondo novas alternativas para novas formas de fazer e pensar a saúde no SUS.

No ano de 2014, foi instituída a Portaria nº 278, de 27 de fevereiro do corrente ano, apresentando as diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). No Artigo 2º, em seus títulos I e II, considera:

- EPS como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde;
- A aprendizagem significativa como processo de aprendizagem que propicia a construção de conhecimentos a partir dos saberes prévios dos sujeitos articulados aos problemas vivenciados no trabalho.

A proposta de EPS requer o desenvolvimento de ações em diversos espaços, tais como: da formação técnica, de graduação e de pós-graduação; da organização do trabalho; da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde; e do controle social. Estes são espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os serviços do SUS e as instituições formadoras, identificando necessidades e construindo estratégias e políticas de formação, como nos diz Campos et al. (2006).

Cardoso (2014) aponta que os processos da EPS precisam acontecer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar. Sempre embasados na aprendizagem significativa, para que as mudanças de estratégias, de organização e da prática da atenção à saúde se efetivem de forma participativa, a partir da problematização do processo de trabalho local.

Assim, a EPS pode ser compreendida como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano dos serviços de saúde, por meio da vinculação do aprendizado a elementos que os sujeitos envolvidos atribuem sentido. Neste íterim, consideramos que as relações de trabalho em saúde e a educação devem caminhar juntas e, efetivamente, precisam ser redimensionadas para além do discurso racionalizado, sendo posta em prática.

A EPS propõe a transmutação de algumas práticas profissionais correlatas à organização do trabalho, baseando-se na problematização, focando nas necessidades de saúde da população. Deste modo, a atualização técnico-científica é um dos aspectos para essa transformação, e não o seu ponto fulcral principal (BRASIL, 2004a).

Campos (2006) nos diz que a EPS pretende inaugurar um novo paradigma sob a compreensão de que a formação acontece, também, além dos muros das instituições formadoras, das leituras e dos estudos. Ocorre no cotidiano das instituições e dos serviços de saúde, com os usuários, situações e colegas de trabalho no processo de trabalho.

Para Almeida *et al.* (2016), é importante considerar e valorizar o trabalho como fonte do conhecimento, que se encontra vinculado ao cotidiano e ao processo de aprendizagem, com ações educativas orientadas para a integração do trabalho de maneira multiprofissional. Para tanto, a construção de espaços coletivos de reflexão, avaliação e análise do cotidiano de trabalho devem ser estimulados de forma permanente e dinâmica.

A educação permanente é a definição pedagógica para o processo educativo em serviço que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação do sentido dos atos produzidos no cotidiano, pondo o cotidiano do trabalho em análise, tanto a incorporação acrítica de tecnologias materiais, como a eficácia da clínica produzida, os padrões de escuta, as relações estabelecidas com os usuários e entre os profissionais (CECCIM; CAPOZZOLO, 2004, p. 381).

Ceccim e Feuerwerker (2004) nos apresentam o conceito de Quadrilátero da Formação, afirmando que a gestão, a atenção, o ensino e o controle social fazem parte de um conjunto de atores que devem planejar, avaliar e executar as propostas da EPS. Isto significa dizer que estes atores que formam o quadrilátero devem estar envolvidos nas discussões para elaboração de estratégias para maximização da inter-relação ensino-serviço-comunidade.

Ceccim (2005) propõe que para refletirmos sobre a EPS a partir dos componentes do Quadrilátero da Formação, que contemplam a educação dos profissionais de saúde (Ensino), práticas de atenção à saúde (Atenção), gestão setorial (Gestão), organização social (Controle social), devemos nos debruçar sobre alguns elementos analisadores conforme apresentamos no quadro 1.

Quadro 1 – Elementos analisadores da EPS para o Quadrilátero da formação

Elemento analisador	Descrição/reflexão
Educação dos profissionais de saúde (Ensino)	Mudar a concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes); mudar a concepção lógico-racionalista, elitista e concentradora da produção de conhecimento (por centros de excelência e segundo uma produção tecnicista) para o incentivo à

	produção de conhecimento dos serviços e à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade.
Práticas de atenção à saúde (Atenção)	Construir novas práticas de saúde, tendo em vista os desafios da integralidade, da humanização e da inclusão da participação dos usuários no planejamento terapêutico.
Gestão setorial (Gestão)	Configurar de modo criativo e original a rede de serviços, assegurar redes de atenção às necessidades em saúde e considerar na avaliação a satisfação dos usuários.
Organização social (Controle social)	Verificar a presença dos movimentos sociais, dar guarida à visão ampliada das lutas por saúde e à construção do atendimento às necessidades sociais por saúde.

Fonte: A autora a partir de Ceccim (2005, p. 166)

Deste modo, Cardoso (2014) nos diz que a interação dos segmentos que compõem o quadrilátero da formação é propícia para avultar as características locais e valorizar as capacidades individuais e coletivas já existentes, contribuindo para o desenvolvimento das potencialidades em cada realidade e para a instalação de uma aprendizagem significativa.

Neste ínterim, consideramos que as relações de trabalho em saúde e educação devem caminhar juntas e, efetivamente, precisam ser redimensionadas para além do discurso racionalizado, devendo ser posta em prática.

Como nos diz Cardoso (2014), a resolução de todos os problemas que emergem no cotidiano do serviço nem sempre irá perpassar pela EPS, mas ela é crucial para o desenvolvimento dos profissionais de saúde quando se pretende mudar o modelo de saúde e melhorar a qualidade da atenção.

Aquilo que deve ser realmente central à Educação Permanente em Saúde é sua porosidade à realidade mutável e mutante das ações e dos serviços de saúde; é sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram autoanálise, autogestão, implicação, mudança institucional (CECCIM, p. 161, 2005).

Desta maneira, Campos (2006) nos apresenta um desafio: combinar a educação e/no trabalho, através de discussões de casos, estudos temáticos, com a formação mais estruturada. Tal desafio desabrocha em um cenário de organização complexo e com múltiplas variáveis que envolvem gestão em saúde, assistência em saúde, usuários e profissionais do SUS, tudo isso tangenciado por um contexto sócio-histórico-cultural específico.

Deste modo, encontramos as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), as quais emergem como uma das possibilidades para se fazer EPS, através da problematização dos processos de trabalho e da integração ensino-serviço-comunidade.

3.3 Residência Multiprofissional em Saúde: formação para o SUS em movimento

Ceccim *et al.* (2001) nos dizem que a primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) data a década de 1970 e ocorreu no Estado de Rio Grande do Sul, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), vinculada à Secretaria Estadual de Saúde e desenvolvida no Centro de Saúde Escola Murialdo, na cidade de Porto Alegre, no ano de 1976.

Neste momento, a formação acontecia no espaço da atenção básica e denominava-se Residência Integrada em Saúde Coletiva, contemplando assistentes sociais, enfermeiros, médicos e médicos veterinários (UEBEL *et al.*, 2003). Ato contínuo, as RMS estão presentes em vários dispositivos das Redes de Atenção à Saúde SUS, como unidades hospitalares, UBS, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

De início mais fortemente atreladas à Estratégia de Saúde da Família (ESF), atualmente com apoio do Ministério da Educação (MEC), as residências ganham espaço também nos serviços hospitalares com o objetivo de estabelecer um modelo de atenção integral e do desenvolvimento do processo de trabalho integrado entre os profissionais da saúde nessas unidades (MIOTO *et al.*, p. 186, 2012).

De acordo com Silveira (2005), a modalidade de especialização *lato sensu* denominada Residência é atrelada ao significado de moradia, pois, a princípio, era requisito que os residentes morassem na instituição onde se desenvolvia o programa de educação em serviço, em um regime literalmente integral.

Ferreira e Olschowsky (2010) nos dizem que no momento atual os programas de Residência não definem que o residente necessite morar no local onde realiza a formação em serviço, mas o critério da formação integral com dedicação exclusiva segue como requisito. Assim, permanece a lógica de que o aprendizado do residente deve ocorrer inteiramente na instituição de saúde.

Mioto *et al.* (2012) nos relatam que as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) ganham considerável expansão na década de 2000, durante o momento em que o Partido dos Trabalhadores (PT) encontrava-se na gestão federal do país, através de proposta do Ministério da Saúde (MS). Viu-se a abertura de alguns programas de residência vinculados à AB, devido, sobretudo, ao momento histórico de implementação no Programa de Saúde da Família (PSF).

O MS tem apoiado a RMS desde 2002, com projeto Reforço à Reorganização do SUS (ReforSUS). O objetivo principal era maximizar a qualidade da assistência em saúde e da gestão

das Redes de Atenção à Saúde (RAS), otimizando os resultados e minimizando os custos (BRASIL, 2006).

A Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, apresenta em seu artigo 13º a regulamentação da Residência em Área Profissional da Saúde, definindo-a como Especialização *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica (BRASIL, 2005).

Foi promulgada, também, a Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005, que institui o Programa de bolsas para a Educação pelo trabalho, como instrumento para viabilizar programas de formação em serviço (Especialização e aperfeiçoamento). Com isso, houve a percepção da necessidade de uma formação adequada às políticas de saúde do Brasil (BRASIL, 2005).

Atualmente, os programas de RMS têm duração de 2 anos, com uma carga-horária total de 5.760 horas, distribuídas em atividades práticas – 80% da carga-horária total – e atividades teóricas – correspondendo aos demais 20%. É estabelecido um regime de dedicação exclusiva, com 60 horas de atividades teóricas e práticas por semana. A modalidade é de pós-graduação *lato sensu*.

Portaria Interministerial nº 2.117, de 3 de novembro de 2005, institui a RMS no âmbito do Ministério da Saúde e da Educação. Estabelece que os programas de RMS devem considerar as necessidades sociais e as características regionais (BRASIL, 2005).

A Comissão Nacional de Residências em Saúde (CNRMS) instituída por meio da Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, tem como principais atribuições (BRASIL, 2009):

- Avaliar e acreditar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS e que atendam às necessidades socioepidemiológicas da população brasileira;
- Credenciar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde bem como as instituições habilitadas para oferecê-los;
- Registrar certificados de Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde, de validade nacional, com especificação de categoria e ênfase do programa.

A resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012, trata sobre as diretrizes para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde. Em seu artigo 5º, apresenta que o Projeto Político Pedagógico (PPP) de um Programa de RMS deve ter como

foco o desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em dado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões, devendo considerar que (BRASIL, 2012):

- I. Para ser caracterizado como Residência Multiprofissional em Saúde, o programa deverá ser constituído por, no mínimo, 03 (três) profissões da saúde;
- II. Quando o programa se constituir por mais de uma área de concentração, cada área deverá também contemplar, no mínimo, três profissões da saúde;
- III. As atividades teóricas, práticas e teórico-práticas de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde devem ser organizadas por: um eixo integrador transversal de saberes, um ou mais eixos integradores, eixos correspondentes aos núcleos de saberes de cada profissão, de forma a preservar a identidade profissional;
- IV. O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde deve ser orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar.
- V. O PP deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde.

É válido destacar que a atual gestão federal do país está em processo de reorganização e/ou reformulação da CNRMS. Devido a isto, durante o ano de 2019, não houve nenhum momento de encontro entre os membros desta comissão. Em 2020, o cenário permanece o mesmo.

Em um país como o Brasil, com ampla extensão de território, pensar a integração entre os setores Saúde e Educação emana como um desafio, pois se faz necessária a implementação de políticas baseadas na extensão de cobertura, nas especificidades de cada contexto, na situação social e de saúde visualizada, como nos diz Haddad *et al.* (2010).

A RMS encena como uma possibilidade de potencializar a formação de profissionais de saúde para o SUS no Brasil. As discussões sobre essa formação ganham força no momento em que o MS abarca a responsabilidade de orientar a formação dos profissionais de saúde para atender as necessidades do SUS, como nos dizem Nascimento e Oliveira (2010).

Para Rosa e Lopes (2009), a RMS é constituída como um programa com atuação intersetorial, que tanto favorece a inserção qualificada dos profissionais da saúde no mercado de trabalho, quanto colabora com a potencialização de mudanças no cotidiano dos serviços de saúde.

Conforme atestam Ferla e Ceccim (2003), as RMS são idealizadas como potenciais desencadeadores de processos de formação balizados pela humanização, acolhimento, responsabilização para com o usuário, ação multiprofissional e integral e resolutividade nos serviços de saúde, que possam desembocar na elaboração de projetos de produção de cuidado e estímulo à autonomia.

Esta modalidade de formação se constitui como algo novo e parece ainda estar em construção no contexto das políticas de saúde, mesmo com todos os avanços visualizados. Faz-se necessário discutir acerca da implementação das residências multiprofissionais como caminho possível para a EPS e para a maximização da formação para o SUS.

Sua principal característica é ser uma formação em serviço no e para o SUS. Neste cenário, a RMS demanda uma atenção particularizada dada a importância da formação de profissionais de saúde harmonizados com a defesa dos princípios do SUS, de acordo com Silva (2016).

Os programas de RMS podem apresentar uma grande variabilidade de propostas metodológicas, mas é uníssona a utilização de metodologias ativas e participativas e a EPS como eixo pedagógico. Como exemplo, pode-se citar a formação de preceptores e tutores, assinalando para a necessidade de qualificação permanente e em serviço dos profissionais envolvidos na RMS (BRASIL, 2006).

Silva (2016) nos diz que a RMS se constitui como um dispositivo potencialmente eficaz para promover as mudanças no processo de trabalho vivenciado pelos profissionais de saúde, com vistas a consolidar os princípios do SUS, sendo um espaço propício para o desenvolvimento das ações de EPS.

São estas as inovações, aperfeiçoamentos e ousadias que seguem apresentados pelos programas. São histórias de pessoas que pensam o cuidado como algo complexo e viável de ser realizado com integralidade, que demonstram como, na prática dos serviços, de forma dinâmica, tem-se trabalhado para promover a solução dos problemas de saúde, de forma transdisciplinar, intersetorial, atentos às questões socioeconômicas, culturais, ecológicas e religiosas (BRASIL, 2006, p. 15).

Santos *et al.* (2015) apontam que os programas de RMS podem ser compostos por áreas profissionais como: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, tendo como ponto fulcral a qualificação desses profissionais para o SUS, de acordo com a Resolução CNS nº 287/1998. Essas devem estar

integradas aos serviços de saúde, orientadas pelos princípios, diretrizes e normativas do SUS e inseridas nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2009).

Para Domingos *et al.* (2015), participar das vivências cotidianas das Unidades de Saúde favorece que os residentes se aproximem da aprendizagem significativa, a qual é a base da EPS. Esta proposta pedagógica impele uma aprendizagem através da produção de sentidos, uma vez que utiliza o dia a dia dos profissionais de saúde e seus conhecimentos prévios para a reflexão em prol da transformação das práticas.

A proposta das Residências em Saúde, como multiprofissionais e como integradas ao SUS, apresenta-se no cenário brasileiro participativo como uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e as diretrizes da integralidade da atenção e da intersectorialidade do SUS, com as demais políticas que incidem nos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva e da equidade no acesso e no direito à saúde (CECCIM, 2010, p. 21).

Haddad *et al.* (2010) nos dizem que os recursos humanos são considerados estratégicos para o aperfeiçoamento e/ou maximização das ações e serviços do SUS. Assim, qualificar a formação proporciona ferramentas para que haja a melhoria da atenção em saúde prestada à população usuária do nosso sistema de saúde.

Para que a implementação do SUS avance, os processos educativos precisam ser coerentes com as mudanças sociais, culturais, históricas e psicológicas que emergem das demandas cotidianas dos serviços de saúde, articulados ao contexto e as problemáticas existentes.

Existe a necessidade de alcançar os objetivos de extensão da cobertura, de criar novos modelos de atenção, de enfatizar o trabalho loco-regional com equipes multiprofissionais e de empreender ações eficazes de vigilância e prevenção, o que torna visível e inquestionável a necessidade de repensar os conteúdos, objetivos e formatos educacionais historicamente predominantes, segundo Campos (2006).

Para Ceccim (2005), as práticas educativas devem estar intimamente ligadas aos serviços-profissionais-estudantes a que se destinam, de forma que os conhecimentos alcancem significativo entrecruzamento através dos saberes formais e/ou científicos e dos saberes operadores das realidades dos serviços de saúde, de modo crítico e reflexivo.

As residências emergem como possibilidade de problematização da realidade no cotidiano dos serviços de saúde e de articulação destes com as instituições de ensino em busca da integração de residentes, docentes, usuários, gestores, trabalhadores e profissionais de saúde. Além disso, as RMS tendem a permitir a permeabilidade das ações educativas no cotidiano das práticas de saúde, vislumbrando o desenvolvimento da Educação Permanente em Saúde (EPS) aos

profissionais vinculados aos serviços de saúde (ARNEMANN *et al.*, 2018 p. 1636).

Assim, debruçaremos nosso olhar para a Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo (RMSFC), a qual atua junto a comunidades quilombolas, que possuem um contexto de atuação específico e uma realidade social tangenciada por uma tradição sócio-histórico-cultural que precisa ser considerada no momento das intervenções em saúde.

3.4 Produção de Cuidado: A Atenção Básica como cenário

Para Boff (2011), o cuidado deve ser entendido no cerne da existência humana.

O modo-de-ser cuidado revela de maneira concreta como é o ser humano. Sem o cuidado ele deixa de ser humano. Se não receber cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se, define-se e perde o sentido e morre. Se, ao largo da vida, não fizer com cuidado tudo o que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e destruir tudo o que está a sua volta (BOFF, 2011, p. 34).

Pinto (2008) nos revela que o cuidado possibilita ao ser humano condições próprias de existir na condução de seu modo de viver. Sob esse viés, compreendemos que, como seres complexos que somos, estamos constantemente vivenciando situações multifacetadas, as quais nos trazem possibilidades distintas de requerer e manifestar cuidado. Uma das formas de fazer/receber cuidado é através das práticas de cuidado em saúde.

O cuidado em saúde é experienciado por todo ser humano ao longo de sua existência – seja como profissional de saúde ou usuário dos serviços de saúde. Assim, Ayres (2004) nos revela que é extremamente relevante discutirmos sobre as práticas de cuidado em saúde, pois estão correlacionadas à produção do cuidado que se materializa através de disponibilidade para escuta, construção de vínculos e corresponsabilização que permeiam a assistência em saúde.

O termo cuidado abrange práticas de saúde que envolvem muitas considerações, isto é, para que as práticas de saúde tenham, como produto final, o cuidado, está implícito que, nos serviços, estejam ocorrendo: o acolhimento, as relações de responsabilidade, a autonomia dos sujeitos envolvidos, as necessidades de saúde, a resolubilidade, o compromisso, o social, o econômico, as políticas públicas, enfim, a integralidade (FERRI *et al.*, 2007, p. 515).

No instante em que debatemos e refletimos sobre a produção de cuidado em saúde, percebemos a necessidade de problematizarmos as práticas em saúde, a forma como elas vêm sendo estruturadas, se estão atendendo as demandas da população e, também, as concepções de

saúde-doença-cuidado empreendidas pelos profissionais de saúde no cotidiano de suas intervenções.

Há algum tempo vem sendo proposta a reorganização dos serviços de saúde, tendo como pressuposto a produção do cuidado, como um processo de trabalho usuário centrado e de relações acolhedoras, capazes de produzir vínculo, em um processo produtivo que aposta nas tecnologias mais relacionais para a assistência aos usuários (SOUZA, 2014, p. 138).

Para Franco e Merhy (2013), a produção de cuidado em saúde está intimamente ligada à criação de espaços intercessores. Esses espaços emanam do encontro entre o (a) profissional de saúde (produtor) e o (a) usuário (a) (consumidor), que extrapola o momento do encontro e se traduz em ato clinicamente dirigido para a produção de cuidado e construído no cotidiano dos serviços de saúde.

Segundo Malta e Merhy (2010), no momento em que os sujeitos se encontram, são criados espaços de relações. Esses espaços possuem interseções, logo, forma-se um espaço intercessor. Essa intercessão tem um caráter dinâmico e mutável, estando relacionada ao processo de trabalho em saúde, realizado por meio dos atos assistenciais prestados aos (as) usuários (as).

Para Ayres (2004), a produção do cuidado emerge desse espaço de inter-relação entre o (a) profissional de saúde e o (a) usuário (a). Este espaço deve facilitar o encontro das subjetividades, desembocando em uma confluência de saberes tácitos com base na troca entre as pessoas que vivenciam este encontro.

Franco (2007) defende que outro ponto fundamental para produzir cuidado em saúde é a ocorrência do trabalho vivo em ato, o qual se caracteriza como auto governável.

Inferimos que a micro gestão é um espaço onde os trabalhadores fazem a gestão de si mesmos e do seu processo de trabalho, compondo práticas autogestionárias do trabalho em saúde ou, por outro lado, sofrendo processos de captura por normativas instituídas sobre o seu processo de trabalho. Há, entre os trabalhadores, um fluxo contínuo de saberes e fazeres que se traduzem por atos de fala e práticas no ambiente micro organizacional, compondo cenários relacionais de alta intensidade (FRANCO, 2007, p. 435).

Segundo Merhy (2007), quando tratamos do trabalho vivo em ato voltamos nosso olhar para duas dimensões. Primeiramente, evoca a atividade, a produção, que se dará de maneiras distintas a depender do objetivo que se espera com esta produção. Em seguida, vamos refletir sobre o modo como o produto se vincula a seu ator e sua relação com o ato de produzir.

Aqui, percebemos a existência de uma prática social e uma prática técnica. Dessa maneira, o trabalho vivo em ato estará permeado por um componente social, já que o ator - o

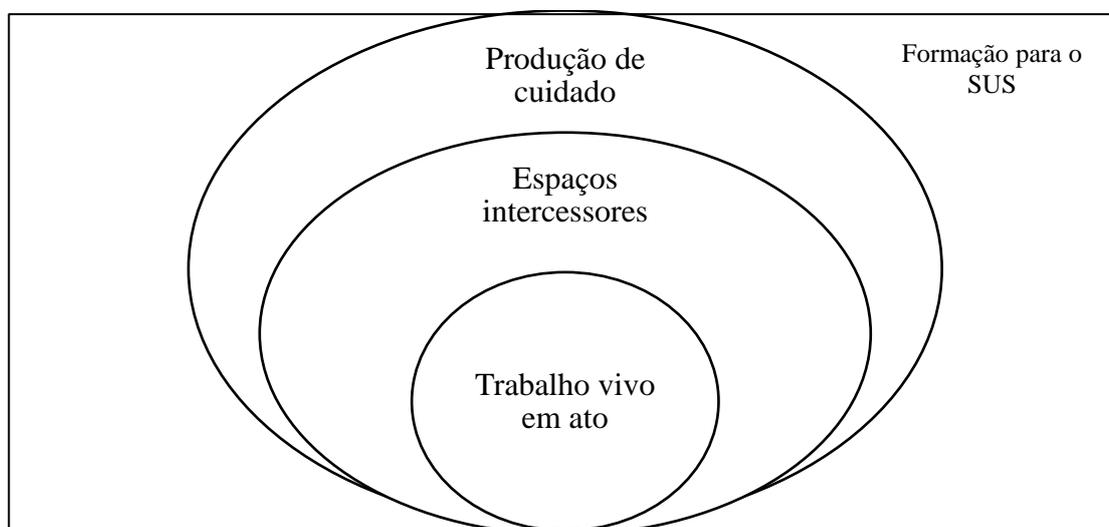
trabalhador de saúde - está inserido, influencia e é influenciado pelo contexto social em que sua atuação se produz.

O trabalho vivo dá às práticas de saúde o atributo da liberdade, a possibilidade de os sujeitos em ato exercerem, no limite, a sua capacidade criativa para a resolução dos problemas de saúde. Por isso mesmo, o processo de trabalho em saúde tem uma potência instituinte, isto é, a capacidade de operar mudanças no exercício cotidiano do cuidado em saúde (ASSIS *et al.*, 2004, p. 15).

A Produção de cuidado é tangenciada pela maneira intersubjetiva que o ato de cuidar desabrocha. É preciso atentar para o fato de que o (a) usuário (a) que procura um serviço de saúde traz consigo sua existência, sua história, suas relações sociais e culturais. Portanto, todas essas questões precisam ser levadas em consideração no instante em que os profissionais de saúde articulam o processo de produção de cuidado, conforme nos diz Agonigi *et al.* (2018).

Para ver como a produção de cuidado acontece, elaboramos o seguinte diagrama (ilustrado na figura 1), já que o trabalho vivo em ato promove a criação de espaços intercessores, que por sua vez contribui para a produção de cuidado, todos tangenciados pela formação para o SUS.

Figura 1 – Diagrama da produção de cuidado



Fonte: A autora.

Para Merhy (2002), algumas tecnologias são utilizadas no momento em que os atos de cuidado são praticados e são denominadas de tecnologias leves, duras e leve-duras. As tecnologias leves são correlatas às relações, ao encontro das subjetividades. Entre estas, podemos citar a produção de vínculos, a autonomização, o acolhimento e a gestão de processos de trabalho.

Souza (2014) nos fala sobre as tecnologias duras e leve-duras, as quais se materializam através da utilização de protocolos, avaliação e monitoramento de indicadores e busca de alcance de metas, que são indispensáveis para a elaboração de ações em saúde.

Aqui, um cuidado se faz necessário. O uso das tecnologias duras e leve-duras não podem engessar os profissionais, mas sim nortear o processo de produção de cuidado, que deve ser condizente com as demandas e as especificidades que emanam do território em que os (as) usuários (a) estão inseridos, maximizando o trabalho vivo em ato, como afirma Souza (2012).

Para Agonigi *et al.* (2018), no momento em que as práticas em saúde são engessadas e excessivamente padronizadas, deixam de perceber os (as) usuários (as) de forma singular, subjetiva e integral, de modo a afetar a relação profissional-usuário. É necessário compreender que produzir o cuidado exige o entendimento das práticas em saúde a partir das múltiplas dimensões presentes nas políticas públicas de saúde, tangenciadas pela visão de gestores, profissionais e usuários.

Deste modo compreendemos que a produção de cuidado no cotidiano dos serviços de saúde ocorre por meio do trabalho vivo em ato, que por sua vez dará condição para a criação de espaços intercessores, por intermédio do uso das tecnologias leves.

O processo de produção de cuidado intenta que o usuário seja o componente central e se constrói através do encontro entre a pessoa-usuário (a) e a pessoa-profissional de saúde. Neste momento, as bases do trabalho são o acolhimento, a responsabilização e a resolutividade, conforme nos dizem Agonigi *et al.* (2018).

Para tanto, percebemos a relevância do conhecimento e da vinculação entre profissional de saúde e usuário no momento do ato de cuidar, através do trabalho vivo em ato, considerando a determinação social da saúde, de modo contextualizado, com a experiência do cotidiano, que pode demandar uma formação e uma disponibilidade para se debruçar sobre a comunidade, criando espaços intercessores e possibilitando o desenvolvimento de ações de produção de cuidado e saúde.

A ABS propõe a melhoria do acesso aos serviços de saúde, por meio da formação de vínculos, da efetiva presença no território, através de uma atenção integral, equânime e universal, sendo considerada a porta de entrada no SUS. Tem como objetivos principais promover saúde e prevenir doenças.

Starfield (2004) nos diz que a Atenção Básica busca compreender as necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa, descocando o olhar somente da doença. Possui

características como: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe.

Batista e Gonçalves (2011) nos levam a refletir que, apesar dessas conquistas, situações como a especialização – fragmentação – do cuidado à saúde, o distanciamento entre os sujeitos nos processos de cuidado e o encontro das subjetividades de usuários (a), trabalhadores (a) e gestores (a) da saúde devem ser tencionados para que não tragam impactos negativos para o processo de cuidado em saúde.

3.5 A saúde da população quilombola

Para Freitas (2011), ainda é muito comum associar o quilombo a uma força de resistência, para reafirmar a luta de uma minoria étnica. Essa situação acabou por promover uma divisa entre espaços urbanos e rurais e, por conseguinte, definindo uma territorialidade, quando a população Quilombola foi se estabelecendo em lugares segregados.

O'dwyer (2002) nos diz que o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), em seu artigo 68º, nos apresenta que aos remanescentes das comunidades quilombolas os quais estejam ocupando suas terras é reconhecida a propriedade definitiva, devendo o Estado emitir os títulos respectivos, assegurando direito à posse da terra para as Comunidades Quilombolas.

Alterar as condições de vida nas comunidades remanescentes de quilombos por meio da regularização da posse da terra, estimular o seu desenvolvimento e apoiar as associações representativas destas comunidades são objetivos estratégicos que visam o desenvolvimento sustentável destas comunidades, com a garantia de que os respectivos direitos sejam elaborados, como também implementados (BRASIL, p. 7, 2004).

Este foi um passo considerável para a garantia da preservação da cultura e dos modos de viver e conviver específicos dessas comunidades, as quais são constituídas por grupos étnico-raciais com uma identidade própria que os distingue do restante da sociedade. São dotados de relações territoriais e têm uma forma de reprodução social, modos de vida e de produção ligados à terra (BRASIL, 2004).

No momento em que nos debruçamos sobre as estratégias para se pensar e se fazer saúde para as comunidades Quilombolas, percebemos que é necessário compreender seus modos de vida e sua relação com a terra. Encontramos uma série de políticas públicas que passaram a ser

formuladas, sobretudo, na década de 2000, para nos ajudar a compreender como esta relação deve estar colocada no cotidiano dos serviços de saúde.

A, institui que a Estratégia de Saúde da Família esteja inserida nas comunidades quilombolas e prevê, em seu artigo 6º, os critérios para a transferência dos recursos aos municípios com população remanescente de quilombos ou residente em assentamentos:

- I - O somatório da população de assentados e/ou quilombolas residentes no município deverá ser igual ou superior a 70 pessoas;
- II - O adscrição desses residentes às equipes de Saúde da Família e Saúde Bucal obedecerá à territorialização definida pela gestão municipal, não havendo necessidade de que as equipes atendam exclusivamente a essas populações;
- III - O registro dos dados das equipes e profissionais que atuam junto a essas populações na base cadastral do SIAB, respeitando-se a faixa de cobertura populacional da estratégia Saúde da Família no município (BRASIL, 2006).

Freitas *et al.* (2011) atestam que esta portaria lançava bases para se atingir um financiamento equitativo, a partir do momento que estabeleceu um diferencial no valor do repasse financeiro para as equipes de ESF que atuam em áreas de assentamentos rurais e de quilombolas. Importante destacar que pela primeira vez foram empregados indicadores de condições sociais como critério para diferenciar os repasses federais aos municípios para financiamento do SUS.

O Programa Brasil Quilombola (PBQ), lançado em 2004, tem a finalidade de fomentar as práticas intersetoriais e interinstitucionais voltadas às comunidades Quilombolas, enfatizando a participação do controle social. O PBQ norteia-se pelas diretrizes (BRASIL, 2004):

- Racionalizar o uso de recursos naturais;
- Incorporar a dimensão de gênero nas iniciativas desenvolvidas;
- Incentivar os governos estaduais e municipais na promoção do acesso de quilombolas às políticas públicas, incluindo a saúde;
- Estimular o protagonismo na população Quilombola;
- Garantir os direitos sociais.

Destarte, a criação do Plano Pernambuco Quilombola (PPQ) tem como objetivo minimizar as desigualdades raciais, com ênfase na população quilombola, nos âmbitos rural e urbano, através do planejamento e implementação de propostas para o Triênio (2016/2019). Tratando especificamente da saúde, o PPQ enseja estimular, junto aos municípios, a construção de UBS e implantação da ESF em comunidades Quilombolas.

O decreto nº 6.261, de 20 de novembro de 2007, apresenta elucidações sobre a gestão integrada da agenda social Quilombola no âmbito do Programa Brasil Quilombola. (BRASIL, 2007). É incentivado que as ações em saúde voltadas para as comunidades Quilombolas sejam pensadas e executadas de forma intersetorial, com uma agenda voltada para o acesso à terra; à infraestrutura; à qualidade de vida; à inclusão produtiva; ao desenvolvimento local e à cidadania.

Com a portaria nº 992, de maio de 2009, temos a criação da Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), que tem como principal objetivo promover a saúde integral da população negra, priorizando a redução das desigualdades étnico-raciais, o combate ao racismo e à discriminação nas instituições e serviços do SUS (BRASIL, 2009).

A referida portaria traz importantes considerações para pensarmos a saúde das populações Quilombolas. Destacamos o artigo 4º, título I, em que consta a relevância de qualificar e fortalecer o acesso da população negra e das comunidades tradicionais, incluindo a população Quilombola aos serviços desenvolvidos pela ESF (BRASIL, 2009).

Com a criação da Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), através da Portaria 2.866, de 2 de dezembro de 2011, temos um momento muito importante para garantir o direito e o acesso à saúde no SUS, reafirmando seus princípios doutrinários de equidade, universalidade e integralidade. Aqui ver-se emergir a inclusão das peculiaridades, especificidades e necessidades em saúde das populações rurais, dos povos da floresta e comunidades tradicionais, em que se incluem as comunidades quilombolas (BRASIL, 2011).

Objetivo (presente na referida política) de promover a saúde das populações do campo e da floresta por meio de ações e iniciativas que reconheçam as especificidades de gênero, geração, raça/cor, etnia e orientação sexual, visando ao acesso aos serviços de saúde, à redução de riscos e agravos à saúde decorrente dos processos de trabalho e das tecnologias agrícolas e à melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade de vida (BRASIL, p. 20, 2013).

A PNSIPCF considera como populações do campo e da floresta, de acordo com (BRASIL, 2013):

- Povos e comunidades que têm seus modos de vida, produção e reprodução social relacionados predominantemente com o campo, a floresta, os ambientes aquáticos, a agropecuária e o extrativismo, como: camponeses; agricultores familiares;
- Trabalhadores rurais assalariados e temporários que residam ou não no campo;
- Trabalhadores rurais assentados e acampados;

- Comunidades de quilombos;
- Populações que habitam ou usam reservas extrativistas;
- Populações ribeirinhas;
- Populações atingidas por barragens;
- Outras comunidades tradicionais.

Em seu artigo 4º, percebemos que a PNSIPCF nos proporciona alguns direcionamentos para a elaboração de planos, programas, projetos e ações de saúde, em que destacamos os seguintes pontos para reflexão (BRASIL, 2013):

- Saúde como direito universal e social – todas as pessoas devem ter acesso aos serviços de saúde;
- Transversalidade – com práticas em saúde voltadas para a população do campo, floresta e águas;
- Educação Permanente em Saúde – considerando que a atuação dos profissionais é voltada para esta população específica;
- Valorização das práticas e conhecimentos tradicionais – reconhecendo que existe um conhecimento de práticas em saúde individuais e coletivas presentes do território;
- Participação social – estimulando a população para participar e se fazer ouvir nas instâncias de controle social.

Apesar destes avanços, ainda é constatado que a universalidade do SUS, o acesso equitativo aos serviços públicos de saúde e a integralidade não estão efetivados na prática cotidiana dos serviços de saúde inseridos em comunidades quilombolas (BRASIL, 2013).

Quando se pensa nas comunidades quilombolas e seu acesso às políticas de saúde, não há como fechar os olhos ao grave problema das crianças. As comunidades, em sua maioria, caracterizam-se pelo forte vínculo com o meio ambiente. As famílias destas comunidades vivem da agricultura de subsistência, sendo a atividade econômica baseada na mão de obra familiar, para assegurar os produtos básicos para o consumo. As crianças aprendem a lidar na roça desde muito tenra idade. As condições sanitárias destas populações são insuficientes; a maior parte não possui água tratada e nem esgoto sanitário (FREITAS *et al.*, 2011, p. 941).

De acordo com Silva (2010), ainda é necessário ampliar a saúde nas comunidades quilombolas. Sabemos que o SUS tem como princípios a integralidade, a equidade e a universalidade, porém em certos lugares e situações estes princípios ainda não se efetivam na prática.

No instante em que as ações e serviços de saúde são planejados, é necessário estar atento à importância que ancora no resgate e na valorização do saber e da cultura das comunidades locais, de modo que a equidade se efetiva nas práticas cotidianas para o enfrentamento de problemáticas advindas de uma luta marcada pela desigualdade e discriminações sociais, consoante diz Silva, (2015).

Oliveira *et al.* (2015) nos revela que o conhecimento sobre o processo saúde-doença-cuidado em comunidades quilombolas ainda são incipientes e carecem ser problematizados e discutidos. A atenção equânime em saúde para esta população precisa ser preconizada e factível.

Precisamos compreender que os estilos de vida e as formas de compreender o mundo estão intimamente ligados ao território e à identidade, se constituindo como um espaço social próprio, com formas singulares e simbólicas de transmissão de bens materiais e imateriais para a comunidade (BRASIL, 2004).

De acordo com Malta e Merhy (2010), as ações e intervenções em saúde ainda são consideravelmente centradas no modelo curativo-assistencialista, o qual muitas vezes não avalia a determinação social do processo saúde-doença, as relações com o ambiente e a subjetividade como relacionados ao processo saúde-doença-cuidado, dando maior ênfase às dimensões biológicas.

Concordamos com Breilh (2013), no momento em que ele atesta que as necessidades de saúde vão além das demandas puramente biológicas e devem ser consideradas, de modo coletivo e contextualizado, transpondo as práticas fomentadas de forma individual e isolada.

O cuidado em saúde deve ser planejado considerando as necessidades e os serviços de saúde que devem estar preparados para lidar com elas, compreendendo os significados sobre sua natureza na interseção dos sujeitos implicados – nos momentos da produção e do consumo da saúde – de forma a buscar promover a autonomia dos sujeitos (MORAIS *et al.*, 2011, p. 20).

Para Campos *et al.* (2007), responder às necessidades de saúde significa deslocar o olhar sobre a doença e perceber que a pessoa precisa ser vista de modo integral, como o SUS postula. Desse modo, as respostas precisam ser complexas, indo além de ações puramente curativas.

Compreendemos que estas dimensões contribuem para refletirmos sobre o planejamento das ações e serviços, para que possam dar respostas plausíveis às necessidades de saúde da população. Nesta, percebemos a relevância em valorizar concepções subjetivas da população,

através da problematização que os sujeitos atribuem aos seus modos de vida, saúde e sofrimento, conforme nos diz Cecílio (2001).

Assim, Hino *et al.* (2009) atestam que é necessário construir instrumentos que possam se constituir para o reconhecimento das necessidades dos diferentes grupos sociais, podendo impelir a reorganização das práticas de saúde, para que respondam às necessidades de saúde, numa circularidade entre estas e o trabalho em saúde.

Paim (2006) atesta que as necessidades em saúde não são apenas problemas, como doenças, sofrimentos ou riscos, mas dizem respeito às carências ou às vulnerabilidades que alguns modos de vida apregoam. Deste modo, devemos deslocar, nesse estudo, nosso olhar para as necessidades de saúde da população Quilombola, de modo contextualizado com base na realidade vivida.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste momento, vamos descrever como será nosso estudo, evidenciando seu desenho e período, como também apresentando o cenário onde o estudo irá acontecer e a população de referência.

4.1 Desenho do estudo

À luz do objetivo de analisar a formação para o SUS promovida pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com ênfase na Saúde da População do Campo em Comunidades Quilombolas de Garanhuns, consideramos a pesquisa exploratória, do tipo estudo de caso, com abordagem qualitativa, como modelo de estudo que melhor atenderá ao nosso objetivo.

A pesquisa exploratória, de acordo com Gil (2007), pode assumir um caráter de levantamento bibliográfico, de entrevistas com atores-chave envolvidos na temática pesquisada e de análise de exemplos que estimulem a compreensão, construindo um processo de investigação.

Para Martins (2008), o estudo de caso possibilita a inserção em dada realidade social. Favorece análises e reflexões durante todas as etapas da pesquisa, sobretudo, através do

momento de levantar as informações. Deve ser realizada a sistematização e organização dos dados, que pode ser em diário de campo, como é o caso de nossa pesquisa.

Segundo Neves (1996), a pesquisa qualitativa visa descrever e interpretar elementos que compõem um sistema complexo de significados, tendo por objetivo desvelar fenômenos do mundo social através de um diferente conjunto de técnicas interpretativas.

De acordo com Minayo (2013), o método qualitativo permite que seja abstraída a subjetividade e confere a possibilidade de compreender a realidade social em que a pesquisa desabrocha, por meio da história, do universo, dos significados atribuídos, dos motivos, das crenças, dos valores, da cultura e das atitudes dos atores sociais.

4.2 Período e Cenário da pesquisa

Esta pesquisa foi desenvolvida no Município de Garanhuns, no Estado de Pernambuco, no período de setembro a dezembro de 2019.

O município é localizado na região Agreste Meridional, com uma população estimada em 139.788 mil pessoas e uma extensão territorial de 458,552 km², sendo 7,11 km² formando a zona urbana e os 451,44 km² restantes a zona rural. Como demonstrado abaixo no mapa 1, os municípios limítrofes são Capoeiras e Jucati ao norte; Lagoa do Ouro e Correntes ao sul; São João e Palmeirina ao leste; Caetés, Saloá, Paratama, Brejão e Terezinha a oeste. (IBGE, 2019).

Mapa 1 – Município de Garanhuns - PE



Fonte: Google maps

No que diz respeito à assistência em saúde no nível da APS, existem 38 UBSs, destas 06 unidades encontram-se em zona rural perfazendo cerca de 15% do total, 02 Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com uma cobertura que abrange em torno de 80% da AB e 04 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), alocados em 100% das UBSs e PACSs.

Ubirajara (2015) nos revela um fato desconhecido pela maioria da população no município, que a denominação de Garanhuns como cidade, ocorre concomitantemente com a chegada de remanescentes de comunidades quilombolas na região, vindos, sobretudo, de Palmares, no Agreste Meridional (meados do Século XVII).

Atualmente, Garanhuns conta com a presença de 06 comunidades Quilombolas em seu território que são:

- Caluete - Localizada no território de abrangência da UBS Sítio Jardim;
- Castainho, Estivas e Estrela - Localizadas no território de abrangência da UBS Estivas;
- Tigre e Timbó - Localizadas no território de abrangência da UBS Iratama.

Dentre as Unidades elencadas, a UBS Iratama (Onde atualmente existe uma turma de R2) e a UBS Estivas (Onde atualmente existe uma turma de R1) são locais de atividades práticas para a RMSFC, contemplando 5 comunidades Quilombolas (Castainho, Estivas, Estrela, Tigre e Timbó).

A UBS Estivas encontra-se localizada na Zona Rural, a cerca de 8 km da área urbana da cidade. A referida UBS conta com 01 Médico (a), 01 Técnico (a) em enfermagem, 01 Enfermeiro (a), 01 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), 01 Cirurgião (a) dentista, 07 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 02 Agentes Comunitários de Endemias (ACE), 01 Auxiliar de serviços gerais e Recepcionista, de acordo com Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (2019).

A UBS Iratama encontra-se localizada no distrito de Iratama, Zona Rural do Município de Garanhuns, a cerca de 25 km da área urbana da cidade. Esta UBS conta com 01 Médico (a), 01 Técnico (a) em enfermagem, 01 Enfermeiro (a), 01 Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), 01 Cirurgião (a) dentista, 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 02 Agentes Comunitários de Endemias (ACE), 01 Auxiliar de serviços gerais e Recepcionista, de acordo com CNES (2019).

Neste cenário, a RMSFC nasce com o amparo das políticas nacionais de Saúde das Populações do Campo, Floresta e Águas e de Saúde da População Negra. Essas duas políticas são transversais e seu estabelecimento comunga com a proposta da RMSFC ou desse programa de residência de atender as demandas negligenciadas historicamente a essas populações (UPE, 2014).

4.3 População de referência

Para elegermos os participantes de nossa pesquisa, procuramos contemplar o quadrilátero da formação propostos por Ceccim e Feuerwerker (2004). Este conceito aponta os agentes responsáveis pelo Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social como extremamente relevantes para reflexões sobre a formação na área da saúde, especificamente na formação para o SUS. No quadro 2, apresentamos as representações de participantes desta pesquisa.

Quadro 2 – Descrição dos grupos participantes a pesquisa

Quadrilátero	Representação	Quantidade
Ensino	Residentes do primeiro ano (R1)	02
	Residentes do segundo ano (R2)	02
Atenção	Profissionais de saúde/preceptores das UBSs Iratama e Estivas	03

Gestão	Gestores do Departamento de Atenção à Saúde	03
Controle social	Usuários das UBSs Iratama e Estivas	02
Total de participantes		12

Fonte: A autora

Todos os participantes elencados formam o quadrilátero da formação e vivenciam o cotidiano dos serviços em que a RMSFC está inserida. É válido ressaltar que dentre os preceptores entrevistados estão 02 profissionais da equipe de referência da ESF e 01 profissional do NASF. Outros 02 profissionais do NASF foram convidados, mas optaram por não participar desta pesquisa. Dentre os gestores, 04 foram convidados e 03 apresentaram disponibilidade em participar. Os demais sujeitos da pesquisa aceitaram o convite prontamente ao serem procurados.

Apoiamo-nos em Tittone e Jacques (2007) quando nos dizem que, em pesquisas qualitativas, a amostragem assume um caráter em que o objeto de estudo não é, necessariamente, generalização da estatística.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

Para a realização de nossa pesquisa iremos utilizar as seguintes técnicas de para a coleta de dados: análise documental, entrevistas semiestruturadas e diário de campo, que serão descritos desta sessão.

4.4.1 Análise documental

Utilizaremos a pesquisa documental como uma das técnicas para a obtenção dos dados de nossa pesquisa. Compreendemos que a análise documental é uma técnica bastante relevante em pesquisas qualitativas, pois nos dá a possibilidade de complementar informações obtidas com outras técnicas (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Nesta pesquisa, utilizaremos o Projeto Político Pedagógico da RMSFC. O documento foi lido e analisado com base na observância de conteúdo sobre a descrição da formação que a RMSFC empreende. Este documento retrata o que é preconizado pelo programa de Residência, contemplando seus objetivos, metodologia e resultados esperados, sendo um recurso para analisarmos de forma contextualizada as entrevistas.

Flick (2009) chama a nossa atenção para o fato da análise documental precisar ser vista como uma forma de dispositivos de comunicação que ajuda a desenvolver a construção de versões sobre dada situação.

4.4.2 Entrevistas semiestruturadas

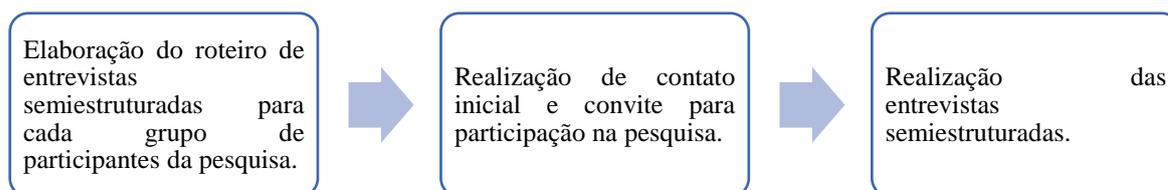
Como método de coleta de dados, utilizamos a entrevista semiestruturada, a qual de acordo com Gil (2007) trata-se de uma técnica flexível que permite ao participante da pesquisa expressar-se livremente, transitando até mesmo por questões que não estejam contempladas no roteiro de entrevista. Logo, não utilizamos questões fechadas, mas sim perguntas que pudessem instigar as reflexões e falas.

Realizar entrevistas, sobretudo se forem semiestruturadas, abertas, de histórias de vida etc., não é tarefa banal; propiciar situações de contato, ao mesmo tempo formais e informais, de forma a “provocar” um discurso mais ou menos livre, mas que atenda aos objetivos da pesquisa e que seja significativo no contexto investigado e academicamente relevante é uma tarefa bem mais complexa do que parece à primeira vista (DUARTE, 2000, p. 216).

As entrevistas foram realizadas em lugar neutro, de escolha dos participantes da pesquisa. Procuramos um lugar livre de interrupções e tivemos em torno de 30 minutos para cada entrevista. Demos possibilidade de fala aos participantes, bem como ao silenciar, caso quisessem. Em nossa pesquisa, realizamos as entrevistas e gravamos o áudio mediante autorização dos participantes e, em seguida, as transcrevemos na íntegra para posterior análise.

Foram elaborados quatro roteiros com questões norteadoras que atendessem às especificidades de cada representação de pessoas entrevistadas – Gestores, preceptores, residentes e usuários ligados à RMSFC, conforme descrito no apêndice C. Na figura 2, mostramos o caminho percorrido até a realização das entrevistas.

Figura 2 – Caminho para a realização das entrevistas



Fonte: A autora

As entrevistas abordaram temáticas correlatas ao processo de formação da RMSFC, as atividades desenvolvidas e sua contribuição para a produção de cuidado, além das principais transformações ocorridas no cotidiano das UBSs em que o programa está inserido.

4.4.3 Diário de campo

Durante o período da realização de nossa pesquisa, construímos um diário de campo, no qual registramos tudo o que foi vivenciado: nossa aproximação com o campo de pesquisa, nossa interação com os participantes, como também informações que os sujeitos nos descreveram.

Para que a pesquisa esteja baseada nos moldes éticos, esclarecemos todo o processo de realização dessa, desde seus objetivos até o que se faria com as informações obtidas. Salientando que, para a prática da pesquisa, são necessários além da interação das vozes do pesquisador e do pesquisado, o embasamento teórico que a subsidia.

De acordo com Araújo *et al.* (2013), o diário de campo tem sido bastante utilizado nas pesquisas em saúde, com fins de registro de conversas informais, observações do comportamento no momento dos depoimentos, manifestações das falas e relações interpessoais e ainda suas impressões pessoais, que podem modificar-se ou permanecer as mesmas com o passar do tempo.

Após a obtenção dos dados mediante a realização das entrevistas semiestruturadas, diário de campo e análise documental, elencamos categorias temáticas – subcapítulos de nossa discussão – a partir de conteúdos semelhantes observados e trazidos nos depoimentos dos pesquisados, conforme descrito no quadro 3:

Quadro 3 – Descrição das categorias temáticas conforme os objetivos

Categoria temática	Fonte de dados	Descrição
Formação empreendida pela RMSFC	Utilizamos dados obtidos no Projeto Político Pedagógico (PPP) e diário de campo.	Apresentação do Projeto Político Pedagógico da RMSFC, mostrando como os objetivos do programa são descritos nas atividades práticas informadas pelos participantes da pesquisa.
Práticas em saúde fomentadas pela RMSFC	Utilizamos dados obtidos no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e diário de campo.	Dialogamos sobre as práticas que a RMSFC fomenta e como contribuem para a produção de cuidado.

As transformações nos cotidianos dos serviços de saúde com a inserção da RMSFC	Utilizamos dados obtidos no Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e diário de campo.	Mostramos as principais transformações elencadas pelos participantes da pesquisa.
--	---	---

Fonte: A autora

4.5 Processamento e Análise dos dados

Trataremos, aqui, sobre a utilização de duas técnicas para a análise dos dados. São elas: Análise de conteúdo e Análise de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

4.5.1 Para as entrevistas semiestruturadas

Como procedimento para a análise dos dados obtidos com as entrevistas semiestruturadas, valemo-nos da Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), de Lefevre e Lefevre (2014). Bastante utilizados em pesquisas qualitativas, que permitem a formulação de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular e evidenciam a expressão do pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso, como nos dizem Lefevre *et al.* (2006).

O DSC permite a tabulação e organização de dados qualitativos e tem como fundamento a teoria da Representação Social, proposta pelo psicólogo social francês Serge Moscovici, que diz respeito à inter-relação entre sujeito e objeto, os quais interagem em processo de construção do conhecimento individual e coletivo, na construção das Representações Sociais, um conhecimento que brota do senso comum, do cotidiano (CRUSOÉ, 2004).

De acordo Lefevre e Lefevre (2012), no momento da elaboração dos DSC, vamos nos valer de algumas figuras metodológicas que nos permitem visualizar pensamentos coletivos detratados nos depoimentos e opiniões individuais. Para os fins deste trabalho, utilizamos as seguintes:

- Expressões Chaves – se constituem como partes do discurso que apresentam a essência do conteúdo do discurso;
- Ideias Centrais - compreendemos como denominações ou expressões linguísticas que são condições para identificarmos sentidos construídos nas Expressões Chave, para que assim possamos fazer as categorizações.

Este conjunto de figuras metodológicas dará condição para a construção do DSC, através da junção das expressões chave, ideias centrais e ancoragem. Será construído um só discurso-síntese, na primeira pessoa do singular, expressando um pensamento coletivo.

As falas coletadas serão tratadas através do DSCsoft 2.0 (software desenvolvido com base na teoria do DSC), disponível na plataforma tolteca informática, com o objetivo de obter este pensamento coletivo transmutado em fala, tendo por base as expressões-chave e as ideias centrais.

4.5.2 Para análise documental e diário de campo

De acordo com Bardin (2011), a análise do conteúdo é composta por três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, com a inferência e a interpretação.

Na etapa da pré-análise, concretizamos a organização da pesquisa. Neste momento, sintetizamos nossas ideias iniciais, planejando de modo flexível, porém preciso, o modo de conduzir a análise de conteúdo. Realizamos a leitura flutuante que, de acordo com Bardin (2011), aos poucos vai se tornando cada vez mais precisa, desembocando nas possibilidades de projeções teóricas e possível aplicabilidade de materiais equivalentes ao conteúdo que será analisado.

Na segunda etapa, caracterizada pela exploração do material, colocamos em prática o que foi planejado e sintetizado. “Essa é uma fase longa e fastidiosa, consiste essencialmente em operações de codificações, decomposição ou enumeração, em função de regras previamente formuladas” (BARDIN, 2011, p. 131).

Na terceira e última etapa, estruturamos a proposta metodológica. Neste momento, tratamos os dados obtidos e os interpretamos. Aliamos o que executamos nas duas primeiras etapas à interpretação dos resultados brutos, de forma que estes se tornaram válidos e significativos, e o fizemos através da proposição de inferências, visando realizar nossa interpretação com base nos objetivos pretendidos, dando espaço ainda a que outros conteúdos pudessem emergir.

Consideramos que o uso dessas duas técnicas nos oferece a possibilidade de refletirmos tanto a partir das ideias compartilhadas, que forma um discurso representante de uma

coletividade, quanto a partir das visões individuais, que nos permitem visualizar uma compreensão da temática pesquisada a partir das singularidades.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Segundo Spink (2000), cuidados éticos impreterivelmente precisam ser levados em conta para se realizar uma pesquisa. Para tanto, agimos conforme observância das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Desse modo, obtivemos aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), do Instituto Aggeu Magalhães, através do CAAE 15891819.5.0000.5190.

Alcançamos autorização institucional através da Carta de Anuência para realizarmos nossa pesquisa junto à Secretaria Municipal de Saúde de Garanhuns, bem como disponibilizamos para todos os participantes da pesquisa o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e o Termo de Confidencialidade assinado pela pesquisadora responsável pelo projeto.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste momento, vamos dialogar acerca dos resultados encontrados em nossa pesquisa. Destacamos, que nossa intenção é debater e refletir sobre essa temática, como também nutrir as possibilidades de pesquisa futuras.

6.1 A formação para o SUS empreendida pela RMSFC

Neste primeiro tópico, vamos descrever o processo de formação empreendido pela RMSFC, com base no Projeto Político Pedagógico (PPP), intercalando com nossas observações e diário de campo. Em sua descrição inicial, no PPP, a RMSFC evidencia que busca promover uma formação de profissionais de saúde voltada para atuação em comunidades quilombolas e sintonizada com o SUS, conforme descrição abaixo elencada.

Este programa visa formar profissionais de saúde para as populações do campo e das florestas, que alie uma formação clínica à perspectiva da atenção integral a saúde, sintonizada com o cenário do SUS e suas políticas, observando a precária situação em que vive esses grupos populacionais no que se refere ao acesso desigual às ações e serviços de saúde, fruto da segregação e violência históricas a que essas populações vivenciam (Universidade de Pernambuco, 2014).

Freitas *et al.* (2013) nos dizem que a formação para atuar nessas comunidades deve perpassar por questões relativas à compreensão ampliada sobre as diferentes culturas, sobre as necessidades em saúde e o impacto da política, da economia sobre a qualidade de vida da população.

Para Pessoa *et al.* (2018), é fundamental reconhecer o contexto de atuação para o planejamento e a organização dos serviços de saúde, a fim de que as intervenções e ações em saúde sejam focadas no processo saúde-doença-cuidado destas comunidades rurais com necessidade de saúde específicas. A RMSFC emana como um importante dispositivo de enfrentamento de iniquidades, que tem a possibilidade de suplantar a invisibilidade e a negligência histórica delegadas à saúde da população do campo.

Este programa está inserido na Atenção Básica, que para Cecílio e Reis (2018) ordenam e coordenam o cuidado em todos os níveis de atenção, por meio de ações intersetoriais. É composto por equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família, nas Unidades Básicas de Saúde (distribuídas por territórios com população adscrita).

ESF é o serviço de saúde que está mais próximo da população de zona rural – especificamente onde existe a presença de comunidades quilombolas, que é nossa população de referência. Em nosso país, a maioria dos dispositivos de saúde estão geograficamente localizados na zona urbana e demandam certo deslocamento para que a população de zona rural possa acessá-los. No município estudado, essa lógica de organização se repete (BRASIL, 2012).

É percebido que, nas comunidades de referência de nossa pesquisa, o único serviço de saúde é a UBSs, reafirmando essa lógica de concentração de serviços como: Hospital Geral, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Ambulatórios de especialidades (Diário de Campo).

Bousquat *et al.* (2017) nos dizem que as dificuldades percebidas para o acesso aos serviços de saúde, por parte da população de zona rural, perpassam pelas iniquidades no acesso geográfico, insuficiência de profissionais de saúde e precariedade da estrutura física de algumas unidades de saúde.

Para Garnelo *et al.* (2018), a efetivação do acesso aos diversos serviços do SUS ainda se expressa como um desafio a ser transposto para a população que reside em áreas rurais. A RMSFC se insere neste cenário e apresenta em seu Projeto Político Pedagógico (PPP) o seguinte objetivo geral:

Qualificar profissionais de saúde, em nível de pós-graduação, por meio da formação em serviço com ênfase em Atenção à Saúde da população do Campo. Visa oferecer uma formação ampla e crítica quanto aos processos e transformações sociais, em sua relação aos processos de saúde-doença dessa população (Universidade de Pernambuco, 2014).

O objetivo supracitado dialoga com o pensamento de Nascimento e Oliveira (2010), quando eles atestam que os programas de residência, para além de buscar o crescimento e o desenvolvimento do profissional residente, ensejam promover transformações nos serviços de saúde. Para tanto, incentiva a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites para transformá-la. Deste modo, os residentes atuam como agentes de transformação e/ou maximização das práticas em saúde realizadas.

É válido apresentarmos, também, os objetivos específicos da RMSFC, que nos mostram um caminho possível para que essa formação possa ampliar o olhar dos profissionais envolvidos, conferindo a possibilidade de uma formação para o SUS atrelada às necessidades em saúde específicas da população quilombola.

- I. Compreender a saúde a partir da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade em assentamentos e/ou territórios do campo com processos de reforma

- agrária, que contribuam com o desenvolvimento sustentável desses territórios.
- II. Propiciar a compreensão da realidade, considerando a diversidade e complexidade do contexto filosófico-social-histórico-cultural, através do conhecimento técnico, postura ética e construção de práticas humanizadas, embasadas nos saberes humanísticos, popular e científico.
 - III. Fomentar a capacidade de análise crítica e de avaliação que possibilitem a realização da atenção integral à saúde da população do campo, através da construção de práticas interdisciplinares.
 - IV. Estimular e assessorar a condução de processos participativos, democráticos, de cooperação e de organização comunitária afins ao desenvolvimento rural e a segurança alimentar.
 - V. Promover o conhecimento das redes de atenção à saúde e intersetoriais, a fim de se construírem alternativas integradas para a melhoria da qualidade de vida da população rural.
 - VI. Conhecer a população e o território, definindo instrumentos para análise de situação da área, organização e gerenciamento das informações a fim de traçar o plano de ação em conjunto com os diversos atores envolvidos.
 - VII. Promover a vivência do trabalho em equipe, objetivando construir uma perspectiva inter e transdisciplinar, estimulando reflexões sobre o papel do profissional enquanto agente transformador da realidade social.
 - VIII. Desenvolver conhecimentos e habilidades para o planejamento, a gestão e a avaliação de planos e processos de trabalho dos diferentes serviços da rede de saúde.
 - IX. Desenvolver tecnologias e saberes quanto ao campo da prática compartilhada, como também aos núcleos de saberes de cada profissão.
 - X. Instrumentalizar os profissionais de saúde para a Educação Popular em Saúde, para o efetivo exercício do controle social dos serviços e das ações de saúde (Universidade de Pernambuco, 2014).

Esses objetivos específicos nos dão possibilidade para explorarmos alguns conceitos presentes no cotidiano dos serviços de saúde que são problematizados durante a vivência do programa, tais como:

- Conceção de saúde - compreendemos que o conceito de saúde de uma população reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural que é experienciada em dado contexto. Assim, compreendemos que a concepção de saúde possui um componente subjetivo, sendo tangenciado pelo lugar social que a pessoa e/ou a população ocupa (SCORSOLINI-COMINA E FIGUEIREDO, 2018).
- Práticas interdisciplinares – tais práticas estão correlacionadas à busca da unidade do saber e à busca de solução de problemas concretos (BICALHO E OLIVEIRA, 2011).

Dessa maneira, a conjugação de distintos saberes contribui para a construção de intervenções acertadas na solução dos problemas de saúde da população.

- Redes de Atenção à Saúde (RAS) - A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para organização das RAS. Podemos compreendê-las como formas propostas para a organização de ações e serviços de saúde, objetivando a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).
- Educação Popular em Saúde - “um saber importante para a construção da cidadania e participação social na medida em que vem contribuindo para a criação de uma nova consciência sanitária das políticas públicas” (NERY *et al.*, p. 114, 2012).

Com isto, são lançadas bases para a construção de uma formação de profissionais comprometidos com a saúde pública e/ou coletiva, com a consolidação do SUS e, sobretudo, com a melhoria da qualidade de vida dessas populações, através das ações propostas pelo programa.

A RMSFC conta com o suporte pedagógico de tutores, preceptores e docentes. É constituída por um total de 5.760 horas, distribuídas em dois anos. Inclui 1.100 horas teóricas ou teórico-práticas, que serão organizadas em tempos presenciais (UPE, 2016).

As horas destinadas à prática em saúde no SUS são desenvolvidas principalmente nas UBSs Estivas e Iratama, no município de Garanhuns – PE, podendo acontecer também em outros dispositivos de saúde locais, conforme pactuação e observâncias nas normativas preconizadas pela RMSFC, que

contará com estágios nos serviços de gestão estadual e municipal, nos equipamentos sociais e culturais do município e principalmente nas comunidades específicas de abordagem desse programa (Universidade de Pernambuco, 2014).

Ver-se, que os residentes estão lotados nestas Unidades, mas eles transitam por outros equipamentos da rede de saúde, seja acompanhando pacientes até serviços como o CAPS, por exemplo, ou até mesmo buscando outros serviços e/ou estratégias para resolução de algumas situações de saúde observadas na comunidade, como buscar a Secretaria da Mulher diante da necessidade de intervenções correlatas à violência contra a mulher (Diário de Campo).

De acordo com seu PPP, o programa conta com profissionais de saúde graduados em educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, odontologia, psicologia, sanitária, serviço social, fonoaudiologia e terapia ocupacional. Estes profissionais atuam em

assentamentos do MST no Município de Caruaru e comunidades quilombolas em Garanhuns (UPE, 2016).

No quadro 4, descrevemos as categorias profissionais que compõem a RMSFC, distribuídas por Unidades de Saúde de referência onde estes profissionais atuam enquanto residentes.

Quadro 4 – Composição da RMSFC em Garanhuns – 2019

Categoria profissional	R1	R2
Assistente social	01	01
Educador (a) físico	01	--
Enfermeiro (a)	01	01
Farmacêutico (a)	01	01
Fisioterapeuta	01	01
Fonoaudiólogo (a)	01	--
Nutricionista	01	01
Psicólogo (a)	01	02
Sanitarista	01	01
Terapeuta ocupacional	--	01
Total	09	09
Total geral	18 residentes	

Fonte: Cadastro nacional dos estabelecimentos de saúde (2019)

Esta caracterização nos permite dialogar sobre a interprofissionalidade. Segundo Franke *et al.* (2018), o trabalho interprofissional enseja fortalecer a resolutividade e conferir uma assistência holística em saúde. As RMS têm contribuído para um cenário de mudança de cuidados em saúde, agregando aspectos relativos à promoção da saúde, à descentralização do cuidado e ao trabalho multiprofissional, contribuindo para a integralidade do cuidado em saúde. Farias *et al.* (2018) nos dizem que a interprofissionalidade ocorre através de uma prática integrada e colaborativa do trabalho que se desenvolve nos serviços de saúde.

No momento que são iniciadas as atividades da RMSFC, os residentes vivenciam um período de acolhimento em que são discutidas a formação vindoura e as perspectivas de atuação, tangenciadas pelos objetivos do programa de residência.

Este acolhimento é comumente realizado no Centro de Formação Paulo Freire, no Assentamento Normandia, na cidade de Caruaru – PE. É um momento em que todos os residentes da RMSFC (tanto os residentes de Garanhuns – que atuam em comunidades quilombolas, quanto os residentes de Caruaru – que desenvolvem suas atividades junto ao MST) estão juntos em um espaço de reflexões e debates acerca da proposta do programa de residência e das singularidades das populações presentes nas comunidades onde a formação é desenvolvida (Diário de campo).

Ao adentrar o cotidiano dos serviços de saúde, o programa de residência propõe a realização da territorialização. Após a conclusão, o resultado é apresentado e dialogado com os

profissionais da UBS e serve de base para o desenvolvimento das atividades propostas pelos residentes durante os dois anos do programa.

Durante o desenvolvimento da territorialização, os residentes adentram e se inserem na comunidade em um processo de compreensão da realidade social e existencial apresentada pela comunidade, como também, conhecendo as formas de adoecimento e as concepções de saúde. Este é um momento propício para que sejam conhecidas as necessidades de saúde que emanam da comunidade. É válido destacar que estas necessidades serão distintas para diferentes grupos sociais (Diário de campo).

Nesta perspectiva, a territorialização favorece o desenvolvimento das atividades propostas pelos residentes, que para elaborá-las se organizam em Núcleos de Base (NB), os quais se colocam na perspectiva da construção coletiva de discussão dos casos – seguindo a proposta de organização pleiteada pela residência. Os núcleos de base reúnem-se em momentos de diálogos para a realização das atividades teóricas e teórico-práticas.

Este modelo de organização é herdado do MST, o qual deve ser compreendido como um modo de organização coletivo colocado em um espaço de construção participativa e compartilhada, conforme nos dizem Miranda e Cunha (2013).

Para Farias (2019), realizar a territorialização na Atenção Básica é compreendido como um ato social e político fundamental para um projeto de atenção contextualizado, organizado em redes de atenção à saúde. Por isso, a territorialização reflete as formas como a atenção à saúde se organiza no território.

Desse modo, os profissionais em formação aprimoram os conteúdos teórico-práticos, realizam a territorialização e a partir dela elaboram o plano de saúde de área. Concomitantemente, são desenvolvidas as ações de promoção, prevenção, educação e reabilitação em saúde nas UBS's, por meio de ações coletivas e individuais, que são transversais aos dois anos de vivência da residência.

No decorrer da vivência no programa, os residentes se aprofundam no desenvolvimento das atividades individuais e coletivas de cuidado nos territórios, em comunidades quilombolas, além disso, devem realizar dois estágios fora da UBS, o estágio opcional e o estágio estratégico.

O estágio opcional se caracteriza como um momento em que o residente pode escolher o local e a área de atuação dentro do seu núcleo profissional, para que possa ter uma experiência de sua escolha. Esse momento é facultado ao residente realizar ou não e tem duração de 01 mês.

Já o estágio estratégico, configura-se como um pré-requisito para a conclusão da residência e precisa ser realizado dentro da perspectiva da saúde da população do campo,

florestas e das águas. Tem como possíveis campos de estágio comunidades quilombolas, ribeirinhos e comunidades atingidas por barragens. Este momento é vivenciado durante 01 mês.

É um momento em que o residente pode ter uma experiência em qualquer lugar do mundo que desejar. Vimos exemplos de realização de estágios em outros Estados – como, por exemplo, em assentamentos do MST em Minas Gerais, em um local próximo de onde ocorreu o rompimento das barragens da empresa Vale do Rio Doce (Diário de campo).

Em ambos os casos, os residentes constroem um plano de estágio e fazem a pactuação com a instituição onde o estágio será realizado e com a gestão do programa de residência. Ao final do estágio é construído um relatório e apresentado para a instituição.

De acordo com o projeto Político Pedagógico (2014) da RMSFC, a formação fundamenta-se em três eixos, são eles:

- Atenção à Saúde - na garantia do acesso à atenção básica, atendimento às necessidades de saúde, encaminhamento às demandas específicas; redução de riscos, promoção e vigilância considerando as especificidades epidemiológicas, ambientais e sociais; educação permanente, desenvolvimento de processos educativos com a comunidade, projetos com base na educação popular; condições de morbimortalidade e monitoramento;
- Introdução à Política Crítica - compreensão do Capitalismo, da sociedade de classe, da análise de conjuntura, do desenvolvimento agrário e das lutas de massa no Brasil;
- Ético-humanístico - compreensão das bases teóricas, filosóficas, ontológicas e epistemológicas da ciência da saúde e ciências sociais.

As atividades teóricas - especialmente as disciplinas ministradas - apresentam, a partir da perspectiva dialética desta transversalidade, estudos teóricos que procuram alinhar as atividades práticas realizadas.

Existem atividades teóricas, teórico-práticas e didáticas, todas interagindo de forma complementar. Algumas atividades desenvolvidas são: o tempo aula - incluindo disciplinas básicas, seminários, estudos de caso, reuniões de núcleo de base, apresentação e discussão de casos clínicos (nos cotidianos dos serviços de saúde ou nos espaços da instituição formadora), clube de revista, aulas expositivas, disciplinas optativas e atividades ético-culturais (Universidade de Pernambuco, 2014).

Por meio desta proposta metodológica, são fomentadas a produção de cuidado e as transformações de algumas práticas em saúde, bem como a formação de profissionais para o SUS com base da EPS. Dentro deste espectro apresentamos as disciplinas teóricas elencadas

pela RMSFC. Conforme apresentamos no quadro 5, este conjunto de disciplinas contribui para a prática cotidiana nos serviços de saúde onde os residentes estão lotados.

Quadro 5 – Disciplinas ministradas no Programa de RMSFC

Ordem	Módulos – 1º Momento	Carga-horária
I	Introdução à Saúde da família	40 horas
II	Políticas de saúde	24 horas
III	Espaço urbano e ambiente: comunidade x coletividades/quantificação e análise dos problemas de saúde	40 horas
IV	A luta pela terra, cultura e especificidades das populações quilombolas e de assentados: promovendo uma atenção integral	56 horas
V	Planejamento e programação de ações de saúde	40 horas
VI	A família: infância, adolescência, vida adulta, velhice e gênero	20 horas
Subtotal – 1º momento		220 horas
Ordem	Módulos – 2º Momento	Carga-horária
VII	Saúde da criança	120 horas
VIII	Saúde da mulher	120 horas
IX	Saúde do adolescente	30 horas
X	Saúde do adulto e do idoso	150 horas
XI	Saúde do trabalhador rural	30 horas
XII	Saúde mental	75 horas
XIII	Monitoramento e avaliação do acesso às ações e serviços de saúde a populações assentadas e quilombolas	30 horas
XIV	Educação permanente e educação popular em saúde com foco nas populações do campo	60 horas
XV	Ações de promoção e vigilância em saúde às populações assentadas e quilombolas	75 horas
	Disciplinas optativas	120 horas
Subtotal - 2º Momento		810 horas
Ordem	Módulos – 1º Momento	Carga-horária
XVI	Metodologia científica	40 horas
XVII	Seminários de acompanhamento da elaboração da monografia	30 horas
Subtotal - 3º Momento		70 horas
Total		1.100 horas

Fonte: Universidade de Pernambuco (2014)

Com esta grade curricular, percebemos que a formação que a RMSFC promove possui um caráter totalmente voltado para o contexto de desenvolvimento de suas práticas em saúde, fato que conduz o profissional em formação para uma reflexão crítica de sua realidade e com possibilidades de atuar como agente de transformação.

As disciplinas teóricas ocorrem de forma modular, com aulas concentradas em uma semana por mês. Existem disciplinas específicas para os residentes do primeiro ano (R1) e disciplinas destinadas aos residentes do segundo ano (R2). Por vezes, ocorrem com a presença de R1 e R2.

Os momentos de disciplinas teóricas são realizados nas cidades de Garanhuns e Caruaru, permitindo que os residentes que estão nestes dois locais tenham sempre um momento de troca e inserção em diferentes realidades. Quando estão em Caruaru, os residentes de Garanhuns participam de vivências com o

MST. No momento em que as aulas são realizadas em Garanhuns, os residentes de Caruaru se inserem nos espaços das comunidades quilombolas, em uma integração ensino-serviço-comunidade (Diário de campo).

Isto posto, percebemos que este programa de residência se baseia na Pedagogia da Alternância, a qual, de acordo com Teixeira *et al.* (2008), trata-se de uma proposta de organização política de formas de ensino, que congrega diferentes experiências formativas distribuídas ao longo de tempos e espaços distintos, tendo como finalidade uma formação profissional. Esta metodologia começou a ser utilizada na década de 1960 no estado do Espírito Santo. Trata-se de promover as atividades intercalando momentos e discussões teóricas e realização de atividades práticas no território, rodas de diálogo, valorizando momentos de lazer, autocuidado e místicas, maximizando a relação teoria-e-prática.

Dentro desta perspectiva, são vivenciados os tempos educativos, os quais se destinam a articulação entre a teoria e a concepção de saúde dos movimentos sociais do campo na perspectiva de contribuir no processo de formação de sujeitos autônomos e engajados na luta pela transformação da realidade.

O quadro 6 nos mostra a divisão dos tempos educativos propostos pela RMSFC, bem como as respectivas descrições de cada um deles em articulação com o processo formativo empreendido pelo programa.

Quadro 6 – Tempos educativos

Tempo	Descrição
Tempo Formatura	Destinado à motivação das atividades do dia, conferência das presenças por núcleo de base, informes gerais, apresentação do registro diário elaborado sobre o dia anterior e cultivo da mística de nossa coletividade e classe trabalhadora. Cultivando a identidade de brasileiro (a) e o sentimento internacionalista.
Tempo aula	A programação teórica será desenvolvida sob a forma de seminário, apresentação de estudos de casos, grupos de discussão, clube de revistas, painéis e outras técnicas ativas didático-pedagógicas que se fizerem necessárias.
Tempo reflexão escrita	Percepção dos aprendizados (em todos os demais momentos) e do registro da sua reflexão sobre o andamento do processo educativo vivenciado, extraindo os aprendizados para o trabalho em saúde.
Tempo cuidado	Destinado ao trabalho corporal através de dinâmicas corporais diversas, com a intencionalidade de vivenciar e experimentar o planejamento e execução dessa prática. As dinâmicas visam ampliar a consciência corporal, uma atividade de cuidado para o grupo de residentes, a sensibilidade, aprofundar as relações entre os sujeitos, e despertar para outras formas de linguagem e expressões de afetividade.
Tempo núcleo de base	Tem por finalidade garantir momentos de encontro do NB para a formação e processo organizativo da coletividade, envolvendo tarefas de gestão do curso, estudos e atividades práticas.

Tempo leitura	Momento destinado à leitura dirigida, individual, para aprofundar e despertar o gosto e a fluidez da leitura, conforme orientação da coordenação do curso. Também podem ser obras de escolha pessoal (a partir de determinado momento da caminhada). Se necessário, pode ser realizado coletivamente.
Tempo estudo	Tem por finalidade garantir um espaço para o estudo, visando aprimorar a formação de cada sujeito. Este tempo destina-se ao reforço ou recuperação de aprendizagens para a preparação de atividades educativas e realização de tarefas indicadas pelos professores. Pode ser realizada em grupos ou individualmente.
Tempo trabalho no campo	Espaço de tempo para realizar trabalhos de característica rural, de forma a vivenciar e contribuir para a coletividade onde o curso está inserido.

Fonte: Universidade de Pernambuco (2014)

As vivências dos tempos educativos são organizadas nos núcleos de base, que após as atividades constroem relatórios, diários de campo, cronogramas e documentos necessários a partir das experiências vividas. Cada um destes momentos tem por mote aprendizado e sensibilização para as práticas em saúde fomentadas pelos residentes nas unidades de saúde onde desenvolvem a sua atuação.

Transitar por esses tempos é uma possibilidade de pensar o processo de trabalho fora dele. Sair daquele ambiente e pensar como está sendo e pensar nosso processo de trazer a subjetividade para o fazer coletivo. É momento de produzir, estudar, ler, sorrir ou chorar, individual ou coletivamente. Ninguém é detentor do saber. Avaliamos como momentos desafiadores e de muito aprendizado (Diário de campo).

O encerramento do ciclo da residência ocorre após 24 meses com o cumprimento de toda a carga-horária prática e teórica. A última atividade é a apresentação do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), que é desenvolvido pelo residente durante o período de duração do programa, sob a orientação de um profissional de saúde que possua o título de mestrado ou doutorado.

O egresso do programa será qualificado para desenvolver valores profissionais e humanos que primem pela ética, o respeito às culturas locais, regionais, fortalecendo assim os princípios do SUS e a Saúde Integral das Populações do Campo e das Florestas (Universidade de Pernambuco, 2014).

Entende-se que esse Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família enquadra-se numa perspectiva regionalizada e envolve o desenvolvimento de novas estratégias de ação e produção de conhecimento, que irá potencializar a formação do profissional residente nesta área específica, ainda inexistente no Brasil (Universidade de Pernambuco, 2014).

Deste modo, percebemos que o projeto político-pedagógico da RMSFC se encaminha para a integração com a formação para o SUS, desenvolvida a partir da realidade vivenciada na UBS e em alguns dispositivos da RAS, junto aos demais profissionais e usuários (a). Como

atesta Domingos *et al.* (2015), este cenário aproxima o residente para uma aprendizagem significativa, a qual constitui a base da Educação Permanente em Saúde (EPS), contribuindo com a formação dos residentes e promovendo articulação e troca de saberes com os demais profissionais da equipe da ESF.

6.2 As práticas em saúde fomentadas pela RMSFC

Aqui, caracterizaremos as práticas em saúde fomentadas pela RMSFC e sua contribuição para a produção de cuidado. Para tanto, lançamos mão dos Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), construídos a partir das falas dos participantes da pesquisa, intercalando com nossas observações e diário de campo.

De acordo com Merhy (2013), uma das bases para o estabelecimento da produção de cuidado é a criação de espaços intercessores que se configura como as relações de cuidado, que se produzem no encontro entre os profissionais de saúde e usuários (a) dos serviços, os quais devem ser sujeitos ativos no processo de cuidado. Ainda segundo este autor, os encontros produzidos nos espaços intercessores desencadeiam novas possibilidades do agir em saúde, que se configura como trabalho vivo em ato. Vamos atentar para os momentos em que estas condições para a produção de cuidado são evocadas no DSC produzido a partir das falas dos participantes desta pesquisa.

Apresentamos a seguir o desenvolvimento das práticas em saúde fomentadas pela RMSFC, a partir do DSC 1 – Gestores (assim denominamos o primeiro discurso deste tópico) participantes de nossa pesquisa, conjuntamente com sua ideia central - visão ampliada de saúde – e seguidas de nossa discussão com alguns autores que dialogam sobre os discursos evocados.

E o interessante é que eles também incentivam a vivência da cultura. Então sempre a cultura local é respeitada e ela é estimulada. Então eles (residentes) vão além do que é apenas fazer saúde física e mental. É resgatar a cultura deles. Então quando você entra na dinâmica de trabalho da população quilombola é outro mundo totalmente diferente, porque a cultura está sempre enraizada, sempre! Eles trabalham diretamente com a população, eles fazem grupos, grupos de tabagismos, grupos de idosos, gestantes. Eles bem atuantes. Sei o quanto a residência tem contribuído para a perspectiva da rede de saúde. Para a rede geral. Não só para aquela comunidade, porque é uma população que necessitava de uma atenção. Hoje tem uma equipe de profissionais. Dentro da casa das pessoas (DSC – Gestores).

No DSC 1 – (Gestores), é tratada a relevância em pensar a saúde além do físico, mental e/ou do biológico. A OMS nos apresentou em 1946 uma definição de saúde como a situação de

perfeito bem-estar físico, mental e social, superando apenas a ausência da doença. Segre e Ferraz (1997) atestam que esta definição estava na vanguarda da época em que foi implementada, porém, no momento, podemos considerá-la ilusória, superada e unilateral.

Para Silva *et al.* (2015), é bastante complexo apresentar uma definição única e generalizada do que vem a ser saúde. Os referidos autores defendem que este conceito depende de valores, expectativas e posturas diante da vida, variando de acordo com o contexto histórico e/ou visão de mundo de cada momento.

Este pensamento é reafirmado por Scliar (2007) quando propõe que

o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, ou seja, saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas (SCLIAR, 2007, p. 30).

Trazemos Bezerra e Sorpreso (2016) que consideram a concepção de saúde como um importante pilar para o desenvolvimento social, econômico, pessoal, desembocando em sua relevância para a qualidade de vida. Para tanto, a Atenção Básica assume o papel de desenvolver ações em saúde, com base na formação de vínculo, empoderamento e autonomia do usuário (a) em sua relação com o profissional de saúde, criando espaços intercessores para a produção do cuidado em saúde.

Logo, ver-se que a formação para o SUS precisa estar contextualizada com o cotidiano da população a quem se destina o serviço. Trata-se de uma formação para atuação na Atenção Básica, em que existe a importância de conhecer o território onde ocorre a atuação e as necessidades de saúde das pessoas.

Refletirmos sobre a saúde da população quilombola requer que consideremos os elementos presentes em sua cultura. Devem ser compreendidas com base territorial, com sua identidade, da forma de sentir e fazer sentido no mundo. Há um território próprio, com uma memória coletiva, histórica e simbólica. Para as comunidades quilombolas, a relação com a terra é significativamente simbólica, conferindo o espaço social próprio, com formas singulares e simbólicas de transmissão de bens materiais e imateriais para a comunidade (BRASIL, 2004).

Para Haerter *et al.* (2013), os quilombos foram e/ou são locais de resistência e ressignificação com potencial transformador, mas também marcados por luta e afirmação de autonomias. Espaços para a constituição de famílias, para sua subsistência, para protagonismo de africanos e negros, conjugando suas culturas a realidade de cada época. Deste modo, a prática

em saúde deve trazer consigo essa noção do momento sócio-histórico-cultural vigente e, sobretudo, a partir das demandas que emergem desta população.

A cultura quilombola, enquanto esfera social, permite aos indivíduos expressarem seus valores e princípios e vincularem-se de forma simbólica e afetiva ao grupo. Por ser um espaço de trocas e compartilhamento de conteúdo simbólico-afetivos, permite aos sujeitos que se sintam pertencentes a este universo particular e se apropriem de valores e conteúdos inerentes a sua realidade (FURTADO *et al.*, 2014, p. 107).

É destacada a importância de realizar grupos do contexto da Atenção Básica. Para Maffaccioli e Lopes (2011), os grupos se configuram como uma das estratégias de educação em saúde na ESF. Eles podem estar atrelados a ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, podendo ser eficazes para troca de experiências entre os participantes envolvidos.

Dias *et al.* (2009) nos dizem que o trabalho de grupos na UBS é também uma prática assistencial que pode ser considerada alternativa a modelos normatizados de consultas individuais. Estes espaços favorecem o aprimoramento de todos os participantes, proporcionando integração entre profissional-usuário (a), pois valoriza os diversos saberes conjugados e possibilita intervenções criativas no processo de saúde-doença-cuidado, partindo da coletividade para a singularidade.

Consideramos que estes momentos promovem conhecimentos e qualificam a assistência em saúde e fazem com que as pessoas/participantes se tornem agentes multiplicadores destes saberes na comunidade. Este vínculo favorece a criação de espaços intercessores e contribuem para a produção de cuidado.

Vemos que é feita menção a contribuição da RMSFC para a atuação nas Redes de Atenção à Saúde. A este respeito, Domingos *et al.* (2015) revelam que a RMS inserida no contexto da Atenção Básica contribui para que as ações empreendidas pela UBS sejam mais resolutivas nos cuidados de saúde da população, a partir da perspectiva da integralidade. Este cenário é potencial para a implementação das Redes de Atenção à Saúde do SUS.

Dando continuidade ao nosso diálogo, trazemos o DSC 2 – Preceptores (a) – assim denominamos o primeiro discurso deste tópico –, que nos trazem a sua visão acerca das práticas que a RMSFC favorece em sua atuação e/ou formação. Ideia central: Visão ampliada de saúde:

A RMSFC tem uma visão muito holística. Não somente para a questão do doente, ela vê tudo o que está por trás. Aqui na saúde do campo a gente vai usar muito a questão do campo, da terra, dos costumes. Então, assim, o ganho da equipe e da população é muito grande. Já cria aquele vínculo mesmo. É um trabalho multiprofissional. São profissionais e a gente trabalha na área rural, em uma comunidade quilombola, têm várias situações, ações nessa

comunidade. A gente entende que o pessoal da zona rural ele já não tem acesso ao serviço, o acesso é mais difícil. A gente conseguiu fazer grupo de criança, de gestante, de adolescente, de idosos, de tabagismo. Agora o problema maior é a distância. Não tenho mais efetividade nesses grupos por causa da distância. E aí a gente viu que a violência doméstica aqui é uma coisa absurda! E aí o projeto dele (residente) é fazer com os homens. O Grupo de homens. Tem o grupo também na escola que é com os adolescentes, que é para entender essa questão da cultura deles, da cor, da questão do racismo, do preconceito. Tem o grupo de educação física também que eles fazem uma vez na semana aqui na associação. Tem as visitas domiciliares, os atendimentos compartilhados e o ambulatório. E as práticas integrativas. Auriculoterapia, marmeterapia, massoterapia, ventosaterapia (saúde do trabalhador), escalda pés e farmácia viva, também, que aí a gente já tem as ervas e a gente orienta o pessoal, tem as tinturas que eles fazem. A gente sempre participa de discussão de caso, eles fazem também alguns estudos. A gente muitas vezes detecta uma depressão, e por que é que está existindo essa depressão? Muitas vezes é uma violência. Então já tem o apoio da assistente social, do psicólogo, da farmacêutica, que vão entender como é que a gente pode reduzir esse dano. Já foi feita reunião em equipe com o médico para que ele sempre que detectar alguma coisa, tendo o profissional, ele tentar encaminhar para o profissional daqui da Unidade e não encaminhar para fora. É isso que a gente está fazendo. Eles vão até a comunidade, fazem visitas domiciliares, conseguem formar um bom vínculo com a comunidade, eles olham não só paciente, mas eles olham a família. Então, criaram a partir daí um vínculo com essas pessoas. A comunidade reconhece eles enquanto profissional de saúde. É muito interessante que a gente quando está fazendo visita eles fazem esse processo de acolhimento da gente com a comunidade, porque eles estão lá todos os dias, a convivência deles. Agora mesmo a turma de Iratama está encerrando e aí a comunidade já diz: e agora como é que vai ser? Porque eles causam muito esse movimento de cuidado. E a comunidade quilombola ganha muito. As comunidades que eles estão ganhando muito com a presença deles. Em todos os sentidos. Tanto em termos de categoria, porque são várias profissões, quanto em termos de que são de fato profissionais diferenciados, voltados para o SUS, voltados para uma saúde integral. Eles têm ajudado a suprir essa demanda que é muito grande e extensa. Eles vão até a comunidade, conseguem formar um bom vínculo com a comunidade, eles e eles olham não só paciente, mas eles olham a família (DSC – Preceptores).

No DSC 2 – (Preceptores), também é feita menção a valorização da cultura das comunidades quilombolas no desenvolvimento das práticas cotidianas que os residentes da RMSFC empreendem no cotidiano dos serviços. Temos uma fala permeada pela prática atrelada a uma forma ampliada de perceber o processo saúde-doença-cuidado. Os (a) preceptores (a) nos apresentam a importância de uma visão holística, que de acordo com Leite e Strong (2006), nos impele a uma percepção do todo, procurando observar de forma ampliada os processos envolvidos na situação de saúde evocada.

Evidencia-se a busca de transferir o foco da doença – com seus sinais e sintomas – e visualizar a pessoa que está doente e/ou com alguma necessidade em saúde, sob a égide de uma

compreensão do seu processo de adoecimento e as possibilidades de cuidado que poderão ser empreendidas.

A respeito da realização de grupos na Atenção Básica constituem-se como um recurso importante para a realização das intervenções em saúde (BRASIL, 2014).

São relatadas distintas modalidades de grupos, tais como: grupos de acolhimento, grupos temáticos ou acerca de patologias específicas (hipertensão, obesidade, diabetes), grupos com gestantes, oficinas temáticas em saúde (geração de renda, artesanato), grupos operativos, grupos terapêuticos, entre outros (diário de campo).

Vincha *et al.* (2017) nos dizem que o grupo é uma forma de cuidado coletivo realizado com determinada população, no caso deste estudo, para a população quilombola. Os grupos têm se tornado cada vez mais frequentes no cotidiano dos serviços de saúde, devido as suas características terapêuticas e de educação em saúde.

Neste contexto, compreendemos que o trabalho grupal deve ser pensado para além de uma forma de atender uma grande demanda. Este deve assumir características de promoção de saúde, socialização, integração, apoio psíquico, prevenção de agravos, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos (BRASIL, 2014).

A realização de grupos com esta perspectiva, segundo Reis (2010), são viáveis, de baixo custo e maior alcance de pessoas, pois emanam como espaços acolhedores e facilitadores de interações entre os participantes do grupo e o compartilhamento de experiências. São momentos em que o saber e a cultura local são valorizados.

Nas UBSs que a RMSFC está inserida, a partir dos discursos elencados vemos a realização de grupos de convivência e/ou para a realização de práticas saudáveis, como atividade física e oficinas de culinária (com propostas de alimentação saudável e reaproveitamento de alimentos), ambas realizadas pelos profissionais da equipe de ESF e residentes. Ressaltamos que nas unidades de saúde onde a RMSFC está inserida também vemos a presença de grupos com foco em saúde do trabalhador realizados pelos residentes (diário de campo).

Nestes grupos, buscam-se promover hábitos saudáveis, como introdução do sal de ervas na alimentação, o cultivo de ervas para consumo, as atividades físicas possíveis de serem realizadas, sempre partindo do contexto de vida e da realidade da comunidade (diário de campo).

A menção ao grupo de tabagismo se constitui como uma das possibilidades de cuidado à pessoa tabagista, realizados com usuários (a) da ESF. Estes grupos têm três objetivos principais, são eles:

- Sensibilizar gestores e profissionais de saúde para o problema de saúde pública representado pelo tabaco e a importância do seu controle, a partir de ações de prevenção de uso e tratamento para cessação.
- Dar subsídios para os profissionais de saúde, em especial os profissionais da AB, para abordagem, avaliação, motivação e acompanhamento adequado da pessoa que fuma.
- Orientar quanto às especificidades de determinadas populações e ciclos de vida, permitindo um olhar individualizado para o (a) usuário (a) tabagista, de modo a aumentar a efetividade da abordagem para cessação do tabagismo, sem perder de vista o sujeito e suas prioridades (BRASIL, 2015).

São realizados, também, grupos com foco no público idoso.

O cuidado comunitário do idoso deve apoiar-se especialmente na família e na Atenção Básica, por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), em especial daquelas sob a ESF, as quais devem representar para o idoso, idealmente, o vínculo com o sistema de saúde (TAHAN; CARVALHO, p. 879, 2010).

Ao organizar um grupo com pessoas idosas, a equipe da ESF deverá planejar as atividades previamente, pois será necessário convidar e/ou sensibilizar as pessoas idosas a participarem. Neste momento, é indispensável o papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que podem incentivar a participação deste público durante visitas domiciliares e encontros na comunidade (BRASIL, 2006).

Na prática, fica perceptível que estes grupos com pessoas idosas promovem a socialização e troca de experiências. Permitem a expressão e a fala de vivências, dando possibilidade para o estabelecimento de relações interpessoais e criação de vínculo com UBS. É importante que as temáticas discutidas durante os grupos façam sentido para seus participantes (Diário de campo).

Vimos também questões correlatas a situações sociais que interferem diretamente no processo de produção de cuidado das pessoas da comunidade. Foi elencada a violência contra a mulher como uma violência em saúde a ser superada. Uma das estratégias visualizadas pela equipe das UBSs, em conjunto com os residentes, foi a formação de um grupo de homens. Este grupo ainda está em fase de elaboração.

Neste contexto, também são realizadas atividades correlatas ao Programa Saúde na Escola, como: ações de educação em saúde, atividades em saúde bucal, avaliação antropométrica, promoção de saúde e prevenção de doença.

Vieira *et al.* (2014) no relatam que a atenção ao adolescente é complexa e perpassa por vivências e manifestações pertencentes a esta etapa da vida. Podemos afirmar que a Estratégia

Saúde da Família (ESF) se configura como um modelo de atenção à saúde que pode favorecer a práticas e atenção à saúde do adolescente, por meio da capacidade de promover assistência integral continuada, balizada pelos princípios do SUS.

Existem ações em grupo nas escolas presentes na comunidade. O público destes grupos são crianças e adolescentes, e as temáticas estão voltadas para a cultura, a questão do racismo, do preconceito. Deixando margem para que outras temáticas possam emergir do próprio grupo (Diário de campo).

A realização de grupos com gestantes também faz parte do escopo de práticas desenvolvidas. Para Reberte e Hoga (2005), a realização de atividades em grupo com gestantes promove a discussão sobre uma gravidez saudável, dialoga sobre a preparação para a maternidade – desafios e expectativas –, além de produzir agentes multiplicadores de saúde na comunidade.

O enfoque do grupo com gestantes transcende a transmissão de informações. Durante as partilhas e trocas de experiência, surgem diversas situações que manifestam o momento vivido e dão possibilidades para reflexões e falas sobre esta vivência singular para cada gestante, conforme indicam Sartori e Van der Sand (2004).

Já os grupos com a proposta de cuidar da saúde mental, no contexto da ESF, têm a missão de potencializar as trocas de experiência, o compartilhamento de ideias e situações vividas e promover a melhoria da qualidade de vidas em nível individual e coletivo, atentam Benevides *et al.* (2010).

De acordo com Cardoso e Seminotti (2006), grupos nesta configuração são percebidos pelos (as) usuários (as) como um espaço de diálogo acerca do fortalecimento do cuidado em saúde mental entre seus membros. No desenvolvimento das atividades, é possível construir as vicissitudes de apoio mútuo e suporte emocional.

Para Minuzzo *et al.* (2012), os grupos de saúde mental na Atenção Básica têm como público alvo, majoritariamente, pessoas com algum tipo de transtorno e/ou sofrimento psíquico. Consideramos que, para além desta perspectiva, os grupos com a referida temática precisam, também, estar atentos para promover saúde e prevenir doenças e agravos.

Destacamos a realização de estudos de caso nas UBSs e discutidos nas reuniões clínicas. Trata-se de momentos em que toda a equipe da ESF, conjuntamente com os residentes da RMSFC, pode dialogar sobre as propostas de cuidado que são implementadas para a população, buscando a integralidade e o trabalho multiprofissional, com foco na atenção à comunidade quilombola (diário de campo).

A vinculação entre os (as) usuários (as) das UBS's e os profissionais residentes também é destacado como sendo algo perceptível para os demais profissionais da ESF. Reiteramos a importância do trabalho em equipe, evidenciado no DSC dos preceptores. Silva *et al.* (2002) atestam que a equipe multiprofissional deve responder às demandas complexas que surgem no cotidiano dos serviços de saúde, pois cada trabalho é constituído por saberes e instrumentos próprios para contribuir com as ações e intervenções em saúde.

Com a perspectiva dos espaços intercessores, a produção de cuidado ganha um caráter relacional (profissional – usuário (a)), pautada na corresponsabilização e resolutividade nas necessidades de saúde encontradas no território, que para este estudo são as comunidades quilombolas.

De acordo com Lobato (2010), as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) são propícias para a construção de espaços intercessores, já que se destinam a formação de profissionais de saúde, com a compreensão de que as ações em saúde significam mais do que o simples somatório das práticas desenvolvidas, produzindo um resultado singular entre os sujeitos envolvidos no ato de cuidar.

Este modelo de trabalho traz não só ganhos para a formação dos profissionais residentes, mas para os profissionais de saúde, os quais estão presentes no cotidiano dos serviços de saúde, pois permitem a partilha e o diálogo sobre diferentes situações de saúde encontradas nas comunidades quilombolas onde estão atuando. Tal fato, conduz a maior possibilidade de resolução das demandas, sem a necessidade de encaminhamentos para serviços especializados, em alguns casos.

Somos convidados a refletir sobre como a presença de um programa de residência contribui para a formação dos profissionais de saúde das equipes, as quais desempenham a função de preceptores. Por conseguinte, acarreta melhora no desenvolvimento das atividades cotidianas do serviço.

Consideramos que se faz necessário proporcionar espaços de discussão sobre o papel do preceptor, bem como formação para melhor desenvolver esta atuação. Sob este mote, podemos citar o curso de Especialização *Lato sensu*, com edital lançado em 2018. Eram previstas vagas para profissionais de saúde, que preferencialmente atuassem junto à RMSFC, tendo como instituição formadora o Instituto Aggeu Magalhães (Diário de campo).

Neste sentido, a RMSFC tem um caráter de resistência e se caracteriza como um processo de formação a partir da inserção no trabalho, seguindo o que é preconizado pela EPS.

Está colocada em um espaço rural e tem o desafio de contemplar as necessidades de saúde da população quilombola e contribuir para a consolidação do SUS.

Destacamos a relevância do papel do (a) preceptor (a) que atua no serviço de saúde, responsável pelo acompanhamento das atividades práticas, que ocorrem no cotidiano dos serviços de saúde, ao passo que atua também em sua função assistencial, gerencial ou institucional.

Percebe-se que a relação entre preceptor e residente é de ensino-aprendizagem mútua. Wuillaume (2000) atesta que o (a) preceptor (a) é vista como um modelo para o (a) profissional em formação, que inspira e estimula o (a) residente no desenvolvimento de suas atividades.

Esse percurso de Formação Profissional para o SUS é uma das dimensões para a produção de cuidado, que Assis (2004) nos apresenta. Esta diretriz se organiza em torno do fato de que a Atenção Básica é uma área que requer formação específica para desempenho de suas atribuições na produção do cuidado em saúde. A formação é considerada basilar, articulada ao processo de EPS da equipe da ESF. Busca-se a reorientação do modelo de atenção que exige transformações importantes no processo de formação e no trabalho dos profissionais envolvidos.

Ao passo que vemos profissionais desejosos de fazer acontecer um SUS em sua prática, que atenda às necessidades de saúde da população, nos deparamos com uma série de mudanças, desmontes e investidas, sobretudo, em nível federal, para que o SUS deixe de ser universal, equânime e integral.

Uma das formas percebidas para estreitar o vínculo entre os profissionais de saúde e as pessoas da comunidade são visitas domiciliares, evidenciadas como importantes pelos preceptores, pelos (as) usuários (as) e pelos residentes em seus respectivos discursos. Para Santos e Moraes (2011), estes momentos em que o profissional está presente no espaço domiciliar potencializam as relações interpessoais no contexto da UBS, pois estão desvelando e conhecendo a forma de vida da pessoa. Neste momento, a relação trabalhador (a) – usuário (a) tende a se tornar horizontalizada e com base nas trocas de subjetividades.

Aqui, trazemos o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que evoca as falas trazidas pelos residentes, que denominamos DSC 3 – Residentes. Apresentaremos a visão das pessoas que estão no cotidiano do serviço de saúde, em processo de formação, mais próximo das instituições formadoras. Ideia central: Visão ampliada de saúde.

A gente tem os atendimentos compartilhados entre toda a equipe de residentes e está se encaixando também dentro dos consultórios com a médica, com o

dentista, com a enfermeira. E, além disso, a gente tem os grupos. Tem o grupo de gestantes para acompanhar todo o desenvolvimento durante a gestação. Tem o grupo de convivência, que inicialmente era para ser um grupo de idosos. A gente também tem o grupo de saúde mental, onde faz algumas oficinas de pintura e de ouvir também eles. Realizamos as PICS – Auriculoterapia, Aromaterapia e Ventosaterapia. Tem a farmácia Viva. Está bonita, está lá. O grande desafio agora é aguar. A gente tem sexta das PICS, a gente tenta fazer PICS o tempo todo, mas na sexta é um dia que a gente deixa mais específico. A pessoa sente dor crônica a gente pede para vir na sexta. O cinema comunitário, o cineclube de 15 em 15 dias para as crianças do distrito de Iratama. Tem a horta comunitária, que a gente implementou junto com a comunidade, com as plantas que eles mais têm e usam, para que ali fosse um meio de diminuir a questão da medicação, comprimidos e usar mais as ervas. E aí tem o grupo de tabagismo. O grupo das crianças. A gente faz muito sala de espera também, que a gente entende que não funciona como grupo. Para a gente conseguir amarrar um grupo é um processo em longo prazo. Fica mais regular assim. Nosso trabalho é também mostrar que a gente tem uma equipe Interprofissional, que a gente trabalha em conjunto. A gente aprende com as pessoas, os mestres daqui são outros. Juntos com os meus companheiros, os demais residentes, com os preceptores, a gente sempre sentava para fazer discussões de casos, para construir o PTS para construir ações que abrangesse toda a família e não apenas esse indivíduo que estava precisando nesse momento. Esse é o desafio de ser contra hegemônico mesmo. (DSC – Residentes).

No DSC 3 – (residentes), vemos a presença das visitas domiciliares, que para Andrade *et al.* (2014) é caracterizada por utilizar-se de uma tecnologia leve, promovendo cuidado em saúde de uma forma humanizada, acolhedora, estabelecendo laços de confiança e vínculos entre os profissionais e os usuários, a família e a comunidade, além de ampliar o acesso da população quilombola, que por vezes está geograficamente ou interacionalmente distante da UBS.

Sendo uma das atividades preconizadas pelo SUS, as visitas domiciliares estão presentes no cotidiano das equipes da ESF. É importante ressaltar que, através delas, é possível que exista maior aproximação do contexto de vida dos usuários, possibilitando a valorização da subjetividade das práticas em saúde, das experiências vividas pelos usuários e os trabalhadores da saúde, fomentando espaços de comunicação e diálogo entre diferentes saberes e práticas, além de novas perspectivas para a reflexão e ação nos serviços de saúde, nos diz Rocha (2017).

Atendimentos compartilhados têm como principal objetivo a assistência centrada no protagonismo e no empoderamento dos usuários, na corresponsabilidade do processo de cuidado e no apoio multiprofissional, favorecendo um ambiente de trocas entre usuários e profissionais de saúde, nos diz Franke *et al.* (2018).

Os atendimentos compartilhados versam sobre a realização de intervenções caracterizadas pela ação do profissional de saúde e o apoiador matricial em regime de

coprodução. A intenção possibilita a troca de saberes e de práticas, gerando experiência para os profissionais envolvidos (BRASIL, 2009).

Acontece com uma periodicidade quinzenal uma sessão de cinema comunitária para as crianças – aberta para todos da comunidade participarem – denominada de Cineclube. Este momento acontece na área de abrangência da UBS Iratama, tendo por objetivo proporcionar momentos de lazer, diálogos, diversão e reflexão com as crianças da comunidade, e estreitar os laços com este público e os profissionais de saúde. Em nosso entendimento, trata-se de uma ação que favorece a construção de espaços intercessores.

Como retratado no DSC 3 – (Residentes), um instrumento possível para o estabelecimento da integralidade é o Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual se entende como uma ferramenta de organização de equipes multiprofissionais, com base na corresponsabilização e gestão integrada do cuidado, conforme nos dizem Hori e Nascimento (2014).

Outra atividade mencionada é a horta comunitária, que, para Costa *et al.* (2015), encena como uma estratégia de implementação das Práticas Integrativas e Complementares, na UBS, sendo de grande importância para as ações de promoção na saúde junto à comunidade.

Já os grupos com a proposta de cuidar da saúde mental, no contexto da ESF, têm a missão de potencializar as trocas de experiência, o compartilhamento de ideias, situações vividas e promover a melhoria da qualidade de vida em nível individual e coletivo, como atentam Benevides *et al.* (2010).

De acordo com Cardoso e Seminotti (2006), grupos nesta configuração são percebidos pelos usuários como um espaço de diálogo acerca do fortalecimento do cuidado em saúde mental entre seus membros. No desenvolvimento das atividades, é possível construir as vicissitudes de apoio mútuo e suporte emocional. Isto posto, apresentamos o quadro 7 com uma síntese dos principais grupos realizados das UBSs onde a RMSFC atua, com base no discurso de preceptores e residentes.

Quadro 7 – Síntese dos grupos realizados nas UBSs onde a RMSFC

Representação do quadrilátero	Denominação do grupo
Preceptores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de criança ▪ Grupo de adolescentes ▪ Grupo de gestante ▪ Grupo de idosos ▪ Grupo de tabagismo ▪ Grupo de homens ▪ Grupo de educação física

Residentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Grupo de convivência ▪ Grupo de gestantes ▪ Saúde mental
------------	--

Fonte: A autora

Realizar todas essas atividades mencionadas, implantar grupos periódicos e garantir a participação da zona rural não se constitui como uma tarefa simples, pois existem questões como a distância entre as localidades e a UBS, incompatibilidade de horários entre as atividades realizadas e a disponibilidade das pessoas em participar.

Em se tratando especificamente da RMSFC, estas equipes têm a missão de atuar junto a essa população quilombola, levando em consideração situações, como: presença de anemia falciforme, vulnerabilidade social, racismo, vínculo com a terra, vivência comunitária, historicidade e cultura compartilhadas.

Sobre as práticas em saúde, os residentes trazem em seu DSC alguns pontos já elencado pelos preceptores, usuários e gestores e acrescentam outras atividades, práticas e/ou intervenções.

Isso posto, vamos dialogar com o que os usuários nos apresentam (no DSC 4 – Usuários). Os usuários estão juntos com os residentes no desenvolvimento de atividades práticas e nos mostram como tem sido essa relação e/ou vinculação entre profissionais de saúde e usuários. Ideia central: Visão ampliada de saúde

Quando eu venho aqui na unidade (residentes) fazem a ventosa, aí tem massagem também que ele faz. Quando eu não venho aqui eles vão lá (na casa da pessoa). Durante essa minha doença todinha a minha sorte foi ela, né? (referindo-se a uma das residentes), porque se não fosse eu estava lá esperando ainda. Eu, com esses exames, botei lá e fiquei esperando lá na secretaria para mandar chamar, né? E nada! E que vaga era essa que não abria de jeito nenhum? Se não fosse ela (a residente) só com os exames ela foi mais e falou lá com o doutor e conseguimos fazer. Já fui para o Recife, fiz a biopsia e agora estou tomando o remédio. Primeiramente Deus e elas. Eu sou acompanhada por eles. Quando eu não venho aqui na unidade, eles vão na minha casa. Eu fui fazer tratamento em Recife, conhecer Recife, que eu nunca tinha conhecido Recife. Foi bom. Fui mais ela (residente). Eu conheço a professora delas, o professor. Fui bater lá onde ela estudava. Ela me levou lá. Eu nunca tinha ido para Recife. Foi a primeira vez (DSC – Usuários (a)).

Visualizamos a importância revelada no DSC 4 – (Usuários) sobre o fato dos profissionais de saúde estarem presentes em sua casa, bem como no acompanhamento em uma consulta fora de sua cidade. São situações corriqueiras para muitas pessoas, mas o significado simbólico e subjetivo presente nestas situações é algo que transcende o discurso.

O acompanhamento do usuário em uma consulta fora do território de residência não é algo frequente. Mas a residência pode proporcionar esse tipo de vivência que é muito interessante e potente na formação do residente, na construção do cuidado com (do) usuário e na percepção da equipe preceptora.

Vemos a utilização de tecnologias leves, as quais dizem respeito ao processo relacional, a construção de vínculo, ao acolhimento nestes momentos de encontro entre usuário e profissional de saúde. De acordo com Rossi e Lima (2005), os usos dessas tecnologias nas ações em saúde vão ao encontro das necessidades das pessoas e da comunidade, caracterizando-se como potentes para a produção de cuidado.

Ferri *et al.* (2007) postulam que as tecnologias leves são as produzidas no trabalho vivo em ato e possibilitam a criação de espaços intercessores, pois entrelaça as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização.

Este modelo de formação corrobora a responsabilidade do SUS de ordenar a formação dos seus profissionais, como também ampliar a formação realizada em alguns cursos da área da saúde. Empiricamente, percebemos que ainda existe um distanciamento entre os cursos de formação na área da saúde com as necessidades sociais de saúde da população.

Chamamos a atenção para um ponto bastante relevante trazido no DSC 2 – preceptores, no DSC 3 – residentes e no DSC 4 – Usuários (as). Eis que temos as Práticas Integrativas e Complementares (PCIS) como parte integrante e relevante das ações de cuidado desenvolvidas na UBS. Destacamos que inicialmente as PICS eram desenvolvidas pelos residentes e, posteriormente, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Garanhuns promoveu cursos de formação para os profissionais interessados.

As práticas desenvolvidas melhoram o acesso aos serviços de saúde, a algumas categorias profissionais e as atividades diversificadas. Para ilustrar, podemos citar o fato de uma pessoa após o trabalho braçal de agricultura procurar a UBS para receber massagem, Reike, ventosaterapia. Em nossa compreensão, a percepção sobre o autocuidado de si tem acarretado melhoria na qualidade de vida das pessoas. Eis um pouco da relevância de favorecer este acesso em saúde (Diário de campo).

Sousa (2012), diz que, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) foi instituída e implementada em nosso país. Prioritariamente, as PICS foram sendo inseridas em nível de Atenção Básica, a partir da estruturação de uma política; garantia de segurança, qualidade e eficácia; ampliação do acesso; e o uso racional.

Durante a realização de nossa pesquisa, foi relatado por alguns participantes e registrados em nosso diário de campo que, no Município de Garanhuns, ver-se a adesão de muitos profissionais da Atenção Básica para o uso das PICS. Este movimento partiu do processo de formação da RMSFC e foi ganhando força e, inclusive, se expandindo para unidades onde os residentes não estão inseridos.

Telesi Júnior (2016) nos diz que para além de uma técnica, as PICS vêm imprimir uma nova forma de cuidado, em contraponto ao modelo médico-assistencialista e hegemônico ainda dominante. Trata-se de revelar que existem práticas eficazes para um processo de renovação e implementação de outros modos de promover saúde, menos onerosos e capazes de cuidar da pessoa em sua totalidade.

De acordo com Tesser *et al.* (2018), atualmente existem vinte e nove Práticas Integrativas e Complementares regulamentadas no SUS, são elas: Homeopatia, Acupuntura/Medicina Tradicional Chinesa, Medicina Antroposófica, Plantas Medicinais, Águas Termais/Minerais, Arte terapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação Familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de Mãos, Ozonioterapia, Terapia Floral.

É interessante perceber que estas práticas têm adentrado nas UBSs e trazido significativa diferença no modo que se estabelece o cuidado. No DSC – Usuários, anteriormente citado, vimos que as pessoas da comunidade procuram a unidade de saúde – neste caso UBS Estivas e UBS Iratama – para a realização das PCIS.

Percebe-se uma presença marcante das Práticas Integrativas e Complementares (PICS) nas unidades de saúde onde a RMSFC está presente. Especificamente na UBS Estivas existe grande incentivo e investimento nessas práticas. Para tanto, a equipe da UBS propôs junto aos residentes da RMSFC a chamada Sexta das PICS, em que são realizadas as atividades descritas no quadro 8.

Quadro 8 – PICS realizadas da UBS Estivas

PICS	Descrição
Auriculoterapia	Técnica terapêutica que promove a regulação psíquico-orgânica do indivíduo, por meio de estímulos nos pontos energéticos localizados na orelha – em que todo o organismo se encontra representado como um micro-sistema. A acupuntura auricular ou auriculoterapia estimula as zonas neuroreativas, por meio de agulhas, esferas de aço, ouro, prata, plástico, ou sementes de mostarda, previamente preparadas para esse fim.

Escalda pés	Consiste na imersão dos pés em infusão de água morna, ervas medicinais e sal grosso e realização posterior da massagem.
Farmácia viva	Compreende todas as etapas, desde o cultivo, a coleta, o processamento, o armazenamento de plantas medicinais, a manipulação e a dispensação de preparações magistrais e oficinais de plantas medicinais e fitoterápicos.
Meditação	Prática mental individual milenar, descrita por diferentes culturas tradicionais, que consiste em treinar a focalização da atenção de modo não analítico ou discriminativo, a diminuição do pensamento repetitivo e a reorientação cognitiva, promovendo alterações favoráveis no humor e melhora no desempenho cognitivo, além de proporcionar maior integração entre mente, corpo e mundo exterior. A meditação amplia a capacidade de observação, atenção, concentração e a regulação do corpo-mente-emoções; desenvolve habilidades para lidar com os pensamentos e observar os conteúdos que emergem à consciência; facilita o processo de autoconhecimento, autocuidado e autotransformação; e aprimora as inter-relações – pessoal, social, ambiental – incorporando a promoção da saúde à sua eficiência.
Massagem	Prática terapêutica que envolve um conjunto de manipulações sistemáticas em tecidos corporais moles, a partir da pele, com o objetivo de estimular os sistemas imune, circulatório, nervoso, muscular e, nas práticas de origem oriental, também o energético, adotada por várias racionalidades em saúde, como a naturopatia, o ayurveda, a medicina tradicional chinesa, entre outras.
Massoterapia	Prática terapêutica que envolve a aplicação de técnicas manuais sobre os tecidos externos do corpo visando melhorar o funcionamento do organismo como um todo, em decorrência da combinação de fatores mecânicos, fisiológicos e psicológicos. Os benefícios da massoterapia vão além do relaxamento, com efeitos benéficos de grande influência sobre o organismo, no âmbito mecânico, neural, fisiológico e químico, que se relacionam entre si e com fatores emocionais. Representa uma manifestação de atenção, humanização e cuidado em saúde, proporcionando efeitos fisiológicos compatíveis com as necessidades do indivíduo.
Ventosaterapia	Técnica terapêutica de origem oriental que estimula os pontos de acupuntura por meio de aquecimento obtido com a queima de ervas medicinais apropriadas, aplicadas, em geral, de modo indireto sobre a pele (moxa) ou por sucção nos canais de energia (meridianos) por vácuo, obtida com recipiente de vidro ou plástico utilizado para aderir à superfície da pele (ventosa). Por meio de intenso relaxamento, concentração e/ou foco, induz a pessoa a alcançar um estado de consciência aumentado que permita alterar uma ampla gama de condições ou comportamentos indesejados como medos, fobias, insônia, depressão, angústia, estresse, dores crônicas.

Fonte: A autora

Semanalmente, existe um dia destinado ao desenvolvimento das PICS. Estas práticas são desenvolvidas pelos residentes e pelos preceptores. Trata-se de um momento de integração, que colabora também para a formação de espaços intercessores que contribuem para a produção de cuidado na comunidade.

A figura 3 ilustra a participação de algumas pessoas da comunidade em um momento de prática de meditação, desenvolvida semanalmente na UBS, no momento denominado como sexta das PICS.

Percebemos que a comunidade compreende e procura estas práticas nas UBSs, ampliando as possibilidades de cuidado. Apontamos, no entanto, que existe um agente dificultador para estas práticas que é a falta de financiamento específico para a sua realização, partindo de todas as instâncias – Federal, Estadual e Municipal. Em nossa pesquisa, vemos que o material utilizado para

realizar PICS é custeado por alguns profissionais da UBS junto com os residentes (Diário de campo).

Outra atividade mencionada é a horta comunitária, que, para Costa *et al.* (2015), encena como uma estratégia de implementação das Práticas Integrativas e Complementares, na UBS, sendo de grande importância para as ações de promoção na saúde junto à comunidade.

Existem muitos desafios para serem transpostos. Para tanto, algumas estratégias vão sendo construídas, uma delas é a realização de atividades mais próxima da população. Podemos citar a realização de atenção domiciliar, ações em saúde realizadas em associações de moradores, em escolas, em centros comunitários, igrejas, utilizando dispositivos sociais que estejam mais próximos das pessoas.

6.3 As transformações nos cotidianos dos serviços de saúde com a inserção da RMSFC

À medida que vamos caminhando em nossas discussões, percebemos que as práticas desenvolvidas pela RMSFC têm facilitado, motivado e até mesmo propiciado transformações nas atividades e na organização das UBSs. Estas transformações ocorrem, sobretudo, por meio de práticas em Educação Permanente em Saúde (EPS), no instante em que novas práticas são fomentadas e práticas já realizadas são reafirmadas ou resignificadas.

Vamos evocar as percepções evidenciadas nos discursos construídos pelos sujeitos de nossa pesquisa sobre a maneira como a presença da RMSFC tem promovido transformações no cotidiano das UBSs onde os residentes estão inseridos. Traremos a seguir do DSC 1 – Gestores. Ideia central: Percepções sobre as transformações fomentadas pela RMSFC.

Os diagnósticos aumentam e muito. E fazer o diagnóstico do território é um diferencial muito grande. Fora que também tem o trabalho nas escolas. Os residentes vestem a camisa. Dizem: eu estou aqui nessa Unidade! E eu fico surpresa com as ações, as atitudes deles mesmo assim. Eles solicitam melhorias para Unidade e conseqüentemente para a população. Eles se preocupam com a questão do lixo. O carro que recolhe o lixo ele não recolhe diariamente. Então assim, totalmente, é uma Unidade que a gente pode comparar ela sem residente e com residente. A gente vai ver que depois do residente o cenário é outro positivamente falando. Aumentado a resolutividade nas UBSs aonde eles trabalham. Tenho certeza absoluta e estatística. Imagine uma comunidade que não tem acesso, aliás, que tem pouco acesso aos determinantes de saúde. E eles vêm e vão dentro das possibilidades deles proporcionando esses determinantes. É o caso de lazer. Eles oportunizam cinema para essa população, que nunca viram nenhum filme. De forma lúdica trabalhando o processo saúde-doença. Porque eles dão conta da situação. Por exemplo, um paciente que tem câncer em tal lugar, eles acompanham, eles resolvem, eles vêm atrás de encaminhamento, de

ambulância, de que precisar. Leva paciente para internar e ainda ficam com eles. Eles só saem quando conclui. Então, para a população... Eu vou dizer uma coisa, se fizer uma pesquisa na população eu acho que eles estão muito satisfeitos. (DSC – Gestores).

No DSC 1 – Gestores, apresentam-nos que, perceptivelmente, baseados nos indicadores de saúde propostos, percebem a melhoria na resolutividade. Para Costa *et al.* (2014), por resolutividade compreende-se a devolutiva satisfatória que o serviço de saúde fornece ao usuário no instante em que existe a procura de atendimento a alguma necessidade de saúde. Destacamos que esta resposta não é necessariamente caracterizada como imediata, mas está relacionada ao processo de cuidar.

Considera-se resolutividade a resposta satisfatória que o serviço fornece ao usuário quando busca atendimento a alguma necessidade de saúde. Essa resposta não compreende, exclusivamente, a cura de doenças, mas, também, o alívio ou a minimização do sofrimento, a promoção e a manutenção da saúde (COSTA *et al.*, p. 734, 2014).

Vasconcelos *et al.* (2018) nos dizem que a resolutividade pode ser considerada a capacidade de resolver problemáticas de saúde da população que vivencia alguma necessidade de saúde. Os referidos autores atentam que ela deve ser guiada pelo acesso à longitudinalidade, à integralidade e à coordenação do cuidado, que são balizadores das práticas da Atenção Básica.

O referido discurso evoca percepções quantitativa e qualitativa com relação à resolutividade. Para Turrini *et al.* (2008), a capacidade resolutiva quantitativa está relacionada à quantidade de profissionais e à distribuição de suas horas disponíveis para absorver a demanda onde e quando ela ocorre. Já o aspecto qualitativo relaciona-se à natureza e à complexidade dos recursos físicos, humanos, materiais, diagnósticos e terapêuticos envolvidos no processo de cuidado.

No instante em que a resolutividade melhora, o acesso as práticas em saúde tendem a ser maximizados. Na realidade que estamos debatendo, vemos que a presença da RMSFC facilita o acesso a profissionais e atividades, que necessitariam de deslocamento até a zona urbana para acessar.

Existem profissionais comprometidos com o acompanhamento da situação de saúde das pessoas da comunidade. Existe a construção de projetos terapêuticos singulares, estudos de caso, visitas domiciliares – que por vezes são bastante longe da UBS e nem sempre existe a disponibilidade de transporte, sendo necessária uma caminhada longa até o domicílio - e diálogos sobre distintas formas de cuidar – como ocorrem nas reuniões clínicas (Diário de campo).

Concordamos com Campos *et al.* (2014) quando eles nos convidam a refletir sobre o fato da Atenção Básica se constituir como a porta de entrada do SUS, no entanto, vemos o acesso dificultado por: problemas de organização na UBS, acolhimento que, contraditoriamente, funciona como barreira ao acesso em alguns casos, ausência de profissionais com formação adequada para o trabalho no SUS, dificuldades em dar seguimento ao processo de cuidado.

Sabemos que existem muitos desafios quando tratamos sobre o acesso aos serviços de saúde em zona rural. Pessoa (2013) nos diz que estas dificuldades também perpassam por situações, como: profissionais de saúde com formação não condizente com o contexto de atuação, distanciamento geográfico no território, dificuldade para estabelecer espaços socio sanitários, como coleta seletiva de resíduos periódica.

No que diz respeito ao acesso ao serviço e às ações de saúde, Lima *et al.* (2012) nos alertam a estarmos atentos ao fato de que a garantia do acesso ao serviço não implica a efetivação do cuidado em saúde. Desse modo, faz-se relevante que as atividades e ações em saúde sejam realizadas de forma humanizada, buscando que os profissionais percebam os usuários (a) como sujeitos subjetivos.

É notório que somente o fato do profissional existir em determinada localidade não assegura a melhoria do acesso ao serviço de saúde. No caso da RMSFC, a percepção que os preceptores nos apresentam é de profissionais humanizados e disponíveis para o cuidado com o outro. Percebemos, em nossas observações participantes, que as pessoas da comunidade conhecem os residentes pelo nome e a recíproca é verdadeira, caracterizando, em nosso entendimento, o fortalecimento do vínculo entre a comunidade e o serviço de saúde (Diário de campo).

Acreditamos que as práticas desenvolvidas pelos profissionais da RMSFC, em conjunto com os profissionais na UBS, aliadas às ações em EPS, têm contribuído para a melhoria da resolutividade e do acesso nessas UBSs, mas compreendemos também que existe um longo caminho a percorrer para o estabelecimento dessas, sobretudo quando tratamos de comunidades quilombolas.

O tratamento e destinação final de resíduos produzidos pelas pessoas contribuem para assegurar a qualidade adequada do solo, do ar e da água, buscando evitar ou controlar a poluição e/ou contaminação do meio ambiente (BRASIL, 2013). A forma como o lixo é acondicionado e sua reverberação na situação de saúde da comunidade é referida no DSC 1 – Gestores como outro ponto de destaque nas transformações promovidas pela RMSFC.

Destacamos a importância das ações de Educação em saúde, as quais são empreendidas pela RMSFC, no instante em que chamam atenção para o fato de que todas as pessoas que vivem na comunidade são responsáveis por sua preservação e incentivando a revisão de alguns hábitos e práticas para o estabelecimento de compromisso com o destino dos resíduos produzidos.

Como retratam os gestores, em seu DSC 1 – Gestores, é destacada a importância do lazer quando pensamos nas práticas de saúde. Para Surdi e Tonello (2007), podemos pensar o conceito de lazer sob diferentes perspectivas, pois não se estabelece uma definição específica ou única. Percebemos que este é pensado de forma diferente em situações diversas.

Na cultura em que vivemos, a preocupação com o tema da saúde tem ganhado tamanha proporção, que talvez a pergunta pudesse ser reformulada nos seguintes termos: há legitimidade social num tempo/espaço de lazer que não se enquadra nos ditames de uma vida saudável? Não seria demais afirmar que grande parte das nossas ações cotidianas tem sido pensadas, vividas e decididas sob o parâmetro do que é mais ou menos saudável, inclusive o lazer (WERLE, 2018, p. 22).

Uma forma de proporcionar o lazer para a comunidade é a realização do cineclube, que, no entendimento da gestão, facilita o acesso de pessoas que não conseguem ou não podem chegar até salas de cinema.

Trata-se de um momento que são levados filmes – de diversos gêneros para a comunidade. A proposta é que haja um momento de lazer coletivo na comunidade. Este momento é realizado na escola da comunidade. Tal fato nos mostra parceria necessária com os equipamentos sociais da comunidade. Neste caso, a escola – local conhecido e valorizado pela comunidade – abre as portas para uma atividade proposta como lazer, que favorece a qualidade de vida da população (Diário de campo).

Aqui, vemos o reconhecimento da realização da territorialização como forma de transformação das práticas realizadas na UBS. Santos e Rigotto (2010) nos dizem que uma das bases da ESF é que a Atenção Básica seja constituída com base na territorialização e voltada para a população adscrita.

Deste modo, o planejamento dos serviços de saúde passa a ter o olhar contextualizado com as necessidades de saúde da população. As intervenções realizadas ancoram sob a égide da compreensão do cotidiano da comunidade e não somente como fruto de uma demanda descontextualizada com o território. Trata-se de conhecer para intervir.

Sucupira (2003) afirma que o território é um espaço vivo e dinâmico capaz de produzir saúde. Logo, é o local ideal para identificar os fatores, situações e necessidades de saúde alinhados com o processo saúde-doença-cuidado. “Com a territorialização é possível conhecer

a comunidade, as pessoas, os equipamentos sociais e a situação de saúde da área em questão. Essa atividade é atualizada bienalmente com a chegada da nova turma de residentes” (Diário de campo).

O discurso construído a partir da fala dos preceptores nos fornece outros elementos para que possamos discutir as transformações ocorridas no cotidiano das UBSs de Iratama e Estivas. Vemos no DCS 2 - Preceptores elencado a seguir, cuja ideia central perpassa pelas percepções sobre as transformações fomentadas pela RMSFC, que:

Na questão da violência doméstica aumentaram as notificações. A comunicação com o CRAS, gestantes, o planejamento familiar, a gente está querendo trabalhar, porque está muito fraco, muito defasado. E aí a gente está tentando fazer que essas mulheres procurem mais a Unidade. E os grupos de hiperdia a gente faz uma vez por mês. Outra coisa que a gente está querendo proporcionar é que a gente vá nas localidades que as pessoas não têm costume de vir pela distância. E a procura, a questão do vínculo, o atendimento, já é um atendimento diferenciado. As pessoas já saem com as informações. A gente tem sanitarista. E é um trabalho de formiguinha a gente conscientizar as pessoas da questão do lixo, da questão da água, da conservação da água. Que na água tem que ser usado o hipoclorito e eles não usam. Que a questão da verminose é uma questão que tem aqui e nunca vai deixar de existir se eles não conscientizarem que tem que tratar a água. E eu acho que aos pouquinhos a gente vai conseguindo sim mudar a visão, mudar essa questão do cuidado, não é fácil. A questão do tabagismo, por mais que a gente não consiga que eles cessem o uso do cigarro, mas eles diminuem, então já é uma redução de danos. Então há uma mudança significativa! Aumenta uma demanda muito grande, principalmente de jovens e adolescentes que a gente quase não tinha e de homem também que é difícil. A partir do momento que eles foram lá, criaram esse vínculo, ofertaram um serviço, aumentou muito a demanda, então eles contribuíram para o aumento da demanda lá. E a própria equipe, tanto de Iratama quanto de Estivas, a gente vê um movimento sim nos profissionais, ainda que com certa dificuldade, porque nem todo mundo está disponível. A gente está muito acostumado naquelas nossas caixinhas, aí quando vem alguém que diz não, não precisa ser assim a gente se desestrutura um pouquinho, mas eu percebo sim esse movimento bem legal nas equipes e de como as equipes andam mais quando a residência está presente. Foi a partir da residência que eu comecei a fazer estudos, projetos e pesquisas. E aí, foi a partir daí que eu comecei a ir para congressos. Então, isso deu um levante tanto na questão profissional, porque é uma conquista também profissional. Então, assim, foi a partir dessa parte de preceptoria (DSC – Preceptores).

O DSC 2 – Preceptores, apresenta-nos uma das transformações surgidas com a presença da RMSFC que foi o aumento das notificações de violência doméstica. As fichas de notificação de violências estão colocadas nos serviços de saúde e emanam como um importante instrumento para o planejamento de ações visando sua diminuição ou erradicação.

Dahlberg e Krug (2006) nos dizem que a violência tem apresentado impacto mundial de várias formas distintas, perpassando por autoagressões, agressões interpessoais ou de violência

coletiva. Minayo (2007) atesta que pensarmos a violência como um problema de saúde pública permite que sejam realizadas ações com vistas à prevenção e ao cuidado. Essa tradição do cuidado e da prevenção pode fazer toda a diferença.

Reiteramos que a notificação de violências em saúde é compulsória e não deve ser compreendida como denúncia, mas como uma ferramenta para garantia de direitos. O preenchimento da ficha de notificação é disparador da linha de cuidado às pessoas em situação de violência. Além da notificação, o cuidado deve ter seguimento na rede de saúde e de proteção social (BRASIL, 2018).

Destacamos a maximização de ações intersetoriais. Vemos a realização de ações conjuntamente com o CRAS, com a Secretaria Municipal da Mulher, com os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-AD e CAPS III), Secretaria Municipal de Educação, entre outros.

Para Silva e Tavares (2016), as ações intersetoriais no âmbito da ESF requerem articulação e planejamento do processo de trabalho. O diálogo intersetorial se constitui como uma tarefa complexa, pois é necessário entrelaçar visões diferentes para construir decisões no enfrentamento das situações-problemas, sendo uma estratégia eficaz para construção e reinvenção das práticas em saúde.

De acordo com Warschauer e Carvalho (2014), a intersetorialidade trata-se da articulação entre sujeitos presentes em setores diversos, com diferentes saberes e poderes, organizando-se com vistas ao enfrentamento de problemas complexos no campo da saúde. Emanando como forma de transpor a fragmentação do conhecimento e lança efeitos mais expressivos na saúde da população.

Atualmente a intersetorialidade é considerada um componente central das políticas de saúde voltadas para a mudança de modelos de atenção. Essa dinâmica representa uma nova forma de gerenciamento para a superação da fragmentação das políticas, além de ser uma ferramenta de colaboração na reorientação das práticas de saúde, com uma gestão participativa (SILVA, 2013, p. 18).

Os preceptores anunciam que a RMSFC tem provocado algumas modificações, as quais são consideradas bastante desafiadoras, que é o caso das ações de planejamento familiar. Quando tratamos de planejamento familiar, nos referimos ao acolhimento das demandas em saúde sexual e reprodutiva, a ofertas de informações e acompanhamento na UBS, bem como a oferta de métodos e técnicas para a concepção e a anticoncepção (BRASIL, 2010).

Consideramos que as ações de planejamento familiar destinadas à população de comunidades quilombolas devem levar em conta sua cultura, suas relações com os saberes que

são repassados pelas gerações anteriores e o modo como as informações e protocolos acerca dessa temática podem contribuir para o alcance do objetivo esperado, que são a “promoção da igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres; a melhoria da saúde materna; o combate ao HIV/Aids, malária e outras doenças; e a redução da mortalidade infantil” (BRASIL, 2010, p. 9).

É nos trazido pelos preceptores o estabelecimento e o seguimento periódico dos grupos denominados com base no Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes mellitus (HIPERDIA), o qual enseja promover cuidados para a população com Diabete Mellitus (DM) e Hipertensão Arterial (HA).

De acordo com Filha *et al.* (2011), os objetivos do referido programa são:

- Cadastrar os usuários no sistema informatizado disponibilizado pelo DATASUS – HIPERDIA;
- Investigar fatores de risco para complicações;
- Monitorar as taxas glicêmicas e demais comorbidades;
- Fornecer medicamentos quando necessário.

Filha *et al.* (2011) nos dizem que, para atender aos objetivos propostos pelo programa, é fundamental que as equipes da ESF se concentrem na criação de grupos, em que o foco sejam as ações educativas em saúde, consultas e orientações com profissionais de saúde. O HIPERDIA é uma ação de grande relevância para a comunidade quilombola, já que dados do Ministério da Saúde nos revelam que a HA acomete duas vezes mais indivíduos com ancestralidade negra (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2016).

Para Freitas *et al.* (2011), no instante em que pensamos na assistência e na atenção em saúde da população negra, é importante fazermos o recorte étnico/racial, pois nos permite a identificação de grupos populacionais mais suscetíveis a agravos à saúde, como a hipertensão arterial (HA), dando margem para intervenções acertadas.

É perceptível que as transformações empreendidas pela RMSFC são tangenciadas pelas ações de educação em saúde na comunidade que se tratam do processo de construção de conhecimentos em saúde com e para a população. Promove a autonomia das pessoas em seu processo de cuidado em saúde, de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2006).

Vemos a importância da Educação em Saúde no instante em que nas UBSs são estabelecidos, por exemplo, grupos de sala de espera que tratam sobre diversas questões, que vão desde a reforma da previdência e seus impactos para a população, até a importância dos cuidados corretos com o tratamento da água (como mencionado no DSC 2 – Gestores), por meio do hipoclorito de

sódio que é distribuído nas unidades de saúde. Reiteramos que não existe água encanada na maioria das comunidades quilombolas da cidade. Outro assunto que sempre é trazido à tona é o acondicionamento correto do lixo, pois são necessários cuidados para que este não seja fonte de contaminação. (Diário de campo).

Compreendemos que, para que os profissionais desenvolvam educação em saúde na comunidade, são necessárias que ocorram nos serviços a Educação Permanente em Saúde e Educação continuada. Para Falkenberg *et al.* (2014), as práticas de educação em saúde envolvem três atores principais:

- Os profissionais de saúde que valorizem a prevenção e a promoção tanto quanto as práticas curativas;
- Os gestores que apoiem esses profissionais;
- A população que necessita construir seus conhecimentos e aumentar sua autonomia nos cuidados, individual e coletivamente.

Vemos emanar a Redução de Danos (RD) em relação ao tabagismo. Esta modalidade de intervenção atua sobre os problemas relacionados ao uso abusivo de drogas, de modo humanizado, sem culpabilizar, estigmatizar ou criminalizar o usuário, o qual é compreendido como um sujeito inserido num processo sócio-histórico-cultural, influenciando e sendo influenciado pelo meio onde está inserido, conforme nos dizem Marciel e Vargas (2015).

A RD preconiza que, diante da impossibilidade de interromper totalmente o consumo da droga, o sujeito pode optar por minimizar os danos advindos do consumo, como afirma Coelho (2012). Com isso, a estratégia da Redução de Danos vem ganhando espaço e se tornando uma alternativa nas intervenções em saúde voltadas para pessoas com alguma problemática decorrente do uso abusivo de álcool, crack e outras drogas.

Com relação às práticas de RD relacionadas ao tabagismo, são relatadas: autocuidado com os hábitos que predisõem a pessoa ao uso, diálogo sobre a vivência, utilização de Auriculoterapia nos usuários que participam dos grupos de tabagismo, técnicas de fazer cigarros de ervas, com menor quantidade de substâncias tóxicas (Diários de campo).

Barreto (2018) nos diz que a RD é mais do que uma técnica voltada à prevenção de malefícios à saúde, ela contribui para o estabelecimento de propostas baseadas na privacidade e na liberdade das pessoas que decidem ser usuárias de quaisquer substâncias psicoativas, transpondo a ideia de somente reprimir o uso de drogas.

Outra situação que merece destaque em nosso debate é o aumento da demanda de jovens e adolescentes na comunidade procurando as UBSs onde a RMSFC está inserida. A atenção à saúde do adolescente e do jovem deve se organizar a partir dos seguintes aspectos:

- Adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes e jovens, respeitando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis;
- Respeito às características socioeconômicas e culturais da comunidade, além do perfil epidemiológico da população local;
- Participação ativa dos adolescentes e jovens no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações (BRASIL, 2007).

A abordagem ao jovem e ao adolescente deve ser humanizada e pautada em questões que são importantes para esse grupo populacional, como discussões sobre padrões e valores sociais historicamente construídos nas expectativas e de papéis sociais que repercutem no crescimento e no desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2010).

Como mostramos na categoria de análise anterior, uma das atividades que a RMSFC promove tem como público alvo a população de estudantes que frequenta as escolas da comunidade. Acreditamos que estas ações contribuem para o aumento da procura por mais possibilidades de cuidado na UBS.

Para que isso aconteça de forma eficiente e eficaz, é necessário conhecer a população onde as intervenções são realizadas. Percebemos que existe uma disponibilidade em antes de realizar as intervenções, procurar as instituições de ensino, conhecer as pessoas que lá trabalham, o contexto da escola, para somente depois propor as ações. Percebemos que são realizadas ações estabelecidas através do Programa Saúde na Escola (PSE), mas também são fomentados momentos para dialogar sobre algumas questões pertinentes a vivência da comunidade, como refletir sobre racismo e discriminação (Diário de Campo).

É referido, também, um movimento de reorganização do processo de trabalho, o qual mobiliza os profissionais da equipe da UBS e os residentes a fim de que haja reorganização da assistência na UBS e na Rede de Atenção à Saúde. Para Pavani e Medeiros (2009), a ESF é marcada pela mudança e pelo reconhecimento da importância de compreender os processos de trabalho, conhecer os atores que assumem as atividades desenvolvidas na UBS, bem como investigar se há integração e interação entre o planejamento e as atividades desenvolvidas no território.

Cutolo e Madeira (2010) atestam que o trabalho em equipe empreendido pela ESF perpassa pela tríade saúde-doença-cuidado e convidam os profissionais de saúde a assumirem uma postura diferenciada frente ao modelo tradicional de cuidado, disciplinar e limitante. As práticas fomentadas estão na ordem de compreender os usuários de modo integral, com uma efetiva atuação multidisciplinar, articulando e integrando os saberes para dar conta das problemáticas de saúde identificadas.

Reiteramos que causar esse movimento de reflexão do processo de trabalho na UBS está descrito nos objetivos específicos da RMSFC (Universidade de Pernambuco, 2014):

- Promover a vivência do trabalho em equipe, objetivando construir uma perspectiva inter e transdisciplinar, estimulando reflexões sobre o papel do profissional enquanto agente transformador da realidade social.
- Desenvolver conhecimentos e habilidades para o planejamento, a gestão e a avaliação de planos e processos de trabalho dos diferentes serviços da rede de saúde.
- Desenvolver tecnologias e saberes quanto ao campo da prática compartilhada, como também aos núcleos de saberes de cada profissão.

É destacada, também, a presença do sanitarista na RMSFC, que atua no SUS em questões sociais e políticas da saúde, com o planejamento e a avaliação de programas de saúde e com as práticas coletivas de proteção da saúde, sem prestar assistência individual, segundo Campos (2003).

Neste movimento, vamos dialogar agora sob a perspectiva do discurso dos residentes que tratam das transformações ocorridas em cada UBS. Trazemos o DSC 3 - Residentes: com a ideia central: Percepções sobre as transformações fomentadas pela RMSFC:

Acho que é ver pessoas se permitindo. Vê a gente se colocando, se questionando. Como ator ali social né, daquele processo. Se colocando mesmo como gente ali, sabe. Isso desencadeia vários processos. Dos usuários terem a possibilidade de ter mais profissionais e ter resolubilidade. A gente aproveita que temos que fazer aqueles meses de campanha para estar reafirmando, por exemplo: novembro azul vai ter toda uma conversa, a gente vai falar sobre preconceito, sobre machismo, sobre discriminação. A gente também usa esses espaços para desconstruir alguns conceitos. Em relação, por exemplo, equipe de ACS a gente conseguiu inserir eles nesse dia das PICS também. Então a gente faz um cuidado e a gente tem um protocolo de auriculoterapia que a gente está aplicando nos ACS que querem fazer, para que eles tenham esse cuidado. Como é que eles vão chegar e falar sobre o cuidado nas visitas deles se eles não tiverem? A equipe sempre acolhe a gente bem (DSC – Residentes).

No DSC 3 – Residentes, é mostrado que uma das transformações que a RMSFC vem empreendendo é “ver as pessoas se permitindo”, tanto profissionais (residentes, preceptores e gestão) quanto usuários. Sabemos que, como seres humanos, os processos de mudança são partes constituintes de nossa construção subjetiva. A abertura para o novo se constitui como complexa e singular, com variações de pessoa para pessoa.

A mobilização para a mudança perpassa pelo querer da pessoa, e é necessário disponibilidade para isso. Em se tratando desse fazer saúde em comunidades quilombolas, cenário de nossa pesquisa, compreendemos que a cultura e a historicidade devem ser preservadas e respeitadas, mas podem se acrescentar ações que tragam melhoria da qualidade de vida e maximização das práticas e intervenções em saúde.

Onocko e Campos (2009) nos mostram que devemos considerar e estimular a construção de autonomia como uma das finalidades do trabalho em saúde que tem importantes implicações políticas, epistemológicas e organizacionais. Ao passo que, abraçar a diretriz, demanda uma reformulação tanto dos valores políticos quanto dos conceitos teóricos que orientam o processo de trabalho em saúde na Atenção Básica.

Nesse sentido, haverá maiores chances de se chegar à integralidade, balizados pela ampliação dos conceitos de promoção da saúde e prevenção de agravos. Através do trabalho das práticas de cuidado realizadas nos serviços de saúde, contribuindo para o alcance da resolubilidade, que é mais uma das dimensões propostas por Assis (2004) para a produção de cuidado.

Para Turrini *et al.* (2008), a resolutividade pode ser avaliada sob a ótica de dois aspectos:

- No próprio serviço de saúde, onde estará relacionada à capacidade de atender à demanda do território da UBS,
- No encaminhamento dos usuários para atendimentos especializados em outros dispositivos da Rede de Atenção à Saúde.

Isto acaba por fomentar uma perspectiva ampliada de saúde, a qual, de acordo com Dalmolin *et al.* (2011), nos faz refletir que a saúde possui sua evidência orgânica, natural e objetiva, mas também está relacionada às características de cada contexto sócio-histórico-cultural e aos significados que cada sujeito atribui ao seu processo de desvelar o viver.

Tal situação é exemplificada no instante em que é mencionado, no DSC 3 – Residentes, que os meses temáticos, como o Novembro Azul, para além da discussão sobre a saúde do

homem do ponto de vista físico, também são debatidas temáticas, como preconceito, machismo e discriminação.

Outra situação para dialogarmos é a importância que ancora em realizar ações de cuidado voltadas para os profissionais de saúde das UBSs onde a RMSFC está inserida. De acordo com Oliniski (2006), o cuidador – profissional de saúde - enfrenta as mais distintas situações e fatores em sua vida diária no ambiente de trabalho, que afetam a sua integridade física, psíquica e emocional.

Lacaz *et al.* (2013) nos dizem que se faz necessário atencionar a saúde dos trabalhadores das equipes da ESF, sobretudo devido ao fato destes lidarem com superação dos limites diariamente em sua atuação dado ao grande contingente populacional presente na maioria dos territórios das UBSs. Na prática cotidiana, os residentes promovem ações como: realização de Práticas Integrativas e Complementares (PICS), com os profissionais da UBS, rodas de conversa sobre o processo de trabalho e disponibilidade para troca e escuta.

Com isto, Alves (2007) nos revela que o trabalho realizado nos serviços de saúde se caracteriza pela atuação em equipe, partilhado em várias atividades. Essa configuração de equipe não é exclusiva da Atenção Básica, mas este é um arranjo fundamental para as equipes de ESF. Assim, estes profissionais necessitam de cuidado e atenção.

O DSC 4 – Usuários (a), mostrado a seguir, demonstra-nos a percepção dos (a) usuários (a) sobre como a presença da RMSFC proporcionou transformações para o cotidiano das Unidades de Saúde onde está inserida. Ideia central: Percepções sobre as transformações fomentadas pela RMSFC.

Melhorou muito depois que chegou os residentes. Todos os dias eles estão aqui. Mesmo quando o médico não está, temos atendimentos. Melhorou bastante. A doença não avisa a hora. Melhorou 100%. Faz muita diferença. Não precisamos mais ir para outro lugar. O que eles podem ajudam. Eles marcam um dia para você vim (para a UBS) se você disser que não pode vir eles vão na sua casa. Eu gosto de receber eles na minha casa. Faço amizade com eles. Conheci e fui atendida também pelos últimos que passaram aqui. Eu fazia acompanhamento com eles também. Tinha Esmeralda, Rubi, Pérola¹... A gente também fica triste quando chega um grupo e depois sai, porque a gente se apega a eles (DSC – Usuários).

No DSC 4 – Usuários, é mostrado como a formação de vínculo entre profissionais e usuários (espaços intercessores) confere uma qualidade diferenciada às intervenções em saúde

¹ Nomeamos por pedras preciosas residentes da turma anterior mencionadas no discurso do sujeito coletivo dos usuários, para preservarmos suas identidades.

(trabalho vivo em ato), permitindo que as práticas em saúde estejam de acordo com as necessidades de saúde da população (produção de cuidado). O vínculo é uma das dimensões para a produção de cuidado proposta por Assis (2004).

O estabelecimento do vínculo entre a equipe da ESF e os usuários é uma condição básica para a implementação do cuidado em território, pois lança o alicerce para os laços de confiança e corresponsabilidade no trabalho nos profissionais junto aos usuários (BRASIL, 2004).

Vimos durante nossas observações pessoas procurarem a UBS devido a Hipertensão Arterial (HA) e enquanto aguarda atendimento médico é oferecida uma escuta qualificada com psicólogo, orientação sobre alimentação com nutricionista, para depois pensar na dosagem do medicamento (Diário de campo).

Brunello *et al.* (2010) atestam que o vínculo é uma relação interpessoal estreita e muitas vezes duradoura entre o profissional de saúde e usuário, permitindo um cuidado longitudinal, facilitando a continuidade, em que, muitas vezes, várias gerações da mesma família são cuidadas e/ou acompanhadas pelo mesmo profissional de saúde (como é o caso do ACS).

O vínculo se revela como um elemento ao mesmo tempo facilitador e desafiador na ESF, tornando-se necessária a ampliação das discussões para a resolução da lacuna no conhecimento acerca da importância do mesmo para o desenvolvimento e reorganização das práticas profissionais visando à centralização do cuidado no usuário, a partir da ótica dos próprios profissionais (SANTOS; MIRANDA, 2016, p. 351).

Percebemos que foi mencionado o fato de que as pessoas estão compreendendo que o fazer saúde vai além da presença de um único profissional da unidade de saúde, o médico. Essa perspectiva reflete na mudança da forma de conceber a saúde que precisa transpor o modelo-curativo. Para Mendes (1996), esse deslocamento exige mudanças políticas, culturais e cognitivo-tecnológicas.

Assim, o acesso aos diferentes profissionais que compõem a RMSFC favorece o acesso aos cuidados em saúde, pois os usuários não precisam se descolar para os centros urbanos para acessar serviços de acompanhamento psicológico, por exemplo, já que existe esse profissional presente na UBS, na comunidade e na casa das pessoas.

Quadro 9 – Síntese das transformações fomentadas pela RMSFC

Quadrilátero	Transformações fomentadas pela RMSFC
Residentes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimulo da autonomia dos usuários e profissionais; ▪ Trabalhar os meses temáticos (como novembro azul), com base na realidade do território; ▪ Cuidado aos profissionais de saúde através das PICS;

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Operacionalização de práticas que promovem a integração entre residentes e profissionais da equipe da UBS.
Preceptores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento do número de notificação de violência contra a mulher; ▪ Realização de atividades intersetoriais; ▪ Fortalecimento do vínculo com a comunidade; ▪ Ações de educação em saúde na comunidade; ▪ Ampliação do olhar da equipe para as práticas em saúde a partir da intersectorialidade.
Gestores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acesso a diferentes profissionais de saúde em território; ▪ Aumento do processo diagnóstico e o cuidado em território;
Usuário	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acesso a diferentes profissionais de saúde em território; ▪ Melhoria do vínculo com a UBS; ▪ Maximização da atenção domiciliar.

Fonte: A autora

Destacamos que estamos dialogando sobre um recorte específico e seguimos com a certeza de que, ao longo destes cinco anos, a RMSFC está fazendo parte do cotidiano destas unidades de saúde, muitas construções foram se estabelecendo, mas ainda há um longo caminho a percorrer, pois esta relação não é dada deste sempre e precisa de maturação, planejamento, tempo, organização e disponibilidade para acontecer.

Este debate nos permitiu vislumbrar a maneira de como a formação para o SUS, em nosso caso, empreendida pela RMSFC, contribui para a produção de cuidado nas Unidades Básicas de Saúde, que é campo de prática desta.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendemos que compete ao SUS ordenar os processos de formação para os profissionais de saúde que nele atua. Esta competência está estabelecida em várias políticas públicas, normativas e protocolos, que estão em constante transformação desde que o sistema foi criado.

É sabido que, uma das estratégias para esta formação, advém dos processos de Educação Permanente em Saúde (EPS), que devem ser colocados e realizados no cotidiano dos serviços de saúde, através de problematizações, reflexões e diálogos que conduzam as modificações e/ou maximizações das práticas, sintonizadas com a aprendizagem significativa.

Entretanto, vivemos em um país continental com algumas diferenciações no contexto do fazer e do pensar a saúde. Em nosso caso, tratamos sobre a formação para o SUS em comunidades quilombolas, em que profissionais de saúde que ali operam devem conhecer a cultura e as formas de viver e conviver dessas comunidades, extrapolando as normativas e os protocolos técnicos e adentrando em uma compreensão subjetiva do processo saúde-doença-cuidado.

Nesta perspectiva, nos debruçar sobre o processo de formação para o SUS voltado para estas comunidades, promovido pelo programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com ênfase em saúde da população do campo, nos permitiu adentrar, descobrir e refletir sobre os modos de fazer saúde, os quais precisam estar necessariamente alinhados com o que é preconizado pelo SUS.

Durante a coleta de dados e análise de resultados de nossa pesquisa, foi bastante relevante perceber como as diferentes percepções das pessoas que fazem parte do quadrilátero da formação podem ampliar a nossa visão sobre este processo. Cada pessoa apresenta sua fala a partir do lugar que ocupa e evoca perspectivas ora distintas, ora congruentes.

A partir da fala dos (a) gestores (a), vemos a presença de elementos ligados ao alcance de indicadores, ao modo como a presença da residência reverbera na comunidade, com base em um acompanhamento que ocorre no nível da gestão e deslocando o olhar para as unidades de saúde através do monitoramento, acompanhamento e avaliação dos indicadores.

Diante disso, foi percebido, pela gestão da SMS, que o fato dessa residência está concentrada nas comunidades quilombolas, facilita que a população tenha um contato

qualificado com profissionais de saúde de distintas áreas, participando ativamente do cotidiano da UBS, conhecendo e vivendo a dinâmica da comunidade.

Nos discursos produzidos pelos preceptores, percebemos a presença de elementos ligados às ações de saúde que são desenvolvidas, com uma visão voltada para a assistência ao (a) usuário (a) e suas necessidades de saúde.

No instante em que nos debruçamos sobre as práticas desenvolvidas e as transformações percebidas na UBS, notamos que existe uma dinâmica diferente na Unidade de Saúde, que é propiciada pela presença de mais profissionais, os quais, além de uma presença quantitativa, conferem uma qualidade diferenciada ao trabalho, devido a serem profissionais em formação, impelidos ao compromisso com o SUS e procurando estratégias para lidar diariamente com as necessidades de saúde da população.

Os (a) residentes que vivenciam este processo de formação integram atividades práticas, teórico-práticas e teóricas. Destacamos o fato de que o trabalho interdisciplinar é compreendido como uma das bases para esta formação para o SUS. Esse modo de fazer e pensar saúde reverbera na equipe da ESF e também na comunidade, que nomeia a atividade da RMSFC como relevante para a UBS.

Já os (a) usuários (a) nos trazem bastante a importância da criação de vínculos e a formação de espaços intercessores (mesmo que não tenham o conceito teórico deste termo internalizado). O fato de ter profissionais de diferentes áreas na UBS e também adentrando as suas casas, promove qualidade ao pensar o processo saúde-doença-cuidado.

Deste modo, cada discurso nos permite compreender como está acontecendo a formação para o SUS empreendida pela RMSFC sob diferentes aspectos. Comum a todas as falas, ver-se a relevância da formação do vínculo entre os profissionais e a comunidade – característica fundamental para a criação de espaços intercessores.

Estes espaços intercessores nos permitem refletir a importância da vinculação entre profissionais de saúde e usuários, que lançam bases para o trabalho vivo em ato. Compreendemos que este é sutilmente percebido e pode ser notado quando, por exemplo, profissional de saúde e usuário (a) se conhecem pelo nome. E para além do nome possuem uma confiança mútua, que extrapola a explicação com palavras e parte para o fenômeno existencial vivido, sentido e percebido por cada pessoa envolvida.

Conferimos relevância ao fato de que a presença da residência se configura como uma estratégia de Educação Permanente em Saúde. O diálogo e as potencialidades avultadas na

equipe nos dizem sobre um movimento que mobiliza e traz reflexões, conduzindo os profissionais à maximização de suas práticas. Comprendemos que este se desloca e requer disponibilidade pessoal que configura um trabalho que se constrói através de uma relação dialética e horizontalizada entre todas as pessoas que vivenciam a EPS – Sobretudo, gestão, preceptores e residentes.

De fato, foram-nos trazidas muitas falas que destacam a relevância desta formação. Destacamos, por fim, que sentimos falta de falas que contemplem as dificuldades encontradas neste processo, pois sabemos que, propor uma formação que vá de encontro ao modelo médico-curativo e hegemônico, não se constitui uma tarefa simples, é algo bastante complexo e precisa de tempo para amadurecer.

Intentamos que este cenário encontrado possa subsidiar muitas outras pesquisas e despertar para outras questões. Não é nossa intenção esgotar esta temática, sabemos que há muito a desvelar.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A. C. Reflexões sobre o processo de trabalho em saúde e suas implicações no cotidiano profissional do serviço social, na realidade do Hospital Universitário de Juiz de Fora. **Libertas**, Juiz de Fora, v.1, n. 2, p. 114-135, jan./dez. 2007.
- ALMEIDA, A. H. *et al.* Formação de profissionais para o sistema único de saúde: ensino de educação em saúde emancipatória. **Saúde e transformação social**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p. 82-95, 2017.
- AGONIGI, R.C. *et al.* A produção do cuidado no cotidiano das Equipes de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v, 71, n. 6, p. 2659-2665, 2018.
- ANDRADE, A.M. *et al.* Visita domiciliar: validação de um instrumento para registro e acompanhamento dos indivíduos e das famílias. **Epidemiologia e serviços de saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 165-175, jan./mar. 2014.
- ARAÚJO, L. F. S. *et al.* Diário de pesquisa e suas potencialidades na pesquisa qualitativa em saúde. **Revista Brasileira Pesquisa Saúde**, Vitória, v. 15, n 3, p. 53-61, jul./set. 2013.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.8, n. 14, p. 73-92, set. 2003-fev. 2004.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BARRETO, I. F. Tabagismo, cigarros eletrônicos e redução de danos: uma revisão narrativa. **Revista Ciências em Saúde**, Itajubá. v.8, n.1. p.18-23, mar. 2018.
- BATISTA, C. B. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as Universidades. **Barbarói**, Santa Cruz do Sul, n. 38, p. 97-125, jan./jun. 2013.
- BATISTA, K.B.C. *et al.* Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 884-899, 2011.
- BENEVIDES, D.S. *et al.* Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. **Interface - Comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v.14, n.32, p.127- 38, jan./mar. 2010.
- BEZERRA, I. M. P.; SORPRESO, I. C. E. Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v 26, n 1, p. 11-16, 2006.
- BICALHO, M.; OLIVEIRA, M. Aspectos conceituais da multidisciplinaridade e da interdisciplinaridade e a pesquisa em ciência da informação. **Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, Florianópolis, v. 16, n. 32, p. 1-26, 2011.

BOFF, L. **Saber Cuidar**: ética do ser Humano. Petrópolis: Vozes, 2011.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**: princípios e conquistas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988. Texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº. 1, de 1992, a 39, de 2002, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de nº. 1 a 6, de 1994. 20. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: Documento base para gestores do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, v. 141, n. 32, p. 27-41, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 1 jul. 2005a. Seção 1. p. 1, 2005

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde. Brasília: MS, 2006.

BRASIL. **Portaria Nº 1.434/ GM de 14 de julho de 2004**. Define mudanças no financiamento da atenção básica em saúde no âmbito da estratégia Saúde da Família, e dá outras providências. Diário Oficial da União (DOU). 2004; Seção 1: 36

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caminhos do direito à saúde no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. **Portaria Interministerial nº 1077, de 12 de novembro de 2009**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 nov. 2009b. Seção 1, p. 7.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **SGETS: políticas e ações**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **SUS: a saúde do Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: resultados principais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: o cuidado da pessoa tabagista**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional da Atenção Básica**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: políticas e programas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BREILH, J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, Medellín, v. 31, n. 1, p. 13-27, dec. 2013.

BRUNELLO, M. E. F. *et al.* O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 131-135, 2010.

BOUSQUAT, A. *et al.* Tipologia das Unidades Básicas de Saúde Brasileiras: os 5R. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, p. 1-14, ago. 2017.

CAMPO, F. E. *et al.* **Os desafios atuais para a educação permanente no SUS**. In. Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 -. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, G. W. de S. **Políticas de formação de pessoal para o SUS: reflexões fragmentadas**. In. Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 -. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, R.T.O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 252-264, out. 2014.

CAMPOS, C.M. S.; BATAIERO, M.O. Necessidades de saúde: Necessidades de saúde: uma análise da produção Necessidades de saúde: científica brasileira de 1990 a 2004. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.11, n.23, p.605-18, set/dez 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DIMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CARDOSO, C.; SEMINOTTI, N. O grupo psicoterapêutico no CAPS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.3, p.775-83, jul./set. 2006.

CAMARGO, A. L.; MEDEIROS, V. A. Residência Multiprofissional em Saúde: uma breve análise acerca da potencialidade do programa no município de Betim. **Sinapse Múltipla**, Betim, v. 5, n. 2, p. 59-72, dez. 2016.

CAVALHEIRO, M. T. P.; GUIMARÃES, A. L. Formação para o SUS e os Desafios da Integração Ensino Serviço. **Caderno Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 19-27, dez. 2011.

CARVALHO, Y. M.; WARSCHAUER, M. O conceito “Intersetorialidade”: contribuições ao debate a partir do Programa Lazer e Saúde da Prefeitura de Santo André/SP. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 23, n.1, p. 191-203, 2014.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-177, set. 2004/fev. 2005

CECCIM, R. B.; ARMANI, T. B. Educação na saúde coletiva: papel estratégico na gestão do SUS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n. 23, p. 30-45, dez. 2001.

CECCIM, R. B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. *In*: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (org.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 18-22.

CECCIN, R.; FEUERWERKER, L. C. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004.

CECCIN, R.; FEUERWERKER, L. C. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1; p 41-65, 2004.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ; 2001. p.113-26.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília, DF. **Relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986, 21 p. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf. Acesso em: 20 abr. 2017.

COSTA, C. G. A. *et al.* Hortas comunitárias como atividade promotora de saúde: uma experiência em Unidades Básicas de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.10, p. 3099-3110, 2015.

COSTA, J. P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 733-743, out./dez. 2014.

CRUSOÉ, N. M. C. A Teoria das Representações Sociais em Moscovici e sua importância para a pesquisa em Educação. **APRENDER – Cadernos de Filosofia e Psicologia da Educação**, Vitória da Conquista, v. 2, n. 2, p.105-114, jan./jun. 2004.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. Violência: um problema global de saúde pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, (sup) p. 1163-1178, 2006.

DALMOLIN, B. B. *et al.* Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-394, abr./jun. 2011.

DIAS, V. P. *et al.* Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

DOMINGOS, C. M. *et al.* Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 19, n. 55, p. 1221-1232, 2015.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar em revista**, Curitiba, n. 24, p. 213-225, 2004.

FARIAS, D. N. *et al.* Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na Estratégia Saúde da Família. **Revista Trabalho, educação e saúde**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 141-162, abr. 2018.

FRANCO, T. B. Produção do cuidado e produção pedagógica: integração de cenários do sistema de saúde no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 427-38, set./dez. 2007.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, Produção do Cuidado e Subjetividade em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

FALKENBERG, M.B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento para a montagem do projeto de integralidade da atenção em saúde. In: **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

FERREIRA NETO, J. L. **Promoção da Saúde: práticas grupais na estratégia de saúde da família**. São Paulo: Hucitec; Belo Horizonte: Fapemig, 2011.

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (Orgs). **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde Brasil**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

FERRI, S. M. N. *et al.* As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n.23, p. 515-29, set./dez. 2007.

FEUERWERKER, L. C. M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

FEUERWERKER, L. C. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, ago. 1998.

FILHA, F. S.S.C. *et al.* HiperDia: Adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia de Saúde da Família. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 12 (esp), p. 930-936, 2011.

FRANKE, C. *et al.* O atendimento compartilhado na perspectiva da atuação multiprofissional na atenção primária à saúde. **Revista Contexto e Saúde**, v. 18, n. 35, p. 111-115, jul./dez. 2018.

FREITAS, D. A. *et al.* Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 13, n. 5, p. 937-943, set./out. 2011.

FREITAS, D. A. *et al.* Percepção de estudantes da área de saúde sobre comunidades rurais quilombolas no Norte de Minas Gerais-Brasil. **Revista CEFAC**, Campinas, v. 15, n. 4, p. 941-946, jul./ago. 2013

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resíduos sólidos e a saúde da comunidade**: informações técnicas sobre a inter-relação saúde, meio ambiente e resíduos sólidos. Brasília, DF: Funasa, 2013.

FURTADO, M. B. *et al.* Cultura, identidade e subjetividade quilombola: uma leitura a partir na Psicologia Cultural. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 26, n. 1, p. 106 – 115, 2014.

GARNELO, L. *et al.* Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n 1 (esp), p. 81-99, set. 2018.

GERGEN, K. A Psicologia Social como História. **Psicologia e Sociedade**, Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 453-464, set./dez. 2008.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

HADDAD, A. E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 85-93, mai. 2010.

HAERTER, L. *et al.* Refletindo acerca da contribuição da cultura quilombola aos currículos da educação básica brasileira, através da presença da história da África e Afrobrasileira. **Revista Identidade!**, São Leopoldo, v. 18, n. 3, ed. esp., p. 267-278, dez. 2013.

HINO, P. *et al.* Necessidades em saúde e atenção básica: validação de Instrumentos de Captação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2 (esp), p. 1156-1167, 2009.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A.F. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, 2014.

LACAZ, F. A. C. *et al.* Estratégia saúde da família e saúde do trabalhador: um diálogo possível? **Interface – Comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v. 17, n. 44, p. 75-87, jan./mar. 2013.

LEFEVRE, A. M. C.; LEFEVRE, F. Discurso do Sujeito Coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502-507, abr./jun. 2014.

LEFEVRE, A. M. C.; LEFEVRE, F. O sujeito coletivo que fala. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 517-24, jul./dez 2006.

LEFEVRE, A. M. C.; LEFEVRE, F. **Pesquisa de Representação Social**. Um enfoque qualiquantitativo. Brasília (DF): Liberlivro, 2012.

LOBATO, C. P. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política** [tese]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2010.

MACÊDO, N. B. *et al.* O desafio da implementação da educação permanente na gestão da Educação na saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 379-401, maio/ago. 2014.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M.J.M. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, (Supl. 1), p. 973-982, 2011.

MARCIEL, M. E. D.; VARGAS, D. Redução de danos: uma alternativa ao fracasso no combate às drogas. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 20, n. 1, p. 207-210, jan./mar. 2015.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.14, n.34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MARTINS, A. G. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no brasil. **Revista de Contabilidade e Organizações**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 8-18, jan./abril, 2008.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. *In*: MERHY, E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

MIOTO, R. C. T. *et al.* As Residências Multiprofissionais em Saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. **Serviço Social e Saúde**, Campinas, v. 11, n. 2, p. 185-209 jan./jun. 2012.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M. C. S. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, (Sup), p. 1259-1267, 2007.

MIRANDA, R. S.; CUNHA, L. H. H. A estrutura organizacional do MST: lógica política e lógica prática. **Caderno CRH**, Salvador, v. 26, n. 68, p. 363-376, Maio/Ago. 2013.

MOTA, A. E. et al. (org.). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 19, n. 4, p.814-827, 2010.

O'DWYER, Eliane Cantarino. **Quilombos identidade étnica e territorialidade**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002.

OLINISKI, S. R. Cuidando do cuidador no ambiente de trabalho: uma proposta de ação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 1, p. 100-104, jan./fev. 2006.

ONOCKO, R. T. C.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. *In*: CAMPOS, G.W. S. et al. (org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 669-688.

PAIM, J. S. **Desafios para a saúde coletiva no Século XXI**. Salvador: Ed. UFBA, 2006.

PASSOS, E.; CARVALHO, Y. M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 24, supl.1, p. 92-101, 2015.

PAVANI, D. S.; MEDEIROS, C. R. G. Processos de trabalho na Equipe Estratégia de Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 265-271, mar./abr. 2009.

PESSOA, V. M. *et al.* Como garantir o direito à saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n 1 (esp), p. 302-314, set. 2018.

PESSOA, V. M. et al. Sentidos e métodos de territorialização na atenção primária à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2253-2262, 2013

PEDUZZI, M. *et al.* Atividades educativas de trabalhadores na atenção primária: concepções de educação permanente e de educação continuada em saúde presentes no cotidiano de Unidades Básicas de Saúde em São Paulo. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, vol. 13, n. 30, p.121-134, jul./set. 2009.

PIERANTONI, C. R.; VIANA, A. L. D. Apresentação. *In*: PIERANTONI, C.R.; VIANA, A. L. D (org). **Educação e Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.

REBERTE, L. M.; HOGA, L.A.K. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 186-192, abr./jun. 2005.

REIS, P. M. C. **Educação Terapêutica no Tratamento da Obesidade Dinâmicas de Grupo. Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação.** Universidade do Porto. 2010.

ROCHA, K. B. et al. A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psicologia, saúde & doenças**, Lisboa, v. 18, n. 1, p. 170-185, abr. 2017.

ROSA, S. D.; LOPES, R.E. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 7 n. 3, p. 479-498, nov.2009/fev.2010.

ROSSI, F.R.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento: tecnologia leve nos processos gerenciais do enfermeiro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 58, n. 3, p. 305-10, mai./jun. 2005.

SARTORI, G. S.; VAN DER SAND, I. C. P. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Brasília, v. 06, n. 02, p.153-165, 2004.

SANTOS, I. G. *et al.* Residência Multiprofissional em Saúde da Família: concepção de profissionais de saúde sobre a atuação do nutricionista. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 349-360, abr./jun. 2015.

SANTOS, R. C. A.; MIRANDA, F. A. N. Importância do vínculo entre profissional-usuário na estratégia de saúde da família. **Revista Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 3, p. 350-359, jul./set. 2016.

SANTOS, E. M; MORAIS, S. H. G. M. A visita domiciliar na estratégia saúde da família: percepção de enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, Paraná, v. 16, n. 3, p. 492-497, jul./set. 2011.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. M. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, nov. 2010.

SUCUPIRA, A. C. Marco conceitual da promoção da saúde no PSF. **SANARE – Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 4, n. 1, p. 11-14, jan./mar. 2003

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SCORSOLINI-COMINA, F.; FIGUEIREDO, I. A. Concepções de saúde, doença e cuidado em Primeiras estórias, de Guimarães Rosa. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.27, n.3, p.883-897, jul./set. 2018.

SILVA, C.T. *et al.* Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 1, p. 2-9, 2016.

SILVA, P. S. Quilombos do sul do Brasil: movimento social emergente na sociedade contemporânea. **Revista Identidade!**, São Leopoldo, v. 15, n. 1, p. 51-64, jan./jun. 2010

SILVA, D. A. J; TAVARES, M. F. L. Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, out-dez 2016.

SILVA, A. C. *et al.* Os sentidos da saúde e da doença. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 957-968, 2015.

SILVA, F. C. C. M. Saúde, Política e Ambiente: um diálogo inevitável. In. Brasil. **Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

SILVA, L. B. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 200-209, jan./abr. 2018.

SILVA, N. E. K. *et al.* Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n 4 (Sup), p. 108-116. 2002;

SILVEIRA, A. (Coord.). **Residência de Medicina do Trabalho – Programa 2005**. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Serviço Especial de Saúde do Trabalhador do Hospital de Clínicas/Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador, jan. 2005.

SPINK, Mary Jane. A ética na pesquisa social: da perspectiva prescritiva a interanimação dialógica. **Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS**. Rio Grande do Sul, v. 31, n 1, p. 7-22, jan/jul. 2000.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VII Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arquivo Brasileiro de Cardiologia [Internet]. 2016.

SOUSA, I. M. C. *et al.* Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, nov. 2012.

SOUZA, M. C. *et al.* Integralidade na atenção à saúde: um olhar da Equipe de Saúde da Família sobre a fisioterapia. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 452-460, 2012.

SOUZA, M. C. *et al.* Necessidades de saúde e produção do cuidado em uma unidade de saúde em um município do Nordeste, Brasil. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 38, n. 2, p. 139-148, 2014.

SURDI, A. C.; TONELLO, J. Lazer e saúde: algumas aproximações em direção à melhoria da qualidade de vida das pessoas. **Visão Global**, Joaçaba, v. 10, n. 2, p. 201-228, jul./dez. 2007.

TEIXEIRA, E. S. *et al.*; Estudos sobre Pedagogia da Alternância no Brasil: revisão de literatura e perspectivas para a pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 227-242, maio./ago. 2008.

TELESI JÚNIOR, E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 30, n. 86, p. 99-112, jan./abr. 2016.

TESSER, C. D. *et al.* Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Saúde Debate**, Rio De Janeiro, v. 42, n. 1 (esp), p. 174-188, set.2018.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Pesquisa qualitativa. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 198.

TURRINI, R. N. T. *et al.* Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 663-674, mar. 2008.

UBIRAJARA, C. R. C. **Garanhuns-PE, ações educativas e dinâmica socioespacial: uma análise geo-histórica das relações estabelecidas entre Religião, Estado e Educação [recurso eletrônico]** / Carlos Roberto Cruz Ubirajara. 2015.

UEBEL, A. C. *et al.* Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM). **Boletim de Saúde**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 117-123, 2003.

UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO. Projeto sobre programa nacional de bolsas para residências multiprofissionais e em área profissional da saúde. **Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com Ênfase na Saúde da População do Campo**. Recife, 2014.

VASCONCELOS, M. I. O. *et al.* Avaliação da resolutividade e efetividade da atenção primária à saúde: revisão integrativa de literatura. **SANARE**, Sobral, v. 17, n. 01, p. 65-73, Jan./Jun. 2018.

VERELA, D.S.S.; *et al.* Diretrizes Curriculares Nacionais e a Formação de Profissionais para o SUS. **Revista Brasileira de Educação e Saúde**. Pombal, v.6, n.3, p.39-43, jul./set. 2016.

VIEIRA, R.P; *et al.* Participação de adolescentes na Estratégia Saúde da Família a partir da Estrutura Teórico- Metodológica de uma Participação Habilitadora. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. São Paulo. v. 22, n. 2, p. 309-16, mar./abr. 2014.

VILELA, E.M; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 11, n. 4, p. 525-31, jul./ago. 2003.

VINCHA, K.R.R.; *et al.* Planejamento de grupos operativos no cuidado de usuários de serviços de saúde: integrando experiências. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 41, v. 114, p. 949-962, jul./set. 2017.

WERLE, V. Relações entre lazer e saúde em tempos de cultura somática. **Revista Brasileira de Estudos do Lazer**, Belo Horizonte, v. 5, n. 2, p. 20-32, mai./ago. 2018.

WUILLAUME, S. M. **O processo ensino-aprendizagem na residência em Pediatria: uma análise**. 2000. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

APÊNDICE A – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Para os (a) representantes da coordenação (Gestão)

Você está sendo convidado (a), como coordenador (a) de Atenção Básica ou coordenador de Educação Permanente em saúde, a participar da pesquisa com o título Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo: produção de cuidado e formação para o SUS, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Vanessa Alves de Souza e sob a orientação da Dra. Idê Gurgel e coorientação da Dra. Paulette Cavalcanti.

Caso opte por participar desta pesquisa, por favor, leia este documento na íntegra com bastante rigor antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra, expressão ou frase que o senhor (a) não compreenda, relate ao pesquisador responsável pelo estudo para que esclareça.

Este estudo tem por objetivo analisar a contribuição da RMSFC para a produção de cuidado em Comunidades quilombolas de Garanhuns, em Pernambuco. Considero que a relevância deste estudo ancora sobretudo na possibilidade de promover reflexão sobre as diferentes formas de ações e serviços de saúde que possam ser produzidas em comunidades quilombolas.

Para a realização de seus objetivos, as pesquisadoras irão realizar entrevistas semiestruturadas acerca de sua prática profissional junto a RMSFC – desde que nos permitam e não se sintam incomodados. As entrevistas semiestruturadas serão gravadas para posterior análise e, nesta ocasião, estarei livre para responder às questões que queira.

Os possíveis riscos relacionados a sua participação na pesquisa pode ser constrangimento e/ou desconforto em falar sobre minha prática profissional ligada à RMSFC. Caso ocorra alguma situação em que o senhor (a) se sinta constrangido (a) ou desconfortável, ficará à vontade para me expressar da maneira como melhor convier, ou silenciar caso queira, podendo, inclusive, desistir da participação nesta pesquisa. Quanto às pesquisadoras, irão conduzir eticamente a pesquisa adotando uma postura discreta, voltando atenção aos sinais implícitos e explícitos apresentados pelos participantes.

Os prováveis benefícios desta pesquisa trarão informações importantes para uma melhor atuação e reflexão teórico-prática junto a contextos de saúde em comunidades quilombolas. Dando possibilidades de maximização e avaliação de algumas práticas profissionais.

Diretos do Sujeito Pesquisado: garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; Liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; Garantia de privacidade à sua identidade e do sigilo de suas informações.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos, o senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisa, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08h00 às 12h00 e das 13h00min às 15h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Participante da pesquisa

Testemunha

Pesquisador (a)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE
Para os (a) representantes dos usuários (Controle Social)

Você está sendo convidado (a), como usuário das Unidades de Saúde da Família onde a RMSFC está inserida, a participar da pesquisa com o título Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo: produção de cuidado e formação para o SUS, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Vanessa Alves de Souza e sob a orientação da Dra. Idê Gurgel e coorientação de Dra. Paulette Cavalcanti.

Caso opte por participar desta pesquisa, por favor, leia este documento na íntegra com bastante rigor antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra, expressão ou frase que o senhor (a) não compreenda, relate ao pesquisador responsável pelo estudo para que esclareça.

Este estudo tem por objetivo analisar a contribuição da RMSFC para a produção de cuidado em Comunidades quilombolas de Garanhuns, em Pernambuco. Considero que a relevância deste estudo ancora sobretudo na possibilidade de promover reflexão sobre as diferentes formas de ações e serviços de saúde que possam ser produzidas em comunidades quilombolas.

Para a realização de seus objetivos, as pesquisadoras irão realizar entrevistas semiestruturadas acerca da atuação da RMSFC no território de sua Unidade de Saúde da Família – desde que nos permitam e não se sintam incomodados. As entrevistas semiestruturadas serão gravadas para posterior análise e, nesta ocasião, estarei livre para responder às questões que queira.

Os possíveis riscos relacionados a sua participação na pesquisa pode ser constrangimento e/ou desconforto em falar sobre minha prática profissional ligada à RMSFC. Caso ocorra alguma situação em que o senhor (a) se sinta constrangido (a) ou desconfortável, ficará à vontade para me expressar da maneira como melhor convier, ou silenciar caso queira, podendo, inclusive, desistir da participação nesta pesquisa. Quanto às pesquisadoras, irão conduzir eticamente a pesquisa adotando uma postura discreta, voltando atenção aos sinais implícitos e explícitos apresentados pelos participantes.

Os prováveis benefícios desta pesquisa trarão informações importantes para uma melhor atuação e reflexão teórico-prática junto a contextos de saúde em comunidades quilombolas. Dando possibilidades de maximização e avaliação de algumas práticas profissionais.

Diretos do Sujeito Pesquisado: garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; Liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; Garantia de privacidade à sua identidade e do sigilo de suas informações.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos, o senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisa, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08h00 às 12h00 e das 13h:00 às 15h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Participante da pesquisa

Testemunha

Pesquisador (a)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE
Para os (a) representantes dos Preceptores (Atenção)

Você está sendo convidado (a), como preceptor da RMSFC, a participar da pesquisa com o título Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo: produção de cuidado e formação para o SUS, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Vanessa Alves de Souza e sob a orientação da Dra. Idê Gurgel e coorientação da Dra. Paulette Cavalcanti.

Caso opte por participar desta pesquisa, por favor, leia este documento na íntegra com bastante rigor antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra, expressão ou frase que o senhor (a) não compreenda, relate ao pesquisador responsável pelo estudo para que esclareça.

Este estudo tem por objetivo analisar a contribuição da RMSFC para a produção de cuidado em Comunidades quilombolas de Garanhuns, em Pernambuco. Considero que a relevância deste estudo ancora sobretudo na possibilidade de promover reflexão sobre as diferentes formas de ações e serviços de saúde que possam ser produzidas em comunidades quilombolas.

Para a realização de seus objetivos, as pesquisadoras irão realizar entrevistas semiestruturadas relativas a sua prática como preceptor (a) da RMSFC – desde que nos permitam e não se sintam incomodados. As entrevistas semiestruturadas serão gravadas para posterior análise e, nesta ocasião, estarei livre para responder às questões que queira.

Os possíveis riscos relacionados a sua participação na pesquisa pode ser constrangimento e/ou desconforto em falar sobre minha prática profissional ligada à RMSFC. Caso ocorra alguma situação em que o senhor (a) se sinta constrangido (a) ou desconfortável, ficará à vontade para me expressar da maneira como melhor convier, ou silenciar caso queira, podendo, inclusive, desistir da participação nesta pesquisa. Quanto às pesquisadoras, irão conduzir eticamente a pesquisa adotando uma postura discreta, voltando atenção aos sinais implícitos e explícitos apresentados pelos participantes.

Os prováveis benefícios desta pesquisa trarão informações importantes para uma melhor atuação e reflexão teórico-prática junto a contextos de saúde em comunidades quilombolas. Dando possibilidades de maximização e avaliação de algumas práticas profissionais.

Diretos do Sujeito Pesquisado: garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; Liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; Garantia de privacidade à sua identidade e do sigilo de suas informações.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos, o senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisa, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08h:00 às 12h:00 e das 13h:00 às 15h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Participante da pesquisa

Testemunha

Pesquisador (a)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE
Para os (a) representantes dos Residentes - R1 e R2 (Ensino)

Você está sendo convidado (a), como residente da RMSFC, a participar da pesquisa com o título Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo: produção de cuidado e formação para o SUS, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Vanessa Alves de Souza e sob a orientação da Dra. Idê Gurgel e coorientação de Dra. Paulette Cavalcanti.

Caso opte por participar desta pesquisa, por favor, leia este documento na íntegra com bastante rigor antes de assiná-lo. Caso haja alguma palavra, expressão ou frase que o senhor (a) não compreenda, relate ao pesquisador responsável pelo estudo para que esclareça.

Este estudo tem por objetivo analisar a contribuição da RMSFC para a produção de cuidado em Comunidades quilombolas de Garanhuns, em Pernambuco. Considero que a relevância deste estudo ancora sobretudo na possibilidade de promover reflexão sobre as diferentes formas de ações e serviços de saúde que possam ser produzidas em comunidades quilombolas.

Para a realização de seus objetivos, as pesquisadoras irão realizar entrevistas semiestruturadas relativas a sua prática profissional como residente da RMSFC, – desde que nos permitam e não se sintam incomodados. As entrevistas semiestruturadas serão gravadas para posterior análise e, nesta ocasião, estarei livre para responder às questões que queira.

Os possíveis riscos relacionados a sua participação na pesquisa pode ser constrangimento e/ou desconforto em falar sobre minha prática profissional ligada à RMSFC. Caso ocorra alguma situação em que o senhor (a) se sinta constrangido (a) ou desconfortável, ficará à vontade para me expressar da maneira como melhor convier, ou silenciar caso queira, podendo, inclusive, desistir da participação nesta pesquisa. Quanto às pesquisadoras, irão conduzir eticamente a pesquisa adotando uma postura discreta, voltando atenção aos sinais implícitos e explícitos apresentados pelos participantes.

Os prováveis benefícios desta pesquisa trarão informações importantes para uma melhor atuação e reflexão teórico-prática junto a contextos de saúde em comunidades quilombolas. Dando possibilidades de maximização e avaliação de algumas práticas profissionais.

Diretos do Sujeito Pesquisado: garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; Liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; Garantia de privacidade à sua identidade e do sigilo de suas informações.

Em caso de dúvidas e esclarecimentos o senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisa, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08h:00 às 12:00 e das 13h:00 às 15h. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Participante da pesquisa

Testemunha

Pesquisador (a)

APÊNDICE II – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Através do presente termo, eu, Vanessa Alves de Souza, mestranda do Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Instituto Aggeu Magalhães, responsabilizo-me por manter sigilo absoluto sobre todas as informações coletadas para o desenvolvimento da pesquisa intitulada: *Residência Multiprofissional em Saúde da Família, com ênfase em Saúde da População do Campo: Produção de cuidado em comunidades quilombolas*, durante e após a sua conclusão.

Vanessa Alves de Souza

APÊNDICE III – ROTEIROS DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Roteiro de entrevistas I – Gestores

1. Como e/ou qual é sua vivência com o SUS?
2. Relate sua compreensão sobre a RMSFC.
3. Você vivencia o processo de formação para o SUS promovido pela RMSFC? De que maneira?
4. Descreva as atividades, ações e/ou intervenções que você conhece e/ou participa desenvolvidas pela RMSFC.
5. Em seu entendimento, as atividades empreendidas pela RMSFC contribuem para a produção de cuidado nas comunidades quilombolas onde esta atua?
6. Você percebe transformações no cotidiano do serviço de saúde a partir da presença da RMSFC?

Roteiro de entrevistas II – Atenção (Preceptores)

1. Relate sua compreensão sobre a RMSFC.
2. Como você percebe a formação para o SUS empreendida pela RMSFC?
3. Você vivencia o processo de formação para o SUS promovido pela RMSFC? De que maneira?
4. Em seu entendimento, as atividades empreendidas pela RMSFC contribuem para a produção de cuidado nas comunidades quilombolas onde esta atua?
5. Você percebe transformações no cotidiano do serviço de saúde a partir da presença da RMSFC?

Roteiro de entrevistas III – Ensino (R1 e R2)

1. Como e/ou qual é sua vivência com o SUS?
2. Relate sua trajetória na RMSFC.
3. Como você percebe as práticas em formação para o SUS empreendida pela RMSFC?

4. Como você vivencia essa formação para o SUS empreendida pela RMSFC?
5. Descreva as atividades, ações e/ou intervenções da RMSFC que você participa ou participou? Como é sua participação?
6. Em seu entendimento, as atividades empreendidas pela RMSFC contribuem para a produção de cuidado nas comunidades quilombolas onde esta atua?
7. Você percebe transformações no cotidiano do serviço de saúde a partir da presença da RMSFC?

Roteiro de entrevistas IV – Representantes do controle social

1. Você conhece o processo de formação para o SUS promovido pela RMSFC?
2. Você já participou de alguma ação e/ou intervenção desenvolvida pela RMSFC? Caso a resposta seja positiva, descreva-as.
3. Em seu entendimento, as ações empreendidas pela RMSFC contribuem para as ações de cuidado em sua comunidade?
4. Como você ou sua família tem sido tratado pelos profissionais de saúde residentes?
5. Caso a resposta seja positiva, descreva como você percebe essa modificação.

APÊNDICE IV – PROPOSTA DE PROJETO DE INTERVENÇÃO

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PÚBLICA**

Vanessa Alves de Souza

**PROJETO DE INTERVENÇÃO
DIALOGANDO SOBRE O PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA, COM ÊNFASE EM SAÚDE DA
POPULAÇÃO DO CAMPO**

RECIFE

2020

Vanessa Alves de Souza

**PROJETO DE INTERVENÇÃO
DIALOGANDO SOBRE O PROJETO POLÍTICO PEDAGÓGICO DA RESIDÊNCIA
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA, COM ÊNFASE EM SAÚDE DA
POPULAÇÃO DO CAMPO**

Projeto de intervenção, como contribuição à Coordenação da RMSFC, oriundo dos resultados da dissertação de mestrado profissional a ser apresentado ao curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Instituto de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

RECIFE

2020

1. Introdução

Durante as décadas de 1960 e 1970, houve significativas aberturas e expansão de novos cursos na área da saúde, como nos diz Haddad *et al.* (2010). Especificamente na área da saúde, a formação dos profissionais foi grandemente impulsionada pelos estudos e reuniões à época que estabeleciam a necessidade de formação e qualificação de profissionais de saúde, sobretudo médicos (a) e enfermeiros (a).

Ainda de acordo com Haddad *et al.* (2010), a formação deve considerar a realidade social, política e cultural, o contexto existencial de quem vive, visando assegurar a compreensão de distintos significados dos fenômenos humanos, das situações sanitárias encontradas e a diversidade de contextos os quais vivenciamos cotidianamente em nossa realidade.

Esta reflexão ecoa como consubstancialmente significativa, pois somos testemunhas de que o modelo médico-curativo ainda está arraigado em nossas maneiras de formar, fazer e pensar saúde. Vemos que a eliminação do sintoma ainda é algo muito valorizado em nossos serviços de saúde, seja por parte dos profissionais seja por parte dos usuários.

Trata-se de uma construção sócio-histórico-cultural, que reverbera nas formações dos profissionais de saúde. Como atesta Campos (2006), boa parte dos alunos abominam as disciplinas correlatas à Saúde Pública ou Saúde Coletiva, pois os teóricos e os professores não conseguem vincular os ensinamentos à prática cotidiana do SUS.

Precisamos construir paradigmas-sínteses em que a saúde coletiva possa se misturar à ciência social, contar com a subjetividade e ainda com boa parte da tradição clínica. Um problema é esse: conseguir quebrar, de um lado, a dureza do paradigma positivista e, do outro, o isolamento e certo totalitarismo ainda presente em algumas visões da saúde coletiva. Uma dificuldade é levar a prática essa discussão (CAMPOS, p. 52, 2006).

Percebemos que essa questão carece ser refletida e problematizada, perpassando por questões que podem estar relacionadas à reforma curricular, aos conteúdos e à forma como são ministrados, à práxis docente, ao contexto social e cultural.

A este respeito, Ceccin (2014) nos diz que a formação para a saúde precisa estar atrelada à formação para o SUS. A formação deve ser tangenciada por questões correlatas à prática da realidade do sistema de saúde brasileiro, considerando o contexto, as realidades e as problemáticas que emergem.

Nos indagamos, pois, como deve ser a formação para o SUS? Quem deve formar? Quais os atores envolvidos deste processo de formação? Para Passos *et al.* (2015), potencializar e maximizar as práticas desenvolvidas pela gestão reverberam na melhoria da qualidade da atenção em saúde e possibilita novas formas de lidar com situações cotidianas por parte de trabalhadores e usuários do SUS.

Os processos de formação devem ser entendidos como um importante recurso de capilarização das diretrizes ético-políticas do SUS na rede de saúde, multiplicando rapidamente agentes sociais que se engajem no “movimento suscita”. Essa ação, todavia, não ocorre unicamente por processos de sensibilização, mas pela experimentação em ato nos processos de trabalho, o que permite a produção de movimentos de mudanças concretas do modo de fazer nos serviços e nas práticas de saúde (PASSO *et al.*, 2015, p. 96).

Para tanto, Batista (2012) nos diz que a formação para o SUS deve estar voltada tanto para os profissionais quanto para estudantes de cursos de saúde, sob a perspectiva de que deve ser uma formação processual e contínua. É sabido, no entanto, que a formação está permeada por distintas concepções educativas que envolvem uma discussão sobre educação continuada, educação em serviço, educação formal e educação permanente em saúde. Todas estas possibilidades tratam de modos diversos a implementação de políticas públicas e ações formativas em saúde.

Lobato *et al.* (2010) propõem que uma maneira possível de formar profissionais para uma atuação diferenciada e necessária é compreendermos que a formação no SUS deve ser *no* e *pelo* trabalho.

Consideramos que uma forma possível de construir uma formação em saúde que esteja alinhada com a atuação no SUS se faz através da Educação Permanente em Saúde, problematização do cotidiano no trabalho e de como esse trabalho ecoa nas ações em saúde.

2. Justificativa

Com a realização desta dissertação, percebemos que o Projeto Político Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo, data de 2014, ano de sua criação. Começamos a refletir, então, sobre a possibilidade de atualização como um direcionamento para a formação em prol do SUS, pois esta se encontra em constante construção.

3. Objetivos

3.1 Objetivo geral

- Propor a realização de oficinas para debate e/ou atualização do projeto político pedagógico da RMSFC.

3.2 Objetivo específico

- Fomentar a reflexão e a discussão acerca do projeto político pedagógico da RMSFC.
- Promover um espaço de troca entre os diversos profissionais que participarão da oficina.

4. Método

4.1 Cenário da intervenção

Intentamos que este projeto de intervenção seja realizado no município de Garanhuns – PE. Esta cidade é localizada no Agreste Meridional, a cerca de 230 km da capital pernambucana e configurada como município sede da V Gerência Regional de Saúde (GERES). Sua densidade populacional foi estimada em 139.788 mil pessoas e em uma extensão territorial de 458,552 km², sendo 7,11 km² formando a zona urbana e os 451,44 km² restantes a zona rural. (IBGE, 2019).

4.2 Participantes da intervenção

Participarão desta intervenção componentes do Quadrilátero da Formação proposto por Ceccim e Feuerwerker (2005), que contempla educação dos profissionais de saúde (Ensino), práticas de atenção à saúde (Atenção), gestão setorial (Gestão), organização social (Controle social). Deste modo, contaremos com:

- Gestores da Secretaria Municipal de Saúde – Gestão
- Preceptores – Atenção
- Residentes – Ensino
- Usuários – controle social

Convidaremos todos os participantes com anuência e pactuação de local e horário com a equipe gestora da Secretaria Municipal de Saúde de Garanhuns.

6. Percurso metodológico

Sabemos que ao facilitar uma oficina devemos estar atentos ao seu planejamento, pois além de explicitar e articular as contribuições de cada integrante, faz-se necessário reservar um tempo para reflexão e articulação do trabalho, de acordo com Andaló (2001).

A oficina deve ser um trabalho aceito pelo grupo, deve-se observar para que e para quem ela é destinada, devendo estar tangenciada pela proposição de autocuidado. Lembrando que a demanda não deve ser confundida com pedido, esta é definida por uma avaliação de ação necessária, verificação se a conduta vai ser eficaz e decisão de uma conduta ética, segundo Spink (2000). As estratégias devem estar articuladas ao contexto sociocultural, devem ser necessidades coletivas e individuais e deve ser elaborada a pré-análise com a escolha do foco e dos temas geradores.

O foco é o tema geral e, em torno deste, formam-se os temas geradores, os quais são temas que mobilizem os participantes por se relacionarem com a experiência, servindo de motivação a permanência no grupo. Precisam ser abordados, com uma linguagem acolhedora, temas que sejam gerais, podendo ser trabalhados em um ou vários encontros, percebendo o foco do grupo para o assunto abordado, que eles tenham relação com o cotidiano do grupo e precisam de tempo para ser absorvidas e contextualizadas.

Deve-se definir o enquadre, definir o número e tipo de participantes, local, recursos disponíveis, número de encontros e outros detalhes responsáveis pela organização da oficina. As técnicas devem ser tomadas como meios para expandir o conhecimento no grupo, podendo ser uma metáfora ou encenação de relações ou situações, buscando criar um clima de trabalho e concentração, buscando sensibilizar e esclarecer sobre os temas do encontro, informando e refletindo sobre suas experiências. Neste íterim, trazemos em seguida a estrutura pensada para a realização desta oficina.

Oficina I – Introduzindo a temática

Primeiro momento: Quem é o outro?

Neste momento, apresentaremos a dinâmica que visa a apresentação dos participantes da oficina. Como todos já se conhecem, será um momento de descontração e entrosamento.

Para tanto, solicitaremos que os membros listem três características que cada um considera inerente a si mesmo sem identificar-se. Em seguida, colocaremos as características em uma caixa e pediremos que, após a leitura das características, todos os participantes levantem hipóteses acerca de quem se trata. Assim, estaremos fomentando o entrosamento e refletiremos que cada um possui características singulares, próprias, que são importantes para a formação do coletivo, do todo. Visamos, ainda, iniciar nossa reflexão mostrando que cada lugar de fala – gestores, preceptores, residentes e usuários – é igualmente importante em suas contribuições para o final.

Segundo momento: Como construir um PPP?

Separaremos os participantes em grupos e entregaremos um texto (simples e objetivo) acerca do que deve ser preconizado no momento de construir um Projeto político pedagógico. Em seguida, facilitaremos o debate e as reflexões sobre esta construção.

Terceiro momento: feedback e encerramento

Faremos um momento em que os participantes da oficina irão compartilhar sua percepção acerca dessa, como se sentem, se foi construtivo para o seu fazer profissional. Segue-se o encerramento, que se dará com o auxílio de uma música. Encerrando-se a oficina, será servido um coffee break.

Oficina II - Vamos conhecer o PPP da RMSFC?

Primeiro momento: Momento leitura

Vamos realizar a leitura do PPP da RMSFC, através de uma leitura dinâmica, intercalando com momentos de reflexão e debate sobre este.

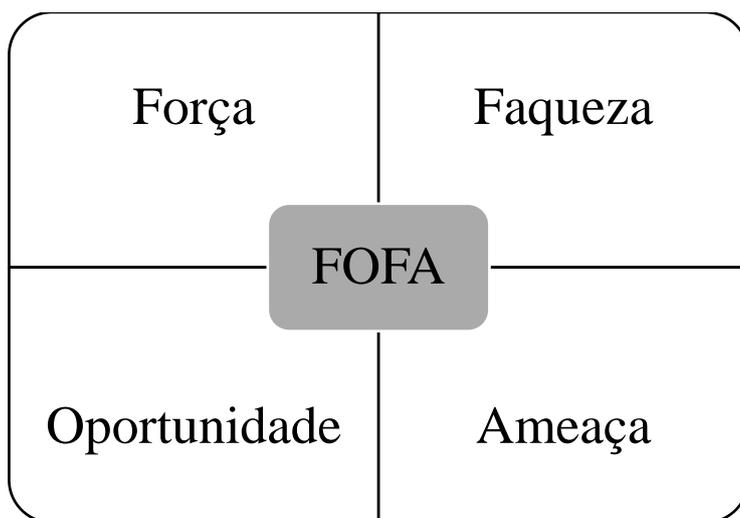
Segundo momento: feedback e encerramento

Faremos um momento em que os participantes da oficina irão compartilhar sua percepção acerca dessa, como se sentem, se foi construtivo para o seu fazer profissional. Segue-se o encerramento que se dará com o auxílio de uma música. Encerrando-se a oficina, será servido um coffee break.

Oficina III - Dialogo sobre a atualização do PPP da RMSFC

Primeiro momento: Confeção de mural temático

Novamente, divididos em grupos, iremos propor que seja confeccionado um mural temático com a análise do PPP da RMSFC, a partir da análise de SWOT, também conhecida como análise FOFA, que utiliza os seguintes critérios representados no diagrama abaixo.



Segundo momento: Encerramento e feedback

Faremos um momento em que os participantes da oficina irão compartilhar sua percepção acerca dessa, como se sentem, se foi construtivo para o seu fazer profissional. Segue-se o encerramento que se dará com o auxílio de uma música. Encerrando-se a oficina, será servido um coffee break.

Terceiro momento: feedback e encerramento

Faremos um momento em que os participantes da oficina irão compartilhar sua percepção acerca dessa, como se sentem, se foi construtivo para o seu fazer profissional. Segue-se o encerramento que se dará com o auxílio de uma música. Encerrando-se a oficina, será servido um coffee break.

Oficina IV - Conjugando ideias: a giza de uma compreensão

Primeiro momento: Apresentação dos resultados

Apresentaremos os resultados obtidos nas oficinas anteriores e proporemos um PPP atualizado para a deliberação dos órgãos competentes.

Segundo momento: Avaliação do processo

Realizaremos uma avaliação do processo de construção destas oficinas, dando margem para expressões e falas de modo livre para os participantes.

Terceiro momento: feedback e encerramento

Faremos um momento em que os participantes da oficina irão compartilhar sua percepção acerca dessa, como se sentem, se foi construtivo para o seu fazer profissional. Segue-se o encerramento que se dará com o auxílio de uma música. Encerrando-se a oficina, será servido um coffee break.

5.1 Recursos utilizados

- Recursos de mídia e áudio visual
- Caixa de som
- Papel A4
- Cartolina
- Lápis de cor e hidrocor
- Caneta

Todos serão adquiridos com recursos próprios.

Quadro 1 – Síntese da intervenção

Oficina	Temática	Facilitadores (a)	Participantes	Resultados esperados
I	Introduzindo a temática	Pesquisadora	Gestores, preceptores, usuários (a) e residentes ligados à RMSFC	Promover um ambiente de diálogo, troca de experiência entre os envolvidos na intervenção e introduzir os debates sobre a temática.
II	Vamos conhecer o PPP da RMSFC?	Coordenação da RMSFC	Gestores, preceptores, usuários (a) e residentes ligados à RMSFC	Apresentar o PPP da RMSFC para que todos os componentes do quadrilátero da formação possam conhecê-lo.
III	Diálogo sobre a atualização do PPP da RMSFC	Coordenação da RMSFC Pesquisadora	Gestores, preceptores, usuários (a) e residentes ligados à RMSFC	Favorecer um ambiente de diálogo e troca acerca do que está posto no PPP atual e as possibilidades de construção para a atualização do PPP.
IV	Conjugando ideias: a giza de uma compreensão	Coordenação da RMSFC Pesquisadora	Gestores, preceptores, usuários (a) e residentes ligados à RMSFC	Propor como produto final o PPP da RMSFC atualizado.

REFERÊNCIAS

ANDALÓ, Carmen Silvia de Arruda. **O papel de coordenador de grupos**. Psicologia USP, São Paulo, v.12, n. 1, p. 135-152, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: 1988. Texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº 1, de 1992, a 39, de 2002, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de nº 1 a 6, de 1994. 20. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003.

FERREIRA NETO, J. L. **Promoção da Saúde**: práticas grupais na estratégia de saúde da família. São Paulo: Hucitec; Belo Horizonte: Fapemig, 2011.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde**: mudanças, continuidades e a agenda atual. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, jan./mar. 2014

PAIM JS. **Desafios para a saúde coletiva no Século XXI**. Salvador: Ed.UFBA; 2006.

ANEXO I – CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO DE GARANHUNS



Secretaria Municipal de Saúde de Garanhuns

CARTA DE ANUÊNCIA

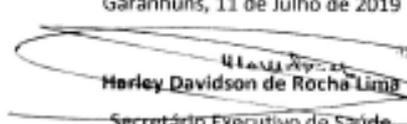
(Elaborado de acordo com a Resolução 466/2012-CNS/CONEP)

Aceito a mestrandia **VANESSA ALVES DE SOUZA** do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo: produção de cuidado e formação para o SUS, da FIOCRUZ – Pernambuco – Instituto Aggeu Magalhães, para desenvolver sua pesquisa intitulada “RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA COM ÊNFASE EM SAÚDE DA POPULAÇÃO DO CAMPO: PRODUÇÃO DE CUIDADO E FORMAÇÃO PARA SUS”, sob orientação da **DRª IDÉ GURGEL** e co-orientação da **DRª PAULETTE CAVALCANTI**.

Ciente dos objetivos e da metodologia da pesquisa acima citada concede a anuência para seu desenvolvimento, desde que me sejam assegurados os requisitos abaixo:

- . O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012CNS/CONEP,
- . A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa,
- . Não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação dessa pesquisa,
- . No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Garanhuns, 11 de Julho de 2019

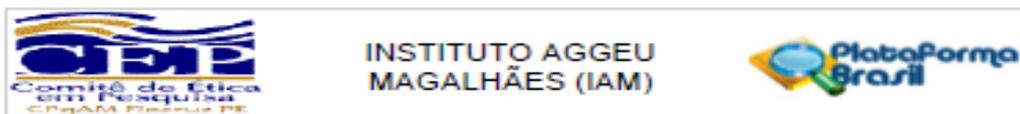

Marley Davidson de Rocha Lima
Secretário Executivo de Saúde
11/07/2019 GP


Cleide dos Santos Batista
Coord. Educação Permanente
SMS-Garanhuns-PE
Mat. 20207

Núcleo de Educação Permanente em Saúde

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ 08.172.854/0001-10
CENTRO ADMINISTRATIVO MUNICIPAL ARLINDA DA MOTA VALENÇA
Rua Joaquim Tobias 1/N – Heliópolis CEP: 55.295-300 – Garanhuns / PE

ANEXO II – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Residência Multiprofissional em Saúde da Família com ênfase em Saúde da População do Campo: produção de cuidado e formação para o SUS

Pesquisador: VANESSA ALVES DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 15891819.5.0000.5190

Instituição Proponente: FIOCRUZ - Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.573.217

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo uma tese de mestrado profissional que objetiva analisar a contribuição da formação empreendida pela RMSFC para a produção de cuidado em Comunidades quilombolas de Garanhuns – PE. A pesquisa será qualitativa, com uso de entrevistas semiestruturadas, diário de campo, observação participante e análise documental para a coleta dos dados. Em relação aos (as) participante da pesquisa, serão contemplados o quadrilátero da formação:

- Ensino – residentes do primeiro e segundo ano (R1 e R2, respectivamente) da RMSFC;
- Atenção - profissionais de saúde/preceptores das UBSs tratama e Estivas;
- Gestão - coordenadores (a) de Atenção Primária em Saúde e de Educação Permanente em Saúde;
- Controle social – líderes comunitários e usuários das referidas UBSs.

Para a análise dos dados, será utilizado o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), para o tratamento dos dados obtidos nas entrevistas semiestruturadas e a Análise de Conteúdo, para as informações levantadas no diário de campo, na análise documental e na observação participante.

Com isso, a pesquisa trará informações importantes para que possamos refletir acerca de estratégias de formação de profissionais para trabalhar no SUS, especificamente no contexto da Saúde da População do Campo, contemplado comunidades quilombolas.

Endereço: Av. Prof. Moraes Rago, s/nº
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br



INSTITUTO AGGEU
MAGALHÃES (IAM)



Continuação do Parecer: 3.573.217

Objetivo da Pesquisa:

Analisar como formação para o SUS empreendida pelo Programa de Residência em Saúde da Família, com ênfase na Saúde da População do Campo contribui para a produção de cuidado em saúde de Garanhuns – PE.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

São previstos os riscos de constrangimento e/ou desconforto. Em relação aos benefícios, eles são indiretos e trará informações importantes para uma melhor atuação e reflexão teórico-prática junto a contextos de saúde em comunidades quilombolas, dando possibilidades de maximização e avaliação de algumas práticas profissionais.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa aplicará entrevistas semiestruturadas, diário de campo, observação participante e análise documental para a coleta dos dados. O estudo se propõe a obter informações importantes para que possamos refletir acerca de estratégias de formação de profissionais para trabalhar no SUS, especificamente no contexto da Saúde da População do Campo, contemplado comunidades quilombolas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não há pendências.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Vale ressaltar que, em relação ao protocolo de pesquisa, é previsto na Resolução 466/2012 no item XI - DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL, que o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios parciais e finais (subitem: d) elaborar e apresentar os relatórios parciais e final). Pede-se que o

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº	CEP: 50.870-420
Bairro: Cidade Universitária	
UF: PE	Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2630	Fax: (81)2101-2630 E-mail: comiteetica@cpqam.focruz.br

Continuação do Parecer: 3.573.217

pesquisador entregue os relatórios como previsto no texto da resolução. Informamos que a entrega dos relatórios parciais precisam ser feitas a cada semestre, conforme cronograma de execução da pesquisa, via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1376520.pdf	10/09/2019 12:25:15		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	10/09/2019 12:24:26	VANESSA ALVES DE SOUZA	Aceito
Outros	Carta.docx	10/09/2019 12:18:36	VANESSA ALVES DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Gestao.docx	10/09/2019 12:13:14	VANESSA ALVES DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Ensino.docx	10/09/2019 12:12:45	VANESSA ALVES DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Controlo_social.docx	10/09/2019 12:12:26	VANESSA ALVES DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Atencao.docx	10/09/2019 12:12:12	VANESSA ALVES DE SOUZA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	18/08/2019 21:28:01	VANESSA ALVES DE SOUZA	Aceito
Outros	Pendencias.docx	18/08/2019 21:15:08	VANESSA ALVES DE SOUZA	Aceito
Outros	Participantes.pdf	12/07/2019 12:04:58	VANESSA ALVES DE SOUZA	Aceito
Outros	Carta.pdf	12/07/2019 11:46:35	VANESSA ALVES DE SOUZA	Aceito
Outros	Termo.pdf	18/06/2019 11:19:28	VANESSA ALVES DE SOUZA	Aceito
Orçamento	Orcamento.docx	18/06/2019 11:17:20	VANESSA ALVES DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	18/06/2019 11:11:39	VANESSA ALVES DE SOUZA	Aceito

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.focruz.br

Aumentar zoom (Ctrl+mais)



INSTITUTO AGGEU
MAGALHÃES (IAM)



Continuação do Parecer: 3.573.217

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 13 de Setembro de 2019

Assinado por:
Marta Almerice Lopes da Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.focruz.br