

Residências Integradas e Multiprofissionais e a Saúde Coletiva: quais os possíveis diálogos?

Integrated and Multiprofessional Residences and Public Health: what are the possible dialogues?

Residencias Integradas y Multiprofesionales y Salud Pública: ¿cuáles son los posibles diálogos?

Joyce Hilario Maranhão¹
Ana Ester Maria Melo Moreira²

RESUMO: Este artigo analisa a formação em saúde a partir de um programa de residência integrada em saúde em âmbito hospitalar, na ênfase pediatria. O objetivo foi analisar a possibilidade de diálogo entre as Residências Integradas e Multiprofissionais e a Saúde Coletiva. Os objetivos específicos foram: (a) compreender o processo de diálogo entre o componente hospitalar da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará e os pressupostos da saúde coletiva, por meio do currículo integrado desse programa; (b) entender os itinerários pedagógicos dos residentes no campo da saúde coletiva; e (c) compreender a dimensão política para a formação dos residentes no campo da saúde coletiva. Esta pesquisa tem enfoque qualitativo. O processo de coleta de dados ocorreu através da busca do acervo de documentos político-pedagógicos da Residência Integrada em Saúde e entrevistas semiestruturadas a atores-chave, quais sejam: coordenadores, tutores, preceptores e residentes. O tratamento e a análise dos dados advindos dos documentos e entrevistas ocorreu através do método de Análise de Conteúdo. Foram seguidas todas as orientações das resoluções de ética de pesquisa com seres humanos, com aprovação do comitê de ética em pesquisa. Entende-se que os programas de residência multiprofissional colaboram para o fortalecimento da articulação entre a teoria e a prática no trabalho em saúde, proporcionando uma formação crítica e inventiva, além de contribuir para a construção de práticas em saúde que considerem a determinação da vida e a participação popular no processo saúde-doença e no autocuidado de cada sujeito.

Palavras-chave: Saúde Coletiva; Internato e Residência; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Pediatria.

ABSTRACT: This article analyzes health human resource training based on an integrated health
1 Psicóloga da saúde. Doutoranda em Psicologia, mestra em Saúde da Família e psicóloga pela Universidade Federal do Ceará. Especialista em Pediatria pela Escola de Saúde Pública do Ceará em parceria com o Hospital Infantil Albert Sabin. Conselheira e presidenta da Comissão de Psicologia em Saúde do 10º plenário do Conselho Regional de Psicologia da 11ª Região.

2 Professora adjunta da Universidade do Delta do Parnaíba (UFDPAR). Professora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da UFDPAR. Doutoranda do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Integrante do Observatório de Análise Política em Saúde da UFBA. Militante do CEBES. E-mail: estermelouniversidade@gmail.com.

residency program in a hospital environment, with emphasis on pediatrics. The objective was to analyze the possibility of dialogue between Integrated and Multiprofessional Residency and public health. The specific objectives were: (a) understand the dialogue process between the hospital component of the Integrated Health Residency Program at the Ceará Public Health School and the collective health assumptions, through the integrated curriculum of this program; (b) grasp the residents' educational itineraries in the public health field; and (c) understand the political dimension for health human resource training in the public health field. This research has a qualitative focus. The data collection process occurred through the search of the collection of pedagogical policy documents and semi-structured interviews with key actors, namely: coordinators, tutors, preceptors and residents. The treatment and analysis of data from documents and interviews took place through the Content Analysis method. All guidelines of the resolutions on research ethics with human beings were followed with approval by the research ethics committee. It is understood that multiprofessional residency programs collaborate in strengthening the relationship between theory and practice in health work, providing a critical and ingenious training, in addition to contributing to devise health practices that consider life determination and popular participation in the health-disease process and in each subject's self-care.

Keywords: Public Health; Internship and Residency; Health Human Resource Training; Pediatrics.

RESUMEN: Este artículo analiza la capacitación de recursos humanos en salud basada en un programa de residencia integrada en salud dentro del entorno hospitalario, en relación con la pediatría. El estudio tuvo como objetivo analizar la posibilidad de diálogo entre Residencias Integradas y Multiprofesionales y Salud Pública. Los objetivos específicos fueron: (a) comprender el proceso de diálogo entre el componente hospitalario del Programa de Residencia Integrada en Salud de la Escuela de Salud Pública de Ceará y los supuestos de la salud pública, a través del currículum integrado de este programa; (b) comprender los itinerarios pedagógicos de los residentes en el campo de la salud pública; y (c) comprender la dimensión política para la capacitación de recursos humanos en salud en el campo de la salud pública. Esta investigación tiene un enfoque cualitativo. El proceso de recolección de datos se dio a través de la búsqueda de la colección de documentos político-pedagógicos de la Residencia Integrada de Salud y entrevistas semiestructuradas con actores clave, a saber: coordinadores, tutores, preceptores y residentes. El tratamiento y análisis de datos de documentos y entrevistas se realizó mediante el método de Análisis de Contenido. Todos los lineamientos de las resoluciones sobre ética de la investigación con seres humanos fueron seguidos con la aprobación del comité de ética de la investigación. Se entiende que los programas de residencia multiprofesional colaboran para fortalecer la articulación entre la teoría y la práctica en el trabajo de salud, proporcionando una capacitación crítica e inventiva, además de contribuir a diseñar prácticas de salud que consideren la determinación de la vida y la participación popular en el proceso salud-enfermedad y en el autocuidado de cada sujeto.

Palabras clave: Salud Pública; Internado y Residencia; Capacitación de Recursos Humanos en Salud; Pediatría.

INTRODUÇÃO

No Brasil, os programas de residência integrada em saúde surgiram sob a perspectiva da educação permanente em saúde, buscando proporcionar uma formação mais comprometida com as necessidades de saúde da população, com diferentes modos de formação, atenção, gestão e

participação popular no campo da saúde e com a reflexão crítica diante do paradigma biomédico, com vistas a superar o modelo de atuação por especialidade – individual, curativo e privado¹⁻⁴.

A Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará (RIS/ESP-CE) constitui um programa de pós-graduação em serviço cujo objetivo é reorientar a formação em saúde para o campo das necessidades sociais. Com o intuito de acolher as necessidades e realidades regionais no Estado do Ceará, a RIS/ESP-CE adota áreas de concentração denominadas ênfases curriculares, quais sejam:

I) Ênfases pertencentes ao componente comunitário

- a) Saúde da Família;
- b) Saúde Mental Coletiva;
- c) Saúde Coletiva.

II) Ênfases pertencentes ao componente hospitalar (em parceria com outras instituições executoras em todos os pontos da Rede de Atenção em Saúde)

- d) Cancerologia;
- e) Cuidado Cardiopulmonar;
- f) Enfermagem Obstétrica;
- g) Infectologia;
- h) Neonatologia;
- i) Neurologia e Neurocirurgia de Alta Complexidade;
- j) Pediatria;
- k) Urgência e Emergência Hospitalar^{5,6}.

Nosso desejo de estudar a possibilidade de diálogo entre a saúde coletiva e as residências multiprofissionais e integradas em saúde emergiu durante a vivência da ênfase pediatria da RIS/ESP-CE, diante das potencialidades, dos limites e dos desafios que a vida impõe ao campo de prática e da reflexão teórica do fazer profissional em saúde, bem como da própria estruturação das instituições de ensino e das práticas de cuidado em saúde envolvidas no trabalho.

A implicação com o objeto de estudo decorreu da reflexão, da vivência e da atuação das autoras no campo da infância, da educação permanente em saúde e das residências multiprofissionais e/ou integradas em saúde. Esta pesquisa adotou um enfoque qualitativo, dialogando com as categorias teóricas e empíricas advindas da análise documental e das entrevistas realizadas com sujeitos que participavam da ênfase pediatria na RIS/ESP-CE.

Este estudo teve por objetivo geral analisar o diálogo entre as Residências Integradas e Multiprofissionais e a Saúde Coletiva, e seus objetivos específicos foram: (a) compreender o processo de diálogo entre o componente hospitalar da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará e os pressupostos da saúde coletiva, por meio do currículo integrado desse programa; (b) entender os itinerários pedagógicos dos residentes no campo da saúde coletiva; e (c) compreender a dimensão política para a formação dos residentes no campo da saúde coletiva.

Entende-se que os programas de residência multiprofissional colaboram para o fortalecimento da articulação entre a teoria e a prática no trabalho em saúde, proporcionando uma formação crítica e inventiva, além de contribuir para a construção de práticas em saúde que considerem a determinação da vida e a participação popular no processo saúde-doença e no autocuidado de cada sujeito.

PEDIATRIA, SAÚDE PÚBLICA E SAÚDE COLETIVA: CAMINHOS DE UMA (NOVA) FORMAÇÃO PARA O CUIDADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A ênfase pediatria consiste em uma parceria firmada entre a RIS/ESP-CE e o Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS). Sua primeira turma na residência multiprofissional teve início no primeiro semestre de 2014, orientada pelos princípios e pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), da Política Nacional de Humanização (PNH), da Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC) e do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)^{5,6}.

Entre 2013 e 2014, a residência multiprofissional em pediatria surgiu em um contexto político, econômico e social de expansão da rede de atenção especializada no Estado do Ceará, que envolveu: (a) a necessidade de qualificação profissional; (b) a implementação de programas multiprofissionais de residência no âmbito da assistência e da gestão; (c) o cenário de mudanças na residência médica; (d) a adoção do Programa Mais Médicos pela Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE); e (e) o interesse do HIAS em qualificar seu cuidado assistencial⁶.

O HIAS é um hospital-escola que faz parte da rede estadual de saúde. Há mais de 50 anos, ele cumpre um relevante papel voltado à saúde infanto-juvenil, uma vez que acolhe a população do interior do Ceará e de outros estados das Regiões Norte e Nordeste do Brasil. Esse hospital oferece residência em pediatria e outras especialidades médicas desde 1979, além de configurar campo de prática para estágios de graduação em diversas áreas da saúde^{6,7}.

Historicamente, a representação da infância brasileira implica condições de desigualdade, exclusão, dominação e abandono familiar e social. Com vistas à preservação de sua vida, a criança se tornou objeto de intervenção e proteção social por parte da Igreja Católica e de iniciativas de filantropia. No século XVIII, a Santa Casa de Misericórdia era uma das raras instituições de saúde que prestava atendimento médico gratuito, e também exercia a função caritativo-assistencial de acolher crianças abandonadas tanto por nascerem em famílias muito pobres, que não podiam prover o seu sustento, quanto por serem consideradas “ilegítimas” por seus pais^{7,8}.

O Estado brasileiro só passou a se responsabilizar pelas crianças nos primórdios do século XX, diante da necessidade de controlar e disciplinar a infância pobre – considerada um “risco à sociedade”. Desse modo, as ações higienistas se mostraram importantes para o cuidado em

saúde voltado às crianças e aos adolescentes e para a criação dos primeiros hospitais infantis no país. Na década de 1980, o processo de redemocratização brasileira impulsionou a transição de uma assistência à saúde de viés filantrópico – como uma demonstração da boa vontade da Igreja Católica ou um favor dos governantes – para a percepção da política pública de saúde enquanto direito fundamental e dever do Estado⁸.

A inserção da pediatria no Ceará decorreu do retorno dos médicos formados nas escolas de medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Algumas experiências exitosas envolveram parceria entre profissionais da saúde, filantropos e Estado. A fundação do HIAS, em 1952, e a implantação das residências médicas em pediatria e outras especialidades voltadas ao público infantil, na década de 1970, constituíram marcos da formação médica no âmbito da saúde pública cearense⁷.

A residência multiprofissional emergiu da necessidade de organizar a educação permanente dos profissionais da saúde não contemplados pelo programa de residência médica. Assim, a ênfase pediatria da residência integrada em saúde busca estabelecer um processo formativo e um campo de prática que vá além dos muros do hospital e integre a comunidade, refletindo sobre a determinação da vida e a participação popular no processo saúde-doença e no autocuidado de cada sujeito.

A autodenominação dessa ênfase, adotando o termo *pediatria* (uma especialidade médica) em vez de *saúde da criança*, reflete a influência da medicina, que já habitava o hospital como cenário de especialização em caráter de residência. O modelo tradicional de formação médica tem efeito, ainda, na escolha dos campos de prática adotados pela residência multiprofissional em saúde, a saber: (a) urgência/emergência; (b) ambulatórios de especialidades médicas; (c) ambulatórios de especialidades não médicas que atendem a decorrências de patologias específicas; (d) programas de atendimento domiciliar; (e) unidades específicas (cardiologia, gastroenterologia, hematologia, nefrologia, neonatologia, neurologia, oncologia, pneumonia); e (f) unidades de terapia intensiva⁶.

Alguns campos de prática se aproximavam dos saberes e das práticas da saúde coletiva – por exemplo, do núcleo de epidemiologia, do núcleo de controle de infecção hospitalar e da gerência de risco –, mas tinham inserção privativa dos residentes de medicina. Há uma vivência na Atenção Primária à Saúde (APS) denominada *estágio de percurso*, na qual os residentes do componente hospitalar desenvolvem suas práticas na unidade de APS. Em alguns turnos, os residentes também podem frequentar outros serviços hospitalares ou outros pontos de atenção da rede de saúde pública estadual e/ou municipal que fortaleçam a atenção em rede e a integralidade da assistência durante o estágio voltado à rede. Ademais, há o estágio eletivo no qual o residente conhece e participa das atividades de outro serviço em qualquer localidade, para ampliar seus conhecimentos relativos à ênfase oferecida pela RIS/ESP-CE^{5,6}.

As atividades de cunho teórico-prático ocorrem por meio de: (a) rodas de núcleo, organizadas entre preceptores e residentes da mesma categoria profissional; e (b) rodas de campo, organizadas entre a preceptoria de campo e os residentes e as chamadas *tendas invertidas*, nas quais o preceptor orienta a prática do residente. Já as atividades teórico-conceituais ocorrem por meio de: (a) atividades de educação a distância; e (b) módulos cujos temas abordados visam à qualificação do residente para o trabalho no campo de prática. Há módulos de: (a) ensino-aprendizagem transversal, voltada ao componente hospitalar da RIS/ESP-CE; e (b) ensino-aprendizagem específica, voltada à ênfase pediatria.

De antemão, percebe-se que a organização dos campos de prática e as atividades teórico-práticas dos residentes multiprofissionais na ênfase pediatria estão centradas no ambiente hospitalar. Nossas observações indicaram que o ambiente hospitalar constitui espaços privilegiados de formação biomédica, caracterizando uma instituição à qual se delega a cura de doenças^{9,10}. A formação em saúde coletiva¹¹⁻¹⁶, por sua vez, envolve conhecimentos transdisciplinares, refletindo sobre o processo saúde-doença, a determinação social da vida e a formação e as práticas em saúde sob uma perspectiva histórico-crítica.

A saúde pública e a medicina tradicional refletem uma estratégia de organização social e política a serviço do modo de produção capitalista no século XVIII, que buscou proporcionar uma profunda restrição aos direitos da classe trabalhadora, com a supressão de uma leitura histórico-cultural da vida e de uma visão crítica diante dos saberes e das práticas em saúde^{9,10,12-16}. As intervenções em saúde enfocavam os problemas de saúde mais persistentes no contexto do trabalho, as doenças, e desconsideravam a determinação social da vida.

No século XX, a reorganização do ensino médico nos Estados Unidos da América (EUA), com base no Relatório Flexner, inaugurou a concepção de saúde como ausência de doença(s) e apontou o hospital como centro da formação médica, em caráter instrumental e de habilitação, por meio de intervenção mediada por procedimentos e pelo uso de equipamentos tecnológicos. Orientada pela especialização e pela pesquisa experimental, tal concepção de saúde busca promover o prolongamento da vida e a eliminação de doença(s)¹²⁻¹⁶. Observa-se no Brasil a incorporação do pensamento flexneriano na formação em saúde, mediante a construção de hospitais universitários como espaços privilegiados para a formação e a prática médica, segundo o modelo hospitalocêntrico de saúde pública, em detrimento de serviços mais próximos da população.

Nos anos 1960, a medicina preventiva surgiu como outra concepção americana de saúde e questionou o modelo de formação flexneriano a partir da consciência preventivista, advinda de um conceito ecológico e de multicausalidade no processo saúde-doença, e da visão biopsicossocial do indivíduo, propondo uma reformulação do ensino médico que pensa a atuação pedagógica da medicina fora do hospital e pauta-se por uma nova atitude: as iniciativas de extensão universitária voltadas às comunidades¹¹⁻¹⁶.

No contexto brasileiro, o incentivo da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), por meio de um projeto estatal de racionalização da atenção médica, contribuiu para a implantação de departamentos de medicina preventiva nas universidades públicas e sua operacionalização no campo social, com a medicina comunitária. No entanto, tal proposta não conseguiu romper com a concepção biológica de saúde, relegando os aspectos sociais ao segundo plano, sem uma compreensão aprofundada da realidade social e da transformação social – eis o modelo tradicional de formação dos médicos e dos profissionais da saúde¹¹⁻¹⁶.

Desse modo, surgiram movimentos demandando a renovação da saúde pública institucionalizada que se aproximaram dos movimentos de democratização e de luta por direitos políticos e sociais durante a ditadura militar brasileira, a exemplo da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, que culminaram com a implementação do SUS, com seus princípios de universalidade e integralidade da assistência à saúde¹¹⁻¹⁶.

A saúde coletiva surgiu no Brasil e na América Latina como um movimento ideológico, científico

e político comprometido com a transformação social e com práticas contra-hegemônicas diante da saúde pública tradicional. Fundamentada na matriz epistemológica do materialismo histórico-dialético, a saúde coletiva pensa a saúde como objeto de intervenção política, sendo imprescindível a participação social¹¹⁻¹⁹.

Como campo transdisciplinar, a saúde coletiva rompe com a excessiva disciplinarização dos saberes, apontando a possibilidade de uma construção ampliada da gestão, da atenção, da formação e da participação social em saúde¹³⁻¹⁹. Assim, as práticas sociais são identificadas como campos de saber e atuação entrelaçados ao tecido social e/ou às instituições sociais, quais sejam: (a) movimentos sociais; (b) associações comunitárias; (c) fóruns de defesa de direitos sociais; (d) organizações do terceiro setor; (e) pastorais sociais; (f) grupos religiosos; e (g) espaços sociojurídicos de participação institucionalizada²⁰ para a defesa de direitos.

O trabalho em saúde se orienta pelos pressupostos da saúde coletiva e prioriza uma atuação interdisciplinar, inventiva e problematizadora, considerando os objetos, os meios de trabalho e as práticas em saúde, mediante relações técnicas e democráticas, além de dinâmicas e flexíveis, que contribuem para o acolhimento e a resolutividade dos problemas de saúde, para a produção do cuidado e para uma formação política em saúde¹⁸⁻²¹.

Os programas de residência multiprofissional podem contribuir para a reflexão sobre a formação multiprofissional e integrada em saúde, sob uma perspectiva teórico-pedagógica e prática convergente com os princípios e as diretrizes do SUS e em consonância com os pressupostos da saúde coletiva. No entanto, isso não quer dizer que, apesar de dialogarem com a saúde pública, no tocante à formação profissional em saúde, os programas de residência não possam ir além, radicalizando o conceito de determinação social da vida e propondo a transformação da sociedade.

A superação desse cenário só é possível no âmbito das relações sociais, políticas e econômicas, pois é no trabalho que se buscam alternativas éticas para a formação e o exercício profissional crítico¹⁷. Nesse sentido, a ênfase pediatria do componente hospitalar da RIS/ESP-CE foi adotada como objeto de estudo por entendermos que está inserida no contexto nacional de ampliação do pensamento sobre o processo saúde-doença, considerando a historicidade e a determinação social via trabalho em saúde interdisciplinar e integrado.

METODOLOGIA

Esta pesquisa adotou um enfoque qualitativo²² e apresenta uma análise crítica do processo de diálogo entre o componente hospitalar da RIS/ESP-CE e os pressupostos da saúde coletiva. A estratégia de coleta de dados foram a busca de documentos pedagógicos e a realização de entrevistas semiestruturadas com informantes-chave. Os critérios de definição dos documentos foi constituíram o acervo de documentos relativos ao projeto político-pedagógico da RIS/ESP e da ênfase de pediatria. O tratamento dos dados ocorreu através de transcrição dos documentos e entrevistas. O processo de análise dos dados trabalhou com análise de conteúdo. Foram selecionados os seguintes documentos: projetos político-pedagógicos da RIS/ESP-CE, projeto político-pedagógico da ênfase pediatria e ementas das disciplinas da RIS/ESP-CE. Tendo em vista as entrevistas semiestruturadas, os critérios de seleção dos participantes da pesquisa foram: participação em funções estratégicas pedagógicas na residência, considerando a representatividade de cada seguimento da RIS/ESP-CE, quais sejam: coordenadores, tutores, preceptores e residentes. Por meio de sorteio, selecionaram-

se quatro participantes: um residente do primeiro ano e outro do segundo ano da ênfase pediatria, um preceptor de núcleo e outro de campo. Para garantir a representatividade dos segmentos, foram convidadas a participar da pesquisa, intencionalmente, a tutora da área hospitalar e a coordenadora da ênfase pediatria da RIS/ESP-CE.

Elaborou-se um roteiro semiestruturado com um conjunto de perguntas, a fim de orientar a entrevista com os participantes, com os seguintes temas geradores: trajetória de vida, inserção na residência multiprofissional, projeto político-pedagógico e diálogo com a saúde coletiva, estrutura curricular, formação política, diálogo com os movimentos sociais, entre outros. O roteiro de entrevista tinha uma coerência com os objetivos gerais e específicos da pesquisa e buscava responder aos objetivos específicos. As entrevistas semiestruturadas foram realizadas no lócus de trabalho de cada entrevistado, de modo individual, com o intuito de acessar a experiência dos sujeitos do modo mais autêntico possível e garantindo o sigilo de suas participações. Elas foram gravadas mediante autorização prévia dos participantes, sendo posteriormente transcritas e analisadas pelas pesquisadoras. O processo de análise dos dados ocorreu através da análise de conteúdo²³, identificando os temas mais recorrentes do diálogo entre residência integrada e multiprofissional e a saúde coletiva considerando os objetivos específicos da pesquisa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Saúde Pública do Ceará (CEP/ESP-CE) sob o Protocolo n. 1.403.565/2016, cumprindo todas as exigências da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

Para preservar a identidade dos entrevistados, durante a análise das narrativas foram adotados nomes fictícios tomando por base a configuração de um mosaico da saúde coletiva, em que os componentes se misturam para construir algo novo, mas não se colam, apenas se aproximam e mantêm sua potência como componentes singulares. Desse modo, recorrendo aos elementos que compõem um mosaico para descrever os afetos, as experiências e as percepções de cada indivíduo, nomeamos nossos sujeitos: (a) Vidro; (b) Azulejo; (c) Corda; (d) Madeira; (e) Argila; (f) Cola; e (g) Cor.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O currículo integrado da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará e a saúde coletiva

Inicia-se esta discussão considerando o projeto político-pedagógico (PPP) da ênfase pediatria, o regimento interno da RIS/ESP-CE e o currículo integrado como dispositivos de análise. Retomando os marcadores teóricos, compreende-se a saúde pública como campo instituído pelas práticas biologizantes, curativas e normatizadoras identificadas com os saberes e as práticas da biomedicina e da clínica tradicional e com o trabalho no âmbito do SUS¹¹⁻¹⁶. A saúde coletiva se contrapõe a esse marcador, rumando para o âmbito das práticas sociais, buscando compreender a defesa do direito à saúde e a determinação social da vida.

A análise documental se deparou com um currículo integrado e um regimento interno que organizam os aspectos pedagógicos e operacionais da RIS/ESP-CE. Partindo do referencial da saúde coletiva⁴⁻¹³, percebeu-se que esse alicerce pedagógico da RIS/ESP-CE aponta uma visão

da saúde pública que ora se contrapõe ao discurso teórico e ideológico da saúde coletiva, ora se reconcilia com ele.

O informante Madeira aponta que:

[...] enquanto escola de governo que trabalha os princípios do sistema único, os pressupostos da saúde coletiva, o que a gente tinha de levar pra eles é o seguinte: tudo isso aqui que se diz dos princípios do SUS e dos pressupostos da saúde coletiva dá pra se aplicar no hospital.

A argumentação do informante traz uma falta de distinção clara entre *saúde pública* e *saúde coletiva* em nosso idioma, uma vez que a primeira concepção se relaciona à política estatal de oferta e regulação da saúde para a/da população, ao passo que a segunda se vincula a um campo de saberes e práticas que pensa a saúde tanto do indivíduo quanto do coletivo.

Ainda ilustrando a falta de distinção teórico-metodológica entre saúde coletiva e saúde pública, para Vidro

[...] o projeto exige o tempo todo, dentro das diretrizes lá dele, visando o Sistema Único de Saúde [SUS], que não pode [falar] de SUS sem falar da saúde coletiva, né? Como um todo, visando essa integralidade, visando esse controle social. Os preceitos do SUS sendo operacionalizados através da saúde coletiva.

A argumentação desse informante acentua a falta de distinção entre a saúde pública e a saúde coletiva, comprometendo a inserção da saúde coletiva como campo de saberes e práticas no âmbito das residências integradas em saúde.

Além disso, considera-se haver falta de apropriação do currículo pedagógico e do regimento interno por parte de todos os atores inseridos na RIS/ESP-CE, e não se constata haver afinidade com os processos pedagógicos e a formação política, que também constituem objetos desta pesquisa, o que enfraquece a reflexão sobre a saúde coletiva.

Percebe-se a valorização de uma educação baseada em competências, aproximando-se de uma formação pragmatista que busca estratégias pedagógicas operacionalizadas pela ação instrumental do fazer prático, desprivilegiando uma formação teórica mais ampla e reforçando a reprodução de práticas hegemônicas hospitalocêntricas e centradas em procedimentos, algo similar à formação médica tradicional, descontextualizada diante da realidade social e da subjetividade dos sujeitos. Novamente, Madeira traz que

[...] o currículo é baseado em competências, se eu quero desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes eu tenho que pegar no processo seletivo esse perfil que eu já veja que tem esse potencial de identificação.

Compreende-se a emergência da saúde coletiva no currículo da RIS/ESP-CE de modo difuso, com falta de fundamentação teórico-metodológica, o que torna o currículo da RIS/ESP-CE, especificamente da ênfase pediatria, centrado na saúde pública e na racionalidade hospitalocêntrica. Vale apontar a intencionalidade político-pedagógica da gestão acadêmica e do corpo docente de inserir a saúde coletiva na formação dos residentes; porém, nota-se um distanciamento entre o discurso pedagógico e as estratégias de ensino com participação social não institucionalizada.

Reconhecendo o interesse da gestão acadêmica e da coordenação pedagógica da ênfase pediatria

em superar tais desafios, este estudo propõe caminhos para promover a educação permanente em saúde e a defesa dos direitos da criança e do adolescente.

Os itinerários pedagógicos da ênfase pediatria da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará e a saúde coletiva

Entendendo que a formação fundamentada nos pressupostos da saúde coletiva pode suscitar questões acerca da realidade, interrogando os discursos observados nos diferentes campos (teórico, prático e teórico-prático) que compõem o itinerário pedagógico da RIS/ESP-CE, considera-se que o processo de ensino-aprendizagem no trabalho em saúde se dá na apreensão do entorno e de si na práxis uni e interprofissional^{18,19,21}.

A aprendizagem inventiva e problematizadora também se assemelha a um mosaico, em que os saberes de cada sujeito se encontram, se aproximam e se diferenciam, com as novas experiências proporcionadas pela residência transcendendo o âmbito profissional e atingindo as relações humanas em outras esferas da vida do sujeito. Os discursos dos entrevistados expõem o dilema preventivista¹¹ nas atividades dos residentes, a exemplo da fala de Azulejo:

[...] as atividades de educação em saúde, atividade de sala de espera, de prevenção, atividade de formação, sei lá, de um grupo de pacientes ou acompanhantes.

Diante da dificuldade teórica de reconhecer a diferença entre saúde pública e saúde coletiva e da falta de apropriação dos documentos relativos ao programa, as atividades teóricas, práticas e teórico-práticas não transcendem o modelo biomédico de cuidado em saúde, tampouco criam estratégias de superação da determinação social da vida, mas apenas apaziguam os efeitos da doença e, às vezes, indicam soluções pontuais para os fatores sociais que se encontram em segundo plano, como é comum nas práticas hegemônicas no âmbito hospitalar. A fala de Argila corrobora tal ideia:

[...] então, o que posso pensar enquanto atividade que seria escapatória do modelo [biomédico] seriam as salas de espera que a gente faz, [a] visita domiciliar, o que mais, não sei.

A concepção do hospital como campo de práticas hegemônicas, que não abriga a saúde coletiva, ainda presente no imaginário dos profissionais da saúde, influencia a própria intenção de formar residentes e preceptores a partir dos pressupostos dessa área, causando estranhamento e angústia entre esses sujeitos, como afirma Corda:

[...] não era nada a ver com a nossa prática, né? Porque realmente os processos são diferentes, né? Os equipamentos são diferentes, então, não dá pra gente ter aquela vivência que a gente teve mais da saúde coletiva e da comunitária, a gente estando em outro ambiente.

Tal fala vai ao encontro dos relatos de outros sujeitos que expressaram a resistência apresentada pelos residentes e, principalmente, pelos preceptores na hora de participar dos momentos teóricos transversais do componente comunitário e de executar atividades no âmbito comunitário, como a territorialização, a visita domiciliar e a agenda compartilhada.

A dificuldade de atribuir sentido à formação teórica proporcionada pela instituição de ensino dentro do hospital comprometeu a participação dos preceptores nas atividades multiprofissionais e gerou a preocupação de buscar uma formação mais técnica do que crítica, enfatizando a reprodução de uma ideologia ligada à competência¹⁷, na qual o discurso do especialista se mostra mais importante do que a reflexão acerca da práxis, como ilustra a fala de Cola:

[...] eu sei que tem a questão reflexiva, crítica, ótimo, excelente, mas eu acho que também a minha preocupação com as meninas era “será que quando elas terminarem a residência elas realmente estarão capacitadas?”.

Desse modo, o caráter inventivo e problematizador das residências multiprofissionais restringiu as falas dos entrevistados

[ao] mundo dos residentes, não dos hospitais como um todo. (Madeira)

O processo de ensino-aprendizagem também é marcado pelo desejo de aprender, por um lado, e de transmitir um saber, por outro; assim, as implicações que levaram residentes, preceptores, tutores e coordenadores a enveredarem pela residência multiprofissional estiveram mais próximas à ideia de uma formação em saúde qualificada para atuar no âmbito do SUS, na qual os residentes assumem a posição de “aprendentes” que se adequarão ao cotidiano de trabalho dos preceptores e dos demais profissionais dos serviços, com baixa autonomia e sem poder de transformação das relações instituídas no contexto hospitalar.

Para Vidro:

[...] na realidade, se a gente fosse, né, esmiuçar a proposta do residente, ele não tá aqui para fazer saúde coletiva, ele veio aqui porque ele quer [obter] experiência hospitalar e [também porque ele] é muito novo pra [romper] com esse paradigma.

Por fim, discursivamente, as questões referentes à formação do residente e do preceptor esbarram na falta de investimento no setor saúde, que reflete diretamente na limitada oferta de material bibliográfico e de profissionais de referência capazes de levar aos momentos de formação da RIS/ESP-CE o diálogo entre esse programa e a saúde coletiva.

Percebe-se haver uma confluência de fatores que implicam diretamente os itinerários pedagógicos, desde sua matriz pedagógica, baseada em competências, até suas práticas, cuja intenção é dialogar ora com os princípios do SUS, ora com os pressupostos da saúde coletiva, configurando um desenho ambivalente pela dificuldade de desvencilhar-se do modelo biomédico e de adotar procedimentos capazes de superar a determinação social em saúde.

Compreensão da dimensão política na formação dos residentes

Caminhou-se em torno da estrutura curricular da residência e dos itinerários pedagógicos para compreender a dimensão política dos saberes e das práticas de saúde coletiva¹²⁻¹⁶. Essa área se constitui por meio de teoria, prática e militância social e ressalta a importância de proporcionar uma formação crítica e reflexiva aos profissionais da saúde.

A formação política no âmbito da RIS/ESP-CE tem como principal recurso pedagógico a roda aplicada à cogestão – denominada Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (COREMU) – e recorre ao apoio de alguns movimentos sociais de acordo com o interesse individual e/ou coletivo específico. Observa-se que as duas primeiras instâncias reproduzem os espaços de participação popular instituídos pelo SUS, caracterizando a chamada participação social institucionalizada²⁰. Desse modo, fortalece-se o ideário de formação política no marcador teórico-metodológico da saúde pública.

Como linha de fuga dessa racionalidade, a emergência de espaços de formação política e de movimentos sociais como campo de práticas da RIS/ESP-CE constitui um pressuposto da saúde coletiva, aproximando a residência do ideário teórico-ideológico dessa área. Embora tal leitura exista, ela se mantém sob o ponto de vista discursivo e não se consolida na estrutura curricular ou na formalização dos campos de prática.

Para Azulejo:

[...] a residência fala muito sobre formação política, mas eu não acho que a gente dá condição pra formação política, sinceramente. [...] E até a gente falar que a roda integrada é um espaço de formação política, eu acho que é muito tapar o sol com a peneira.

Embora a dimensão discursiva seja reconhecida no desenho curricular, o regimento e o processo seletivo do programa consideram a participação social um componente relevante:

[...] então, a gente pontua se a pessoa atuou em movimentos sociais, movimento estudantil, órgãos de classe [...] a gente valoriza toda a parte política do currículo. (Madeira)

Isso não se materializa no processo pedagógico, reduzindo a formação política à participação social institucionalizada²⁰ e aos espaços relacionados à residência em saúde.

Vale colocar que se defende nessa área a existência de cenários de formação com participação popular não institucionalizada, propondo-se vivências em entidades de formação política, movimentos sociais e organizações não governamentais (ONGs) inseridas na realidade cearense, quais sejam:

- a) Fórum Permanente em Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Fórum DCA);
- b) Rede Delis;
- c) Movimento Criança Não é de Rua;
- d) Pastoral do Migrante da Arquidiocese de Fortaleza;
- e) Cedeca Ceará;

- f) Movimento Quem Dera Ser um Peixe;
- g) Fórum Cearense de Mulheres;
- h) Tambores de Safo;
- i) Rede OPA;
- j) Sociedade da Redenção;
- k) REAJA;
- l) Encine;
- m) Catavento;
- n) Visão Mundial;
- o) Associação Curumins;
- p) Associação Barraca da Amizade;
- q) Visão Mundial;
- r) Integrasol;
- s) Convida;
- t) Bomjart;
- u) Pastoral do Menor;
- v) Diaconia;
- w) Integra;
- x) Movimento de Saúde Mental do Bom Jardim; e
- y) Cearah Periferia.

Ademais, embora se assinale que há necessidade de ir além dos espaços de participação social institucionalizada, apontamos como exemplos o Conselho Tutelar e os colegiados institucionalizados por lei – o Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (COMDCA) e o Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (CEDCA) –, por comporem a rede de proteção dos direitos das crianças e dos adolescentes e por sua possibilidade de potencializar a formação político-pedagógica do residente na ênfase pediatria e em outras ênfases da RIS/ESP-CE nesses cenários.

No desenho pedagógico há alusão a uma formação crítica voltada às práticas em saúde como competências a serem desenvolvidas pelos residentes durante os itinerários formativos tanto nos campos de prática quanto nos módulos teóricos, como ilustra a fala de Madeira:

[...] enquanto macro-objetivo da residência, a gente tem capacitado pra ativar lideranças técnico-científicas e políticas.

Desse modo, percebe-se haver intencionalidade discursiva por parte da gestão acadêmica ao sustentar a dimensão política como um dos objetivos a alcançar com a formação do residente, mas

sua institucionalização em espaços delimitados o distancia da espontaneidade, da criticidade e da afetação que movem o desejo do sujeito de perceber e apropriar-se das expressões da questão social e da determinação social da vida no setor saúde, como indica a fala de Corda:

[...] quem realmente puxava todos os movimentos eram as pessoas mais envolvidas, mais ligadas com a saúde coletiva e até como área mesmo de formação, de atuação, né?

Acredita-se que a dimensão política na formação em saúde assume uma função primordial nas residências integradas em saúde do país, ao instigar uma participação social que considere o contexto histórico, político e econômico em que são forjadas as desigualdades entre os indivíduos e as determinações sociais da vida, não restringindo os problemas de saúde a esse âmbito.

Tal viés institucionalizador da dimensão política observado nas narrativas demonstra uma mínima participação política dos diversos atores, mais direcionada às problemáticas que interferem na organização e na execução do programa de residência do que a uma reflexão crítica acerca da questão social e da determinação social da vida, que consideramos corroborar uma formação crítica em saúde e os pressupostos da saúde coletiva^{11-16,21}, como expressa o relato de Vidro:

[...] do ponto de vista político eu acho que as questões levantadas são mais da formação da própria residência. Não faz esse diálogo com a Saúde Coletiva.

A dimensão política na formação dos profissionais da saúde se mostra imprescindível para superar o modelo biomédico e a fragmentação das disciplinas, em busca de uma leitura crítica da realidade e da participação social em defesa dos direitos sociais e da transformação da sociedade. Observou-se que algumas experiências individuais e pontuais foram citadas, mas com o caráter de experiência individual de um residente que já teria uma trajetória nos movimentos sociais e políticos em outros espaços que se somava à vivência da residência.

Questões relativas ao contexto das residências multiprofissionais no país e até no âmbito micropolítico do programa em análise, a exemplo do PPP, da organização das atividades práticas no espaço hospitalar e do financiamento da RIS/ESP-CE para além dos recursos governamentais destinados ao pagamento das bolsas dos residentes, são mencionadas superficialmente por alguns entrevistados.

Apesar disso, não se percebeu uma visão pessimista diante do componente hospitalar na RIS/ESP-CE, uma vez que os sujeitos reconhecem os avanços e os tensionamentos decorrentes da inserção dos residentes no campo de prática, como indica a fala de Cor:

[...] eu acredito que vocês foram muito bons pra cá, a residência não deve acabar de jeito nenhum, porque foi uma coisa, assim, foi uma plantinha que nasceu e que tem que ser aguada todo dia e pra não deixar morrer, foi muito bom pro hospital e pra gente também, pros profissionais.

Diante da proposta da dimensão política como competência a desenvolver, este estudo teceu críticas à institucionalização dos aspectos que remetem à condição do homem como sujeito político, histórico, cultural e social. Assim, indica-se a necessidade de buscar estratégias mais flexíveis de participação política não só por parte daqueles que atuam em alguma instância gestora do programa,

mas de todos os atores que compõem a RIS/ESP-CE, indo ao encontro de práticas coletivas que considerem tanto as iniquidades sociais quanto a determinação social da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo percorreu a literatura, os documentos e as narrativas pertinentes para abordar o diálogo entre a ênfase pediatria da RIS/ESP-CE e os pressupostos da saúde coletiva.

De início, ele se ancorou na possibilidade de aproximação entre a residência nos espaços da saúde pública e uma práxis que considere a necessidade de superação das iniquidades sociais e da determinação social da vida. Escutar cada sujeito, tomando ciência de suas experiências e suas afetações com a residência, revela os entraves teóricos, econômicos, sociais, culturais e políticos que incidem sobre o fenômeno da formação nesse nível de pós-graduação em saúde, além de apontar as potencialidades e os desafios e desacertos a superar.

Acredita-se que os programas de residência multiprofissional colaboram para o fortalecimento da articulação entre a teoria e a prática no setor saúde, com vistas a uma formação profissional crítica e inventiva, e contribuem para a construção de práticas em saúde que considerem a determinação da vida e a participação popular.

Apontamos alguns caminhos que não almejam constituir vias únicas de superação da racionalidade na saúde pública, mas proposições para atores sociais implicados nesse projeto. Pensar tais caminhos exige gestá-los na primeira pessoa do plural, na medida em que a educação é uma construção social que deve ser tecida de modo dialógico e coletivo.

Assim, busca-se: (a) efetivar a sensibilidade, o desejo e a intencionalidade por parte da gestão acadêmica e da coordenação da ênfase pediatria na RIS/ESP-CE para estabelecer um diálogo com as políticas sociais de modo amplo, seja no âmbito da educação, da assistência social ou dos direitos humanos; (b) inserir no desenho pedagógico e na estrutura curricular temas advindos da saúde coletiva – ciências sociais e humanas em saúde, saúde e ambiente, determinação social da vida, educação popular em saúde, política, planejamento e gestão, epidemiologia crítica, saúde de populações específicas (LGBT, população rural, pessoas em situação de rua, população indígena, povos das florestas etc.), movimentos sociais no setor saúde, direitos da criança e dos adolescentes etc.; e (c) qualificar e credenciar como possíveis campos de prática os seguintes espaços: Conselho Tutelar, COMDCA, CEDCA, Cedeca Ceará, movimentos sociais e políticos como Fórum DCA, Fórum Cearense da Luta Antimanicomial e Fórum de Enfrentamento à Violência Sexual Contra Criança e Adolescente, dentre outras ONGs.

A construção dessas três estratégias integradas apresenta potencial de inflexão da formação centrada na saúde pública e na racionalidade hospitalocêntrica – que se mostra hegemônica nos programas de educação permanente em saúde e nos diversos espaços de formação em saúde (p. ex., graduação, cursos profissionalizantes e cursos livres).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Lei n. 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as [Leis nos 10.683, de 28 de maio de 2003](#), e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (2005 jul. 1).
2. Brasil. Portaria Interministerial MEC/MS n. 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde/Ministério da Educação; 2009.
3. Ceccim RB, Kreutz JA, Mayer Júnior M. Das residências integradas a residências multiprofissionais em saúde: vasculhando fios embaraçados entre 2005 e 2010 para destacar o componente educação. In: Silva Júnior AG, Pinheiro R. Cidadania no cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisa em Saúde Coletiva; 2011. p. 257-92.
4. Cardoso Júnior OP, Souza BJ, Furtado MEMF, Diniz RB, Rebouças RRM, Sidney KMM, et al. Revendo caminhos: a inserção da residência multiprofissional no âmbito hospitalar. *Tempus* (Brasília). 2018;12(1):269-80.
5. Ceará (Estado). Regimento: Residência Integrada em Saúde – RIS-ESP/CE. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2013.
6. Ceará (Estado). Diretrizes para a elaboração do projeto referente ao Programa de Residência Multiprofissional da Saúde para o SUS conforme Edital n. 28, de 27/06/2013. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2013.
7. Borges JCS. Hospital Infantil Albert Sabin: cuidando de vidas. 2. ed. Fortaleza: Apex; 2014.
8. Pinheiro A. Criança e adolescente no Brasil: porque o abismo entre a lei e a realidade. Fortaleza: Ed. UFC; 2006.
9. Foucault M. Microfísica do poder. 26. ed. Rio de Janeiro: Graal; 1979.
10. Foucault M. O nascimento da clínica. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1998.
11. Arouca S. O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo/Rio de Janeiro: Ed. UNESP/Ed. Fiocruz; 2003.
12. Birman J. A *physis* da saúde coletiva. *Physis* (Rio J.). 2005;15(Supl.):11-6.

13. Vieira da Silva LM. O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária. Salvador: Ed. UFBA; 2018.
14. Paim, JS. Reforma Sanitária Brasileira e a Saúde Coletiva concepções, posições e tomada de posição de intelectuais fundadores. In: Vieira da Silva LM. O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária. Salvador: Ed. UFBA; 2018. p. 191-222.
15. Vieira da Silva, LM. Condições históricas de possibilidades. In: Vieira da Silva LM. O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária. Salvador: Ed. UFBA; 2018. p. 37-60.
16. Vieira da Silva, LM. A composição do espaço nas suas origens. In: Vieira da Silva LM. O campo da saúde coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária. Salvador: Ed. UFBA; 2018. p. 61-104.
17. Chaui M. O que é ideologia. São Paulo: Brasiliense; 2012.
18. Ceccim RB. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. In: Fajardo AP, Rocha CMF, Pasini VL, organizadores. Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010. p. 17-22.
19. Ceccim RB. Emergência de um “campo de ação estratégica”: ordenamento da formação e educação permanente em saúde. *Sanare (Sobral, Online)*. 2019;18(1):68-80.
20. Vasconcelos EM. Para além do controle social: a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: Fleury S, Lobato LVC, organizadores. Participação, democracia e saúde. Rio de Janeiro: Cebes; 2009. p. 270-88.
21. Armani TB. Formação de sanitaristas de uma pedagogia da educação em saúde coletiva. Porto Alegre: EDUCS; 2007.
22. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
23. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.

Artigo submetido em agosto de 2020

Artigo aprovado em agosto de 2021

Artigo publicado em outubro de 2021