

UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI

Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde

Renê Ferreira da Silva Junior

“SABER SER, SABER CONHECER, SABER SABER”: compreendendo as
vivências, saberes e as práticas pedagógicas de preceptores em um Programa de
Residência Multiprofissional em Saúde da Família

**Diamantina – MG
2018**

Renê Ferreira da Silva Junior

“SABER SER, SABER CONHECER, SABER SABER”: compreendendo as
vivências, saberes e as práticas pedagógicas de preceptores em um Programa de
Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Tamar Kalil de Campos Alves

**Diamantina – MG
2018**

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecário Anderson César de Oliveira Silva, CRB6 –
2618.

Silva Junior, Renê Ferreira da
“Saber ser, saber conhecer, saber saber”: compreendendo as
vivências, saberes e as práticas pedagógicas de preceptores em um
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família / Renê
Ferreira da Silva Junior. – Diamantina, 2018.
155 p.

Orientador: Tamar Kalil de Campos Alves

Dissertação (Mestrado Profissional – Programa de Pós-Graduação
em Ensino em Saúde) - Universidade Federal dos Vales do
Jequitinhonha e Mucuri.

CDD

Elaborado com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

RENÊ FERREIRA DA SILVA JUNIOR

**“SABER SER, SABER CONHECER, SABER SABER”:
compreendendo as
vivências, saberes e as práticas pedagógicas de preceptores
em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
da Família**

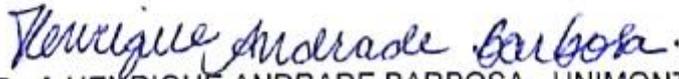
Dissertação apresentada ao PROGRAMA DE PÓS
GRADUAÇÃO EM ENSINO EM SAÚDE – STRICTO
SENSU, nível de MESTRADO como parte dos requisitos para
obtenção do título de MAGISTER SCIENTIAE EM ENSINO
EM SAÚDE

Orientador: Prof.^a Dr.^a Tamar
Kalil De Campos Alves

Data da aprovação: 31/01/2018


Prof.^a Dr.^a THAMAR KALIL DE CAMPOS ALVES - UFVJM


Prof. Dr. WELLINGTON DE OLIVEIRA - UFVJM


Prof. HENRIQUE ANDRADE BARBOSA - UNIMONTES

DIAMANTINA

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, que me permite existir, sentir, ouvir e falar. Não há palavras nos dicionários dos homens que possam descrever o real significado de Deus em minha vida.

À minha orientadora Tamar Kalil de Campos Alves, pelos saberes, paciência, empatia, exemplo e sensibilidade. Gratidão imensurável e sem fim.

Aos programas de residência multiprofissional e em área profissional da saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, na coordenação do professor Carlos Alberto Quintão Rodrigues, aos preceptores, tutores e demais coordenadores, que nos permitiram o desenvolvimento da nossa pesquisa.

Aos meus professores, Henrique Andrade Barbosa, Marizete Ribeiro, Jaqueline Vieira, Wellington de Oliveira, Mariza Teles, João Miranda, Fabiana Coutinho, Leila das Graças, Frederico Willer, Edilene Amaral, Leonardo Félix, Frederico Marques, Jucimere Fagundes, Selen Jaqueline, Maria Geralda, Ana Paula de Oliveira, Richard Rennan, Keila Jeanny, Cristiano Dias, Tadeu Nunes Ferreira, Álvaro Parrela, Agna Soares, Harley Medawar, Árlen Almeida, Maria Esméria, Carolina Alves, Cláudia Versiane, Anne Alves, Cláudia Danyela, Izabella Nascimento, Deiviane Pereira, Ricardo Otávio, Karla Freitas, Ely Carlos, Priscila Maria, Márcio Carvalho, Valessa Oliveira, Lyllian Aparecida, agradeço imensamente por todos os conhecimentos e por serem fontes de inspiração diária.

Aos meus queridos amigos, Fernanda Pereira, Suelen Rocha, Pâmela Scarlatt, Bruna Mascarenhas, Maria Fernanda, Audrey Juliana, Neuma Carla, Dávila Oliveira, Juliana Andrade, Simone Ferreira, Edney Fagundes, Silvânia Paiva, Elaine Cristina, que mesmo em muitas vezes não concordando com minha visão do mundo, me apoiaram.

Aos meus queridos “amigos do Pronatec”, Renata Flávia, Daniela Flecha, Rafael Dias, Arlete, Raquel, Cláudio, Kátia Kelly, Ana Maria, Gicelle, Ricardo, Cinara, Seu Tião, Jaqueline, Kátia, Terezinha, Thales, agradeço por me permitirem exercer a docência, sempre com o foco no nosso aluno, pois como disse Paulo Freire, “não há docência sem discência”, o que foi corroborado, por vocês em todos os dias.

A minha companheira de sonhos, alegrias, estradas, afetos e desafetos, Karla Ulisses Lima, que podem passar mil anos e mil pessoas, será sempre incomparável, agradeço ao afeto mesmo na labuta dessa vida.

A minha querida mãe, exemplo de força e honestidade, que mesmo com poucos recursos financeiros, me ensinou caráter e as virtudes que um homem de bem deve ter, meu agradecimento é singelo, em comparação aos desafios que enfrentou para me criar nesse mundo e dar possibilidades para eu ser quem eu queria ser. A minha irmã, Bibi, pelas escutas, acolhimento, companheirismo, incentivo, afeto e abraços fortes, sua voz me guiou.

Agradeço a minha família, Lucas, Aidê, Renê, Michele, Aracele, Raimunda, Maria do Carmo, Edna, Josiene, Valdirene, Janaina, Anderson, Josué, Adei, Emily, Victória, Jenifer, Inataly, Andrews, Danilo, Maria Eduarda, Júlia, Diego, Maurício e Marco.

Á banca de defesa, Prof. Dr. Welligton de Oliveira, Prof. Ms Henrique Andrade Barbosa, Prof^a. Ms^a Renata Flávia Nobre Canela Dias e a Prof^a. Ms^a. Juliana Rodrigues Bonifácio, por suas, contribuições valorosas.

Aos pacientes e alunos que passaram por mim, agradeço por cada olhar, sorriso, e crítica. A todos que em algum momento da minha vida, me ensinaram alguma lição. Como disse uma vez Roberto Carlos, gostaria de dizer um obrigado muito maior do que todo esse obrigado que estou dizendo.

Dedico esta pesquisa a toda minha família,
amigos e professores que por cada ato de
incentivo permitiram-me chegar onde estou.

RESUMO

A residência em saúde surge como padrão ouro para formação em serviço, caracterizada pela educação no trabalho, relaciona teoria e prática, o ensino e o serviço, sendo importante para a formação dos profissionais para o Sistema Único de Saúde. Nesse contexto, destaca-se o papel do preceptor, essencial para a formação do residente. Assim, esse estudo tem como objetivo principal compreender a atuação docente de preceptores enfermeiros em um programa de residência multiprofissional em saúde da família da Universidade Estadual de Montes Claros e como objetivos específicos: descrever a construção das políticas e organização da saúde no Brasil e a Reforma Sanitária Brasileira; compreender as principais políticas públicas e programas interministeriais de formação em saúde no Brasil; descrever a residência em saúde; compreender o ser professor; conhecer o significado de ser preceptor e descrever seus processos formativos. Nortearam o estudo os seguintes problemas: Como ocorre à atuação docente dos preceptores? Qual sua identidade? E quais experiências docentes formam essa identidade? O estudo foi exploratório, descritivo, qualitativo e os procedimentos metodológicos articulam entrevistas orais temáticas, desenvolvido durante o ano de 2017, além de busca bibliográfica e documental para embasamento do *corpus* da dissertação. Para o processo de análise de dados foi utilizado à análise de conteúdo de Bardin. Os participantes foram preceptores enfermeiros atuantes no programa de residência em saúde da família, a amostra foi por conveniência, sendo selecionadas três preceptoras de acordo com a disponibilidade para participar da pesquisa e o maior e menor tempo de atuação. Utilizou-se um roteiro semi-estruturado para coleta de dados, que ocorreu nos pólos de atuação dos preceptores, durante o turno vespertino, nos meses de novembro e dezembro de 2017, os depoimentos foram gravados e transcritos na íntegra. O projeto de pesquisa foi aprovado com parecer 2.425.790/2017. O estudo está organizado em cinco capítulos, na qual buscou-se traçar a linha histórica da saúde no Brasil, em especial, o movimento de reforma sanitária, a construção do Sistema Único de Saúde e o desenvolvimento e implementação das principais políticas e programas direcionados á formação em saúde no país. Nessa perspectiva, deu se ênfase nas Residências Multiprofissionais em Saúde e o papel docente, finalizando com as vozes dos preceptores. Conclui-se que o estudo possibilitou a compreensão da evolução da saúde no Brasil, o que resultou no Sistema Único de

Saúde, sendo criadas por meio de estratégias de formação voltadas ao atendimento e aos seus princípios, assim, a residência multiprofissional em saúde é um espaço privilegiado de produção de ensino e saúde. Ressalta-se que o papel do preceptor é essencial para a formação de profissionais críticos e reflexivos, com mudanças na visão do residente sobre si e quais caminhos ele quer seguir. Percebe-se também fragilidades acerca da formação em docência dos preceptores e ausência de preparo específico prévio para desenvolvimento desse papel, no qual foi desempenhado inicialmente por oportunidade/convite de exercer o ofício docente. Evidenciou-se por fim que o papel docente do preceptor é secundarizado em detrimento as funções administrativas e/ou assistenciais, e a sua identidade enquanto educador é perdida.

Palavras-chave: Residência em Saúde. Docência. Ensino-aprendizagem.

ABSTRACT

The residence in health is gold standard for in-service training, characterized by education at work, relating theory and practice, teaching and service, and it is important for the training of professionals to the single Health System. In this context, we highlight the role of the tutor, essential for the formation of the resident. Thus, this study aims to understand the teaching performance of main tutors nurses in a program of multidisciplinary residency in family health at the State University of Montes Claros and as specific objectives: describe the construction of the policies and organization of health in Brazil and the Brazilian health reform; understand the main public policies and Interministerial programmes of training in health in Brazil; describe the residence in health; understand the teaching; know the meaning of being tutor and describe their formation processes. Guided the study the following issues: How does the teaching performance of the tutors? What is your identity? And what experiences teachers form this identity? The study was exploratory, descriptive, qualitative and methodological procedures articulate thematic oral interviews, developed during the year 2017, in addition to bibliographical and documental search for basement of the corpus of the dissertation. For the data analysis process was used to analysis the content of Bardin. The subjects were tutors nurses operating in residency program in family health, the sample was for convenience, being selected three governesses according to availability to participate in the research and the larger and shorter acting. We used a semi-structured data collection script, which occurred at the poles of expertise of tutors, during the evening shift, in the months of November and December 2017, the interviews were recorded and transcribed in full. The research project was approved with 2,425,790 opinion/2017. The study is organized into five chapters, in which he sought to trace the historical line of health in Brazil, in particular, the health reform movement, the construction of the health system and the development and implementation of key policies and programs targeted to health training in the country. In this perspective, gave emphasis on Multiprofessional Health Residences and the teaching role, ending with the voices of tutors. It is concluded that the study allowed understanding the evolution of health in Brazil, which resulted in the unified Health System, being created through training strategies geared to the service and to their principles, so the multi-professional residence in health is a space privileged education

and health production. It should be noted that the role of the tutor is essential to the formation of critical and reflective professionals, with changes in resident's vision about you and what ways he wants to follow. You can see also weaknesses concerning the teaching training of tutors and the absence of specific preparation prior to development of this paper, which was played initially by chance/invitation to pursue the craft. It was finally the teaching role of the tutor is secundarizado over administrative functions and/or assistance, and your identity as an educator is lost.

Key-words: Housing in health. Teaching. Teaching and learning.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Universidade Estadual de Montes Claros.....	32
Figura 2 – Estratégia Saúde da Família.....	33
Figura 3 – Secretária Municipal de Saúde de Montes Claros.....	33
Figura 4 – Hospital Universitário Clemente de Faria.....	34

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária a Saúde

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNRM – Comissão Nacional de Residência

CNRMS – Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

COREMU – Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde

EAD – Educação a distância

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

FUNRURAL – Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões

IES – Instituição de Ensino Superior

INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

MESP – Ministério da Educação e Saúde Pública

NOAS – Norma Operacional de Assistência a Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OPAS – A Organização Pan-Americana da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PET- Saúde – Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde

PHPN – Programa de Humanização do Pré – Natal e Nascimento

PIASS – Programa Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde

PMM – Programa Mais Médicos

PROFAE – Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem

PROFAPS – Programa de Profissionalização de Profissional do Nível Médio para a Área da Saúde

PRÓ-RESIDÊNCIA – Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em áreas Estratégicas

PRÓ-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Redes de atenção a saúde

RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde

RMS – Residência Multiprofissional em Saúde

SAS – Secretária de Atenção à Saúde

SESP – Serviço Especial de Saúde Pública.

SENAD – Secretária Nacional sobre Drogas

SESu – Secretária de Educação Superior

SGTES – Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

SINPAS – Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social

SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SVS – Secretária de Vigilância em Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TELESSAÚDE – Programa Nacional de Telessaúde Brasil Redes

UNA-SUS – Universidade Aberta do SUS

UNIMONTES – Universidade Estadual de Montes Claros

USP – Universidade Federal de São Paulo

VERSUS – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema único de Saúde

ERIP-SUS – Estágios Rurais Interprofissionais no SUS

VEPOP-SUS – Vivências em Educação Popular no SUS

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	17
2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	28
2.1 Coleta de dados.....	30
2.2 Cenário de estudo.....	31
2.3 Sujeitos da pesquisa/Amostra.....	36
2.4 Instrumento de coleta de dados.....	36
2.5 Aspectos éticos.....	37
3. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	37
3.1 Capítulo 1 - A construção das políticas de saúde no Brasil e a reforma sanitária brasileira.....	38
3.2 Capítulo 2 - Formação em saúde no Brasil.....	52
3.3 Capítulo 3 - Residência em saúde: formação em serviço.....	76
3.4 Capítulo 4 - Ser professor.....	95
3.5 Capítulo 5 - O que os preceptores falam.....	105
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
REFERÊNCIAS.....	130

O marceneiro e as ferramentas

Contam que, em uma marcenaria, houve uma estranha assembleia.

Foi uma reunião onde as ferramentas juntaram-se para acertar suas diferenças.

Um martelo estava exercendo a presidência, mas os participantes exigiram que ele renunciasse.

A causa? Fazia demasiado barulho e passava todo o tempo golpeando.

O martelo aceitou sua culpa, mas pediu que também fosse expulso o parafuso, alegando que ele dava muitas voltas para conseguir algo.

Diante do ataque, o parafuso concordou, mas por sua vez pediu a expulsão da lixa. Disse que ela era muito áspera no tratamento com os demais, entrando sempre em atritos.

A lixa acatou, com a condição de que se expulsasse o metro, que sempre media os outros segundo a sua medida, como se fosse o único perfeito.

Nesse momento, entrou o marceneiro, juntou tudo e iniciou seu trabalho.

Utilizou o martelo, a lixa, o metro, o parafuso. E a rústica madeira se converteu em belos móveis.

Quando o marceneiro foi embora, as ferramentas voltaram à discussão.

Mas o serrote adiantou-se e disse:

– Senhores, ficou demonstrado que temos defeitos, mas o marceneiro trabalha com nossas qualidades, ressaltando nossos pontos valiosos. Portanto, em vez de pensar em nossas fraquezas, devemos nos concentrar em nossos pontos fortes.

Então, a assembleia entendeu que o martelo era forte, o parafuso unia e dava força, a lixa era especial para limpar e afinar asperezas e o metro era preciso e exato.

Sentiram-se como uma equipe, capaz de produzir com qualidade; e uma grande alegria tomou conta de todos pela oportunidade de trabalharem juntos.

O mesmo ocorre com os seres humanos. Quando uma pessoa busca defeitos em outra, a situação torna-se tensa e negativa.

Ao contrário, quando se busca com sinceridade o ponto forte dos outros, florescem as melhores conquistas humanas.

É fácil encontrar defeitos... Qualquer um pode fazê-lo.

Mas encontrar qualidades? Isto é para os sábios!!!

Autor desconhecido

1. INTRODUÇÃO

Essa dissertação é o efeito do exercício teórico-prático de indagar-se em relação à atuação docente junto a um programa de residência em Saúde da Família e Comunidade tendo como cenário a Universidade Estadual de Montes Claros. O estudo foi desenvolvido junto ao Programa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde, na linha de pesquisa Ensino, Ética e Política Pública de Saúde, no período de 2016 a 2017, cuja temática é a atuação docente nas residências em saúde no Sistema Único de Saúde, na figura da preceptoria, especialmente, na residência em saúde da família para os graduados em enfermagem.

Nesse raciocínio, reflete-se como se daria a percepção dos profissionais de saúde que também são docentes a respeito do seu próprio trabalho. Ao passarem a compartilhar conhecimentos e técnicas, na condição de docentes preceptores, com vários profissionais (de diversas profissões), em situação de ensino/aprendizagem com outros docentes e com residentes, o que teriam a contribuir nesse processo? É importante pontuar a relevância do estudo do ponto de vista de melhoria da formação dos residentes.

A problemática em relação às vivências docentes dos preceptores nasceu devido ao mestrando ter sido residente em um programa de residência em saúde da família e no desenvolvimento da formação, perceber o papel desafiador que o preceptor desempenhava, pois, em muitos casos, as atribuições de gestão, cuidado, ensino e pesquisa se sobrepunham, de forma, que não era possível compreender o papel de docente do preceptor de maneira clara.

Assim, os problemas de pesquisa levantados foram: Como ocorre à atuação docente dos preceptores? Qual sua identidade? E quais experiências docentes formam essa identidade?

Nesse contexto, a pesquisa se justificou devido, em primeiro lugar, a sua relevância acadêmica, pois é necessário ampliar os conhecimentos sobre a forma como o docente de área da saúde desenvolve seu trabalho docente. Compreende-se que as transformações sociais exigem uma discussão com as propostas pedagógicas, sendo essencial que o professor assuma o papel de mediador no processo de formação dos profissionais de saúde, construindo cenários de aprendizagem significativos e que problematizem as práticas vivenciadas na vida profissional (BREW; BOUD, 1998; HARDEN; CROSBY, 2000).

Em segundo lugar, pela sua relevância social, pois o trabalho com as narrativas de preceptores possibilitou que esses sujeitos se posicionassem no campo da docência. Elaborar e avaliar propostas de desenvolvimento docente na área da saúde que valorizem a prática docente e possibilitem reflexões em relação a comparações, explicações, interpretações e teorizações, assumindo o desenvolvimento docente como um processo continuado e institucional, abarcando a pesquisa em colaboração em uma visão interdisciplinar, representa um desafio em um cenário em que o ensino superior busca caminhos éticos, humanistas, competentes e socialmente comprometidos (BATISTA, 2005).

A partir dessas perspectivas, constituiu-se os motivos para o desenvolvimento desse estudo, que tem como objetivo geral compreender como ocorre a atuação docente dos preceptores enfermeiros em um programa de residência em saúde da família na Universidade Estadual de Montes Claros.

Os objetivos específicos foram: descrever a construção das políticas e organização da saúde no Brasil e a Reforma Sanitária Brasileira; compreender as principais políticas públicas e programas interministeriais de formação em saúde no Brasil; descrever a residência em saúde; compreender o ser professor; conhecer o significado de ser preceptor e descrever seus processos formativos.

A educação é um fenômeno social e universal. Trata-se de uma atividade humana essencial à existência e ao funcionamento de toda a sociedade, portanto, esta precisa cuidar da formação de seus indivíduos, contribuindo no desenvolvimento de suas capacidades físicas e espirituais e preparando-os para a participação ativa e transformadora nas diversas instâncias da vida social. O conhecimento originado a partir da educação tem sido mudado rapidamente ao longo do tempo, necessitando assim, a constante atualização e interação desses saberes (MORIN, 2002).

Ao se considerar a área da saúde, o evento se faz presente por meio da complexidade e da recorrência das mudanças que, cada vez mais, demanda a atualização e a capacitação permanente dos profissionais. Torna-se, portanto, primordial, o desenvolvimento de recursos tecnológicos de operação do trabalho, ordenados pela noção de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos, na qual esses profissionais são objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (CECCIM, 2005).

A educação passa a ser vista como um exercício coletivo de valorização das experiências e da criatividade individual, buscando-se novos instrumentos para o

trabalho. Como consequência, educar torna-se o (re)inventar e o (re)construir do conhecimento de forma personalizada, transpassando o simples preparo de mão de obra para o mundo globalizado, e buscando-se a capacitação profissional, para que se torne um transformador da realidade e um (re)avaliador crítico. Nessa concepção, a procura de novos instrumentos para o trabalho propicia a (re)descoberta do indivíduo, das suas potencialidades, dos seus limites e, de certa forma, favorece o desenvolvimento de suas capacidades (PALHARES *et al.*, 2010).

Os movimentos sociais sucedidos antes da consolidação da constituição democrática de 1998 na área da saúde apontavam uma nova perspectiva para a questão da saúde da população, vista coletiva e individualmente e, em relação aos atores envolvidos que a partir daquele momento podiam participar e tomar decisões (SARRETA, 2009). Assim, o direito a saúde é certificado pela Constituição Federal, que pela primeira vez na história do Brasil, ao considerar a questão de maneira abrangente, declara como “[...] direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1988, p.23).

Nesse sentido, a partir da criação e regulamentação do Sistema Único de Saúde, ficou definido como objetivo do Estado brasileiro, erradicar a pobreza e elaborar políticas públicas que diminuíssem as desigualdades sociais que interferem na saúde. Tomando-se como princípio essa visão da saúde, torna-se necessário pensar uma formação dos profissionais de saúde baseada na perspectiva da promoção da saúde, que indica como caminho a interdisciplinaridade e intersetorialidade (SARRETA, 2009).

A construção de um novo sistema de saúde implica na desconstrução das formas instituídas de pensar e agir em saúde no âmbito dos serviços. Para tanto a formação de um novo profissional tornou-se um dos pontos-chaves para o projeto da reforma sanitária. A partir da produção da saúde ligada a um discurso do campo da saúde coletiva, mostra-se indispensável a necessidade da construção de propostas teóricas que permitem diferentes disciplinas (MIOTO *et al.*, 2012).

Em 1990, a Lei n. 8080 dispôs sobre as disposições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no Brasil, estando inserido, também, no âmbito de atuação do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde (BRASIL, 1990).

Nesse período, inicia-se um longo processo de discussão da formação de recursos humanos para a saúde, objetivando a implantação e consolidação do SUS. No início da década já se verificava a sedimentação das residências médicas em saúde coletiva elencadas nos ideais da reforma sanitária e algumas experiências em residências em outras áreas profissionais, aportados nos princípios da reforma sanitária (MIOTO *et al.*, 2012).

Portanto, compete ao SUS organizar a formação de recursos humanos em saúde, por meio da aproximação de políticas de educação e de saúde (BRASIL, 2006). Desse modo, em 1994, foram criados os Programas de Saúde da Família (PSF), que nesse mesmo contexto, evidenciou-se a necessidade da criação de um novo profissional que soubesse aplicar os conhecimentos adquiridos na sua formação junto aos serviços de saúde e às comunidades. Percebeu-se também que o processo educativo precisaria torna-se mais contextualizado à realidade dos serviços (CUNHA; VIEIRA, 2013).

A apropriação das questões políticas e organizacionais do sistema pelos profissionais de saúde que se formavam para inserir no mercado de trabalho demonstrou-se, também, como fundamental. Dessa forma, no ano de 1999, o Ministério da Saúde, junto a atores da Reforma Sanitária, organizaram-se e construíram grupos com objetivo voltado para reavivar as residências em Saúde da Família. Por intermédio da criação de um modelo de Residência Multiprofissional, que ia além de preservar as especialidades de cada profissão compreendida, criar-se-ia uma formação comum, norteada por valores como: a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento (CUNHA; VIEIRA, 2013).

Os serviços públicos de saúde no Brasil nos dias de hoje possuem relevante papel na formação dos profissionais na perspectiva da integração docente-assistencial. Isso ganha destaque com a instituição do Sistema Único de Saúde, que sem seus aspectos, incorpora práticas de ensino e pesquisa em saúde a fim de elaborar seu modelo assistencial com base nos princípios e diretrizes descritos nas legislações que organizam o sistema (MIOTO *et al.*, 2012).

Sendo assim, é desejável que os profissionais de saúde possuam um perfil generalista e problematizador e que estejam habilitados em exercer suas atividades juntamente com uma equipe multiprofissional, atuando em consonância aos princípios e diretrizes do SUS. Isso é importante para que seja desenvolvida a integralidade na assistência e o enfrentamento resolutivo de todos os aspectos que se relacionam a saúde e as vivências profissionais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Um movimento conseguiu elaborar e propor diretrizes curriculares para os cursos de graduação da área da Saúde. Contou com a participação de órgãos formadores, Associações de Ensino das respectivas áreas, Federação Nacional dos Trabalhadores da Área da Saúde (FENTAS), Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) e Conselho Nacional de Saúde (CNS). Essas diretrizes curriculares foram publicadas, a partir de 2001, na forma de Resoluções pelo Conselho Nacional de Educação (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde retratam que “a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde”. No entanto, a formação de grande parte dos profissionais de saúde baseia-se em um modelo tradicionalista e tecnicista, com foco no individual, descontextualizado e em muitos casos acrítico e inflexível, sem possibilidades de reflexão e construção de saberes indispensáveis à prática profissional, ressalta-se que o enfoque coletivo não pode ser negligenciado em detrimento da hegemonia do enfoque clínico (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Desde o final da década de 80 vêm sendo discutidas orientações de mudança na formação em saúde. Nesse contexto, o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) se colocou como uma estratégia para promover a aproximação entre as instituições de educação e os serviços de saúde, com a participação da comunidade. Incentivou a adoção de novas metodologias de ensino-aprendizagem sustentadas em vivências práticas dos estudantes na realidade concreta dos serviços de saúde, em contato com as deficiências da população e de modo articulado com a produção de conhecimento (MARSIGLIA, 1995).

O Projeto UNI (Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais da Saúde), no que lhe concerne, configurou-se uma continuidade das experiências da IDA, com a intenção de superar as dificuldades e limitações observadas, seguindo novas abordagens como o enfoque familiar e o desenvolvimento de relações mais próxima com a comunidade. Os dois projetos foram desenvolvidos com o apoio financeiro da Fundação W. K. Kellogg, ocasionando mudanças nos cursos de graduação em saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Nessa discussão, ressalta-se que é importante que os profissionais de saúde tenham a formação essencialmente voltada para a realidade de saúde da população, o que significaria relacionar-se com toda a complexidade das redes social, econômica e

cultural. A residência em saúde nasce como “padrão ouro” para formação em serviço em acordo a esses princípios (BRASIL, 2006).

O crescimento dessa lógica da formação em serviço foi essencial para a expansão dos programas de residência multiprofissional, que passam a ocorrer nas instituições e serviços como dispositivo de estabelecimento de práticas fundamentadas na integralidade. As residências multiprofissionais em saúde podem ser descritas como importantes estratégias de formação de recursos humanos para o sistema de saúde público brasileiro. Distintos projetos se estabeleceram ao longo de pouco mais de uma década, retratando avanços e retrocessos, disputas e conquistas inerentes da implementação do SUS e da vigência de proposições de saúde contrapostos (MIOTO *et al.*, 2012).

No campo da pós-graduação pode-se apontar a modalidade mais antiga de formação de profissionais de saúde em serviço a Residência, em particular a Residência Médica. O início da Residência Médica como estratégia de formação de recursos humanos na área médica sucedeu nos Estados Unidos em meados do século XIX, com ênfase no ensino clínico no ambiente hospitalar (FEUERWERKER, 1998).

No Brasil, os primeiros programas de Residência Médica iniciaram-se na segunda metade da década de 1940, desenvolvidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro (BRASIL, 2006).

Na década de 1970, no Brasil, as residências médicas foram consideradas como o sistema pedagógico ideal para a formação do profissional médico. Inserida por meio do Decreto nº 80.281, em setembro de 1977, cria-se a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) responsável por estabelecer princípios e normas de funcionamento, avaliação e credenciamento dos programas de residência médica e regulamenta-se a Residência Médica como uma modalidade de ensino de pós-graduação, efetivada por meio da formação em serviço, vinculada ou não às escolas médicas (SILVA, 2005; NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Em 1981, a Residência Médica foi regulamentada pela Lei nº6.932, como sendo uma modalidade de pós-graduação destinada a médicos, caracterizada pelo treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, sob a orientação de profissionais altamente qualificados (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

A Residência é considerada um acréscimo ao processo de formação de recursos humanos na área médica e de aperfeiçoamento no exercício da profissão. A

deficiência do treinamento prático ofertado pelas faculdades de medicina, a fragmentação da formação sofrida na graduação e a presença de um mercado de trabalho competitivo e com tendência à especialização foram essenciais para a ampliação dos Programas de Residência Médica, bem como a acentuada procura de vagas pelos recém-formados (DEL CIAMPO; RICCO; DANELUZZI, 2003; FEUERWERKER, 1998).

Este modelo de formação tenta ser estendido para as demais áreas profissionais da saúde, porém, muitas vezes acaba por não ocorrer devido a falta de financiamento (MIOTO *et al.*, 2012). No entanto, de encontro a essa realidade, no final da mesma década, em 1976, surge no Rio Grande do Sul, na Escola de Saúde Pública (ESP), a primeira residência multiprofissional, articulada pela Secretaria de Estado da Saúde. A experiência da residência multiprofissional da ESP foi inovadora, pois foi o primeiro programa a inserir mais de uma categoria profissional, já que em 1977 foram ofertadas vagas para profissionais de enfermagem, serviço social e medicina veterinária (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Segundo Ferreira e Olschowsky (2010, p.28) a proposta do programa estava na “valorização do trabalho em equipe multiprofissional, na ampliação do cuidado prestado à saúde da população na rede básica de saúde, ultrapassando a assistência à saúde focada no cuidado médico ao corpo biológico”, bem como o desenvolvimento da ideia de equipe de saúde, rompendo dessa forma com o binômio médico e enfermeiro na atenção à saúde. Contexto este que constata que a situação da formação profissional para saúde está vinculada a reafirmação ou resistência ao modelo de formação baseado na especialização e fragmentação do conhecimento, então objeto de resistência dos atores do projeto de reforma sanitária e sustentado pelo poderoso complexo médico-industrial.

Em 1976 foi criado no Brasil, no estado do Rio Grande do Sul, o primeiro programa de residência médica em Medicina Comunitária, com a proposta de “formar profissionais com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública, com perfil humanista e crítico, com competência para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade” (BRASIL, 2006). Já as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, foram regulamentadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, com base nos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde, em que tinham como referência a necessidade da localidade ou região, são abrangidas as profissões Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física,

Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2005).

A Residência Multiprofissional é uma modalidade de pós-graduação, *latu-senso*, que se define pela formação em serviço, supervisionada por profissionais capacitados (preceptores), em regime de dedicação exclusiva ao serviço de saúde (BRASIL, 2005). O Ministério da Educação (MEC) recomenda que a residência multiprofissional tenha a duração mínima de 2 anos, com 60 horas semanais e destas, 4 horas deverão ser dedicadas a sessões de atualização, seminários e participação em eventos (BRASIL, 2006).

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) tem por finalidade formar profissionais para atuarem de diferentes formas no âmbito do SUS, uma vez que pressupõe construção interdisciplinar dos profissionais em saúde, trabalho em equipe, dispositivo de educação permanente e reorientação das lógicas tecnoassistenciais (LOBATO, 2010; BRASIL, 2004). O que se inclui a essa modalidade de formação implica em ações educativas voltadas para as necessidades de saúde da população, na equipe multiprofissional e na institucionalização da Reforma Sanitária brasileira, o que vem ao encontro do que preconiza a PNEPS e os princípios do SUS (LOBATO, 2010).

No ano de 2002, foram criadas 19 residências multiprofissionais em Saúde da Família, financiada pelo Ministério da Saúde em formatos variado, mas, dentro do esperado para se trabalhar de forma conjunta com todas as profissões da área da saúde (BRASIL, 2006).

Dados do Sistema da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (SisCNRMS) apontam que existem no país 212 programas de residência multiprofissional e 296 de residência em área profissional. Dos quais, 137 financiados pelo MEC. Outros 371 são financiados por outros órgãos e instituições, como, por exemplo, o Ministério da Saúde (APUFSC, 2012).

O MEC revela investimento de R\$ 235,5 milhões no ano de 2011, para pagamento de bolsas referentes a programas de residência. Consta-se um aumento global de 23% no número de benefícios mensais pagos se comparado ao ano anterior. Em 2012 ofertou 6.038 bolsas chegando a 7.425 em 2011. Destas, 6.232 bolsas foram para residências médicas e 1.193 para residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, ou seja, 16% do total de bolsas concedidas, demonstrando que a participação na formação de profissionais de saúde de áreas não-médicas deve imprimir

maior expressividade, particularmente visando superar a centralidade da atenção na lógica biomédica (BRASIL, 2012).

É importante salientar, que as residências multiprofissionais e também as residências em outras áreas, que não a médica, aparecem em meio à disputa política e ideológica sobre os destinos do SUS, no conflito entre as políticas de Estado (construção do SUS) e as políticas de mercado (hospitais, empresas privadas de saúde, medicina de grupo) e então as universidades, os hospitais de ensino, os centros de pesquisa e as unidades básicas de saúde passam a ser campos privilegiados dessa disputa (MIOTO *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva, as residências surgem como estratégicas para ambos os projetos, uma vez que, como modalidade de especialização, propiciam por meio de uma remuneração justa, a dedicação integral que significa uma vivência intensiva dos diversos acontecimentos do dia a dia do serviço com orientação sistemática, aprofundamento técnico, teórico e por conseguinte correto politicamente (MIOTO *et al.*, 2012).

As propostas de residência, mesmo vindo do centro do discurso da consolidação do SUS, têm-se desde o seu início marcado pelas disputas retratadas e atravessadas por diferentes formas. Formas essas de perceber a interdisciplinaridade desejada para o atendimento das necessidades de saúde da população, ou seja, para consolidação da integralidade (MIOTO *et al.*, 2012).

Porém, de forma geral, os programas estavam envolvidos na proposta de uma formação de qualidade, comprometidos com a mudança em se produzir saúde, com a superação da dicotomia teoria e prática e na capacidade que a formação em serviço possibilitasse, por meio da presença das universidades nas unidades de saúde, a transformação dos serviços de saúde. Nesse processo configura um movimento político importante de luta e consolidação da residência como tipo de formação importante (MIOTO *et al.*, 2012).

A busca por profissionais generalistas, com visão humanista, crítica e integradora, capazes de atuar com qualidade e resolubilidade no SUS passa pela necessidade de construção de um perfil de competências que atenda necessidades e demandas de saúde da população em situações concretas (NASCIMENTO; OLIVERIA, 2006).

Especificamente, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família almeja que o contato com as necessidades da população proporcione ao residente em

Saúde da Família as bases para uma nova conduta e um novo olhar profissional, mais humanizado, voltado para o paciente, com integralidade da atenção e postura crítica e reflexiva. Espera-se que o profissional formado seja capaz de compartilhar saberes e que se mostre presente e participante nas ações com a comunidade, com objetivo final de amenizar o sofrimento humano e melhorar a qualidade de vida da população (NASCIMENTO; OLIVERIA, 2006).

Nessa modalidade de formação a elaboração do processo de ensino-aprendizagem norteia-se pelas realidades vivenciadas no serviço e nas necessidades de transformação. Para que se alcance esse objetivo, é preciso problematizar as situações com um trabalho voltado para aprendizagem significativa (promovendo e produzindo sentidos), representa um fazer que se materializa no próprio trabalho, no seu processo educativo, almejando a qualidade de cuidado produzido e não apenas atualização e capacitação profissionais ausentes (PAGANI; ANDRADE, 2012).

Sendo assim, as funções desempenhadas são cercadas por muitas dimensões: técnicas, organizacionais, sociais e humanísticas. O conhecimento técnico é apenas um ponto a ser construído no processo de re-elaboração das práticas, assim, é necessário que a formação dos profissionais envolva questões humanas e pessoais, tais como valores, sentimentos, visão de mundo e tantas percepções possíveis em relação ao sistema de saúde brasileiro. Isso requer o trabalho associado a transformações das práticas profissionais já instituídas e da conformação do processo de trabalho conjuntamente (PAGANI; ANDADRE, 2012).

A proposta de formação em modalidade de residência propicia evidenciar e problematizar realidades enraizadas que impedem movimentos de criação a partir de conhecimentos construídos por meio de vivências, como também experiências modificadas em processos reflexivos da atuação profissional. Quando se tem produção reflexiva e crítica sobre vivência permite a oportunidade de mudanças. Novos caminhos são abertos e experiências permanentes se unificam com novos saberes possibilitando a renovação das práticas em saúde (MIOTO *et al.*, 2012).

No modelo tradicional de atenção à saúde, os profissionais apresentam uma formação acadêmica direcionada para o atendimento individual, centrada nos aspectos biológicos, com intervenções executadas isoladamente, e não em equipe. Na Estratégia de Saúde da Família, por sua vez, se exige atuação ampla dos profissionais, que devem trabalhar em equipes multiprofissionais, conforme ações integradas, de modo interdisciplinar, em coletivos. Requer-se, assim, o auxílio de ferramentas da

epidemiologia, da vigilância sanitária e ambiental, e exige que se preste atenção integral ao ser humano, considerando não apenas o biológico, mas o cultural, o social, econômico e o familiar (PAGANI; ANDRADE, 2012).

Para trabalhar neste novo modelo, é essencial desenvolver estratégias descentralizadas, executadas no próprio local de trabalho, destinadas a promover mudanças nas práticas de saúde. Refere-se a uma formação distinta das especializações até então existentes, direcionadas para a capacitação de profissionais em domínios técnicos isolados. Nelas deve se priorizar o crescimento profissional e institucional, envolvendo técnicos e gestores na atenção, na formação e no controle social (PAGANI; ANDRADE, 2012).

Em resposta as exigências que essa modalidade de formação requer, seu modo de fazer pretende valorizar a estratégia pedagógica com foco na qualidade do processo de aprendizagem dos residentes inseridos nos serviços. Nesse contexto, um ponto importante a ser discutido relaciona-se aos docentes que formam esses profissionais, como atuam, como se sentem, como percebem seu trabalho, pois assumem o papel de sujeito que cuida, que ensina e orienta, configura-se como preceptores de campo (BRASIL, 2006).

A preceptoría de território aparece para empenhar-se com uma nova maneira de formar e capacitar profissionais de saúde a trabalharem na saúde da família, em um modelo de gestão participativa. A função do preceptor de território é ser um educador e um cuidador: ser o responsável pela educação permanente dos profissionais, incluso na perspectiva da promoção da saúde, cuidar do residente na sua formação e atuação no território e das temáticas envolvendo à residência; como também cuidar da equipe de saúde em que o residente esta inserido (PAGANI; ANDRADE, 2012).

A educação que se espera com o trabalho da preceptoría de território, certamente, enquadra-se na perspectiva de conhecer e potencializar nos aspectos culturais, das formas de sentir, pensar, querer, agir, sonhar e lutar das pessoas que atuam ou que utilizam as UBSF no sistema de saúde. Partindo de vivências concretas das teorias e das metodologias de educação e de gestão democrática, pretende-se, na prática da preceptoría de território, vivenciar processos de produção, organização e sistematização de saberes (SALES; PAGANI, 2004).

Portanto, na atuação do preceptor tem-se que existir clareza em relação aos objetivos do seu trabalho e ao modo pedagógico de implementá-los, bem como conhecer melhor a realidade epidemiológica, social, cultural e política do território em

que se atua e tentar aproximar-se dos residentes e da equipe no desenvolvimento do processo de trabalho, como também o que se refere à organização e gestão dos serviços (PAGANI; ANDRADE, 2012).

2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Inicialmente, é importante definir o que é a pesquisa, em sua perspectiva científica, dessa forma, Gil (2007, p.17), assim a descreve:

(...) procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa desenvolve-se por um processo constituído de várias fases, desde a formulação do problema até a apresentação e discussão dos resultados.

Tendo como ponto de partida, a caracterização acima apresentada a presente pesquisa foi exploratória, descritiva, de enfoque qualitativo, desenvolvida durante o primeiro e segundo semestres do ano de 2017, além de busca bibliográfica e documental para embasamento do *corpus* da dissertação.

Assim, a pesquisa descritiva determina a realidade, segundo tempo, lugar e as características das pessoas (MARCONI; LAKATOS, 2010). Segundo Sampieri, Collado e Lucio (2013) os estudos descritivos procuram mostrar as propriedades, as características e os perfis de pessoas, grupos, comunidade, processos, objetos ou qualquer outro fenômeno que se submeta a uma análise. Seu objetivo não é apontar como as informações se relacionam, mas medir e coletá-las de maneira independente ou conjunta sobre os conceitos ou variáveis a que se referem.

Já os estudos exploratórios são aqueles que proporcionam maior familiaridade com o problema ou situação a ser pesquisada, aspirando a torná-la mais clara ou permitindo elaborar suposições a respeito desse problema. Acrescenta-se ainda que essa modalidade de estudo ocupa-se de objetos com os levantamentos bibliográficos, entrevistas com indivíduos que vivenciaram experiências práticas com o objeto de estudo pesquisado e análise de casos que propicie a compreensão (GIL, 2007).

A abordagem qualitativa desvenda um complexo mundo de significados e percepções dos fenômenos vividos pelos indivíduos em suas relações, elucida questões de comportamento, sentimentos, saúde, educação, dentre outras (MINAYO, 2010). Preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano, fornecendo uma análise mais detalhada

sobre as investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamento (MARCONI, LAKATOS, 2010).

Essa modalidade de pesquisa trabalha com o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões. Esse tipo de método tem fundamento teórico e permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propiciando a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2008)

Corroborando Goldenberg (1997) quando define

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se a pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências, já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Assim os pesquisadores qualitativos recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa (p. 34).

Em interface com a pesquisa qualitativa, diversos métodos são usados de maneira a se aproximar da realidade da sociedade, sendo a metodologia da pesquisa documental aquela que almeja a entendê-la indiretamente por meio de análise das várias modalidades de documentos produzidos pelo homem, e assim, revelam os seus modos de viver, ser e compreender um fato social (SÁ-SILVA *et al.*, 2009).

O uso de documentos é a modalidade mais antiga de pesquisa, sobretudo em relação à revisão de literatura, data-se da primeira parte do século XIX, a utilização de documentos como base sistemática de dados. Nesse contexto, foram desenvolvidos, várias técnicas, tanto quantitativas como qualitativas, para compreender fontes secundárias e documentos (ROSENTHAL, 1984; GRAFTON, 1997; GUNTHER, 2006).

Os documentos representam fontes de informações, indicações e esclarecimentos, pois as informações que trazem consigo, auxiliam na elucidação de questões e servem para confirmação de outras, em consonância com o interesse do pesquisador (FIGUEIREDO *et al.*, 2007).

Eles são produto de uma sociedade, manifesta o jogo de força dos que detêm o poder. Não são, portanto, produções isentas, ingênuas; traduzem leituras e

modos de interpretação do vivido por um determinado grupo de pessoas em um dado tempo e espaço (SÁ-SILVA *et al.*, 2009).

2.1 Coleta de dados

A seleção bibliográfica e documental para coleta de dados foi direcionada para fundamentar a compreensão das residências multiprofissionais em seus aspectos quantiqualitativos ofertadas pelos programas de residência em saúde da família da Universidade Estadual de Montes Claros, sendo realizada durante o mês de outubro de 2016 a outubro de 2017, período de desenvolvimento do mestrado.

A pesquisa bibliográfica foi realizada, de acordo com as categorias temáticas, em livros, dissertações, teses, textos em periódicos, publicações e regulamentações do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação e artigos em internet, orientada pelos seguintes descritores: educação, docência, preceptor, território, Estratégia Saúde da Família, residência em saúde, residência multiprofissional em saúde, residência em área profissional, residência médica, ensino-aprendizagem, educação e trabalho, educação para saúde, formação em saúde, políticas públicas de formação em saúde, políticas públicas interministeriais, recursos humanos na saúde, ordenamento de recursos humanos, Sistema Único de Saúde, Reforma Sanitária, Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Os descritores foram combinados em pares e isolados para maximizar os possíveis achados. Realizou também a busca nos bancos de dissertações e teses da Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal de Ouro Preto, Universidade Federal de Juiz de Fora, Universidade Federal de Uberlândia, Universidade Federal de Viçosa e Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

Na perspectiva da análise documental baseou-se na publicação “Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios” editada pelo Ministério de Saúde do Brasil (2006), que a partir da sua página 195 dedica-se a descrever a residência em saúde da família e comunidade no âmbito da Universidade Estadual de Montes com o capítulo denominado “Residência Multiprofissional em Saúde da Família: O caso do Município de Montes Claros e no Projeto Político Pedagógico do programa de residência multiprofissional em saúde da família para cirurgiões-dentistas e enfermeiros da Unimontes.

A coleta de dados foi realizada nos pólos de atuação das preceptoras no período vespertino, os depoimentos foram gravados em aparelho de mp3 e transcritos na

íntegra, durante a coleta de dados foi confeccionado diário de campo com as anotações referentes à linguagem corporal e outras manifestações importantes.

Para o processo de análise de dados foi utilizado à análise de conteúdo, que compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utilizam procedimentos sistemáticos e objetivos de descrições do conteúdo das mensagens. Foram analisados os dados de acordo com as seguintes etapas: A análise inicial foi a pré-análise; nesta fase foi realizada a organização do material a ser analisado, de acordo com os objetivos da pesquisa. Nesta etapa também foi feita nomeação dos preceptores por letras e numeração arábica, sequenciando a ordem de realização das pesquisas dos preceptores que participaram da pesquisa, o que auxiliou na identificação das falas. Na segunda etapa, exploração do material, foi feita a realização da observação dos dados obtidos pela entrevista, onde foram feitos recortes dos textos sendo frases e expressões que responderam ao objetivo da pesquisa. Por fim, o que configurou a última fase, descrita como interpretação dos dados, foi realizado o estabelecimento da articulação entre as informações coletadas pela entrevista e pelas referências teóricas (BARDIN, 2009).

2.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido na Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes) junto ao departamento de residências multiprofissionais em saúde e os pólos de atuação dos docentes (Figura 1). A Unimontes resulta da transformação da Fundação Norte Mineira de Ensino Superior – FUNM –, criada em 24 de maio de 1962. É uma autarquia de regime especial do estado de Minas Gerais, na forma do parágrafo 3º do art. 82 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias da Constituição do Estado de Minas Gerais, promulgada em 21 de setembro 1989 (UNIMONTES, 2017).

A instituição atua, prioritariamente, numa vasta região que abrange, atualmente, uma área superior a 196.000 km², correspondente a 40% da área total do Estado, incluindo as regiões Norte e Noroeste de Minas e os Vales do Jequitinhonha, do Mucuri e do Urucuia. Alcança 342 municípios e atende potencialmente uma população que ultrapassa a dois milhões de habitantes (UNIMONTES, 2017).

A Universidade é referência na produção do conhecimento nas áreas de saúde, educação, ciências sociais aplicadas, ciências humanas e ciências exatas e tecnológicas, no campus-sede de Montes Claros, assim como nos campi de Almenara,

Bocaiúva, Brasília de Minas, Espinosa, Janaúba, Januária, Paracatu/Unaí, Pirapora, Salinas e São Francisco, além dos núcleos de Joaíma e Pompéu (UNIMONTES, 2017).

Atualmente a universidade conta com residências multiprofissionais na área de saúde da mulher, saúde mental e saúde da família e comunidade, com vagas para cirurgiões dentistas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, para a área médica há formação em anesthesiologia, cirurgia geral, clínica médica, obstetrícia e ginecologia, otorrinolaringologia, pediatria, psiquiatria, medicina da família e comunidade e ortopedia e traumatologia.

As atividades dos programas de residências em saúde da família e comunidade para graduandos em enfermagem são desenvolvidas nas Estratégias Saúde da Família localizadas em Montes Claros (figura 2) em parceria com a Secretária Municipal de Saúde (figura 3). Os residentes de enfermagem realizam atividades também no Hospital Universitário Clemente de Faria, que são os plantões na maternidade e bloco obstétrico, com regime de 12 horas de plantão desempenhadas quinzenalmente (Figura 4).

A decisão política de ofertar um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família para médico e enfermeiro, no âmbito da Unimontes, foi resultado da participação da universidade na produção e oferta de um curso básico e um curso de especialização *latu sensu* em saúde da família para equipes do Programa Saúde da Família (PSF) no período compreendido entre os anos de 1997 e 1998 (BRASIL, 2006).

O curso básico em questão foi denominado “*Five Weekend Program*” (programa de cinco finais de semanas) o que representou uma iniciativa da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, em convênio com a Universidade de Toronto no Canadá, da qual a Unimontes foi convidada a participar com dois docentes, sendo então um médico e um enfermeiro (BRASIL, 2006).

Foi uma estratégia educacional com a finalidade de qualificar profissionais médicos e enfermeiros, integrantes de equipes do Programa Saúde da Família atuantes em diferentes municípios do Estado de Minas Gerais. A estrutura do curso foi pensada em cinco módulos mensais com 20 horas de encontros presenciais, nos finais de semana além de trabalhos de dispersão nos territórios de origem dos participantes (BRASIL, 2006).

Os três primeiros módulos tinham o objetivo de instrumentalizar os participantes para a prática assistencial cotidiana no território de PSF. Os dois últimos módulos se destinavam à capacitação pedagógica para multiplicação

do curso. Neste processo, os dois docentes da universidade participaram da concepção do curso, atuaram como “observers” nos períodos de concentração e como suporte acadêmico nos períodos de dispersão para os participantes oriundos de municípios da área de influência da Unimontes. A participação no “*Five weekend Program*” instrumentalizou os representantes da universidade com conceitos, métodos, ferramentas e referências bibliográficas que lhes possibilitaram desencadear e liderar, no seio da Unimontes, o processo que conduziu ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, objeto deste texto (Brasil, p.197, 2006).

A oferta do primeiro curso de especialização na modalidade Residência em Saúde da Família, para profissionais médicos e enfermeiros, ocorreu no ano de 1999 na Unimontes. Naquela época, o município de Montes Claros não havia adotado, ainda, ao Programa de Saúde da Família e não contava com equipes de PSF. A solução para campo de prática em Saúde da Família foi encontrada em Itacarambi, município com 200 km de distância de Montes Claros e que já implantara equipes de PSF desde 1995 (BRASIL, 2006).

Para a primeira turma, as atividades foram organizadas de maneira a possibilitar que o residente médico alternasse uma semana em Itacarambi, atuando nos territórios daquela cidade, e na semana seguinte em Montes Claros, cumprindo as demais atividades teóricas e práticas do projeto pedagógico do curso. Para exercer a função de tutor na cidade de Itacarambi, foi direcionado um médico de família, que cursou o referido curso “*Five Weekend Program*”, e agia em outra parte do estado. O segundo ano da primeira turma (2000) foi desempenhado inteiramente em Montes Claros quando os residentes R2, além de responsabilizar-se por implantar sua própria equipe de trabalho no PSF e finalizar seu programa de residência sem um tutor próprio, assumiram a função de tutores dos R1 da segunda turma nos anos de 2000 a 2003 (BRASIL, 2006).

Nesse período, os papéis de coordenação, tutoria e preceptoria foram desempenhadas de forma que eram compreendidas na carga horária institucional de cada ator, com ausência de contrapartida financeira adicional. A partir do ano de 2002, o programa contou com a contrapartida financeira do Ministério da Saúde. Com os recursos repassados pelo Ministério da Saúde (MS) foi possível ampliar consideravelmente a promoção de vagas e iniciar o pagamento de incentivo/bolsa para a atividade docente assistencial de tutores e preceptores (BRASIL, 2006).

A denominação original para o programa foi a de “Residência Multiprofissional em Saúde da Família para Médico e Enfermeiro”. Entretanto, essa denominação teve que ser abandonada. A Comissão

Nacional de Residência Médica não reconhecia e não aceitava a denominação de residência para programas que incluíssem outras categorias profissionais. Para garantir a multiprofissionalidade do programa e a titulação dos egressos, optou-se pela denominação de curso de especialização em saúde da família, na modalidade residência, para médicos e enfermeiro. Com essa denominação, o programa pode ser aprovado e formalizado nas instâncias de pós-graduação da universidade e a titulação veio a ser concedida pelo reitor na forma de “Especialista em Saúde da Família - na modalidade residência” com descrição, no verso do diploma, das atividades cumpridas com as respectivas cargas horárias e avaliações somativas (BRASIL, p. 198, 2006).

Em fevereiro de 2005, o componente médico do curso de especialização alcançou credenciamento provisório pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), na modalidade de residência em medicina de família e comunidade, para ofertar 16 vagas ao ano. Em 2006, iniciou-se a oferta de vagas para cirurgião dentista constituindo-se o atual Programa Integrado de Residência em Medicina de Família e Comunidade e Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade residência, para enfermeiros e cirurgiões dentistas, com 48 vagas ao ano, com 16 vagas ao ano para cada categoria profissional, 5.520 horas e dois anos de duração. Atualmente, o financiamento do programa é compartilhado entre a Universidade Estadual de Montes Claros, Ministério da Saúde e Prefeitura de Montes Claros (BRASIL, 2006).

Figura 1 – Universidade Estadual de Montes Claros, entrada principal.



Fonte: Portal Unimontes (2014).

Figura 2 – Estratégia Saúde da Família em Montes Claros, vista frontal.



Fonte: Portal Prefeitura Municipal de Montes Claros (2013).

Figura 3 – Secretaria Municipal de Montes Claros.



Fonte: Portal Prefeitura Municipal de Montes Claros (2013).

Figura 4 – Hospital Universitário Clemente de Faria.



Fonte: MV (2015).

2.3 Sujeitos da pesquisa/Amostra

Foram enfermeiras preceptoras atuantes no programa de residência multiprofissional em saúde da família da Universidade Estadual de Montes Claros, a amostra foi por conveniência, sendo selecionados três enfermeiras preceptoras de acordo com a disponibilidade para participar da pesquisa e o maior e menor tempo de atuação, sendo respectivamente 14 anos, 4 anos e um ano e meio.

2.4 Instrumento de coleta de dados

Para produção dos dados foi utilizado um instrumento com um roteiro semi-estruturado para entrevista com apoio da história oral temática. Por partir de um tema específico e estabelecido previamente, a história oral temática se vale do esclarecimento do ponto de vista do entrevistado em relação a um assunto definido. A objetividade do discurso, assim, é mais direcionada, ainda que seja improvável supor objetividade inequívoca de fala espontânea (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

Aspirando a que os participantes revelassem suas experiências e o simbolismo referente à preceptoria, foram aplicadas cinco questões norteadoras: 1) Para você o que é ser preceptor?, 2) O que significa residência multiprofissional em saúde para você?, 3) Como você aprendeu a ser preceptor?, Você recebeu alguma formação específica?, 4) Que motivos o levaram a ser preceptor?, 5) Como você desenvolve seu trabalho no campo de atuação (preceptor)? e 6) Na sua opinião, quais habilidades e saberes são necessários para um preceptor?

2.5 Aspectos éticos

O desenvolvimento da pesquisa respeitou as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, sendo o projeto encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros, para apreciação e autorização, com o parecer substanciado número 2.425.790/2017, foi encaminhado também a Secretária Municipal de Saúde de Montes Claros, devido aos preceptores terem vínculo empregatício com a mesma e atuarem nas Estratégias de Saúde da Família do município e por fim foi apresentado ao departamento de residências da Universidade Estadual de Montes Claros, para autorização por meio da assinatura do termo de concordância institucional (TCI), o estudo foi apresentado aos participantes, garantindo o anonimato, sigilo, privacidade, voluntariedade dentre outros e por fim todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) em duas vias, sendo os questionamentos prontamente esclarecidos. Consoante ao respeito e ao direito ao anonimato, os preceptores entrevistados foram identificados por letras e numeração arábica, sequenciando a ordem da realização das entrevistas (BRASIL, 2012).

3. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Em busca do alcance dos objetivos a partir da compreensão do contexto em que se insere essa temática, este estudo foi desenvolvido em cinco capítulos. No primeiro capítulo, intitulado “A construção das políticas pública de saúde no Brasil”, apresentou-se algumas considerações a respeito da reforma sanitária brasileira a partir das lutas, conquistas, e desafios que a população vivenciou para a construção do Sistema Único de Saúde como é conhecido atualmente.

No segundo capítulo, intitulado “Formação em Saúde”, foi realizada a descrição das principais políticas públicas e programas interministeriais de formação de recursos humanos, em resposta a necessidade de um sistema de saúde tão complexo, tal qual o Sistema Único de Saúde. As políticas e programas foram descritos em linha histórica de criação e implementação.

No terceiro capítulo, “Residência em saúde: formação em serviço”, realizou-se a apresentação da residência em saúde como política de formação descrita como “padrão ouro” dos profissionais de saúde, além de seu contexto histórico e os atores envolvidos nessa modalidade de ensino.

No quarto capítulo, “A figura do professor”, procurou-se apresentar as diversas figuras que o professor assumiu ao desenrolar da história, sua idealização, “seus modos de fazer”, práticas e experiências, além da construção da identidade profissional.

No quinto capítulo, denominado “O quê falam os preceptores”, foram apresentados as vozes dos preceptores em relação à residência multiprofissional em saúde da família para o curso de enfermagem e como percebem seu papel.

Por fim, são apresentadas as considerações finais, evidenciando-se as concepções e conclusões de cada capítulo, em consonância aos objetivos propostos e um produto desse trabalho que foi um site guia para os preceptores de programas de residências da área da saúde.

CAPÍTULO 1

3.1 A ORGANIZAÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL E A REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA

Os homens de cultura não devem ter a pretensão de concorrer com os homens políticos.

[...] O dever do homem de cultura que não queira ficar indiferente ao drama do seu tempo, é o de fazer explodir as contradições, desvelar os paradoxos que nos põem diante de problemas sem uma solução aparente, indicar as estradas sem saída.

Norberto Bobbi

No presente capítulo, tem-se como premissa principal tecer algumas considerações a respeito da organização da saúde no Brasil e Reforma Sanitária Brasileira a partir das lutas, conquistas, e desafios que a população vivenciou para a construção do Sistema Único de Saúde como é conhecido atualmente. A necessidade de elaboração desse capítulo é em resposta a inserção das residências em saúde no Sistema de Saúde Brasileiro, no qual a compreensão do contexto histórico da saúde é primordial.

Saúde no Brasil: perspectivas históricas

A política de saúde representa um forte vínculo com a evolução político-social econômica da sociedade brasileira, nesse capítulo destaca - se um pouco da

história da saúde no Brasil até a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUZA, 2014).

O Brasil foi “conhecido” pelos outros países no ano de 1500, século XV, na chamada Idade Moderna. A carta de Pero Vaz de Caminha a Portugal narra que nas terras brasileiras viviam índios. Nessa época os cuidados com a saúde limitavam-se as intervenções dos pajés, que utilizavam de suas crenças e conhecimentos sobre as plantas para o tratamento dos enfermos (BRASIL, 2005; MATOS; AVILA; SANTOS, 2013).

Os primeiros colonizadores do Brasil pretendiam catequizar os habitantes e também havia o interesse na descoberta do ouro e da prata. Os padres jesuítas que ali chegavam prestavam ajuda no cuidado dos doentes, por meio do uso de medicações e alimentos (BRASIL, 2005; MATOS; AVILA; SANTOS, 2013).

Em 1808 a família Real chega ao Brasil. O cenário encontrado não era agradável no Rio de Janeiro onde havia poucas ruas, faltava água, higiene precária e não existia saneamento, o que representava ambiente favorável para o aparecimento de doenças (PINTO; SOUZA; PIVA, 2008). Dessa forma, as ações de saúde pública eram assistemáticas e restritas:

Até 1850, as atividades de saúde pública estavam limitadas a: i) delegação das atribuições sanitárias às juntas municipais; e ii) controle de navios e saúde dos portos (Brasil, 2007).

Um grande problema de saúde pública enfrentado no Brasil na metade do século XIX foi febre amarela, a doença apareceu nas terras brasileiras devido a chegada de navios negreiros de Nova Orleans em vários municípios dentre eles o Rio de Janeiro. Nessa mesma cidade, em 1850, a doença atingiu 90.658 habitantes com 4.160 mortes confirmadas (FERREIRA *et al.*, 2011).

As ações para combater a doença duraram cerca de 50 anos, dentre os responsáveis pelo fim da epidemia, são conhecidos os médicos Emílio Marcondes Ribas e posteriormente Oswaldo Cruz. Em 1903, Oswaldo Cruz passa a ser o Diretor Geral de Saúde Pública, criando o serviço de profilaxia da febre amarela (FERREIRA, 2011).

A República velha datada em 1889 a 1930 teve como representantes a elite do café onde a população não tinha voz social. O presidente do Brasil na época era Rodrigues Alves que se interessou nas obras públicas e de saneamento, mas teve que tomar medidas traumáticas para combater as epidemias, principalmente febre amarela,

peste e varíola. Em 1904, cerca de 3.500 pessoas morreram de varíola (CRESCÊNCIO, 2008; CREPE, 2009).

Entre 1903 e 1908, no Rio, destacavam-se a tuberculose, varíola, malária, gripe, peste e febre amarela no quadro da saúde pública. A tuberculose em 1903 teve 3.321 casos e em 1908 chegou a 3.616 casos da doença (PEREIRA, 2016).

O início da República foi marcado por confusão, assassinatos e revolta na cidade do Rio de Janeiro que passava por graves problemas urbanos. O médico sanitarista Oswaldo Cruz foi importante na Saúde Pública, uma vez que, criou uma política sanitária forte para livrar a população carioca das doenças como a varíola, a febre amarela e a peste bubônica (BRASIL, 2006). Nesse período surge o projeto de regulamentação da Lei da Vacina Obrigatória (1904), criada por Oswaldo Cruz, devido ao número elevado de doenças infecto-contagiosas que assolavam o país, o que atrapalhava as exportações de mercadorias e alimentos, sendo decretada a vacinação obrigatória (SOUZA; BATISTA, 2012).

Porém, devido a população ser obrigada a tomar a vacina, uma injeção líquida que o povo desconhecia os efeitos no organismo, muitos protestaram contra tal, sendo conhecido como “A revolta da vacina”. A população foi às ruas em protesto, houve reação da polícia, um verdadeiro cenário de guerra, sendo que o exército entrava nas casas e vacinavam as pessoas à força (PORTO, 2003; BRASIL, 2006; SOUZA; BATISTA, 2012).

O movimento da população surgiu mais devido a reurbanização da cidade, que retirava a população dos cortiços e morros para bairros mais afastados, do que a vacinação em si. O médico ficou conhecido pelos jornais da época como “inimigo do povo”, porém a verdade é que como sanitarista teve a capacidade de reconhecer as verdadeiras necessidades de saúde pública da cidade do Rio de Janeiro considerada a mais suja do mundo (VERISSIMO; GAVIOLI, 2015). As primeiras vacinas administradas eram contra as doenças varíola, febre amarela e a peste bubônica, sendo estas responsáveis por alta morbimortalidade na época (PORTO, 2003; BRASIL, 2006; SOUZA; BATISTA, 2012).

O médico também foi responsável pela criação do Instituto Soroterápico Federal atualmente conhecido como Fundação Oswaldo Cruz e ajudou a fundar a Academia Brasileira de Ciências (VERISSIMO; GAVIOLI, 2015).

No ano de 1920 acontece a Reforma de Carlos Chagas, responsável por criar o Departamento Nacional de Saúde Pública, com objetivo de educar a sociedade

brasileira e principalmente a capital da República e a cidade do Rio de Janeiro, para uma “consciência sanitária” (ROSSI, 1991). Outra importante figura para a reforma sanitária brasileira, Carlos Chagas era um médico sanitarista pesquisador do Instituto Oswaldo Cruz responsável pela descoberta da doença de chagas causada por protozoário, transmitida por um vetor conhecido como “barbeiro”, foi uma conquista importante na ciência brasileira (KROPF, 2009).

Já em 1921 foi criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, responsável pelo saneamento urbano, rural e higiene relacionada aos serviços industriais e materno-infantil (SOUZA; BATISTA, 2012).

A aprovação da Lei Eloy Chaves em 1923 marca o início da Seguridade Social no Brasil, com essa lei foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) que inicialmente atenderam aos trabalhadores ferroviários, em seguida os trabalhadores marítimos e estivadores. Em um contexto de industrialização e rápida urbanização, essa lei entra apenas para legalizar iniciativas já existentes nas fábricas, tais como o direito de pensão em caso de acidente ou afastamento do trabalho (SCHECHTMAN, 2002; BRASIL, 2011). Sendo esta uma conquista por meio de movimentos grevistas. Assim, os trabalhadores poderiam ter acesso a atendimento médico e medicamentos, sendo responsabilidade da empresa e trabalhadores o financiamento, sob administração das empresas (SOUZA; BATISTA, 2012).

Em 1930, na Era Vargas, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública – MESP. Em 1953 este foi dividido, culminando na criação do Ministério da Saúde e da Educação, separadamente (SOUZA; BATISTA, 2012). Ainda no governo do então presidente Getúlio Vargas, em 1932 foi criado o Ministério do Trabalho e a elaboração da legislação trabalhista que englobou as questões sociais, onde a assistência médica à saúde era direito apenas aos trabalhadores urbanos com carteira de trabalho assinada, (PAIM, 2010; BRASIL, 2011).

Em 1933, as CAPs foram substituídas pelos IAPs (Instituto de Aposentadoria e pensão), e a administração dos recursos passa a ser responsabilidade do Estado e o financiamento permanece sendo realizado pelas empresas e trabalhadores, sendo organizado de acordo com a classe profissional (SOUZA, BATISTA, 2012). Assim, a assistência à saúde era fornecida para quem tinha o trabalho formal como sobrevida, tendo características de seguro e não de direito de cidadania (MENICUCCIA, 2014).

Nesse período surgem as Conferências de Saúde e da educação previstas para acontecer a cada dois anos, onde o governo federal buscava conhecer ações desenvolvidas pelos estados nessas áreas. Foram estabelecidas através da Lei n. 378, de 13/01/1937, que reorganizou o Ministério da Educação e da Saúde. A 1ª Conferência Nacional de Saúde aconteceu em novembro de 1941. Com os objetivos principais de:

[...] ocupar-se dos diferentes problemas da saúde e da assistência e de modo especial aos seguintes: a) Organização sanitária estadual e municipal; b) ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose; c) determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento e d) plano de desenvolvimento da obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência.” Um cenário nitidamente relativo à gestão e administração dos serviços de saúde, no âmbito de um Estado que se constituía (BRASIL, 2009).

Segundo Mercante (2002), a assistência médica no âmbito da saúde pública inicia sua primeira mudança com a criação, em 1942, do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). As funções desenvolvidas pelo programa eram o saneamento do Vale Amazônia, para o controle principalmente da malária, a assistência médica aos seringueiros; e o treinamento de profissionais sanitaristas de área da saúde (CAMPOS, 2008). Desse modo, o SESP, assume uma administração sanitária moderna aos estados brasileiros, incluindo a estatística vital, a higiene infantil, a prevenção de acidentes, o controle de tuberculose e a educação sanitária (RENOVATO; BAGNATO, 2008).

A previdência social continuou crescendo cada vez mais. E em 1966 ocorre a unificação das IAPs no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que representa a cobertura de todos os assalariados, portanto, aumentando assistência médica. Para dar conta dessa cobertura o governo passa a comprar os serviços das redes privadas de saúde, incentivando o crescimento desse mercado que rendeu a construção de unidades hospitalares, também entrou a estratégia de fazer convênios com as empresas que posteriormente passaram a ser independente do governo (MENICUCCIA, 2014; SOUZA; BATISTA, 2012). O INPS era voltado para um modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico centralizado (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde detalha que:

O INPS foi o resultado da fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (os denominados IAPs) de diferentes categorias profissionais organizadas (bancários, comerciários, industriários, dentre outros), que posteriormente foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este último, tinha a

responsabilidade de prestar assistência à saúde de seus associados, o que justificava a construção de grandes unidades de atendimento ambulatorial e hospitalar, como também da contratação de serviços privados nos grandes centros urbanos, onde estava a maioria dos seus beneficiários (Brasil, p.11, 2002).

O modelo de assistência a saúde prestada pelo INAMPS, beneficiava apenas os trabalhadores formais, os ditos com “carteira profissional assinada” e seus dependentes, ou seja, tinha um caráter excludente. Dessa forma, o INAMPS transferia aos estados, por meio de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência a saúde de forma quase proporcional ao montante de recursos arrecadados e trabalhadores existentes (BRASIL, 2002).

Nesse período, a população que vivia no Brasil em relação a sua saúde, era classificada em três categorias distintas:

- Os que podiam pagar pelos serviços,
- Os que tinham direito a assistência prestada pelo INAMPS, e
- Os que não tinham nenhum direito (Brasil, 2002, p. 14).

É importante salientar que nesse mesmo período, o INAMPS oferece aos trabalhadores do campo, até aquele momento, precariamente assistidos por instituições hospitalares conveniadas com o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL), assistência igualitário àquele prestado aos trabalhadores das cidades. Ainda que o INAMPS estivesse em processo de decadência, essa medida na prática resultou em uma grande melhoria nas condições de acesso dessa parcela da população aos serviços de atenção a saúde, sobretudo, no setor terciário (BRASIL, 2002). Sobre a decadência desse modelo assistencial de saúde excludente, ressalta-se ainda:

Com a crise de financiamento da previdência, que começa a se manifestar a partir de meados da década de 70, o INAMPS adota várias providências para racionalizar suas despesas e começa, na década de 80, a “comprar” serviços do setor público (redes de unidades das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde), inicialmente por meio de convênios. A assistência à saúde prestada pela rede pública, apesar do financiamento do INAMPS apenas para os seus beneficiários, preservou o seu caráter de universalidade da clientela (Brasil, 2002, p. 13).

Com os ideais ainda voltados a questões comerciais, em 1950 a 2ª Conferência Nacional de Saúde, teve como tema “Legislação referente à higiene e à segurança do trabalho”, que buscava entender os problemas sanitários, foram discutidos

temas como a malária, segurança do trabalho, prestação da assistência médica sanitária e preventiva para trabalhadores e gestantes (BRASIL, 2009).

A 3ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1963, já se percebeu o interesse na construção de ações de saúde mais descentralizadas, esse encontro versou a respeito da elaboração de um Plano Nacional de Saúde para a União, os estados e os municípios, com ideal fortemente voltado a descentralização e à municipalização das ações de saúde pública e a criação de uma Política Nacional de Saúde (SOUZA, 2014). Pode-se sumarizar seus principais pontos em:

1. Situação sanitária da população brasileira;
2. Distribuição e coordenação das atividades médico-sanitárias nos níveis federal, estadual e municipal;
3. Municipalização dos serviços de saúde.
4. Fixação de um plano nacional de saúde (Brasil, 2017).

Já a 4ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 1967, durante o regime militar da época, reuniu autoridades do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência Social e Assistência Social para falar sobre as necessidades de recursos humanos e as obrigações do Ministério da Saúde e instituições de ensino superior na capacitação de profissionais e pensar em desenvolver políticas de saúde (BRASIL, 2009).

A 5ª Conferência Nacional de Saúde foi realizada em agosto de 1975, durante o governo de Ernesto Geisel, os temas abordados foram: a implementação do Sistema Nacional de Saúde; Programa de Saúde Materno-Infantil; Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica; Programa de Controle das Grandes Endemias e o último assunto foi o Programa de Extensão das Ações de Saúde às Populações Rurais (BRASIL, 1975).

No ano de 1977 foi criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SINPAS) pela Lei nº 6.439, o que caracterizou uma nova etapa na previdência social brasileira, que implantou medidas de reorganização administrativa das entidades vinculadas à previdência e assistência social (LEITE, 1978; BRASIL, 2011).

No mesmo ano, ocorreu a 6ª Conferência Nacional de Saúde, assim como a anterior teve como ponto principal a análise de estratégias governamentais tais como: avaliar a situação atual do controle das grandes endemias, a apreciação de novos diplomas legais básicos aprovados pelo Governo Federal em matéria de saúde, e o Programa de Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde (PIASS) (BRASIL, 2009). Após três anos, ocorreu a 7ª Conferência Nacional de Saúde, que teve como

tema “A extensão das ações de saúde através dos serviços básicos”, com essa conferência o objetivo do governo em implantar um programa nacional de serviços básicos de saúde para que a população brasileira tivesse uma maior assistência à saúde de qualidade, para o alcance de uma vida social e econômica produtivas (CARVALHO, 1980; BRASIL, 2009).

Nesse contexto, foi criado dois anos após, o Programa de Interiorização das Ações e dos Serviços de Saúde, assim conhecido pela sigla PIASS, esse programa, visava as particularidades da Atenção Primária, com a rede ambulatorial pensada como a “porta de entrada” do sistema, buscou-se a criação de sistemas de referência e contrarreferência. Essas ações tinham como finalidade universalizar a assistência médica independente do vínculo previdenciário, para esse financiar os municípios passaram a ter acesso aos recursos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) (ESCOREL, 2008; BRASIL, 2011).

Na década de 70, iniciou-se um grande movimento com intuito da construção de uma nova ordem institucional democrática. Nesse período o resgate da dívida social ocupa um espaço privilegiado na agenda dos movimentos sociais, além de outros atores, como o conselhos profissionais, universidades e alguns partidos políticos que juntos avançaram contra as desigualdades sociais sofridas pela população. Esse movimento intensificou-se na década subsequente, quando assistiu a um processo de reconstrução política e de redemocratização da sociedade brasileira, pressionado pelos movimentos sociais que clamavam por políticas sociais universais e equânimes (GOMES, 2001).

Complementa-se ainda que o movimento da Reforma Sanitária nasceu no ambiente de luta contra o regime de ditadura militar, no fim da década de 70. Movimento assim denominada em referência aos ideais que se tinha sobre as transformações necessárias para a área da saúde. Tais transformações não se restringiam apenas ao sistema vigente, e sim ao setor saúde como um todo, em procura a melhoria das condições de vida da população. Grupos de médicos e profissionais de saúde aflitos com o cenário da saúde pública elaboram teses e estruturam discussões políticas (BRASIL, 2013).

Em resposta, em março de 1986 aconteceu no Brasil a 8ª Conferência Nacional de saúde, que contou com a participação de mais de 4000 pessoas, dentre elas representantes da sociedade, profissionais da saúde, pesquisadores, estudantes e políticos. Esta tornou-se um divisor de águas histórico, que resultou na transformação

do caos na saúde da época, trazendo inúmeras mudanças no Sistema de saúde e principalmente nos indicadores, causando grande impacto na saúde da população (BRASIL, 1986).

Assim, percebe-se um movimento mais intenso pelo acesso a saúde no país, o que teve apoio com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, esse evento foi marcado pela participação social, destacou-se na história da reforma sanitária e das conferências, pois a questão da saúde se ampliou como direito universal e como dever do Estado. Seus temas, especialmente, se relacionaram a saúde como direito, reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento do setor. Os assuntos em pauta nessa conferência foram base para o texto Constitucional de 1988 e as leis orgânicas da saúde, lei 8.080 de 19 de setembro de 1990 e a lei 8.142/90 de dezembro 28 de 1990 (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011).

Além de prever uma reformulação de leis, reforma administrativa e financeira mais abrangente, a conferência culminou no processo chamado de Reforma Sanitária Brasileira. Através de debates democráticos, foram discutidos diversos temas, o que representou um impacto tão intenso que ampliou a abrangência do conceito saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. Sendo assim, é principalmente resultado das formas de organização social, de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (Brasil, 1986, p.4).

Sendo assim, o modelo de saúde não é mais simplesmente relacionado à ausência de doenças, mas sim um conjunto de fatores que proporcionam qualidade de vida à população, visando a fazer jus ao conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde que declara:

A Organização Mundial da Saúde (OMS), organismo sanitário internacional integrante da Organização das Nações Unidas, fundado em 1948, define saúde como “estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente a ausência de enfermidade ou invalidez”.

Na saúde, esse movimento da Reforma Sanitária, que adquiriu impulso e dimensão nacional a partir da metade da década de 1980, procurava interpor-se a decisões/razões de ordem governamental, atuando para explicitar e disseminar a percepção da saúde não como contraposição à doença, mas como resultante de uma

totalidade da qual é integrante e na qual interferem múltiplas dimensões do real, incluindo as esferas biológica, histórica, sociológica e tecnológica e, simultaneamente, apontando caminhos para superar uma tradicional característica dos organismos públicos, a do cumprimento acrítico a determinações das instâncias que os subordinam, muitas delas fundadas na expectativa de obtenção de resultados imediatos ou de curtíssimo prazo e, ainda, procurando romper com a renitente inadequação entre formulações teóricas e a rebeldia do cotidiano (FILHO, 2004).

No de 1987 o governo federal apresentou o Decreto no 94.657, que institui o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que marcou um avanço para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). As diretrizes do SUDS eram a universalidade, equidade, integralidade, descentralização e implementação de distritos sanitários. Foi a primeira vez que o Governo Federal repassou recursos financeiros diretamente aos estados e municípios brasileiros (NETTO; SOUZA, 1999; BRASIL, 2011).

Antes da criação do SUS, o Ministério da Saúde, com apoio dos estados e municípios, realizava quase que unicamente ações de pontuais de promoção de saúde e prevenção de doenças, como as campanhas de imunização e o controle de doenças endêmicas. Em relação à assistência a saúde, o Ministério da Saúde atuava por meio de alguns poucos hospitais especializados, em áreas específicas, como a psiquiatria e tratamento da tuberculose, além da Fundação de Serviços Especiais de Saúde Pública (FSESP) que algumas localidades específicas, como o Norte e Nordeste do Brasil (BRASIL, 2002).

Essa estratégia, conhecida como assistência médico-hospitalar, era oferecida a população descrita como indigente, por alguns municípios e estados, e, sobretudo, por instituições de saúde com caráter de filantropia. A assistência a saúde a essas pessoas, não era vista como direito e sim como caridade ou favor (BRASIL, 2002).

A Constituição Federal de 1988 representou uma grande conquista para o Brasil que passou a reconhecer os direitos sociais dos cidadãos. A saúde passa a ser “direito de todos e dever do Estado”. Em seu artigo sexto estabelece que os brasileiros têm direito “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011; NORONHA; PEREIRA, 2013). Destaca-se então:

Ao incluir a saúde como um direito constitucional da cidadania no capítulo da Seguridade Social, avançamos na concretização da democracia,

fortalecendo a responsabilidade do Parlamento e da Justiça, cada dia mais presentes na garantia dos direitos sociais. [...] No âmbito da Reforma do Estado, o SUS desenvolveu um projeto de reforma democrática que se caracterizou pela introdução de um modelo de pacto federativo baseado na descentralização do poder para os níveis subnacionais e para a participação e controle social. Como consequência ocorreu uma ousada municipalização do setor saúde. (Brasil, p. 4, 2006).

Neste cenário de lutas e conquistas, nasce o Sistema Único de Saúde a partir do movimento da Reforma Sanitária, sendo instituído pela “Constituição Cidadã”. Com o caminho percorrido na evolução da saúde pública, houve grandes transformações e em muitas dimensões, sobretudo, em relação ao papel do Estado, no campo profissional e de conhecimento, e nos dias de hoje, no compromisso da sociedade com seus ideais de saúde (CARVALHO, 2013). Assim, Monteiro e Previtali (2011, p. 9965), retratam:

A Constituição Federal de 1988 aprovou a criação do Sistema Único de Saúde- SUS, reconhecendo a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado que tem como fatores condicionantes um conjunto de determinações sociais. O SUS é o somatório de ações e serviços de saúde desenvolvida pelas três esferas de governo que passam a integrar uma rede hierarquizada e organizada de acordo com os princípios de universalidade, integralidade e equidade e nas diretrizes de participação social, descentralização do poder político e regionalização. Uma grande conquista para a população, apesar de que na luta entre forças políticas o ordenamento de sua execução, já tenham nascido com claros sinais de enfraquecimento.

Assim, ressalta-se que a Constituição Federal de 1998 declara em seu artigo 196: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

A reforma sanitária propôs modificar as condições de vida, as disparidades, as condutas individuais e coletivas. Em vários países, os movimentos de reformas desencadeados nos anos 90 são respostas as necessidades oriundas da evolução demográfica e epidemiológica e do desenvolvimento tecnológico. No Brasil, a reforma sanitária, destacou-se pelo avanço da descentralização do setor saúde, que seria primordial para o fortalecimento do governo local, conjuntamente com a estruturação mais qualitativa da atenção primária, tem-se como princípio uma nova concepção de saúde, que considera, não mais a doença e sim a promoção de saúde e qualidade de vida dos indivíduos (WITT, 2003).

A criação do Sistema de Saúde (SUS) em 1990 representou um conjunto de ações e serviços de saúde que são realizados por órgãos e instituições públicas federais,

estaduais e municipais, o SUS para ter estruturas fortes na constituição teve a necessidade de criar novas leis (BRASIL, 2000). As leis matrizes do sistema de saúde brasileiro são também conhecidas como leis orgânicas da saúde:

[...] A lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes”. A primeira lei orgânica do SUS detalha: os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Logo em seguida, a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros [...] (Brasil, 1990).

O SUS é de grandeza nacional e existe também em forma de subsistemas no âmbito estadual e municipal. O funcionamento do SUS leva a saúde para as áreas mais democráticas além de ser um modelo descentralizado, que funciona nos serviços públicos brasileiros (BRASIL, 2000). Suas diretrizes são a universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade, direito à informação, autonomia das pessoas, resolutividade e base epidemiológica, dentre outros (CARVALHO, 2013).

Segundo Brasil (1986) seus princípios organizacionais são detalhados em:

- Descentralização: o poder deixa de ser exclusivo da esfera Federal e passa a ser distribuída a responsabilidade em todo o território nacional;
- Regionalização e hierarquização: municípios, Estado e esfera Federal compartilham a responsabilidade de custeio e administração de verba destinada à saúde;
- Participação comunitária: a população brasileira pode opinar e auxiliar na construção do SUS e na formulação de leis da saúde através de entidades representativas (Conselhos de saúde), reunindo-se para exposição de ideias a cada quatro anos nas Conferências Municipais de Saúde, avaliando as condições de saúde de seu município e decidindo onde deve ser investida a verba recebida para a saúde (depositada no Fundo Municipal de saúde - uma conta destinada somente à saúde). As ideias e problemas que causam maior impacto, ou seja, o resumo das Conferências Municipais são discutidas a nível nacional. Assim é

possível conhecer melhor a demanda da população brasileira e saber o que realmente acontece na vivência diária dentro dos serviços de saúde, além de realizar o controle social;

- Fortalecimento do papel do município: o município passa a administrar a verba destinada à saúde;
- Introdução de práticas alternativas de assistência à saúde: o usuário possui a opção de escolher qual a melhor terapêutica para si. Sendo assim, torna-se imprescindível o respeito pela cultura dos mesmos e conhecimento a respeito de medidas não farmacológicas no tratamento do indivíduo, como por exemplo a utilização da homeopatia, auriculoterapia, massagens, dentre outros. Além de proporcionar uma ampla gama de terapias, essas medidas auxiliam a diminuir o impacto financeiro sobre o sistema, causado pela alta demanda de medicamentos adquiridos;

Quanto aos princípios doutrinários, Brasil (1986) descreve:

- Universalidade: garantia de acesso gratuito à saúde para toda população, sem discriminação de raça, idade, sexo, religião, condições socioeconômicas;
- Equidade: atendimento a todos os indivíduos conforme sua necessidade, priorizando-se o acesso aos indivíduos com menos recursos financeiros. Dessa mesma forma também funcionam os repasses de recursos para a saúde, onde os municípios com menor Índice de Desenvolvimento Humano recebem mais verba e consequentemente, os de maior IDH recebem menos verba para aplicação e;
- Integralidade: atendimento dos indivíduos em todas as fases da vida: infância, adolescência, fase adulta e velhice. Além do mais, são envolvidas as Redes de atenção (RAS), integrando todos os níveis de atenção à saúde e serviços disponíveis para a prevenção, promoção, cura e reabilitação necessários para ofertar uma saúde de qualidade à população.

Em análise do sistema de assistência pública a saúde no Brasil e ao sistema de assistência a saúde nos Estados Unidos da América (EUA), nota-se que a medicina é de qualidade, porém tem um amplo gasto, considerado infeliz e injusto, pois como exemplo, em dois anos um em cada três estadunidenses fica um período de tempo sem seguro-saúde. Cerca de 45 milhões de pessoas ficam sem acesso a saúde e, apesar do grande investimento no setor, a sensação é de insuficiência, ineficiência e ineficácia (ANDRADE; ANDRADE, 2010).

O SUS é considerado o maior sistema público de saúde do mundo. Presta atendimento desde a parte ambulatorial até a doação de órgãos, além de disponibilizar o acesso gratuito às consultas, exames e intervenções, promove campanhas de vacinação, e de vigilância sanitária e ações de prevenção a toda população do Brasil (SANTANA, 2013). Entretanto, esse mesmo sistema tem diversos desafios a serem enfrentados, principalmente em relação aos recursos financeiros, pois nesse aspecto, carece de mais apoio e gestão dos recursos (ALMEIDA, 2013).

Segundo Rigoli; Rocha e Foster (2006) a centralidade nos aspectos financeiros e de gestão nas reformas na saúde ocorridas nos vários países da América Latina, inclusive no Brasil, em detrimento a formação dos profissionais de saúde, pode ter contribuído para a persistência de muitos problemas na área, como as iniquidades de acesso e a continuidade do modelo hegemônico de assistência a saúde.

Além desses problemas, outros, discutidos desde o início da reforma sanitária, como a necessidade de mudança do modelo assistencial é a formação dos trabalhadores em saúde, indicam a existência de vácuo entre a formação profissional e as necessidades do Sistema Único de Saúde, na medida em que os cursos de graduação continuam formando profissionais sem considerar o avanço do setor público nesse campo, particularmente na área da Atenção Básica. Nesse aspecto, o SUS andou mais rápido do que as mudanças no ensino (CAMPOS, 1999).

Estas transformações tiveram efeitos na maneira como os profissionais de saúde eram formados, resultando na construção coletiva das Diretrizes Nacionais para os cursos superiores da área da saúde, representou a busca de um perfil profissional com competências, habilidades e conteúdos contextualizados para atuarem no Sistema Único de Saúde, em consideração ao processo da Reforma Sanitária brasileira (WITT, 2003).

Nesse sentido, o movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) expressam a necessidade de adequação da formação de profissionais de saúde mais próxima da realidade da saúde da população

assistida, passando então a exigir mudanças tanto educativas quanto organizativas, conceituais e ideológicas. Para além de uma educação instrumental, busca-se modificar o projeto político-pedagógico dos cursos, tendo como norte os princípios da equidade, universalidade e integralidade da política de saúde do país (BATISTA; CARMONA; FONSECA, 2014).

CAPÍTULO 2

3.2 FORMAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Olho para a Educação com olhos de cozinheira e me pergunto: Que comidas se preparam com os corpos e mentes... nesse caldeirão chamado Escola? Porque educação é isso: um processo de transformações alquímicas que acontece pela magia da palavra. Que prato se pretende servir? Que sabor está sendo preparado? Para que se educa? É isso que aprendi com as cozinheiras: que é preciso pensar a partir do fim. Os saberes são coisas boas. Os saberes devem nos dar razão para viver.

Rubem Alves

No capítulo apresentado a seguir, na perspectiva das necessidades de recursos humanos qualificados para atuarem no Sistema Único de Saúde como descrito no capítulo anterior, objetivou-se compreender as principais políticas públicas e programas interministeriais de formação em saúde no Brasil. Sendo elas: Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde – SUS (RETSUS), Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE), Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), Política Nacional de Educação Permanente, Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE), Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (PRÓ-RESIDÊNCIA), Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UMA-SUS), Programa Nacional de Telessaúde (TELESSAÚDE) e o Programa Mais Médico (PMM). Tais políticas e programas foram apresentadas em linha histórica de criação e implementação.

Recursos humanos no sistema único de saúde: políticas e estratégias interministeriais de formação

A partir das décadas de 1960/1970, a área de formação profissional passou por uma importante inflexão: o “boom” do ensino superior verificado entre 1965 e 1975. No Brasil, assim como em outros países da América Latina, esse período é marcado por uma extraordinária expansão do ensino superior em todas as profissões, com a multiplicação de escolas e do número de vagas (HADDAD *et al.*, 2009).

No contexto da Reforma Sanitária, a gestão da educação na saúde para a organização dos serviços sempre foi um tema considerado importante, tendo sido, inclusive, objeto de conferência específica, a Primeira Conferência Nacional de Recursos Humanos, realizada no mesmo ano da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, marco para a constituição do SUS, em 1986 (BRASIL, 2007).

De acordo com o relatório final dessa Conferência, o Sistema Nacional de Saúde orientado pelos princípios anunciados da Reforma Sanitária passou a exigir a reorientação das políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde, nos aspectos relativos à força de trabalho e à preparação do pessoal de saúde, demandando, além da definição explícita das políticas para o setor, a integração ensino-serviço, por meio de modelos assistenciais localizados em espaços-populações concretos, como o proposto, por exemplo, na Estratégia Saúde da Família (BRASIL, 2007).

A Constituição Federal de 1988 estabelece que ao SUS compete “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, 1988, art. 200, inciso III). A Lei Orgânica da Saúde (LOS) de 1990 define que uma política para os trabalhadores da saúde deverá ter como objetivo organizar um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal. O artigo 27 da LOS coloca os serviços de saúde como campos para o ensino e a pesquisa, ou seja, como locais de ensino-aprendizagem que expressam a indissociabilidade entre a assistência, a gestão e a formação em saúde (BRASIL, 1990).

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira e a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) expressam a necessidade de adequação da formação de profissionais de saúde mais próxima da realidade da saúde da população assistida, passando então a exigir mudanças tanto educativas quanto organizativas, conceituais e ideológicas. Para além de uma educação instrumental, busca-se modificar o projeto

político-pedagógico dos cursos, tendo como norte os princípios da equidade, universalidade e integralidade da política de saúde do país (BATISTA; CARMONA; FONSECA, 2014).

A reforma universitária brasileira resulta de um longo processo de discussão sobre a necessidade de uma nova configuração para o sistema educacional de terceiro grau, adequando-o a uma política “modernizante” com finalidades relacionadas à maior eficiência e produtividade e que aporte no aumento da clientela para esse tipo de formação. Nesse período ocorre expressiva procura de prestígio e ascensão social pelas camadas médias da sociedade, exercendo forte pressão para o desenvolvimento do ensino de terceiro grau no contexto de desenvolvimento econômico do País (HADDAD *et al.*, 2009).

Nesse contexto educacional, a formação dos profissionais de saúde é frequentemente debatida no meio acadêmico devido às necessidades do Sistema Único em Saúde, especialmente no que se relaciona à capacitação desses profissionais (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006). A construção das competências dos profissionais que atuam no campo da saúde pública é resultado de iniciativas que almejam resolver as necessidades dos serviços, a fim de sanar os problemas de saúde (WITT, 2003).

Há mais de duas décadas as questões relacionadas à formação profissional constituem-se objeto de discussão das conferências nacionais de saúde e de recursos humanos e compõem os textos referentes à legislação do Sistema Único de Saúde e suas bases normativas (CAMPOS; PIERANTONI; MACHADO, 2006).

Nesse sentido, formação é um conceito que compreende educação como instituição em uma dada sociedade, ou seja, o sistema educacional formal público e privado representado pelas escolas, universidades regulamentados pelas instituições normativas federais e estaduais. O educando neste processo percorre um currículo que contém disciplinas de natureza geral e profissional com objetivo de prepará-lo para o exercício da cidadania e a prática específica de uma profissão (Almeida, 2008, p. 32).

Assim, desde a criação e implementação do Sistema Único de Saúde, uma de suas principais demandas se correlaciona a formação e a preparação de profissionais para a inserção no âmbito da Saúde Coletiva. Neste sentido, as diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde passam por alterações, com o intuito de inserir mais as demandas do SUS na formação dos estudantes, de maneira a colocá-los mais perto dos territórios, das condições que existem nos serviços públicos de saúde e dos desafios implicados em sua qualificação e efetividade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A formação dos profissionais de saúde que atuam nesse sistema, que teve no decorrer dos anos várias estratégias de operacionalização, tais como as "Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAs), Norma Operacional Básica (NOBs) até chegar ao Pacto de Gestão" tem suscitado sempre grandes discussões. Algumas estratégias importantes para a reorganização e a humanização do sistema foram implantadas. Entre elas, a Estratégia Saúde da Família, a Política Nacional de Humanização, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), entre outras (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

A responsabilidade pelas ações de Educação na saúde está incluída na agenda da gestão do SUS como atividade que pode e deve contribuir para seu desenvolvimento, consolidando mudanças nas práticas de saúde em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Lucchese, Vera e Pereira (2010) complementam que discutir a formação dos profissionais de saúde é de co-responsabilidade dos setores saúde e de educação. Há de se desejar uma retroalimentação nos moldes de parceria intersetorial, em que o ensino, minimamente se responsabilize com o desenvolvimento de um processo ensino-aprendizagem significativo para o aluno, criativo e comprometido com as necessidades locais de saúde, e incentive a autonomia e auto-gestão do próprio aprender.

São evidentes as discussões acerca da necessidade de formação de profissionais para atuarem no Sistema Único de Saúde. Discussões estas enfatizam os pontos críticos e as estratégias para solucionar tal problemática. Embora se tenha um consenso e entendimento desta necessidade, as ações e movimentos de mudanças ainda são incipientes, mostrando-se por muitas vezes alheios aos princípios e diretrizes do SUS (OLIVEIRA, BALARD; CUTOLO, 2013).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB, Lei nº. 9.394/96), estabelece que a Educação Profissional se formula em um direito de cidadania, e a caracteriza como integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e tecnologia, com o objetivo de conduzir o cidadão a um permanente desenvolvimento de aptidões para vida produtiva na sociedade do trabalho e do conhecimento (BAHIA, 2006).

Um dos desafios para os atores envolvidos no SUS e Instituições de Ensino Superior (IES) é a formação de profissionais de saúde competentes diante das situações reais, postas pelos serviços e pela gestão em saúde. Se há preocupação com a efetivação

do SUS, há, necessariamente, que se voltar para o ‘como’ e ‘para quê’ se formam os profissionais de saúde (LUCCHESE; VERA; PEREIRA, 2010).

A formação e o desenvolvimento dos trabalhadores de saúde têm como desafio não dicotomizar a atenção individual da atenção coletiva, as doenças e adoecimentos da vigilância da saúde; a qualidade de vida do andar da vida; não fragmentar os grupos de trabalhadores; não minimizar o conceito de atenção integral á saúde e realizar o trabalho educativo junto à população e finalmente, aceitar que há incerteza na definição dos papéis profissionais, onde há alternância de saberes e práticas de cada núcleo constituído das profissões de saúde e do campo da atenção integral a saúde (CECCIM, 2003).

Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral. O perfil dos profissionais de saúde demonstra qualificação insuficiente para as mudanças das práticas. Uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, com o objetivo de (re) significar seus perfis de atuação, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS é um grande desafio (BATISTA; GONÇALVES, 2011).

Ceccim e Feuerwerker (2004), ressaltam que o primeiro passo para provocar mudanças nos processos de formação é entender que as propostas não podem mais ser construídas isoladamente e nem de cima para baixo, ou seja, serem decididas pelos níveis centrais sem levar em conta as realidades locais. As propostas devem fazer parte de uma grande estratégia; precisam estar articuladas entre si e construídas a partir da problematização das necessidades locais e dos seus diversos segmentos.

Tais ações requerem a superação do modelo tradicional de educação para a saúde, e a internalização de um modelo que contemple a atenção integral em saúde, sendo assim a integralidade torna-se um eixo fundamental nas práticas e ensino na saúde (OLIVEIRA, BALARD; CUTOLO, 2013).

É necessário considerar a formação em saúde por meio de um perfil profissional generalista, crítico e reflexivo, que proporcione o cuidado em sua integralidade, voltado para uma prática mais humanizada com adoção dos princípios e diretrizes do SUS. Essa formação precisa considerar o perfil epidemiológico, por meio do contato com a comunidade e com o cuidado contextualizado no processo de saúde-doença das pessoas (MADRUGA *et al.* 2015).

Em 2003, a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) no Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de se constituir em um

espaço para a formulação de políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde no Brasil, representou um importante avanço no que se refere à ordenação da formação a partir do SUS, pois resultou na articulação estratégica entre a saúde e a educação (HADDAD *et al.*, 2012)

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde representou uma forma exitosa com sua criação. Da mesma maneira que a Secretaria de Ensino Superior (SESu) do Ministério da Educação (MEC) sempre foi muito necessária para a formação dos profissionais da saúde, uma Secretaria correspondente no MS – espaço que contemplasse as questões da formação e do trabalho no campo da saúde – constituía imperativo para as especificidades da formação em saúde. A interlocução dessas duas Secretarias vem, ao longo desses mais de dez anos, contribuindo sobremaneira para o fortalecimento do SUS e da qualificação de sua força de trabalho (BATISTA *et al.*, 2015).

As ações da SGTES incluem, dentre outras, a indução de mudanças nas graduações, articuladas pelas universidades e os serviços de saúde, reunidas na política nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Os principais eixos da política são:

- A integração ensino-serviço com ênfase na atenção básica;
- A integralidade em saúde como eixo reorientador das práticas no processo de formação e qualificação dos profissionais para o SUS e;
- A reformulação do projeto político-pedagógico dos cursos de graduação baseada nas Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2008; 2009a).

Em relação às profissões regulamentadas no país, a saúde tem uma forte presença destas, compondo em conjunto de 14 no total, o que não se observa em nenhum outro setor da economia. Tal regulamentação vai desde a formação, o conteúdo, o exercício profissional, a prática, com implicações diretas para a gestão dos serviços e do sistema de saúde (DAL POZ; VARELLA, SANTOS, 2013).

Dentre os 14 cursos considerados como da área saúde por resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no Brasil, estão: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional (HADDAD *et al.*, 2009).

Nos últimos trinta anos, o governo brasileiro tem implementado programas de qualificação da formação de profissionais de saúde. Esses articulam duas grandes áreas: a Saúde e a Educação, cuja interlocução e complementaridade são fundamentais para garantir a formação da força de trabalho para o Sistema Único de Saúde no Brasil (CAMPOS, 1992; HADDAD *et al.*, 2010).

O percurso histórico das políticas públicas evidencia quanto foram (e são) demandados novos saberes e práticas de atenção à saúde, impondo desafios às instituições formadoras no que refere aos processos de formação dos profissionais, na perspectiva do SUS (FREITAS, 1995; CHAVES; KISIL, 1999).

Quando se fala de política pública, está se falando de uma política cuja principal marca definidora é o fato de ser pública, isto é, de todos, e não porque seja estatal (do Estado) ou coletiva (de grupos particulares da sociedade) e muito menos individual. O caráter público desta política não é dado apenas pela sua vinculação com o Estado e nem pelo tamanho do agregado social que lhe demanda atenção (Rua), mas pelo fato de significar um conjunto de decisões e ações que resulta ao mesmo tempo de ingerências do Estado e da sociedade (PEREIRA, 2009, p.95).

No sentido de fortalecer o SUS, torná-lo uma rede de ensino-aprendizagem na prática do trabalho, envolvê-lo na formação dos futuros profissionais, melhorar a qualidade das ações de saúde e programar ações para reordenar a formação na área da saúde, foram então elaboradas as Políticas Indutoras Ministeriais com o objetivo de integração educação-trabalho em saúde (BRASIL, 2012). Estas políticas requerem ações interministeriais, como as definições das diretrizes curriculares dos cursos em saúde e programas voltados para o ensino superior, cabendo às universidades a mudança de seus currículos e metodologias de ensino (BATISTA, 2013). Assim foram criadas e implementadas, pela SGTES, as seguintes Políticas Indutoras Ministeriais:

Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde – RET-SUS

Ao longo dos últimos anos, os avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde, em garantir a efetivação dos princípios constitucionais e organizar o sistema de saúde, vai de encontro à gestão e formação de recursos humanos para o setor Saúde (BRASIL, 2002).

Frente á uma demanda por quadros qualificados para acompanhar as mudanças tecnológicas e organizacionais nos processos de trabalho em saúde sob o

argumento de favorecer para a melhoria dos serviços e desta forma fortalecer o SUS, é inserido a Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde - SUS, a RETSUS. Criada pela Portaria do Ministério da Saúde nº 1298/2000, tem como objetivo promover a articulação entre as 37 Escolas Técnicas do SUS do Brasil, na qual, tem por finalidade melhorar a qualidade dos serviços de saúde por meio da formação dos profissionais técnicos de nível médio (MONTEIRO; PREVITALI, 2011; PEREIRA; RAMOS, 2006).

As Escolas Técnicas do SUS (ETSUS) são entidades governamentais, a maioria, ligadas às Secretarias Estaduais de Saúde, cuja função principal é promover a profissionalização dos trabalhadores empregados na área de saúde pública e são constituintes da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde (MONTEIRO; PREVITALI, 2011).

A RETSUS compõe uma estratégia de articulação, debates coletivos e construção de conhecimento em Educação Profissional em Saúde. Trata-se de uma rede governamental criada para fortalecer a formação e a qualificação de profissionais de nível médio que atuam na área da Saúde (BRASIL, 2013c).

Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem – PROFAE

Os profissionais de Enfermagem, que representam um número expressivo de trabalhadores no âmbito do Sistema Único de Saúde, atuam a longos períodos desenvolvendo ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação de pessoas. Assim sendo, o fato de estimular processos de formação e aprimoramento profissional desses profissionais, além de constituir-se em enorme ousadia, pode contribuir para um significativo reordenamento de recursos humanos dentro da política de saúde, adequando a formação de nível médio às reais necessidades do SUS (NEGRI, 2002).

Nesse sentido, nos anos de 1999 e 2000, o Ministério da Saúde, formulou e implementou o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (PROFAE). Este projeto, de grande dimensão, foi desenvolvido com o apoio financeiro do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), em parceria com a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), proporcionando assim, a inserção de uma política mais ampla de valorização

profissional dos trabalhadores da área de enfermagem. (NEGRI; SANTOS, 2002; BRASIL, 2001).

Este projeto tinha por finalidade melhorar a qualidade da atenção hospitalar e ambulatorial por meio da oferta de qualificação profissional, além de reduzir o déficit de auxiliares de enfermagem qualificados e apoiar a dinamização do mercado de trabalho no setor saúde. Em linhas gerais, objetiva-se qualificar e capacitar trabalhadores da área de enfermagem com vistas à sua melhor inserção e desenvolvimento das suas ações no mercado (BRASIL, 2001; NEGRI; SANTOS, 2002).

O PROFAE proporcionou a profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem de nível básico e técnico que não tinham a respectiva qualificação e escolarização. Assim, a estrutura organizacional do projeto contempla uma gestão centralizada no Ministério da Saúde e executada de forma descentralizada em estados e municípios utilizando a maioria das escolas técnicas públicas e privadas do país, as instituições de ensino superior com capacidade de apoiar os docentes de educação técnica, as Secretarias Estaduais de Educação (SE) e de Saúde (SES), entre outros. O fortalecimento das ETSUS, também possibilitou a criação, a reforma e a ampliação de muitas dessas escolas no Brasil (PEREIRA; RAMOS, 2006; NOGUEIRA, 2002).

De acordo com Batista (2015) o Projeto se configurou numa ação extremamente assertiva no âmbito da formação dos profissionais de nível médio da enfermagem, com perceptíveis contribuições para a qualificação da assistência à saúde, o mesmo se desenvolveu em três grandes eixos de formação:

- Ofertas de cursos no nível fundamental e médio aos trabalhadores cadastrados, para que os mesmos pudessem integrar os cursos de formação profissional;
- Oferta de cursos de formação profissional no nível de qualificação profissional (auxiliar de enfermagem) e de complementação de qualificação profissional (técnico de enfermagem);
- Oferta de curso de especialização *lato-sensu* de formação pedagógica para o ensino profissional na área da saúde (na modalidade de ensino à distância sob tutoria), direcionados aos profissionais enfermeiros, possibilitando sua atuação nos cursos de formação profissional (FERREIRA *et al.*, 2007).

O PROFAE opera favorecendo condições de continuidade e sustentabilidade para os programas de formação de nível técnico, buscando garantir a qualidade da assistência em enfermagem e impedir que um novo contingente de trabalhadores em situação irregular possa surgir. Para efetivar esses objetivos, o Projeto desenvolve duas linhas de ação: redução do déficit de pessoal qualificado em auxiliar de enfermagem para atuar no setor e reforço do quadro normativo e de regulação na área da Saúde, com a criação de condições técnico-financeiras para o seguimento dos processos de formação técnica em saúde, em especial dos profissionais de enfermagem (MARQUES, 2002).

Dessa forma, a experiência de execução do Profae possibilitou ao Ministério da Saúde a criação de uma rede de 319 escolas técnicas de saúde, públicas e privadas, com as quais será possível estabelecer novas relações contratuais, com maior agilidade e eficácia, visando o conhecimento adquirido sobre os mecanismos utilizados para contratação e avaliação dos cursos (BRASIL, 2017).

Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde - VERSUS

Impulsionados por expectativas e desejos por melhores condições de saúde, durante o governo dos anos de 2003 a 2006 surgiram mudanças na saúde pública do Brasil, dentre elas destaca-se a inserção do projeto VER-SUS/Brasil – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde no ano de 2002. Definido como uma estratégia do Ministério da saúde, representou um importante avanço na formação dos estudantes da saúde, favorecendo vivenciarem e experimentarem a realidade do Sistema Único de saúde legitimando e ampliando a sua formação voltada a saúde coletiva (BRASIL, 2004c; FERLA *et al.*, 2013).

Para o surgimento do Projeto VER-SUS/Brasil, o Ministério da Saúde obteve parceria com o Movimento Estudantil, na qual, buscavam proporcionar aos estudantes a vivência e a realidade do SUS, a fim de se formarem profissionais críticos, reflexivos e conscientes das carências de saúde das pessoas, da comunidade, experienciando o protagonismo em sua aprendizagem das ações de gestão e controle social do SUS (BRASIL, 2004d).

O programa tem como objetivo provocar reflexões, valorizar e potencializar o papel do estudante no processo de implantação e expansão do SUS. Assim como,

contribuir para a atuação de gestores, educadores e trabalhadores da área da saúde estimulando discussões e práticas para as práticas multiprofissionais e intersetoriais, buscando a integração entre o serviço, a gestão e o controle social na saúde pública (MARANHÃO; MATOS; MORRUDO, 2004).

A partir do VER-SUS/Brasil surgiu o VERSUS Extensão em parceria com as Pró-Reitorias de Extensão das Universidades para mais dois programas, a saber: Estágios Rurais Interprofissionais no SUS (ERIP-SUS) e Vivências em Educação Popular no SUS (VEPOP-SUS). O ERIP-SUS tinha por iniciativa estimular internatos rurais para formação em saúde, promovendo desse modo, uma aproximação dos estudantes à realidade das regiões mais destituída, iniciando a fixação dos profissionais no local. Já o VEPOP-SUS estabelecia uma vivência dos estudantes, de forma multiprofissional, com as práticas de educação popular e movimentos sociais (BRASIL, 2004d).

Assim, percebe-se que a inserção do VER-SUS abre espaços para ampliação da aprendizagem através de diversos desafios vistos como necessários para as mudanças na formação e graduação dos profissionais e estudantes da saúde no Brasil (BILIBIO; 2009). Propõe colocar em ação os quatro componentes quadriláteros da saúde: ensino, gestão, controle social e atenção, através da educação permanente em saúde por meio de programações pedagógicas, visitas ao cenário do SUS, assim como agregar mais elementos para crítica e possibilidade de uma reflexão (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

Política Nacional de Educação Permanente - PNEP

A educação para o trabalho é considerada uma matriz qualificadora para a assistência à saúde da população. A ampliação do sistema de saúde brasileiro, ocorrida a partir dos anos 1970, e a conseqüente necessidade de desenvolvimento de mão de obra para o setor, embalsaram o surgimento de diversos programas de formação, que buscaram elaborar modelos político-pedagógicos comprometidos com a promoção do diálogo entre o ensino e os serviços de saúde (COSTA, 2006).

A definição de uma política de formação e desenvolvimento para o SUS seja no âmbito nacional, estadual, regional, e mesmo municipal, deve considerar o conceito de Educação Permanente em Saúde.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho, e que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referencial as necessidades de saúde das pessoas e populações, da gestão setorial e da promoção e vigilância à saúde. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central (BRASIL, 2003, p.5)

Dessa forma, é preciso articular as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutive dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde. A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, na qual, o aprender e o ensinar se englobam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2006).

Complementa-se ainda que a educação permanente se fundamenta na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, isto é, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita com base nos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já vivenciam (BRASIL, 2006). Constitui-se, portanto, estratégia fundamental às transformações do processo de trabalho no setor, direcionando-o a tornar-se palco de atuação crítica, reflexiva e propositiva (CECCIM, 2005).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) surge como uma proposta de ação estratégica para contribuir para a transformação e a qualificação das práticas de saúde, a organização das ações e dos serviços, dos processos formativos e das práticas pedagógicas na formação e no desenvolvimento dos trabalhadores de saúde. Resulta em trabalho intersetorial capaz de articular o desenvolvimento individual e institucional, as ações e os serviços e a gestão local, a atenção à saúde e o controle social (BRASIL, 2004a).

A concepção de EPS, que já vinha se desenvolvendo e difundido no Brasil a partir da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), na década de 1980, passa a ser vista como estratégica para a recomposição das práticas e das políticas de formação, atenção e gestão em concordância com princípios do SUS: Universalidade, Equidade e Integralidade e suas diretrizes de descentralização e participação popular (BRASIL, 2002).

Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se desenvolvam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. Os processos de educação permanente em saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2006).

Dessa forma, os trabalhadores e estudantes são dois públicos-alvo distintos, essenciais na composição de um processo contínuo de formação em saúde. No entanto, esse movimento de formação está cercado por diversas concepções educativas na discussão sobre educação continuada, educação em serviço, educação formal e educação permanente, sendo compreendida de modos diversos pela política em seus programas e ações formativas em saúde (BATISTA, 2013).

Nesse sentido o eixo estruturante da EPS é a categoria trabalho; é nesse local que estão previstas as práticas desenvolvidas tanto individual como coletivamente, pressupondo a participação ativa dos trabalhadores em seu próprio processo de aprendizagem. Essa categoria é o foco de atenção da gestão e da estruturação dos serviços, sincronizada com as transformações do mundo do trabalho, seja na adequação às novas relações trabalhistas, ou na adaptação às crescentes exigências do sistema de saúde (BRASIL, 2004b).

Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - PRÓ-SAÚDE

O Ministério da Saúde, por meio de sua Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde elaborou, em conjunto com a Secretaria de Educação Superior (sesu) e com o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) do Ministério da Educação em 2005, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró- Saúde (BRASIL, 2005).

O Pró-Saúde, desenvolvido como uma das estratégias para a formação em saúde se configura como uma iniciativa de cooperação governamental, que busca integrar os setores da saúde e da educação, para a formação de profissionais advindos dos cursos de graduação. Sendo necessária assim, a articulação entre as instituições formadoras e o serviço, compactuando com as diretrizes do SUS. (BRASIL, 2007; MORAIS; OLIVEIRA; VERAS, 2010). Dessa forma, o programa Pró-Saúde:

[...] visa incentivar a transformação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença. Tem como eixo central a integração ensino-serviço, com a conseqüente inserção dos estudantes no cenário real de práticas que é a Rede SUS, com ênfase na atenção básica, desde o início de sua formação (Brasil, 2007, p. 5).

O objetivo do Pró-Saúde de promover a integração ensino-serviço visava uma abordagem integral e contextualizada do processo saúde-doença, com destaque na atenção básica. Além disso, buscava promover transformações nos processos de geração de conhecimentos, compactuando distintas dimensões de abordagem às necessidades de cada grupo social (MORAIS; OLIVEIRA; VERAS, 2010). Como objetivos específicos do programa, podem ser apontados:

I - reorientar o processo de formação em medicina, enfermagem e odontologia, de modo a oferecer à sociedade profissionais habilitados para responder às necessidades da população brasileira e à operacionalização do SUS;

II - estabelecer mecanismos de cooperação entre os gestores do SUS e as escolas de medicina, enfermagem e odontologia, visando tanto à melhoria da qualidade e à resolubilidade da atenção prestada ao cidadão quanto à integração da rede pública de serviços de saúde e à formação dos profissionais de saúde na graduação e na educação permanente;

III - incorporar, no processo de formação da medicina, enfermagem e odontologia, a abordagem integral do processo saúde-doença e da promoção de saúde;

IV - ampliar a duração da prática educacional na rede pública de serviços básicos de saúde (BRASIL, 2005, p.17).

O programa apresenta papel indutor na transformação do ensino de saúde no Brasil, tanto para os três cursos contemplados inicialmente por serem aqueles que integram profissionais no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (Enfermagem, Medicina e Odontologia), como para outros da área da Saúde. A partir da criação de modelos de reorientação, pode-se construir um novo panorama na formação profissional em Saúde e algumas instituições, a partir do modelo Pró-Saúde, têm iniciado projetos de reorientação de forma integrada com seus outros cursos da saúde (BRASIL, 2006).

O Pró-Saúde visa aproximar a academia com os serviços públicos de saúde, como um dos mecanismos fundamentais para transformar o aprendizado, com base na realidade sócio-econômica e sanitária brasileira. Esta iniciativa aproxima as relações da graduação em saúde no país com as equipes de saúde que estão na ponta do atendimento. Coloca os serviços de saúde como locais de ensino-aprendizagem que

expressam a indissociabilidade entre a assistência, a gestão e a formação em saúde (BRASIL, 2007).

A concepção do Pró-Saúde expressa, dessa forma, o acúmulo de conquistas e desafios que foram sendo enfrentados e superados, ainda que novas questões e dilemas emerjam no cotidiano das propostas formativas. Assim, o programa propõe três eixos a saber: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica, os quais envolvem atores específicos (BATISTA *et al.*, 2015; BRASIL, 2005).

Para possibilitar a continuidade as políticas de formação e, como estratégia de amplificar as ressonâncias do Pró-Saúde, foi instituído o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (BRASIL, 2009c).

Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-SAÚDE

Há algumas experiências exitosas a cerca da formação em saúde que podem ser citadas, tais como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde conhecido como PET-Saúde, esse programa é regulamentado pela Portaria Interministerial número 421, publicada em 03 de março de 2010, disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais que já atuam no serviço) e estudantes de graduação da área da saúde (BRASIL, 2015).

O PET-Saúde configura-se como uma das estratégias do Pró - Saúde, dentro do eixo “Cenários de Prática” e visa à interação ativa da universidade com o serviço e a população. Ou seja: induzir que a escola integre, durante todo o processo de ensino-aprendizagem, a orientação teórica com as práticas de atenção nos serviços públicos de saúde, em sintonia com as reais necessidades dos usuários do SUS (HADDAD *et al.*, 2012).

É também visto que O PET-Saúde atua como inovação pedagógica de integração dos cursos de graduação da área da saúde, e de fortalecimento da prática acadêmica que integra a universidade, em atividades de ensino, pesquisa e extensão, com demandas sociais de forma compartilhada (BRASIL, 2013a).

O programa tem como base a integração ensino-serviço-comunidade e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do Ministério da Saúde, a Secretaria de Educação Superior – SESu, do Ministério da Educação, e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/GSI/PR). No ano

de 2011 foram selecionados 484 grupos de PET-Saúde/Saúde da Família, o que corresponde, 9.196 bolsas/mês, além da participação de 8.712 estudantes não bolsistas, totalizando 17.908 participantes/mês (BRASIL, 2015).

Por meio do PET-Saúde é proporcionado a aproximação dos preceptores (trabalhadores da rede de serviços de saúde) das práticas acadêmicas e os tutores (docentes) da realidade da rede de serviços, proporcionando a inovação e a transformação do ensino e do cuidado por meio de projetos interdisciplinares e intersetoriais. Nesse cenário as práticas profissionais, tanto dos preceptores, quanto dos tutores e estudantes são vistas como um processo compassivo de ação-reflexão-ação, de indagação e experimentação, na qual, todos os envolvidos ensinam e aprendem e essa metodologia promove o aprendizado (HADDAD, 2012; REIBNITZ *et. al.*, 2012).

Constata-se que o desenvolvimento do programa PET-Saúde, fundamentado na educação interprofissional, parece contribuir para: a concretização de desafios no âmbito da formação em saúde no Brasil como integração curricular, diversificação de cenários de aprendizagem, articulação da universidade com os serviços de saúde, dimensão ética, humanista, crítico-reflexiva e cuidadora da prática, dentro de uma concepção ampliada de saúde (BATISTA, 2012).

Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde - PROFAPS

A partir da implementação da Política Nacional de Educação Permanente, a formação para trabalhadores do nível médio da saúde passou a conquistar certa centralidade no âmbito do SUS. Nessa perspectiva de ampliação da formação, ressaltando a de nível médio, o Ministério da Saúde em 18 de dezembro de 2009, estabeleceu o Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (PROFAPS), sob a Portaria nº 3.189, que foi idealizado com respaldo nos resultados alcançados com o Profae, desenvolvido a partir de 2002 (MOROSINE, 2013; BRASIL, 2009b).

Essa portaria definiu as diretrizes do programa, com intuito de promover a formação técnica em quatro áreas consideradas estratégicas: Vigilância em Saúde, Radiologia, Citopatologia e Hemoterapia. Também era previsto a formação de técnicos para áreas de Manutenção de Equipamentos, Saúde Bucal, Prótese Dentária e Enfermagem; como também, a qualificação em Saúde do Idoso para profissionais

atuantes nas equipes da Estratégia Saúde da Família e para os profissionais de enfermagem que trabalhassem em instituições de longa permanência; além da formação de Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2009b).

Sendo assim, a finalidade do PROFAPS é contribuir para a melhoria da Atenção Básica e Especializada em áreas estratégicas da saúde e está sendo implementado pelas Escolas Técnicas do SUS. O Programa busca articulação entre escola técnica, comunidade e rede de serviços de saúde como espaços de formação e tem como meta até 2011, qualificar e/ou habilitar 260 mil trabalhadores em cursos de educação profissional já inserido ou a serem inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2009a).

Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - PRÓ-RESIDÊNCIA

A educação dos profissionais de saúde deve ser vista como processo permanente, que se inicia durante a graduação e se mantém na vida profissional, mediante o estabelecimento de relações de parceria entre as instituições de educação superior, os serviços de saúde, a comunidade, as entidades e outros setores da sociedade civil (BRASIL, 2005).

As residências multiprofissionais e em área profissional da saúde, criadas a partir da promulgação da Lei nº 11.129 de 2005, são orientadas pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a partir das necessidades e realidades locais e regionais e compreende as profissões da área da saúde, a saber: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Resolução CNS nº 287/1998) (BRASIL, 2016).

A característica fundamental da Residência Multiprofissional em Saúde é desenvolver competências e habilidades para o trabalho em equipe interprofissional numa perspectiva de cuidado Integral, intersetorial e em rede (NETO; BATISTA, 2013). O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde favorece a integração entre serviço-ensino e o fortalecimento das relações de parceria entre os serviços de saúde e as instituições de ensino visando à qualificação na formação e desenvolvimento profissional com o sistema de saúde vigente (TOMBINI, 2010).

Em outubro de 2009, foi lançado pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, do Ministério da Saúde (MS), e pela Secretaria de Educação Superior, do Ministério da Educação (MEC), o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas- Pró-Residência (BRASIL 2009d).

O programa foi criado com o intuito de favorecer a formação de médicos especialistas, na modalidade residência médica, em especialidades e regiões prioritárias do País, definidas em comum acordo com gestores do Sistema Único de Saúde. Esse programa busca articular e promover a interlocução entre as demandas do sistema de saúde, concentradas na organização de Redes de Atenção à saúde, e as potencialidades das instituições formadoras (BRASIL 2009d).

Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde - UNA-SUS

Na formação em saúde, as Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDIC) e a modalidade da Educação a Distância (EAD) possibilitam a utilização de ferramentas pedagógicas capazes de democratizar e expandir as oportunidades educacionais, proporcionando uma educação aberta e permanente em saúde (BARBOSA; REZENDE, 2006).

A ampliação dos cursos na modalidade EAD foi incentivada a partir do fim da década de 1980, com a informatização e utilização de novas tecnologias. Essa modalidade de ensino tem sido cada vez mais solicitada por representar uma possibilidade de educação com perspectiva à superação da carência de formação em diversas áreas de conhecimento e por propiciar o acesso ao ensino nas regiões mais remotas (RANGEL *et al.*, 2012).

A educação a distância constitui uma estratégia capaz de favorecer a aprendizagem contínua e aprofundar a experiência de difusão e de apropriação de conhecimentos, possibilitando efetiva melhoria nos índices de saúde da população brasileira (MARIN *et al.*, 2017). Na área da saúde, a EAD destaca-se entre uma das muitas possibilidades metodológicas que podem ser utilizadas como otimizadoras da capacitação e da formação profissional, principalmente ao se considerar que as rápidas mudanças econômicas, sociais e políticas que vêm ocorrendo nas últimas décadas requerem maior conhecimento e constante capacitação dos profissionais de saúde, que

enfrentam dificuldades de acesso à formação continuada (NUNES; FRANCO; SILVA, 2010; MARIN *et al.*, 2017).

Atualmente, identificam-se iniciativas de EAD em saúde, pela adesão de universidades ao modelo interinstitucional, originado pela parceria entre estas, o Ministério da Saúde e a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, estimulando a constituição de Equipes de Desenvolvimento de cursos a distância (MILL; PIMENTA, 2010).

Partindo desse pressuposto, Inserem-se na modalidade de EAD os cursos oferecidos pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). A UNA-SUS foi criada pelo Decreto Presidencial nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010, e é definida como um sistema vinculado ao Ministério da Saúde, coordenado de modo colegiado pela SGTES, Fiocruz e OPAS-OMS, sob a presidência da primeira, destinada a atender as necessidades de formação e educação permanente do SUS (BRASIL, 2013ab).

O Sistema Universidade Aberta do SUS, foi criado com o intuito de oferecer atualização, aperfeiçoamento, especialização e mestrado profissional aos trabalhadores da área da saúde em parceria com universidades brasileiras. Dessa forma, cria condições e possibilita o funcionamento de uma rede colaborativa de instituições públicas de educação superior, conveniadas ao Ministério da Saúde e credenciadas pelo Ministério da Educação, para a oferta de educação a distância destinada a somar esforços em educação permanente dos trabalhadores do SUS (BRASIL, 2013b; BELL *et al.*, 2010).

O sistema é composto por três elementos: por uma rede de instituições de ensino superior credenciadas para EAD, a Rede UNA-SUS; pelo Acervo de Recursos Educacionais em Saúde e por um sistema de informações nacional de históricos dos profissionais de saúde, a Plataforma Arouca (BRASIL, 2013b).

Assim, por meio da articulação entre essas instituições, permite maior intercâmbio de experiências e conhecimentos em proveito da melhoria da cooperação para o desenvolvimento de ações educacionais de alcance nacional (AGUIAR; CAZELLA; COSTA, 2017).

Programa Nacional de Telessaúde - TELESSAÚDE

A combinação das informações científicas, ciências da informação e cuidados em saúde culminam na informática em saúde ou informática médica. Lida com

recursos, materiais e metodologia necessária na potencialização de aquisições, registro de informações, restauração e uso de conceitos da biomedicina. As primeiras informações do seu funcionamento aconteceram nos Estados Unidos, em meados de 1950, com o surgimento de circuitos e máquinas (SANTOS, 2014).

A Telessaúde ou Telemedicina é a denominação usada desde 1970 para o cuidado à distância, a metodologia utilizada é a Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC), com o objetivo de melhorar os resultados dos serviços e potencializar o acesso a assistência e as informações válidas para diagnóstico, tratamento, prevenção de patologias e lesões, bem como, pesquisa e avaliação. É um importante mecanismo de educação continuada para os trabalhadores em saúde, pois, promove ações em saúde e prevenção aos indivíduos/comunidades (OMS, 2010).

No Brasil, a informática em saúde surgiu em 1974, juntamente com o GPEB – Grupo de Pesquisas em Engenharia Biomédica, seu funcionamento envolve os aspectos de Educação, Prática e Pesquisa em Saúde e o seu desempenho visa processar informações em busca do conhecimento. A portaria nº 35, de 04 de janeiro de 2007 concedeu a Telessaúde o caráter de política pública, assim instituiu junto ao Ministério da Saúde o Programa Nacional de Telessaúde, que a princípio visava a assistência primária à saúde e a construção de novos núcleos (BRASIL, 2011).

Em 2010, a Portaria nº 402 de 24 de fevereiro, efetivou a Telessaúde como política pública nacional, por meio do Programa Nacional de Telessaúde. Depois, nomeado Telessaúde Brasil Redes, expandiu e implantou novos núcleos de Telessaúde em vários estados do Brasil. Posteriormente em 2011, a Portaria nº 2.546, de 27 de outubro redefiniu e ampliou o Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (BRASIL, 2011; NUNES *et al.*, 2016).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010) caracteriza a prestação de serviços pela Telessaúde como ferramenta de informação, especialmente nas localidades onde a distância geográfica é um grande problema para estabelecer um diagnóstico, tratar e prevenir agravos à saúde, nas situações de pesquisa, avaliação, acompanhamento e formação continuada. O Programa oferta um suporte especializado à equipe profissional com diversificada especificidade de atividade, logo, ganhou mais espaços por atingir mais profissionais localizados em áreas remotas e pela sua importante utilidade nas ações no campo da saúde (PINTO *et al.*, 2014).

O Programa Telessaúde Brasil Redes tem a função de integrar as equipes de saúde da família aos Centros Universitários de referência, no sentido de garantir

resolutividade política, operacional, metodológica e prática, diante dos desafios enfrentados pelas populações residentes em localidades remotas (LOPES; HEIMANN, 2016). Novaes *et al.* (2012), destaca que o Programa tem como foco a redução de encaminhamentos, tempo e despesas com a saúde, oferecendo ações que apoiam o cuidado à saúde e a Educação Permanente disponibilizada aos profissionais de saúde, com objetivo de realizar uma qualificação pautada nas demandas do trabalho em saúde e para melhoria da qualidade da assistência ofertada.

Atualmente a aplicação da Telessaúde é realizada de dois modos: profissional-a profissional de saúde ou profissional de saúde-a-paciente. A Telessaúde proporciona o intercâmbio de informações registradas anteriormente entre duas ou mais pessoas em diferentes momentos. Pode ser feita em tempo real via web ou videoconferência (síncrona) e por meio de mensagens off-line (assíncrona), os dados podem ser transmitidos por meio de texto, áudio, vídeo ou imagens (OMS, 2010).

A Telessaúde é aplicada em diversos campos, como: consultoria, monitoramento, prevenção e tratamento de doenças, o que beneficia diretamente os moradores de regiões distantes da zona urbana. A realização também é feita por profissionais de grandes centros, pois, consegue-se assim o diagnóstico e atendimento mais ágil (COSTA; NASCIMENTO, 2013).

Almino *et al.* (2014), destaca que a Telessaúde também é considerada como estratégia de Educação a Distância por permitir que os profissionais separados geograficamente tenham qualificação no mesmo momento, ou em momento distintos sem haver diferenças e prejuízos. Dorigatti, *et al.*, 2014 confirma essa funcionalidade:

A Telemedicina [...] facilita o acesso à informação, mas é também um meio de comunicação em grupo de custo relativamente baixo que possibilita sessões científicas e interdisciplinares dentro dos serviços de saúde, isentando assim a necessidade de deslocamento de professores e alunos e permitindo maior flexibilidade quanto ao tempo. [...] permite incorporar atividades de educação e de administração em saúde, além de apresentar características de versatilidade podendo ser utilizada em diferentes cenários, seja numa realidade civil ou militar, seja em cenários austeros e catastróficos. (Dorigatti *et al.*, 2014, p. 221).

Dessa maneira, a Telessaúde integra, contribui e potencializa a educação, a ativa colaboração e a interação entre profissionais, estudantes, estudiosos e pesquisadores; além de proporcionar a criação de grupos de debates e discussões de casos e inovar os métodos de pesquisas e de avaliações práticas e metodologia de

assistência. Torna a partilha de conhecimentos e experiências diversificada, assim melhora a oferta da saúde (NUNES *et al.*, 2016).

Nota-se a relevância da Telessaúde na promoção do aprendizado, na disseminação de saberes e perspectiva de uma formação de qualidade para os trabalhadores em saúde inseridos nas várias instituições e serviços do Brasil, que por sua vez dispõe de grandes territórios, desigualdade social, econômica e cultural (ALMINO *et al.*, 2014; NUNES *et al.*, 2016).

Os constantes avanços tecnológicos proporcionarão novos modelos de assistência a pacientes, assim ampliará a margem de benefícios que telessaúde atual proporciona. Para além do cuidado, os novos modelos poderão ofertar mais acesso a formação, ao conhecimento diverso, a capacitação continuada e a pesquisa médica, principalmente para acadêmicos e médicos residentes em regiões remotas. A relação entre recursos tecnológicos e assistência a saúde tende a melhorar as práticas em educação, planejamento da logística de saúde, controle da assistência a distância e implantação de métodos para permitir ações multi-institucionais (LUNG WEN, 2015).

A telessaúde deixou de ser restrita a grupos pequenos, como era até o ano de 2000, para serem consideradas no Brasil como estratégias que integram o campo das políticas públicas de saúde tanto para o campo da teleassistência como para o ensino interativo à distância. Inclusive, nos últimos dez anos houve uma grande evolução nas universidades e na saúde pública brasileira. As novas tecnologias, móveis e interativas avançaram rapidamente e ganharam cada vez mais a capacidade de processar aparelhos eletrônicos e aumentar a velocidade de conectividade (LUNG WEN, 2015).

Portanto, nota-se que é um campo bastante promissor para a assistência em saúde, logo, a formação nesta área deveria integrar a formação básica e continuada. É preciso ofertar oportunidades a todos os profissionais que tenham interesse na telessaúde.

Programa Mais Médicos - PMM

No Brasil, o fortalecimento da Atenção Primária a Saúde tem sido um transcurso com a ampliação da Estratégia Saúde da Família que se configura como a forma brasileira de organizar a Atenção Básica no Sistema Único de Saúde, mantendo os princípios do SUS e apoiada nos atributos da APS. Em 20 anos, a ESF ampliou a cobertura de 5% para 60%. É possível afirmar que países que possuem sistemas de saúde organizados a partir da APS apresentam melhores resultados, traduzidos em

menores custos da assistência, melhores níveis, maior satisfação dos usuários e diminuição das desigualdades sociais (ALESSIO, 2015; GIOVANELLA, 2014).

Mesmo com uma importante expansão da ESF nos últimos anos, a capacidade de formação de médicos não acompanhou a mesma velocidade, assim como não se desenvolveram tecnologias suficientes para o planejamento adequado de recursos humanos em saúde (ALESSIO, 2015).

A partir dessa situação, aponta-se para a interiorização dos cursos e para uma distribuição mais igualitária entre as regiões do Brasil, objetivando reduzir as diferenças regionais em proporção de médicos e vagas de graduação por habitantes. No entanto, tem sido observado que esta expansão vem se realizando principalmente por meio de escolas de medicina privada, com custos inacessíveis para grande parte das famílias, o que indicaria objetivos não explícitos de realizar controle do mercado de trabalho médico por meio do aumento da oferta de profissionais (CAMPOS; JUNIOR, 2016).

Nesse contexto é lançado o Programa Mais Médico (PMM) no Brasil, instituído pela Lei nº 12.871 de 22 de outubro de 2013, como uma proposta para avançar na solução dos problemas da APS no SUS, com medidas que intervêm na formação, na estrutura e no provimento de médicos nos serviços de APS. A vinda de médicos estrangeiros para atuar na Atenção Básica, desencadeou grande reação negativa das entidades médicas, como muitas disputas ideológicas e judiciais (ALESSIO, 2015).

Quanto à cobertura e acesso efetivo às ações e serviços de saúde, o PMM, ao inserir profissionais médicos nas equipes, amplia a atenção à saúde em regiões carentes de profissionais e contribui para a expansão necessária da ESF. Em números, pode-se observar que a quantidade de equipes de Saúde da Família aumentou no País mais de 10% entre maio de 2013 e maio de 2014. A cobertura populacional do PMM nos 10 primeiros meses era de cerca de 30 milhões de pessoas, especialmente em municípios caracterizados como 20% de maior pobreza (MENDES, 2014; SOUZA; PAULLETE, 2015).

Uma primeira mudança qualitativa alcançada pelo PMM foi a maior interferência do Ministério da Saúde na Atenção Básica, competência quase que exclusivamente municipal. Assim, o PMM vem sendo realizado em articulação com municípios, mas o protagonismo do nível federal é maior em diversas dimensões. Para esse Programa, finalmente, o MS realizou planejamento nacional, responsabilizando-se

pela execução de grande parte das ações definidas no plano (CAMPOS; JUNIOR, 2016).

Ratificando a Lei do Mais Médicos, o Conselho Nacional de Educação aprova as novas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, em 2014, que determina reformulação do currículo médico, com expansão dos campos de conhecimento científico e de prática da Saúde Coletiva, Saúde Mental, Urgência/Emergência, Atenção Básica e Saúde da Família. Determina que, no mínimo, 30% do internato (que deve corresponder a, pelo menos, dois anos da formação) ocorra na Atenção Básica e em serviços de urgências do SUS (BRASIL, 2014).

Nesse sentido é apontado como atributo do PMM a indução da oferta e da formação de médicos. A literatura e as experiências de outros países revelam que a má distribuição e a falta igualitária de médicos devem ser enfrentadas pela associação de medidas regulatórias e incentivos, desde a formação inicial, passando pelo recrutamento, até a instalação e a fixação do profissional no local do trabalho. Não há solução única ou permanente, e são poucas as avaliações metodologicamente sólidas para mensurar e comparar índices de impacto e de custo-efetividade das diferentes iniciativas (ONO, 2014).

Portanto, neste cenário múltiplo e complexo da formação em saúde, a mudança da formação se estrutura em inúmeros processos e tentativas. O Homem é histórico e precisa olhar para o passado para entender seu presente e planejar seu futuro. Entendendo os movimentos anteriores, é possível fazer das novas experiências tentativas mais próximas do sucesso, além de proporcionar a valorização dos atores que vivenciaram as políticas anteriores (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

Ao se considerar as políticas indutoras de formação em saúde, desenvolvidas até os dias atuais, nota-se que a Constituição Federal de 1988 e a instituição do SUS são avanços essenciais ao desenvolvimento de políticas públicas de saúde no Brasil, esses valiosos progressos em virtude da melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população precisam se articular e evoluir para uma necessária revisão na formação de recursos humanos na saúde (CYRINO *et al.*, 2012).

Assim, é necessária a construção coletiva de novas políticas públicas, visando à pró-mudança na formação em saúde, focando os sujeitos envolvidos, professores, estudantes e usuários do SUS. O apoio a novas lideranças e o estímulo qualificador, não só financiador, é um dos caminhos para a reforma da educação superior em saúde (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010).

CAPÍTULO 3

3.3 RESIDÊNCIA EM SAÚDE: FORMAÇÃO EM SERVIÇO

(...) devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerente.

Paulo Freire

No capítulo seguinte, na perspectiva da formação em saúde no Sistema Único de Saúde propõe-se a apresentação da residência em saúde como política de formação descrita como “padrão ouro” dos profissionais de saúde, além de seu contexto histórico e os atores envolvidos nessa modalidade de ensino.

Residência em saúde: contexto histórico, formação em serviço e seus atores

No Brasil há duas modalidades de ensino de pós-graduação: o *stricto sensu* e o *lato sensu*. O primeiro tem por objetivo formar professores e pesquisadores, sendo conhecidos os cursos de Mestrado e Doutorado, já a segunda modalidade se vale da formação de profissionais para a assistência, gestão e ensino, dividida em especialização, aperfeiçoamento e residência (OLSCHOWSKY, 2001).

Assim, residência poder ser definida como uma modalidade de pós-graduação, no entanto, o termo designa diversos significados, tais como casa, lugar onde a pessoa reside no sentido de moradia (MICHAELIS, 2017). A etiologia do termo relaciona-se a ideia de moradia, pois historicamente, um dos requisitos básicos dos ingressos nos programas de residência era o de residir na instituição em que o curso era desenvolvido de modo que os alunos deveriam estar de prontidão para as funções no hospital de maneira integral (SILVEIRA, 2005).

Os primeiros programas de Residência surgiram dentro de instituições hospitalares e em regime de internato. Algumas pessoas envolvidas com esta modalidade de ensino apegavam-se erroneamente à tradução literal do inglês e só concebiam o residente como morador do hospital. “Essa interpretação é defendida por aqueles que dizem que a moradia fora do hospital possibilita atrasos no horário de entrada e faltas injustificáveis” (Porto, 1962, p. 21).

Nos dias atuais, os programas de residência não têm como requisito que o residente more na instituição em que o curso é desenvolvido, no entanto, um critério

estabelecido é de que o residente se dedique integralmente ao curso. Assim, com essa perspectiva compreende-se que o aprendizado do residente deva-se construir inteiramente na instituição de saúde em que ele atua (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Os Programas de Residência Multiprofissional em Área Profissional de Saúde foram implementados por meio da lei nº 11.129, com foco na qualificação de profissionais para atuarem no Sistema Único de Saúde. Surgem vinculados de modo estratégico, junto com os Ministérios da Educação e da Saúde, administrados pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS) (SILVEIRA, 2005).

A Residência Multiprofissional em Saúde apresenta-se como um caminho que proporciona ações inovadoras no campo da saúde baseando-se em princípios e diretrizes norteadoras que integram e contextualizam o Sistema Único de Saúde. Sua estrutura baseia-se na teoria em prática, que abarca, entre vários tópicos, um conceito ampliado de saúde, bem como, as ações em integralidade e interdisciplinaridade (ALMEIDA; SALAZAR, 2017).

Experiências de trabalhos baseados na integralidade e na interdisciplinaridade tiveram seu início em meio à atenção básica à saúde no fim da década de 70, dessa maneira, tais experiências são explanadas como pioneiras da RMS. Dentro de um cenário de mudanças econômicas, sociais e políticas, instalado nesse período, as ações multiprofissionais integradas configuraram a inovação dos serviços em saúde, tenderam a implantação das RMS, mesmo que segregadas e sem o suporte governamental (ALMEIDA; SALAZAR, 2017).

Desse modo, deve-se compreender a integralidade como a junção de práticas isentas de reducionismo e/ou fragmentação, onde a assistência é caracterizada por tratar os usuários como se não tivessem desejos, sentimentos e preocupações. Portanto, o cuidado integral deve ir além de tratar a patologia, cuidado deve ser pautado nos aspectos técnicos, sociais, econômicos, políticos, culturais e espirituais (SILVA, 2005).

Uma das estratégias para atuar no SUS sob a garantia do princípio da integralidade da assistência é o trabalho multiprofissional. Este surge no âmbito da saúde como sendo um recurso reorganizador dos serviços em saúde, com foco na atuação integrada entre os diversos campos de atuação nesse setor, objetivando uma

assistência integral e que seja capaz de envolver toda a amplitude pertinente ao cuidado em saúde (SILVEIRA, 2005).

Compreende-se o trabalho multiprofissional como o vínculo entre profissões divergentes que atuam de forma integrada a fim de proporcionar uma maior incontestabilidade da assistência integral à saúde. É necessário levantar debates acerca dos padrões de formação profissional para que se construa um novo cenário de educação para o serviço em saúde (SILVEIRA, 2005).

A partir da multiprofissionalidade percebe-se mudanças no trabalho em equipe e em seus resultados, pois, na rotina da prática profissional dentro da multiprofissionalidade os profissionais concentram a perspectiva de reconstruir seus métodos especializados, constituindo maneiras ampliadas para a intervenção. No cenário multiprofissional é possível se produzir novos conhecimentos circundados pelas divergências presentes nas diferentes profissões (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

A RMS, como sendo um método de ensino em serviço, foi pioneira no campo da medicina. Ao passar dos anos, a Residência Médica passou a ser reconhecida como um modelo indispensável para a qualificação desses profissionais, assim, há mais de trinta anos essa modalidade é considerada como o “padrão ouro” da especialização em medicina (BRASIL, 1977).

O programa de Residência Médica teve sua origem no final do século XIX, nos Estados Unidos da América (EUA), professores do John Hopkins Hospital deram início a uma programação direcionada ao treinamento de médicos depois de se graduarem. Em seguida, reconheceu-se esse programa como Residência Médica objetivando a especialização do médico após a sua graduação (SILVEIRA, 2005).

Dallegre e Kruse (2009) destacam que no Brasil esse método de educação foi consolidado historicamente como qualificação para graduados em medicina, veiculando o modelo dominante da prática por especialidade, por atuação livre, individual, curativa e particular, aspectos pertinentes a esta profissão do campo da saúde.

No Brasil, a Universidade de São Paulo (USP) foi pioneira em implantar os programas de Residência Médica no ano de 1945, posteriormente o Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro adotou o modelo em 1947. Em seguida, essa modalidade de qualificação médica se espalhou vagarosamente pelo Brasil, sendo consolidada na década de sessenta (SILVA, 2005).

Em 1970, no Brasil, consideram-se os programas de residência médica como uma estratégia pedagógica ideal para a qualificação do médico. Implantada por meio do Decreto nº 80.281, em setembro de 1977, foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica e normatiza a Residência Médica como uma modalidade de ensino de pós-graduação (SILVA, 2005).

O Decreto nº 80.281, de 1977, consolidou a Residência Médica como uma categoria em nível de pós-graduação *lato sensu*, que pode ser ou não ter vínculo com escolas médicas, sendo realizada pelo método de educação em serviço. A CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica tem a responsabilidade de avaliar, credenciar e editar as normas e diretrizes para o funcionamento do programa (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Em 1981, o programa de residência médica foi regulamentado pela Lei nº 6.932, como uma categoria de ensino em nível de pós-graduação destinada aos graduados em medicina, baseada na prática em serviço, no modelo de empenho exclusivo, com supervisão de profissionais com formação mais elevada (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

A COREMU (Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde e em Área Profissional da Saúde) foi criada como sendo o órgão de caráter informativo e deliberativo que rege e compõe a residência multiprofissional, tal órgão é composto por vários atores inseridos no programa de residência (UFU, 2017).

É importante destacar as inúmeras vantagens existentes no programa de formação em serviço, pode-se apontar a diminuição dos gastos com a junta médica (utiliza-se a mão-de-obra do médico-residente), bem como, a renovação de residentes a cada ano, pois o aluno novo trás consigo novas idéias, e um vigoroso desejo de aprender e trabalhar, assim, tais aspectos revigoram o serviço. Outro ponto importante seria a vantagem no processo de construção de conhecimento do aluno, pois, a Residência destaca-se entre os demais esquemas de pós-graduação, sendo um dos mais promissores projetos de qualificação e aprimoramento, isso porque dispõe de uma carga horária de atividades práticas muito maior do que outros esquemas de especialização (LIMA; PORTO, 1977).

Dessa maneira, o êxito dos Programas de Residência Médica, certamente, impactou a criação do Programa de Residência em Enfermagem, sendo desenvolvida de forma semelhante ao programa na área da medicina, entre outras semelhanças, no campo da Enfermagem, a Residência teve origem nos EUA e, em seguida, espalhou-se

pelo resto do mundo (LIMA; PORTO, 1977). Simultaneamente ao histórico dos programas de Residências Médica e de Enfermagem, originou-se a primeira Residência Multiprofissional do Brasil, no estado do Rio Grande do Sul, no ano de 1997, no campo da atenção primária (MIOTO *et al.*, 2012).

Os Programas de Residência Multiprofissional em saúde e em área profissional da saúde existem desde 1975, e foram regulamentados em 2005, por meio da Lei nº 11.129. São direcionados pelas diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), baseando-se nas carências e cenários locais e regionais, circundam as seguintes profissões em saúde: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Resolução CNS nº 287/1998).

Desse modo, os Ministérios da Saúde e da Educação estão pactuados em prol do favorecimento da qualificação de trabalhadores em saúde no SUS e, especialmente, em campos prioritários. A política da Gestão do Trabalho e Educação por meio do Ministério da saúde se preocupa com as carências em saúde da população e acredita que o processo educativo é o caminho para transformar tal realidade. Assim, utiliza-se métodos em Educação Permanente como sendo o elemento que atravessa e muda a realidade e adéqua a formação de acordo com a demanda do SUS (BRASIL, 2012).

A experiência da implantação da residência multiprofissional foi transformadora, uma vez que foi o primeiro programa a integrar mais de uma classe profissional, desse modo, foram oferecidas vagas para profissionais de enfermagem, serviço social e medicina veterinária (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

Assim, compreende-se que a RMS é um ambiente que (trans)forma trabalhadores da saúde inseridos na junção ensino-serviço, assim, vincula-se como elemento de educação constante, tendo como uma das suas principais características o cuidado e a interdisciplinaridade que opera o trabalho pautado na integralidade. O programa é realizado com pauta na prática profissional supervisionada que deve ser proporcionada em âmbito laboral qualificado, que possua quadro técnico-profissional com titulação profissional ou acadêmica adequada e de aparelhamentos apropriados a educação em trabalho, visando promover o aumento da habilidade de dialogar, bem como, alcançar um amplo entendimento das carências de saúde do indivíduo/coletivo (BRASIL, 2006).

Educação Em Serviço

A educação em serviço, argumento proposto aos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde evolui ao passo que se torna capaz de proporcionar uma educação vinculada a prática profissional, desse modo, potencializa a mesma, por meio do diálogo, encontro de pessoas e pela transformação constante de si e do mundo (CARVALHO; NEPOMUCENO, 2008).

Esse método de qualificação busca a superação da pobre e passiva propagação de informações necessárias a uma formação profissional de qualidade para o SUS. Ao levar em frente uma possibilidade de se aprender de modo crítico e ativo tem-se uma inclusão social mais densa o que permite que haja um trabalho coletivo em prol do compromisso com a construção da sociedade que desejamos (CARVALHO; NEPOMUCENO, 2008).

A educação é um fenômeno de ordem social e universal. É uma ação essencial ao desenvolvimento da sociedade, assim, tal fenômeno precisa zelar pela qualificação de seus indivíduos, oferecendo-lhes assistência para o desenvolvimento de suas habilidades físicas e espirituais e aprontando-os para atuarem de maneira transformadora nos vários aspectos da vida em sociedade. O conhecimento construído por meio do processo de educação tem se transformado de maneira rápida ao longo do tempo, dessa forma, é preciso que se busque a atualização e relação dos saberes (MORIN, 2002).

Nesse cenário, elencam-se dois processos educativos que dão prosseguimento a formação depois da graduação, são eles: a educação continuada e a educação permanente. É importante destacar que a educação continuada é uma iniciativa institucional e/ou profissional, e acontece, por exemplo, a partir da realização de palestras e eventos técnico-científicos. Contudo, nem sempre a prática profissional está relacionada a essas iniciativas e, nem sempre resultarão na evolução das ações (CUNHA; VIEIRA; ROQUETE, 2013).

A educação continuada circunda as práticas em ensino depois da graduação (especialização), tem um tempo determinado e usa métodos tradicionais, de modo que a educação permanente se baseia em dois aspectos: As carências do sistema de trabalho e a crítica inclusiva ao trabalho (MOTTA, 2002).

Desse modo, a RMS é considerada como um ambiente propício para o avanço das práticas de Educação Permanente em Saúde, ambiente este que pode se

configurar como um poderoso mecanismo transformador que promova as mudanças almeçadas pelos profissionais de saúde objetivando alicerçar as diretrizes do SUS. O Ministério da Saúde acolheu a EPS como uma das colunas da estruturação de novas ações em saúde no sistema democrático, as quais são aptas a proporcionar auxílio integral e de qualidade em prol dos cidadãos usuários do SUS (BRASIL, 2004).

A Educação Permanente em Saúde relaciona-se à educação em serviço pelo fato de envolverem-se com os conteúdos, recursos e instrumentos que permitam a qualificação técnica exposta a um programa que transforme o direcionamento político da atenção prestada. Enquanto o objetivo da EPS for à constituição de grupos institucionais e o investimento em carreiras determinadas pelo trabalho e tempo específico, esta corresponde a Educação Continuada (CECCIM, 2005).

Assim, a Educação Continuada em Saúde, na medida em que compete em prol da evolução cotidiana das ações, se inclui em uma constituição de vínculos e métodos que permeiam desde o núcleo das equipes atuantes até as ações em conjunto de setores e instituições que estão inseridas na mesma política (CECCIM, 2005).

Ceccim e Feuerwerker (2004) destacam o fato de que as instituições educadoras têm propagado métodos fundamentalmente tradicionalistas, baseados em instrumentos e esquemas orgânicos e recursos tecnológicos fortemente especializados, que dependem de mecanismos e instrumentos de suporte terapêutico e diagnóstico.

A formação não pode se referenciar somente na eficácia da investigação diagnóstica, assistência, terapia, prognóstico, causas e prevenção de patologias e agravos e sim a busca pelo desenvolvimento de condições de assistência às carências da população da administração do setor e do controle social em saúde, permitindo que as pessoas desenvolvam sua autonomia e possam colaborar para a construção de políticas e ações em assistência (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A educação em saúde deve objetivar promover mudanças nas ações profissionais e no próprio ambiente laboral, constituindo-se por meio de questionamentos sobre a estrutura de assistência e sua capacidade de acolher e cuidar de diversas pessoas e situações inerentes a saúde-doença. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Versar sobre a relatividade da qualificação e desenvolvimento do trabalhador do SUS não é tão simples, especialmente do ponto de vista que destaque elementos conceituais que dão base e estruturam a criação de políticas públicas na área, ao passo que, considere todo o histórico já construído de modo a colaborar com a

tomada de decisão e atitude política da administração no contexto de trabalho e educação. Considera-se que o processo de formação do servidor é concebido por meio das relações interpessoais estabelecidas com o mundo, e de forma mais complexa, pela compreensão da sociedade como um ambiente criador do homem (PEREIRA; RAMOS, 2006).

A partir da criação do SUS, através da Lei Orgânica da Saúde em 1990, e com a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, notou-se a necessidade da integração da realidade dos serviços prestados com o processo educativo. A adequação dos aspectos políticos e organizacionais tornou-se essencial para os trabalhadores que estavam prestes a serem incorporados no ambiente laboral (BRASIL, 2006).

A reestruturação do desenho tecnoassistencial do SUS, baseado nos conceitos da equidade, integralidade, universalidade, intersetorialidade, resolubilidade, humanização da assistência e atuação social, ainda é uma grande afronta para todos os envolvidos nas políticas públicas em saúde. Diversas proposições têm sido incorporadas no modelo de assistência a saúde no Brasil, assim, após a década de noventa ocorreu à união de políticas em prol da reconstrução da assistência básica em saúde, direcionada, especialmente pelo Programa de Saúde da Família (SILVA-JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Desse modo, os trabalhadores em saúde precisam unir as variáveis biopsicossociais para a assistência a população, com novas maneiras de atuar e realizar a prática, com o objetivo de atender a todas as demandas de saúde de diversos indivíduos (SILVA-JUNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Contudo, o SUS ainda não agregou de maneira efetiva, em seus conceitos, o lugar que o “trabalho” tem na vida nas pessoas e seus vínculos com a sociedade e o ambiente, ou seja, a função que o trabalho tem no estabelecimento do transcurso saúde-doença, não somente dos servidores ligados diretamente as ações fecundas, como também da sociedade em geral e dos efeitos que tais ações causam (HOEFEL; DIAS; SILVA, 2007).

Adentrar na rede de serviços sugere a associação dos elementos ensino e serviço, entendida pelo trabalho em conjunto acordado, vinculado e incorporado cercando trabalhadores, docentes e residentes integrantes das equipes. Tal inserção abre as portas para as batalhas do “mundo do trabalho” (ANTUNES, 1998).

O SUS está amparado pela Constituição Federal e legalizado por Leis, todavia, são muitos os empecilhos para que seja consolidado, os obstáculos estão relacionados à necessidade de substituir uma prática arraigada em ações curativas, na atenção hospitalar e na isolação de cada especialidade por uma prática pautada na valorização da integralidade, na assistência humanizada e na promoção da saúde. O principal sinal de que é possível fazer funcionar um novo método de assistência é a qualificação profissional em acordo com as novas demandas das ações em saúde (MERHY; FEUERWERKER; CECCIM, 2006)

No decorrer da história da estruturação do SUS, incluído em uma política de saúde, considera-se aspectos vinculados as mudanças no mundo do trabalho com repercussões diretas aos trabalhadores, entre essas, condições reais de trabalho, com pouco ou nenhum recurso material e/ou financeiro, fragilidade ou inexistência da gestão de pessoas, o que permite a reprodução de ações tecnicistas e dogmáticas advindas do modelo biomédico (MERHY, 2002).

No âmbito da saúde, os promotores da saúde, seja o enfermeiro, médico, dentista, psicólogo, auxiliar ou técnico de enfermagem, entre muitos outros, relacionam-se com os usuários, e estes consomem o profissional enquanto ele produz (CAMPOS, 1994).

Encontra-se na Política Nacional de Saúde do Trabalhador (2005), um método de assistência integral à saúde dos trabalhadores, este, objetiva melhorar as ações em saúde, circundando a assistência aos trabalhadores que se acidentam no trabalho, a trabalhadores doentes, as urgências e emergências, às práticas de promoção e cuidado da saúde e vigilância, direcionada por diretrizes imunológicas.

Para tanto, deve-se obedecer ao que rege a atuação interdisciplinar e o uso de instrumentos, conhecimentos, práticas originadas de diversos campos do saber, dispostos a serviços do que os trabalhadores necessitam (MERHY, 2002).

A realidade das carências em saúde demandarem diversos fatores necessita de práticas que não podem ser efetuadas por ações extremadas de um só profissional, havendo a necessidade de recompor os serviços especializados tanto dentro de um mesmo campo profissional, bem como, na vivência interpessoal/profissional (SCHAIBER *et al.*, 1999).

Os Programas de Residência Multiprofissional, especialmente, precisam ser estruturados para promover a evolução dos eixos específicos de conhecimentos e práticas de cada profissão em sua especificidade e no âmbito do cuidado, o que é

partilhado a todas as profissões da saúde. Na RMS existem tarefas e experiências nas quais todos os profissionais envolvidos devem estar em grupos e outras específicas a serem desenvolvidas cada uma em sua área, assim, o todo e as partes devem estar ligados para o progresso de vivências comuns, bem como, de valências específicas (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde apóia os programas de Residência Multiprofissional em Saúde desde 2002, o projeto ReforSUS é mediador do apoio. No ano de 2003 foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde parte integrante do MS, com isso, instaura-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, regulamentada pela Portaria n° 198, de 13 de fevereiro de 2004. Visando proporcionar a qualificação de profissionais, bem como, colaborar para a transformação da estrutura tecnoassistencial do Sistema Único de Saúde, estabeleceu-se o plano de financiamento regular para as Residências Multiprofissionais de Saúde no Brasil, investindo em sua potencialidade político-pedagógica (BRASIL, 2006).

A determinação do custeamento regular dos Programas de Residências Multiprofissionais de Saúde no Brasil e o investimento no seu potencial político e pedagógico, se propõem a permitir tanto a qualificação de profissionais, bem como, colaborar com o aperfeiçoamento da estrutura tecnoassistencial do SUS (BRASIL, 2006).

A publicação da LEI n° 11.129, de 30 de junho de 2005, que implementou a Residência em Área profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, iniciou o decurso de normatização da RMS. O Ministério da Saúde, exercendo sua função de gestor, criou, através do Departamento de Gestão da Educação em Saúde, a portaria n° 1.111, de 5 de julho de 2005, portaria n° 1.143, de 7 de julho de 2005 e portaria interministerial n° 2.117, de 3 novembro de 2005, as quais regulamentam a lei e subsidiam o financiamento das RMS (BRASIL, 2006).

O MS financiou a criação de 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família no ano de 2002, ainda que tenham como elemento norteador as normas da CNRM, funcionam de formas diferentes (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

A Secretaria de Gestão do Trabalho e de Educação na Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, tem poder decisório, status institucional e recursos financeiros próprios que proporcionam ações e traça estratégias para transformação da realidade do

trabalho e educação em saúde, dessa maneira constitui um elemento importante na conquista dos movimentos sociais em prol do SUS (BRASIL, 2006).

Os programas de RMS possuem um potencial transformador em meio às práticas em saúde, e intencionalmente, mobiliza toda a rede de colaboradores. Dessa maneira, questiona e anseia pela exploração de fundamentos políticos sociais nos ambientes das práticas em saúde, bem como na administração e no poderio social, possibilitando a conclusão de um ciclo com alto potencial de formação em conceito (RODRIGUES, 2016).

O desenvolvimento de ações pautadas na interdisciplinaridade é de grande importância, uma vez que possibilita a partilha de saberes por meio da ética e do respeito em meio às relações, a formação e qualificação dos profissionais beneficiam não só eles mesmos no sentido de construir novos conhecimentos como também impacta de maneira benéfica na rotina da população. Para alcançar a efetividade da interdisciplinaridade é essencial que os profissionais estejam dispostos a atuarem de forma democrática, flexível e solidária (CHIRELLI, 2002).

O trabalho em grupo requer uma ação coletiva para a construção das práticas em saúde, onde os contratempos estarão sempre aparentes, é necessário que sejam discutidos e superados. A estruturação de um grupo possibilita a troca de saberes e a busca de uma melhor estratégia terapêutica, sendo a cooperação peça-chave para fortalecer o funcionamento da equipe (CHIRELLI, 2002).

Contudo, o caminho para se construir o trabalho coletivo não é fácil, deve haver confiança e companheirismo. Nesse sentido, o trabalhador incluído nesse cenário necessita refletir acerca da sua atuação no trabalho e considerar o fato de que o grupo é que sustenta o “fazer” agregado e que a procura pelas perspectivas dão suporte ao crescimento do seu fazer (PEDUZZI; 1998).

Considera-se que as ações coletivas multiprofissionais referem-se a um modo de trabalho conjunto que se baseia no vínculo recíproco entre os diversos procedimentos técnicos e a relação dos profissionais de diferentes áreas. Por meio do diálogo permite-se a vinculação das práticas multiprofissionais e a colaboração (PEDUZZI; 1998).

Destaca-se que os modelos de qualificação das áreas profissionais devem se importar no sentido da dimensão e direcionamento ético pertinentes a eles. Nesse sentido, as residências permitem a ampliação do processo de formação, na qual a

atuação em conjunto permite construir elementos teórico-práticos, sem deixar de lado cada especificidade da formação de origem (RODRIGUES, 2016).

Desse modo, programas como os de RSM são potencializados pela expectativa do trabalho em equipe, a constituição de práticas interdisciplinares, uma vez que o que as incorporam é o fato de trabalhar almejando uma conquista em comum, neste caso, a defesa das políticas e diretrizes do Sistema Único de Saúde, como sendo um direito de todos (RODRIGUES, 2016).

A estruturação do SUS objetiva diminuir a brecha que ainda existe em meio aos direitos estabelecidos pela lei, onde “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, e a capacidade de oferecer a toda a população brasileira serviços de atenção a saúde (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

A partir da implantação do Programa Saúde da Família em 1994, é proposto um novo método de assistência para o SUS, com foco na atenção primária e em proporcionar saúde para as famílias. Refere-se a uma transformação com ênfase tanto individual quanto coletiva e familiar pautada em ações que proporcionem cura e reabilitação (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006). Esse programa se configura como principal processo estratégico reestruturador da atenção básica no (SUS), sua ampliação e implementação influenciou todo o país. O que fundamenta tal sistema são os princípios da equidade, qualidade, integralidade e atuação social. Por meio do cadastro dos usuários, as Equipes Saúde da Família (ESF) agregam-se a comunidade, permitindo que haja compromisso e responsabilidade recíproca dos profissionais para com a sociedade (BRASIL, 2007).

A ESF incentiva e fortalece um sistema de serviço em saúde diferenciado. Tem por objetivo provocar mudanças nas ações convencionais e vedadas perante a atuação multiprofissional, com foco na integralidade constante quanto à assistência a famílias e indivíduos, sendo que o assistencialismo para com os indivíduos é realizado em territórios determinados (CORDEIRO, 2000).

Nesse sentido, o programa de residência proporciona a possibilidade de formação não apenas para os residentes, como também para o sistema que opera o programa, pois, impulsiona a reflexão sobre as ações desenvolvidas e as perspectivas e demarcações para transformá-la (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Por esse lado, veem-se boas expectativas quanto ao rompimento de protótipos rumo a construção de um novo método de atenção à população, através da qualificação dos profissionais para a preservação do SUS. As transformações precisam

ser intensas e contínuas, os atores devem estar conscientes do processo e dos resultados que buscam. Mais do que estar conscientes devem estar comprometidos com o trabalho, adotar a estratégia e construir o ambiente, dentro e fora, para ter um resultado sólido e firmado (GONZALES; ALMEIDA, 2010).

Para que haja uma nova educação em saúde, é de fundamental importância o vínculo entre o setor interministerial e a política do estado. Destaca-se que não é certo esperar das instituições que o redirecionamento seja espontâneo, pelo que orienta o SUS. Para agir em prol dos processos de mudança é imprescindível delegar caminhos paralelos sempre com foco no SUS, sem abandonar interesses individuais, apenas colocando o interesse coletivo à frente, dessa maneira, o acesso aos resultados almejados torna-se mais fácil (GONZALES; ALMEIDA, 2010).

Nesse cenário, a Portaria Interministerial nº 45, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a “Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde” e institui a “Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS”, é resultado da mobilização nacional em prol da certificação do programa de residência enquanto uma categoria de qualificação, estruturada por setores governamentais, representantes da área da saúde, residentes, preceptores e coordenadores de programas (BRASIL, 2007).

O serviço em saúde ocupa-se de um modo próprio, intenso, amplo, agitado, heterogêneo, na qual diariamente indivíduos apresentam-se com algum agravo de saúde, buscando junto aos servidores em saúde, cessar qualquer problema. O instante em que se trabalha é comum ao tempo em que ocorre o encontro entre servidor e usuário. Esse encontro é marcado por sofrimento, dor, saberes, conhecimentos, serviços assistenciais, vivências pessoais, subjetividades que impactam servidores e usuários. Portanto, existe um contexto amplo a ser estudado, especialmente porque objetiva-se promover o cuidado (CAMPOS, 2000).

Assim, o trabalho na perspectiva multidisciplinar exige modéstia e disposição por parte de cada trabalhador, na medida em que se caracteriza como sendo um processo de reconhecimento de funções diversas com relação a um mesmo elemento. Também é preciso que se construam novos mecanismos para o trabalho transdisciplinar, onde os trabalhadores possam colaborar de forma recíproca frente aos seus impedimentos (PEDUZZI, 1998).

É relevante observar que, conforme os estudiosos do assunto, a transdisciplinaridade refere-se à relação entre disciplinas, ou seja, a comunicação e a

colaboração entre as diversas áreas do saber, por meio do reconhecimento de funções diferentes em relação a um mesmo elemento (PEDUZZI *et al.*, 2012).

Apesar de ser possível considerar a especificidade no conceito de transdisciplinaridade, que se refere à relação dos saberes, é importante considerar também que quem a busca tem como carência o trabalho em grupo, pois, para uma ação transdisciplinar, é essencial a junção de vários trabalhadores a serviço em equipe. Outro ponto a se considerar é que o trabalho em conjunto se baseia no saber fazer que permita desenvolver habilidades e competências para a prática interdisciplinar na saúde, desse modo, compreende-se que é necessário saber trabalhar em grupo para garantir a interdisciplinaridade (PEDUZZI *et al.*, 2012).

Cabe enfatizar que a qualificação do profissional em saúde, será sempre interdisciplinar mesmo que tenha uma só profissão, pois, adentrar ao processo saúde-doença requer o conhecimento dos diversos fatores determinantes, bem como, os caminhos para além da margem anatomopatológica, o que permite que seja criada uma ampla gama de conteúdos em cada uma das áreas profissionais. Assim, a educação em saúde se torna interdisciplinar baseada na vinculação e co-relação dos diferentes saberes de cada área, não sendo, neste modelo, uma relação interprofissional (PEDUZZI, 1998).

Atores Envolvidos

O quadro de profissionais envolvidos no programa configura-se basicamente pela presença de residentes, preceptores, supervisores, coordenadores e docentes, a cada um são delegadas funções específicas que colaboram para o bom desenvolvimento do projeto.

Nesse sentido, deseja-se que o perfil dos profissionais em saúde seja generalista e problematizador, estes devem estar preparados para realizarem um trabalho de modo multiprofissional, pautado no que propõe o SUS. Esses quesitos são necessários para que a integralidade na atenção e o combate dos riscos a saúde sejam efetivos e realizados no âmbito laboral (DINIZ *et al.*, 2013).

O residente por sua vez, deve ter um senso crítico-reflexivo, baseado no rigor intelectual e científico, atuando de maneira interdisciplinar e integral, pautado nos elementos éticos, regulares e humanísticos para a atenção ao usuário. Deve também considerar aspectos sociais, culturais, espirituais, epidemiológicos e subjetivos, assim

utiliza-se o ensino, a pesquisa e a gestão para suprir as necessidades da população (BRASIL, 2006).

O Preceptor é o profissional efetivo que trabalha na equipe multiprofissional de saúde do hospital ou da rede de assistência básica em saúde, e realiza as seguintes funções:

- Supervisiona, orienta e acompanha o residente na sua prática diária;
- Planeja juntamente com o tutor as atividades a serem feitas no período de estadia do residente no campo de atuação, tendo como referência as diretrizes do SUS, bem como, as competências e capacidades técnicas requisitadas no campo da prática;
- Realizar reuniões de grupo com os alunos, planejar ações para a prática, considerar particularidades para a assistência individual e coletiva, formação em saúde, atendimento domiciliar e/ ou em espaços comunitários (BRASIL, 2014).

O supervisor por sua vez, supervisiona as práticas do residente no ambiente laboral, suas funções são: além de supervisionar, acompanhar, avaliar e oferecer apoio teórico e prático para os supervisionados, bem como, planejar em conjunto e dar suporte ao preceptor nas ações em campo (BRASIL, 2014).

A função de coordenador do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde cabe a um profissional que tenha no mínimo título de mestre, bem como, experiência profissional mínima de 03 (três) anos no âmbito de formação, assistência ou administração em saúde (DINIZ *et al.*, 2013). São responsabilidades da coordenação do Programa:

- Desempenhar os propósitos do órgão deliberativo;
- Assegurar a implantação do programa;
- Coordenar o esquema auto-avaliativo do programa;
- Estruturar o processo de análise, evolução e aceitação de mudanças no projeto junto ao órgão deliberativo;

- Proporcionar a capacitação do quadro de docentes;
- Intermediar os acordos entre as intuições em prol de ações conjuntas em prol da gestão, ensino, pesquisa extensão;
- Promover a vinculação do programa com outros da mesma modalidade;
- Potencializar a inserção de residentes, preceptores e tutores na construção de projetos que beneficiem a rede de atenção e o SUS;
- Fomentar a vinculação entre a Política de Educação Permanente em Saúde e as Políticas Nacionais de Educação e da Saúde;
- Incumbir-se da documentação da residência e atualização de informações perante as exigências institucionais locais de regência do programa e à CNRMS (DINIZ *et al.*, 2013).

Já o docente é o profissional articulado junto à instituição educadora que está inserida na construção das praxes teóricas e práticas propostas pela ementa do curso. De acordo com a resolução nº 2/2012 da CNRMS, são competências do docente:

- Articular com o tutor estratégias que estimulem a atuação de residentes e preceptores nas ações de intervenção e pesquisa;
- Apoiar aos coordenadores dos programas quanto à construção e realização de ações de educação permanente em saúde para preceptores da instituição realizadora; nortear e analisar os trabalhos de conclusão de curso, de acordo com as diretrizes do órgão deliberativo do programa (DINIZ *et al.*, 2013).

A configuração do quadro de profissionais com função específica é imprescindível para efetivar a atenção integral em saúde, esforçar-se em conjunto é essencial, uma vez que o trabalho coletivo é uma precisamente primordial no âmbito da assistência a saúde (CECCIM, 2005).

Ao pensar na relevância da integralidade e do trabalho coletivo, o trabalho em saúde apresenta-se numa ótica interdisciplinar, desse modo todos os profissionais envolvidos colaboram com suas opiniões, proporcionando o surgimento de estratégias terapêuticas sem limites disciplinares ou padrões meritocráticos (CECCIM, 2004). Confirmando a importância da atuação interdisciplinar e multiprofissional, Junior-Camargo (2007) destaca que:

É imperativo reconhecer que indivíduos isolados, ou mesmo categorias profissionais inteiras, são limitados a dar conta de fato do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos que sofrem. Isto coloca o trabalho interdisciplinar e multiprofissional como necessidade fundamental. É uma estratégia mais exequível e desejável do que a tentativa de criar superprofissionais de saúde, capazes de atenderem a toda e qualquer necessidade da clientela, mesmo as não percebidas (Camargo-Junior., 2007, p. 41)

Em contrariedade a uma estruturação padrão, pautada em protocolos, aspectos técnicos e diretrizes que controlam a atuação, o trabalho em equipe, dispõe de coletivos organizados construídos por indivíduos flexíveis e abertos que se permitem encontra-se e construir um diagrama que organiza e/ou desorganiza se preciso, em prol do bom funcionamento das ações em saúde (CECCIM, 2004).

É notório que a qualificação possibilitada através da EPS e RMS necessita de encontros com o outro, com o conhecimento no ambiente escolar e com ambiente laboral para que assim a saúde seja promovida. Assim, o conhecimento construído em sala de aula em conjunto com a preceptoria, não deve ser desmembrado do conhecimento construído no ambiente de prática (LOBATO, 2010).

Nesse sentido, enfatiza-se o fato de que preceptores e residentes dispõem do entendimento de que o residente é capaz de adotar a interdisciplinaridade em sua atuação dentro do campo profissional. Em conformidade, a qualificação dos residentes, desenvolvida em ambientes profissionais que permitam o diálogo acerca da educação permanente, deve ser considerada como um processo, e não apenas, como algo assíduo e preciso, pois, por meio da formação, os residentes encontram a oportunidade de construir e desenvolver suas competências, atitudes, habilidades e conhecimento (LOBATO, 2010).

Assim, é fundamental que se estimule questionamentos acerca do real, encontra-se dia a dia com a rotina apresentada, para que assim seja estabelecida a intimidade necessária entre os conhecimentos construídos socialmente e a experiência do âmbito laboral (FRANCO *et al.*, 2012).

Desse modo, a estratégia pedagógica da RMS determina que é esperado do residente a construção do pensamento crítico-reflexivo que se transponha em um compromisso com a disponibilidade de métodos de ação, baseadas nas diretrizes do SUS, as quais objetivam o suprimento das necessidades em todas as categorias de assistência do sistema (FRANCO *et al.*, 2012).

Além disso, na estratégia pedagógica da RMS apresentam-se princípios políticos pedagógicos que permeiam a qualificação dos residentes, cujas mesmas conduzem o residente a construir saberes, tornando-o capaz de não só fazer questionamentos em sua rotina de atuação, bem como, apresentar possibilidades de intervenção (BRASIL, 2006).

Em acordo com os princípios pedagógicos da RMS, os princípios que direcionam a EPS objetivam a (re)organização dos projetos em saúde, das ações e dos trabalhos em prol da saúde desenvolvidos com o intuito de permitir mudanças de padrões (LOBATO, 2010).

Portanto, pondera-se que os ambientes formadores, em que as RMS colaboram para que profissionais com diversas formações, prontos a caminhar entre os diversos saberes, associem seu conhecimento específico na estruturação do trabalho, permitam tanto a partilha de atividades quanto conferir funções a outros trabalhadores em saúde, dentro do método colaborativo (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Por meio dessa qualificação acredita-se que o residente, se torne um profissional apto a desenvolver mudanças nas ações em saúde, transformar e inovar o sistema a fim de proporcionar assistência e gestão com qualidade e integralidade para os usuários deixando para trás o padrão biologicista (DINIZ *et al.*, 2013).

O profissional da saúde é o principal mecanismo que o SUS precisa para dispor de assistência em saúde. A formação original desses trabalhadores encontra-se com o modelo de cuidado que o país considera, desse modo, forma-se profissionais sem preparo para atuar nos níveis de assistência que mais precisam de profissionais. Proporcionar ambientes que qualifiquem profissionais em saúde e que direcionem sua atuação em prol do SUS é uma grande carência (SALVADOR *et al.*, 2011).

É possível compreender o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde como um ambiente propício para se construir novos conhecimentos e vincular diferentes esperas profissionais, bem como um ambiente formador para profissionais compromissados com o SUS. A RMS caracteriza-se como uma ação livre da soberania

e que proporciona experiência novos métodos na assistência, com o objetivo de desmitificar ações antigas (PEDUZZI *et al.*, 2013).

Corriqueiramente surge a necessidade de corrigir o modelo de assistência à saúde, bem como, buscar uma nova formação para que os indivíduos cuidados e os cuidadores tenham autonomia para traçarem os melhores caminhos, pois, é importante que a sociedade adote a mesma postura audaciosa que teve ao criar uma estrutura pautada nos princípios integralidade e universalidade do cuidado a saúde, para então pensar e construir estratégias inovadoras que caminhem na mesma direção do SUS, nesse cenário, a RMS é seguramente uma boa estratégia (DINIZ *et al.*, 2013).

Para os profissionais de saúde, a implantação da RSM, possibilitou a ampliação da perspectiva teórico-prática, bem como, da percepção dos profissionais sobre o campo de atuação. A residência fortalece as ações em saúde por meio da assistência integral. Desse modo, o programa de residência é considerado como uma colaboração para que os níveis de atenção à saúde sejam transformados e evoluam para a construção de um modelo inovador (SALVADOR *et al.*, 2011).

Como citado anteriormente, é preciso que a sociedade tenha a mesma audácia investida na criação do Sistema Único de Saúde para melhorar estratégias já existentes e se fazer-pensar em novas. Assim, não cessa aqui a estruturação dessa modalidade, reflexões que se refiram a (re)estruturação pautada na melhora sempre serão bem-vindas (SALVADOR *et al.*, 2011).

Desse modo, nota-se a necessidade da união entre serviço, ensino e sociedade para que a estratégia da residência se consolide como uma das possibilidades de mudanças quanto a educação. Não há como alcançar tais mudanças de maneira isolada, a parceria entre setores permite a construção de um ambiente favorável a expansão da gestão dos projetos de mudanças e possibilita enxergar e enfrentar limites e conflitos (LOBATO, 2010).

Portanto, fica imposto um grande desafio para as instituições formadoras de profissionais em saúde, pois, é necessário se pensar que as práticas em saúde se desenvolvem em amplos contextos fortemente diversificados, e que devem se basear nas carências de saúde da população, tendo como eixo norteador o que dita o SUS (BRASIL, 2006).

CAPÍTULO 4

3.4 SER PROFESSOR

Onde quer que haja mulheres e homens há sempre o que fazer, há sempre o que ensinar, há sempre o que aprender.

Paulo Freire

Nesse capítulo, procurou-se apresentar as diversas figuras que o professor assumiu ao desenrolar da história, sua idealização, “seus modos de fazer”, práticas e experiências, além da construção da identidade profissional, foi necessária a confecção desse capítulo devido ao preceptor, enquanto professor ser um ator indispensável para a formação dos residentes.

O que é ser professor?

O ofício docente ocorre desde a antiguidade e antecede as instituições de ensino e até mesmo o surgimento da escrita. Tendo o seu início com a necessidade de repassar informações consideradas importantes àqueles que rodeavam as pessoas tidas como detentoras do conhecimento do mundo que os cercam (SÁ; ALVES NETO, 2006).

Nos primórdios, os requisitos básicos para a atuação como docente eram a observação atenta e o empirismo, onde eram considerados professores aqueles que observavam de forma atenta as palavras dos mestres e as reproduziam da mesma forma que as adquiriam. Dessa forma, o exercício docente se configurava como as demais profissões realizadas de maneira informal (SÁ; ALVES NETO, 2006).

De acordo com Nóvoa (1995) a atividade docente inicia-se de maneira subsidiária; sendo ocupada por leigos e religiosos; não requerendo especialização para o exercício da docência. Contudo, a docência configurou-se como profissão a partir da transformação de algumas congregações religiosas em congregações docentes. A partir de então, os jesuítas e oratorianos passaram a desenvolver um corpo de saberes e de técnicas e um conjunto de normas e de valores voltados para o exercício da docência.

Com a criação do corpo de saberes e o conjunto de normas, dificultou-se a concepção da docência como atividade subsidiária, tornando assim os professores mais ativos no processo de ensino e a educação, tornando-os assunto de especialistas, pois, devido à contribuição dos professores para o desenvolvimento de técnicas de ensino, abordagens pedagógicas e ampliação da grade curricular de ensino, a docência passa a ser encarada como atividade primária, sendo necessários mais dedicação, tempo e esforço para exercer esta profissão (NÓVOA, 1995).

No século XVIII, a partir da união do Estado e corpo docente, passou a ser proibida a prática do ensino sem autorização do Estado, o qual concedia a licença para o exercício da docência após uma série de avaliações de condições requisitadas para a realização da atividade docente. A criação da licença para o ensino é considerada um grande marco no processo de profissionalização dos professores, pois a partir deste instrumento são definidas as características e o perfil deste profissional, assim, valorizando e legitimando a profissão de professor (NÓVOA, 1995).

A imagem do professor sofreu transformações importantes ao longo do tempo e isso proporciona uma redefinição da sua função em relação às mudanças que influenciam as relações de seu exercício. Ao passo que acontece a desconstrução da sua imagem social, o docente lida com a profissão com sentimento de renúncia e desilusão. A imagem social não determina a construção da identidade profissional do professor, porém, é um dos elementos que permitem a construção coletiva da identidade profissional do docente (SOUZA, 2005).

A identidade pessoal do sujeito é subjetiva, construída por meio de interações sociais, da consciência e dos aspectos sociais em que o indivíduo está incluso. Entretanto, a identidade pessoal não é inerte, é possível que se transforme conforme passa as sucessivas fases da vida. A construção da identidade pessoal prevalece à profissional, atravessa à social e se consolida por meio de identificações infantis que são revividas na fase adolescente. Todavia, a identificação profissional do docente não pode ser confundida com a sua identificação social (SOUZA, 2005).

A elaboração da identidade profissional do professor lida com impasses importantes em sua construção, seja por dificuldades advindas do ambiente educacional e social contemporâneo ou pelo lema histórico da docência. Possuir o lugar de profissional da educação pode ser novidade entre os próprios docentes, talvez pelo histórico de que o professor é considerado uma extensão da família e que deve zelar com afincamento pelo bem-estar das crianças e jovens (VILLELA, 2007).

Assim, a docência é uma concepção em constante construção, onde sua compreensão deve se situar num cenário sócio-histórico. O educador é responsável pela institucionalização da educação, mesmo que outros aspectos educacionais possam a vir influenciar. A função dos(as) professores(as) refere-se a proporcionar o ensino-aprendizagem no âmbito escolar. A função docente, suas particularidades, o modo com qual é desempenhada, a importância a ela atribuída e as exigências feitas em relação à profissão variam de acordo com os diversos conceitos e valores atribuídos à educação e ao processo de ensino-aprendizagem nos vários momentos e espaços (PASSOS, 2013).

Dessa, forma, esse “saber docente” é nutrido pela prática e teorias da educação, aspectos de grande importância para a formação docente, pois proporciona aos atores envolvidos, uma diversidade de opiniões, construindo uma prática contextualizada, proporcionando novos paradigmas de análise que permitam compreender os vários contextos experimentados por eles. Nota-se que o papel da formação envolve os aspectos de criação, envolvimento, pensamento reflexivo e aprendizagem, ao passo que forma os atores envolvidos para que estes adotem uma postura de pesquisadores e transformadores (PIMENTA; GHEDIN, 2002).

Ser professor nunca foi uma tarefa fácil, pois, tal função exige de o profissional ser um exemplo de qualidades e virtudes, com o poder de transformar comportamentos e ações. Historicamente o professor teve seu trabalho considerado como uma missão, atrelada a tradicional concepção de que ser professor é vocação, logo, ser professor comparava-se a ser sacerdote do saber, aí manifesta-se a vocação/missão transcendental, não apenas exercer uma função/profissão (OLIARI, 2003). Muitos são os caminhos e as caminhadas, nesses contextos, diferentes acontecimentos e elementos de realidades materiais e simbólicas concretas, são, gradualmente, (re)interpretados e (re)significados, pelos docentes, formando realidades complexas de construção do ser e fazer (CAMPOS, 2013).

Ferreira (2003) descreve que ser professor consiste na tarefa de tomar decisões pessoais e individuais constantemente, mas, sempre controladas por regras coletivas, cujas estas são constituídas por outros profissionais ou regras institucionais. Antes de tudo, ser professor significa ter a capacidade de usar o seu saber e sua vivência para desempenhar-se em espaços pedagógicos práticos preexistentes. Almeida e Biajone (2007) compreendem o professor como um profissional que desenvolve e adquire conhecimentos, por meio da prática e no confronto com as circunstâncias da profissão.

Nesse contexto, ser professor carrega dois aspectos que podem ser diferenciados dos demais, a formação acadêmica que envolve o saber e o saber fazer que se refere ao compartilhamento de saberes, técnicas e sua funcionalidade. De outro ponto existe a especificidade pedagógica / humanista que tende a vocação de construir indivíduos que pensem em transformar realidades (OLIARI, 2003).

A docência requer que o profissional acima de tudo tenha consciência da necessidade de renovar constantemente sua profissão. O professor enquanto profissional deve ser um eterno aprendiz com a capacidade de pensar acerca da sua prática no cotidiano, não só no trabalho, mas em todo o seu âmbito pessoal. Desse modo, considera-se que o professor nunca está acabado e sim em um esquema de re(construção) de conhecimentos (NÓVOA, 2006).

Ao pensar no papel do professor como um profissional da educação que colabora para transformar a sociedade de modo qualitativo, deve-se considerar a presença da responsabilidade política e social do ser docente, pois, a educação do cidadão atravessa a dimensão do aspecto político, pois esta possibilita construir uma sociedade crítica e transformadora (NÓVOA, 2006).

Nesse sentido, o papel de professor é prioritário. O docente deve considerar que a sua própria docência também serve de base para a educação, sendo o professor o protagonista de seu fazer, onde ele acrescenta sua história, seus valores, sua rotina, o que culmina na construção da sua identidade. Assim, a função de docente se relaciona com diversos saberes, sociais, educacionais, disciplinares, pedagógicos e experienciais, assim é importante também escolher os saberes necessários para exercer a função de educador e não somente escolher sua profissão (Tardif, 2007). Dessa forma, Paulo Freire destaca (1993, p. 259):

É que não existe ensinar sem aprender e com isto eu quero dizer mais do que diria se dissesse que o ato de ensinar exige a existência de quem ensina e de quem aprende. Quero dizer que ensinar e aprender se vão dando de tal maneira que quem ensina aprende, de um lado, porque reconhece um conhecimento antes aprendido e, de outro, porque, observado a maneira como a curiosidade do aluno aprendiz trabalha para apreender o ensinando-se, sem o que não o aprende, o ensinante se ajuda a descobrir incertezas, acertos, equívocos.

O professor é promotor da construção social, seus alunos buscam unir o conhecimento adquirido em sala de aula e seu futuro atuante por meio de seu conhecimento técnico e suas experiências em meio ao campo de trabalho, esse caminho parece-lhes ser bastante extenso e demorado. A partilha de experiências entre professor e aluno enriquece o processo de formação de ambos e por meio da troca de

conhecimento se transformam e transformam o meio onde vivem, seu modo de ver e sua vida (AVILA, 2012). Dialogando, Paulo Freire (1993, p. 259) diz que:

O aprendizado do ensinante ao ensinar não se dá necessariamente através da retificação que o aprendiz lhe faça de erros cometidos. O aprendizado do ensinante ao ensinar se verifica à medida em que o ensinante, humilde, aberto, se ache permanentemente disponível a repensar o pensado, rever-se em suas posições; em que procura envolver-se com a curiosidade dos alunos e dos diferentes caminhos e veredas, que ela os faz percorrer. Alguns desses caminhos e algumas dessas veredas, que a curiosidade às vezes quase virgem dos alunos percorre, estão grávidas de sugestões, de perguntas que não foram percebidas antes pelo ensinante. Mas agora, ao ensinar, não como um burocrata da mente, mas reconstruindo os caminhos de sua curiosidade – razão por que seu corpo consciente, sensível, emocionado, se abre às adivinhações dos alunos, à sua ingenuidade e à sua criatividade – o ensinante que assim atua tem, no seu ensinar, um momento rico de seu aprender. O ensinante aprende primeiro a ensinar, mas aprende a ensinar ao ensinar algo que é reaprendido por estar sendo ensinado.

O desenvolvimento profissional envolve-se com a formação num processo complexo, assim a professoralidade se constitui aos poucos. O saber docente advém da experiência e do saber que o professor constrói ao longo da sua carreira e da sua reflexão sobre sua ação, ao longo de sua vida como aluno e ao longo da sua formação acadêmica, essas premissas confirmam o fato de que a experiência profissional é construída a partir do que faz e pensa sobre seu trabalho (SILVA, 2000).

Ensinar “bem” não é somente dispor de conteúdos e repassá-los, e sim levar o aluno a ser capaz de pensar de forma crítica. Percebe-se que o professor é responsável por preparar o aluno para que ele se torne um cidadão ativo em sociedade, pronto para debater, discutir e quebrar paradigmas. Em meio a uma sociedade que se transforma constantemente, o professor colabora com seu saber e experiência, tornando o aluno capaz de pensar de modo crítico e criativo. Deve-se considerar o ensino dialógico, pois, os indivíduos aprendem a partir da interação com outras pessoas. É o sistema de aprender a aprender, o educador tem que proporcionar que a passividade do aluno dê lugar à ação (VILLELA, 2007). Nessa discussão, Paulo Freire diz que:

Você, eu, um sem-número de educadores sabemos todos que a educação não é a chave das transformações do mundo, mas sabemos também que as mudanças do mundo são um que fazer educativo em si mesmas. Sabemos que a educação não pode tudo, mas pode alguma coisa. Sua força reside exatamente na sua fraqueza. Cabe a nós pôr sua força a serviço de nossos sonhos (1991, p. 126).

Ensinar é uma ação social concreta, dinâmica, interativa, pluridimensional, passível de inovação e imponderável. Os aspectos econômicos, psicológicos, técnicos,

éticos, políticos, culturais, instrucionais, estéticos e afetivos influenciam esse processo de um modo ou de outro (PASSOS, 2013).

Quanto ao aspecto interativo Tardif (2002) aponta que os seres humanos e suas características peculiares se fazem como objeto de estudo do professor. O profissional da educação lida com sujeitos subjetivos e heterogêneos, que dispõem de diferentes histórias, opiniões, vontades e afinidades. Esse fato torna o processo de ensino complexo, único e imponderável, não cabendo aqui generalizações ou determinações quanto à ação.

A função da docência além de individual, também é social. Sua origem, classe e gênero tendem a diversas influências e experiências que refletem na sala de aula proporcionando respostas e perspectivas diversas em todos os envolvidos. Assim, Tardif (2002, p. 130) diz que “o objeto do trabalho docente escapa constantemente ao controle do trabalhador, ou seja, do professor”.

A dimensão afetiva também está presente nesse processo, e, pode tanto facilitar quanto bloquear o processo de ensino-aprendizagem. Pois, parte do trabalho do professor envolve a afetividade e a emoção, o docente baseia-se em emoções e sentimentos, e torna-se incapaz de pensar somente em seus alunos, assim consegue igualmente perceber e sentir seus medos, alegrias, angustias e seus próprias dificuldades afetivas (TARDIF, 2002).

Ao desempenhar seu trabalho o professor se depara com as relações interpessoais que são sempre singulares e envolvidas por afetos, valores e emoções. Os elementos culturais, religiosos, familiares, econômicos e experiências vividas atravessam a vida de cada um dos indivíduos e influenciam em suas relações, o que resulta em uma emaranhada teia de interações (PASSOS, 2013).

Portanto, em seu exercício pedagógico, o professor não pode se omitir frente aos aspectos sócio-históricos locais e mundiais é preciso compreender além da sua disciplina, deve buscar se inteirar de política, família, ética, para que o ensino e a aprendizagem sejam efetivos de modo completo dentro da realidade do educando. O professor é a alma da instituição de ensino. Pois, tem a missão importante de capacitar indivíduos para que se tornem cidadãos críticos em meio à realidade e assim possam usar seu aprendizado não só na escola como também em outras situações de suas vidas (VILLELA, 2007). O professor precisa mostrar aos seus alunos a beleza e o poder das ideias, mesmo que use apenas os poucos recursos de que lhes são disponíveis:

“os educadores, apesar das suas dificuldades, são insubstituíveis, porque a gentileza, a solidariedade, a tolerância, a inclusão, os sentimentos altruístas, enfim todas as áreas da sensibilidade não podem ser ensinadas por máquinas, e sim por seres humanos.” (Cury, 2003, p.65).

Assim, o professor deve estabelecer um elo entre teoria e prática e deve pensar sobre sua função na construção do conhecimento do seu aluno e sobre o modo de desenvolver seu trabalho, com o objetivo de levar os educandos a terem autonomia e serem críticos questionadores que façam diferença na sociedade. A função de professor é ampla, perpassa o compartilhamento de conteúdo disciplinares, assim tornam-se essenciais na construção do ser humano (PIMENTA; GHEDIN, 2002).

Gadotti, corrobora levantando a uma profunda reflexão:

O que é ser professor hoje? Ser professor hoje é viver intensamente o seu tempo com consciência e sensibilidade. Não se pode imaginar um futuro para a humanidade se educadores. Os educadores, numa visão emancipadora, não só transformam a informação em conhecimento e em consciência crítica, mas também formam pessoas. Diante dos falsos pregadores da palavra, dos marqueteiros, eles são verdadeiros amantes da sabedoria, os filósofos de que os falava Sócrates. Eles fazem fluir o saber - não o dado, a informação, o puro conhecimento - porque constroem sentido para a vida das pessoas e para a humanidade e buscam, juntos, um mundo mais justo, mais produtivo e mais saudável para todos. Por isso eles são imprescindíveis” (Gadotti, 2003, p.3).

Contudo, compreende-se como parte da função do professor a mediação do ensino, tendo como afazer não somente a distribuição de notas, mas também considerar os erros como parte do processo educativo, proporcionando *feedback* após análise o que direciona o estudo do aluno. Deve-se enfatizar o quão importante é aprender a aprender para que assim consiga contribuir na adesão do conhecimento do aluno e na efetivação da sua função na docência (AVILA, 2012).

O educador deve proporcionar aos alunos o acesso à cultura e a ciência, sendo este o principal desafio de sua função, logo, é preciso ter consciência de que é necessário que haja inclusão de todos, sem exceção de nenhum envolvido. Com isso, se estabelece sua responsabilidade, garantindo que o que o aluno aprende é benéfico e significativo. Entende-se que é função do professor despertar no aluno a vontade de aprender e fazer com que ele se sinta parte desse processo, tendo como ele mesmo a experiência do aprender (CARVALHO; ROSA, 2003).

Ser docente é, portanto, considerado como o ato de colocar-se enquanto humano como instrumento da educação, capacitado de conduzir outros indivíduos, os

quais deverão repassar de alguma forma aquilo que aprenderam para o mundo, de modo que a relação entre professor e aluno deixa de ser tomada no sentido hierárquico, da imposição, e passa a ser tratada mais em seu caráter interpessoal, em que todos sejam autores de uma educação participativa e humanizada (GADOTTI, 2003).

Nesse contexto, um bom professor não precisa ser apenas um bom orador, ou conhecer todos os conceitos de várias disciplinas, porque ensinar não é só falar. Ensinar consiste em assegurar-se que o educando tenha vontade de ouvir, aprender e esteja aprendendo. O “bom professor” carrega consigo a intenção de formar bons cidadãos (FONTANA; FAVERO, 2013). Segundo Paulo Freire, “o papel do professor e da professora é ajudar o aluno e a aluna a descobrirem que dentro das dificuldades há um momento de prazer, de alegria” (2003, p. 52).

Percebe-se que ser professor demonstra que a função docente está além do “ensinar um corpo de conhecimentos estabelecidos e legitimados pela ciência e cultura” (CUNHA, 2006, p. 15), que o “exercício da docência nunca é estático e permanente; é sempre processo, é mudança, é movimento, é arte; são novas caras, novas experiências, novo contexto, novo tempo, novo lugar, novas informações, novos sentimentos, novas interações” (CUNHA, 2006, p. 15).

De acordo com Bolfer (2008) o professor é visto como o principal “elaborador” do saber humano e do ensino centrado na pessoa, enfatizando as relações interpessoais e o resultado das mesmas. A experiência pessoal e particular é fundamentada por meio da construção do conhecimento, assim, as experiências vividas pelo sujeito tem significados reais e concretos para ele e motiva-o a partir disso para mudança e evolução.

O professor como um profissional reflexivo não age como um transmissor de conteúdos somente, mas, em sua interação com a comunidade escolar, pensa sobre sua ação, confrontando sua prática e o que julga como coerente para seu exercício docente, considerando os efeitos produzidos. Nota-se a real necessidade de adequar os conteúdos utilizados em sala de aula com a realidade e demanda dos alunos, e não se fundamentar em teorias que não tem relação com os educandos (FONTANA; FAVERO, 2013). Paulo Freire, enfatiza a que “é pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática” (2007, p. 39). Ressalta ainda a dimensão da global da educação para os alunos, e descreve:

Não podemos alimentar a ilusão de que o fato de saber ler e escrever, por si só, vá contribuir para alterar as condições de moradia, comida e mesmo de

trabalho [...] essas condições só vão ser alteradas pelas lutas coletivas dos trabalhadores por mudanças estruturais da sociedade (1991, p. 70).

A concepção de prática reflexiva surge como uma possibilidade de os professores questionarem suas ações perante o ensino. A expressão ‘prática reflexiva’ aparece muitas vezes relacionada à análise das práticas. Uma prática reflexiva pondera os professores e cria oportunidades para sua evolução e crescimento. A insatisfação sentida por muitos profissionais com a sua preparação profissional, que não envolve alguns aspectos da prática, tem conduzido a movimentos de reflexão e de desenvolvimento do pensamento sobre as ações em seu trabalho (MASETTO, 2006).

Refletir sobre a prática desperta um saber que está presente na prática profissional. Refere-se às observações e às reflexões do profissional sobre como ele caminha em sua ação, descrever tais ações de modo consciente pode promover mudanças, o que os leva a novas possibilidades para resolver problemas na aprendizagem. A criticidade sobre sua prática se exercitada, pode proporcionar ao professor criar novos métodos de atuação, adequando-se assim, as novas situações que vão emergindo (MASETTO, 2006).

Como aponta Alarcão (2005), o professor deve ter domínio da prática e teoria que fundamenta sua ação. Assim, a “a reflexão sobre o seu ensino é o primeiro passo para quebrar o ato de rotina, possibilitar a análise de opções múltiplas para cada situação e reforçar a sua autonomia face ao pensamento dominante de uma dada realidade” (ALARCÃO, p. 82-83).

Diante do exposto, compreende-se que não existe o saber pronto e acabado, pois tudo está em processo de construção e autoconstrução contínua. Ao refletir-se sobre a prática pedagógica, seus sentidos e significados, está-se frente a um processo de compreensão de nós mesmos (FONTANA; FAVERO, 2013).

O profissional da educação não deve ser mais visto como um tecnicista que realiza atividades determinadas por outros, mas como um clínico que toma decisões profissionais, que pensa e reflete de forma ativa, tem suas crenças e manifesta suas vontades. Ao professor é concedida a oportunidade de utilizar novas metodologias para educação, determinar suas metas, escolher seus materiais didáticos e referências bibliográficas, saber das demandas dos seus alunos, colaborar na montagem do seu currículo, entre outros (BRAZ, 2007).

Ser professor implica saber quem ele é, os motivos pelos quais exerce essa função e ter consciência do papel que tenho perante a sociedade. No sentido de

promover o estatuto do docente, os educadores devem ser personagens ativos do seu próprio desempenho e da funcionalidade das instituições de ensino como serviço do grande dever social que é formar aprendizes (ALARCÃO, 2005).

Não há dúvidas de que além do professor educar e repassar conhecimentos, este deve, ao mesmo tempo agir como mediador. Logo, o docente deve ser ponte entre o aluno e o conhecimento, para que assim, o aluno desenvolva seu pensamento crítico e possa questionar por si próprio e não seja mais passivo recebendo apenas informações prontas do professor. Percebe-se então, que em relação ao ato de educar, é também do professor a responsabilidade de agir como sujeito em meio a sociedade e assim ensinar aos seus alunos o seu saber construído com o tempo, ofertando-lhes a possibilidade de também agirem como protagonistas e transformadores da realidade instalada em meio a sociedade (JUNGES, 2006).

Conforme Freire (1996), a prática docente surge de uma boa formação acadêmica e colabora para a estruturação de uma sociedade ativa. Contudo, para que seja possível construir uma sociedade pensante, o professor precisa ter consciência e assumir sua verdadeira responsabilidade e enfrentar a missão de aprender a ensinar. Claramente, ensinar é um compromisso sério que precisa ser trabalhado e desenvolvido, assim, um professor precisa dia-a-dia atualizar seu método pedagógico para atender seus alunos da melhor forma, pois é por meio do compromisso e do “amor” pela profissão e pela educação que este profissional pode, de verdade, assumir sua função e se envolver realmente com o aprender a ensinar. Então, o professor, também é social, político e espiritual, sobre isso Vasconcellos afirma que:

O professor deve se assumir como sujeito de transformação no sentido mais radical (novos sentidos, novas perspectivas e dimensões para a existência, nova forma de organizar as relações entre os homens), e se comprometer também com a alteração das condições de seu trabalho, tanto do ponto de vista objetivo (salário, carreira, instalações, equipamentos, número de alunos por sala, etc.), quanto subjetivo (proposta de trabalho, projeto educativo, relação pedagógica, compromisso social, vontade política, abertura para a mudança, disposição democrática, etc.) (2003, p. 77).

Tal concepção induz a conclusão, como já apontado anteriormente, que o trabalho docente é, em boa parte, moldado pelo que o professor é enquanto ser humano,

pelo seu modo de pensar, como age, seus valores, suas experiências e sua personalidade (TARDIF, 2002).

CAPÍTULO 5

3.5 O QUE FALAM OS PRECEPTORES

Ensinar não é transmitir conhecimento, mas criar possibilidades para sua produção ou a sua construção.

Paulo Freire

No quinto capítulo, denominado “O que falam os preceptores”, foram apresentados as vozes dos preceptores em relação à residência multiprofissional em saúde da família para o curso de enfermagem e como percebem seu papel.

Docência e saúde: o que falam os preceptores

As ações relacionadas à educação superior buscam, atualmente, estratégias que resultem na qualificação dos cursos da área da saúde, particularmente, ao incentivar mudanças na graduação e pós-graduação, com vistas à conformação às Diretrizes Curriculares Nacionais e aos princípios e diretrizes do SUS (HADDAD, *et al.*, 2008). A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, configurou-se em um novo paradigma para a formação (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, instituída como política do SUS, a formação é interpretada como uma proposta de transformação da organização dos serviços e dos processos formativos, fundamentado no conceito de quadrilátero da formação: ensino-gestão-atenção-controle social. Um trabalho articulado entre os sistemas de saúde, que compreende desde as esferas da gestão até o âmbito da atenção, com as instituições de ensino e a participação do controle social, com uma noção de responsabilidade social do ensino, dispondo do conceito de educação permanente em saúde como eixo estruturante (CECCIM; FEUERWERKWER 2004).

No Brasil, os cursos da área de saúde, mobilizados pelas reformas que os atingiram a partir dos movimentos do Ministério da Saúde, vêm percebendo a necessidade de investir na formação dos professores e estudantes para ampliar as

competências relacionadas à disseminação do conhecimento e à educação em geral, objetivando a ênfase na saúde pública. Alguns deles já demonstram essa preocupação desde a graduação. Outros, por necessidade de redirecionar seus currículos frente às atuais Diretrizes Curriculares, têm considerado a importância desses saberes instigando os professores a desenvolverem competências até então antes pouco valorizadas, se comparados aos conhecimentos técnicos da área. No entanto, ainda são incipientes as iniciativas e muito dependentes de contextos locais (RIBEIRO; CUNHA, 2010).

Com novas mudanças, os docentes universitários devem sentir-se estimulados a participarem de programas de educação inicial e continuada, de modo a construir e ampliar os saberes necessários à docência. Percebe-se, cada vez com mais clareza, que o domínio dos conhecimentos das especificidades científicas é importante, mas insuficiente para acompanhar a complexidade dos problemas que emergem na prática cotidiana de sala de aula (RIBEIRO; CUNHA, 2010).

A divergência entre a dupla exigência de aprender e, ao mesmo tempo, ser reconhecido pelos outros, faz com que o docente estruture a sua identidade em acordo permanente com o processo de comunicação ou de socialização, de pertencimento e de relação, que são capazes de originar efeitos simultaneamente estáveis e provisórios, biográficos e estruturais, que dependem dos julgamentos dos outros como também das suas próprias orientações e auto definições (DUBAR, 2005).

O exercício da docência evidencia um conjunto de saberes que compõem o universo de significação e sentidos que se revelam, (re) produzem de acordo com as mediações e as coordenadas políticas administrativas que organizam o sistema de ensino, em que, não estão necessariamente relacionados com o exercício imediato da docência (MOREIRA, 2007; OTERO, 2004; MOROSINI, 2000).

Compreender o que é ser professor do ensino superior, especialmente na área da saúde, requer constantes reflexões sobre como transformar práticas pedagógicas que hoje não atendem mais às necessidades e interesses dos estudantes. Na atualidade, como o acesso à informação se faz de maneira rápida, apenas dar aulas expositivas, sem que o estudante seja sujeito do processo, já não são suficientes para se formar um profissional crítico e reflexivo que a sociedade tem exigido; o professor deverá dessa forma atuar como mediador, no auxílio da construção do conhecimento do estudante de forma mais crítica (FREITAS *et al.*, 2016).

Tomando como ponto de partida que os preceptores desenvolvem o papel de ser professor, estes são definidos segundo o conceito Freireano, como educadores que

carregam consigo a missão de junto com os residentes construir uma nova prática clínica, baseando-se nos saberes tecnológicos de cada campo para atender aos problemas de saúde por meio de um cuidado integralizado que considere todos os elementos determinantes da saúde (SUCUPIRA; PEREIRA, 2004).

Voltando para a inserção do papel do preceptor na residência em saúde, este é visto como fundamental, pois, é o profissional que com conhecimento, diálogo, paciência, experiência, sensibilidade, habilidade e capacidade de reflexão, é diariamente confrontado a exercer a sua importante função com responsabilidade: mediar a construção da formação em serviço (CLOSS, 2012).

Assim, a preceptoria se faz indispensável nessa modalidade de ensino, pois, possibilita construir o conhecimento de modo mais expressivo para a formação humana e profissional, evidenciando-se a responsabilidade com a aquisição de conhecimento por parte do aluno, o reconhecimento da função do preceptor como formador e a capacidade de estimular o educando a tornar-se responsável pela construção do seu conhecimento (MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

Dando voz as vivências, experiências e sentimentos das preceptoras, procurou-se conhecer qual o significado de ser preceptor:

“Preceptor na verdade ele é um profissional que vai orientar, um profissional já formado na especialização em Saúde da Família no campo, que a gente fala realmente na área de atuação, na parte da assistência. Então ele vai ser a referência tanto na questão dos critérios clínicos, de orientação, da parte da gestão, até mesmo do desenvolvimento pessoal desse aluno e por ele já ter uma experiência em Saúde da Família, então ele acompanha naquela parte de campo mesmo, que é um pouquinho diferente do tutor que é a distância. Então preceptor ele está ali o tempo todo junto do aluno”. P1

“[...] aprendi muito, porque, aprende muito quem ensina, então isso realmente na minha vida profissional foi muito intensa, porque é um momento que a gente estuda muito para discutir casos, para ter um conteúdo melhor para a discussão [...]”. P2

“A preceptoria na residência foi uma oportunidade importante para o meu trabalho na atenção primária, já que você tem olhar sobre a família de uma maneira diferente, sobre o cuidado de uma maneira diferente, então mudou para mim a visão em relação à atenção primária”. P3

O significado do papel de preceptor se estendeu além conceito técnico do termo, na qual as preceptoras dão definição de mudanças, oportunidade e relevância em suas vidas pessoais. A preceptoria é enxergada como guia, ponte, possibilidade de formação de profissionais críticos e reflexivos, pois é desenvolvida dia-a-dia com o residente, e é capaz de impactar positivamente na visão que o residente possui em relação a si e relação ao seu papel e quais caminhos ele quer trilhar. É igualmente importante, considerar que apenas uma preceptora deu ênfase ao papel pedagógico exercido por sua preceptoria, quando usa termos como orientar, referência, desenvolvimento pessoal, junto, ainda que de maneira incipiente, dessa forma, pode-se levantar o questionamento sobre a percepção que os preceptores possuem acerca de sua identidade como educador, pois em muitos casos, esse papel é esquecido em detrimento a questões administrativas e/ou assistenciais. A identidade do professor não é dada e acabada, é um lugar de lutas e conflitos, um contexto de construção de formas de ser e estar na profissão. A forma como se ensina é reflexo do que se é como indivíduo quando se exerce o ensino (KRAMER; SOUZA, 1996).

Assim, ser preceptor é contribuir para o progresso profissional exatamente por conduzir a troca de saberes, fortalecer o ensino-aprendizagem, reascender a vontade de aprender a partir da presença do aluno no seu campo de atuação, por incentivar a busca do conhecimento e da reflexão, bem como, por ter participação na prática, no crescimento e desenvolvimento de novos profissionais (BENTES *et al*, 2013).

Entende-se que os preceptores têm um espaço privilegiado para discussão, estruturação do saber e reflexão sobre sua prática. Estes se veem desafiados com sua própria prática ao passo que se relacionam com os vários aspectos de sua profissão, mediados pela presença do aluno, o que os fazem repensar sobre o seu próprio fazer. As angústias cotidianas que o próprio ambiente e o trabalho provocam podem desencadear a reflexão e a recondução das ações executadas, seja em caráter clínico e/ou pedagógico (MISSAKA; RIBEIRO, 2011).

Refletir sobre um tema multifacetado, como é a Residência em Área Profissional da Saúde ou apenas Residência em Saúde, que o cenário de atuação do preceptor, é sempre um desafio. Fala-se sobre o tema ideias com as quais se concorda, das quais se discorda e ideias que, inclusive, nada retratam. Pode-se dizer que toda movimento “inaugural”, que altera uma prática tradicional e emergente em um objeto de definição e regulamentação concreta, tende a uma perspectiva reducionista e, mesmo, à descaracterização de seu percurso. O melhor a fazer seria “deixar vir”: as propostas, os textos, as experiências, as dinâmicas. Colocar tudo o que vem em discussão, incidindo o mínimo (CECCIM, 2010).

A Residência em Saúde surge como um método avançado para a formação profissional, uma oportunidade para se refletir de forma organizada sobre as novas possibilidades de se caminhar rumo à especialização profissional, com ênfase no desenvolvimento de um trabalho mais integrado, em caráter multidisciplinar, oportunizando um compartilhamento efetivo de conhecimentos e práticas de cuidado (GIL, 2005).

Pode-se dizer que as residências ocupam um importante espaço no campo da saúde, estas se moldam às exigências do SUS, ao contexto influente da formação de profissionais do campo da saúde e aos critérios exigidos pelas instituições empregadoras. Desse modo, no Brasil, os programas de Residências são multifacetados, experimentam métodos diversos para fazer e pensar sobre saúde, considerando concepções semelhantes para a formação, porém assumindo caráter polissêmico (DALLEGRAVE; SILVA, 2006).

Quando indagou-se em relação ao que significaria a residência multiprofissional em saúde para os preceptores, ficou claro, a transformação positiva que a mesma traz, pois apresenta-se como uma oportunidade de formação profissional abrangente. No Brasil, os egressos dos cursos de graduação na saúde ao finalizá-los

formam-se com uma perspectiva generalista e não vivenciam suficientemente a realidade dos serviços, em muitos casos não desenvolvem as habilidades necessárias a atuação profissional comprometida com os princípios humanísticos e reflexivos, conforme retratado na fala da preceptora:

“A Residência para mim é realmente um período assim dedicado, ao que eu falo na verdade ao estudo realmente e a ampliação do conhecimento de um profissional que sai com uma formação básica da faculdade. O que eu entendo que a gente sai com uma formação bem generalista bem básica e aí é um momento que a gente tem a oportunidade de aprofundar os conhecimentos, de estudar um pouquinho mais, de conhecer ferramentas e aplicar estruturas que na época da faculdade a gente não teve a oportunidade e eu acho que isso traz um enriquecimento muito grande para o profissional”. P1

“Pessoalmente para mim mudou minha história de vida profissional, eu logo que terminei a Faculdade fiquei seis meses trabalhando e fiz a residência, comecei a fazer a residência [...] todo o meu perfil profissional foi baseado formado na residência. Eu acho que existe um diferencial muito, muito claro da minha formação profissional na residência, por me formar assim mesmo como profissional.”. P2

“[...] intervir na formação de outras profissionais de uma maneira positiva, voltada realmente para o que é atenção

primária. Então foi importante para eu intervir, a residência é diferente das outras modalidades de pós graduação latu sensu, então quando você faz um trabalho de treinamento em serviço de formação do profissional em serviço, é uma vivência completamente diferente das outras modalidades de pós-graduação”. P3

É visto assim que as vivências descritas do significado de Residência Multiprofissional em Saúde para os preceptores condizem com o retratado por Closs (2012) na qual, aponta essa modalidade como um modo de “dialogar e contribuir com a afirmação da integralidade”, nos objetivos de cuidado estabelecidos pelo SUS e da administração da saúde. Nessa perspectiva, o eixo integrante dos saberes e ações no campo da saúde é, sem dúvidas, a interdisciplinaridade, o que assume caráter cooperativo entre os trabalhadores, superando então a desintegração causada pela fragmentação técnica e social do trabalho.

Há também algumas críticas e barreiras referentes a residência e atuação docente dos preceptores. Inicialmente, é essencial discutir que sendo os residentes profissionais formados e essa formação ser uma atividade prática extensiva, relacionado, no passado, à não legalização dos Programas e, sobretudo, ao não fornecimento do título com credenciamento acadêmico, resultaram no surgimento de críticas à exploração da mão de obra desses profissionais, isso ocorreu pioneiramente, nos programas de residência para médicos, podendo essa reflexão ser estendida as outras categorias profissionais (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010). Desde o ano de 1967, Godoy já alertava acerca da importância do planejamento e definição de objetivos claros dos Programas de Residência, pois do contrário, haveria o risco destes se tornarem mecanismos de exploração do trabalho profissional (GODOY, 1967). A partir deste e outros pressupostos foram apontadas algumas críticas para a atuação enquanto preceptoras:

“[...] muitas vezes o preceptor ele acaba assumindo um papel de gerente ou de coordenador da unidade que eu acho que

prejudica o exercício do trabalho de preceptor, por que ele fica sem tempo de prestar assistência ao aluno, dando assistência a parte administrativa da equipe e ao mesmo tempo deixa de treinar e capacitar esses residentes para realizar e desenvolver todos os problemas relacionados a unidade”. P1

“[...] o mais difícil é quando o preceptor tem que ser gestor da unidade. Esse cargo de gestão da unidade ele é o que suga mais, ele exige mais da pessoa, então fica bem puxado”. P2

“[...] nós acabamos acumulando funções, não é só preceptor, por que normalmente a gente acumula outras funções dentro de uma unidade de saúde. Então, tem a questão da remuneração que não recebe um incentivo para ser, para ter essa função, então têm algumas situações que precisam ser refletidas, mas pessoalmente pra mim foi uma experiência muito boa, enriquecedora”. P2

[...] hoje pensando na residência, eu teria, a gente teria que discutir muito em relação a isso. Onde? Qual local? Quais, como que vai ser isso? Quais as funções que eu vou exercer? Acho que tem que ser muito bem discutido isso sabe, por que ser for para a gente também acumular funções, não ganhar benefício financeiro em relação a isso [...]”. P2

“[...] não quero em nenhum momento atropelar as coisas só para ter um título de preceptor, isso não vai valer, não vale a pena”. P2

“[...] eu vejo algumas falha sabe, repensando hoje, o treinamento em serviço requer uma metodologia adequada, uma disponibilidade de tempo, planejamento e uma estrutura, não me sinto apta nesse sentido.” P3

Os apontamentos levantados pelas preceptoras levam a uma reflexão sobre o contingente que engloba as residências, é visto que as “falhas” não se restringem apenas a questões gerenciais. Considerando as críticas mencionadas, pode-se considerar um consenso no que diz respeito ao acúmulo de funções que acabam por interferir no papel docente e sobrecarregar as demais atividades desenvolvidas.

Ao se verificar na literatura, constata-se que essa preocupação não é tão recente, Shulman (1987) em seu estudo ressalta que a atuação dos profissionais da saúde não se limita somente à assistência, abrangendo também a pesquisa, a gerência e a educação. Um dos lados desse quadrilátero, a educação, envolve atividades com o paciente, família e sociedade, equipe assistencial, além da própria formação de novos profissionais, seja nos níveis técnico, de graduação ou de pós-graduação.

No âmbito dessas discussões, tem-se evidenciado um conjunto de problemas cujas soluções escapam à compreensão teórica e às competências necessárias para direcioná-los, dando origem a distorções que ameaçam o sucesso dos estudantes e a autoimagem dos professores (RIBEIRO; CUNHA, 2010).

Outra reflexão levantada se refere às incertezas que permeiam a função de ser preceptor, pois o mesmo em muitos casos tem que se deslocar para os chamados pólos de residência, exigindo assim que os vínculos construídos com a equipe de origem e a própria população assistida sejam rompidos, conforme a fala da preceptora:

“[...] também fico me perguntando, para onde que eu vou, eu hoje estou muito satisfeita onde que eu trabalho”. P2

Conforme mencionado, a questão da formação de professores para a área da saúde constitui um campo de pesquisa complexo e urgente. Ao discutir a formação de professores, Batista e Batista (2004) afirmam que a complexidade decorre das tensões entre as perspectivas teórico-metodológicas, que buscam contribuir para a formulação de políticas de formação que ultrapassem os limites das capacitações e atualizações pontuais.

Verifica-se nesse sentido, uma preocupação recente por parte dos professores universitários em perceber que a docência, como a pesquisa e a prática de qualquer profissão, necessitam de capacitação específica (ABREU; MASSETO, 1997). Além das competências específicas para exercer a profissão, existem as competências direcionadas a docência universitária; como o domínio de uma área do conhecimento, o domínio pedagógico e o exercício da dimensão política do ensino superior (MASSETO, 1998).

É também significativo pontuar que essa preocupação não ocorre apenas no Brasil. No ano de 2007, a Comissão Europeia publicou comunicado que reflete as preocupações voltadas para as necessidades de melhoria da qualidade da formação dos professores na União Europeia, retratando que essa formação é uma condição indispensável para uma educação profissional de qualidade, salientando ainda que o ofício de professor está cada vez mais difícil e complexo, com ambientes de trabalho cada vez mais exigentes (BRASIL, 2007).

Seguindo essa perspectiva, alguns cursos de pós-graduação *lato sensu* e *stricto sensu* veem incorporando, em seus currículos, a disciplina Didática do Ensino Superior ou Metodologia do Ensino Superior que objetiva a capacitar docentes para o magistério superior, entretanto, essa iniciativa tem sido fracamente explorada nos programas (RIBEIRO; CUNHA, 2010).

A qualificação do aprendizado profissional, a formação de professores reflexivos e as práticas pedagógicas na grande área da saúde vêm se aperfeiçoando devido ao crescimento significativo dos programas de pós-graduação na área, observado nos últimos 30 anos no país. Essa transformação no ensino superior produz movimentos relacionados à investigação sobre a formação e o desempenho profissional do professor universitário, comprometido com a pesquisa, com a extensão e com a sua qualificação (PIMENTEL; MOTA; KIMURA, 2007; RODRIGUES; MENDES SOBRINHO, 2008).

No entanto, nesse estudo, evidencia-se que as preceptoras não possuíam especialização para desempenhar a preceptoria

“Na verdade eu não fiz nenhuma formação específica para o preceptor, a experiência que eu tive foi como residente durante o tempo de residente e de acompanhar o trabalho do preceptor comigo, e não só comigo, mas com os outros colegas residentes também [...]”. P1

“[...] hoje tem uma situação que é a formação, a gente troca o carro, troca as rodas do carro com o carro andando, eu fiz um curso de especialização mais voltado para a área de educação pra adultos é já muito depois que eu já tinha anos de ser preceptora”. P2

“[...] eu não tive formação nenhuma”. P3

Em consonância com os discursos acima, Rodrigo e Sobrinho (2008) indicam os seguintes obstáculos didáticos relacionados ao professor: lacuna na preparação específica para o exercício da docência, prática pedagógica sustentada pela dicotomia teoria-prática, trabalho didático com disciplinas das quais não há domínio de conteúdo, linguagem e dificuldade de mudança da prática pedagógica.

Batista e Batista (2004) salientam que são necessárias mudanças na postura dos docentes, que deveriam passar de simples repetidores de propostas pedagógicas a interlocutores dessas propostas. Necessitam serem capazes de articulá-las com os movimentos sociais e seus determinantes para que possam tornar, a partir da problematização, a aprendizagem dos alunos significativa. Dessa maneira, a docência no ensino superior tem sido definida pela atividade de pesquisa, e a formação docente tem sido frequentemente secundarizada. Assim, possivelmente, na tentativa de justificar

a ausência de formação específica para docência e a preceptoria, a preceptora declara uma figura inata:

“[...] o preceptor está muito ligado também ao perfil pessoal não é só em termos de conhecimento, muitas vezes a pessoa tem um conhecimento muito extenso e tem uma parte clínica muito boa, mas a parte pessoal, de relacionamento entre os colegas, de relacionamento entre os próprios residentes, de relacionamento com a equipe é que vai definir quem tem um perfil para preceptor ou não”. P1

Corroborando com o discurso, alguns professores desenvolvem o ensino em saúde pautados numa propensão natural e/ou paradigmas de mestres que internalizaram métodos em sua formação inicial, bem como, nas vivências de sua atuação da sua prática profissional em um método específico que não a formação em docência superior (ISAIA; BOLZAN, 2004). Refletindo a temática discutida e pensando no papel de ser preceptora, é essencial conhecer quais os motivos que as levaram seguir esse caminho, pois, há o imaginário de que o ofício docente muitas vezes permeia a ideia de “nascer para ser”, vocação, doação:

“Eu acho que duas coisas, um pouquinho pelo o que eu consegui produzir dentro da residência como residente que despertou o interesse dos coordenadores e houve o convite e, pela questão de acreditar no trabalho da residência e do meu perfil também, que entendo que eu tenho um pouco do perfil, da parte de coordenação, de liderança. Eu acho que casaram as duas coisas e acabou acontecendo à preceptoria”. P1

“Na época eu fui convidada para ser preceptora logo depois que eu sai da residência. Eu sai da residência e precisava de preceptor fora de Montes Claros, eu fui convidada e aceitei, tinha disponibilidade para ir e gostei da proposta, tinha uma visão que era mais jovem e tem toda uma história, eu não tinha o que me fixava aqui, pessoalmente falando poderia ir sem problema [...]”. P2

“Eu fui convidada a ser preceptora por que eu sou egressa, eu era egressa da residência no momento e pela possibilidade de fazer isso estando dentro da rede de atenção a saúde [...]”. P3

Ressalta-se que não há uma ideia de pertencimento para seguir a carreira de docente, assim, nas falas são retratadas iniciativas fragmentadas e não pensadas a cerca de serem preceptoras.

Acredita-se, porém, que esse papel pode ser aprendido e aperfeiçoado, nesse sentido, a atuação na educação necessita de formação específica e preparo, tal como qualquer outra área. A profissão docente, seguindo o modelo de outras profissões que definem suas bases de conhecimento em termos sistemáticos requer preparação, visto que a função do professor não se define pelo simples domínio de conteúdos, mas pela utilização e mobilização desses saberes e em como fazer com que esse conteúdo possa ser ensinado e aprendido (SHULMAN, 1987).

Conforme apresentado, as preceptoras não foram instigadas e preparadas antecipadamente a serem docentes/preceptoras, e que, as mesmas foram convidadas a se inserirem no mundo de ensino-aprendizagem abruptamente. Partindo desse pressuposto, e levando em consideração que as preceptoras não tiveram aperfeiçoamento específico, buscou-se então conhecer como elas aprenderam a ser preceptoras:

“[...] a experiência que eu tive foi como residente durante o tempo de residente e de acompanhar o trabalho do preceptor [...]”. P1

“[...] quando eu comecei sendo preceptora, na residência a gente via um pouco da docência, eu especificamente recebia alunos, acompanhei alunos mais da graduação, na área da graduação, vi alguma coisa sobre docência na residência. Como preceptora, especificamente não, eu fui já fazendo um curso de especialização nessa área quando já tinha mais de seis anos de trabalho”. P2

“Foi meio que auto didático, eu não aprendi a ser, foi fazendo, como eu já tinha uma experiência de acompanhar estágio, de acompanhar internato, então a gente foi construindo esse trabalho [...]”. P3

A experiência e a habilidade técnica podem capacitar ainda mais o professor a contribuir na construção do conhecimento, influenciando também na segurança em ensinar o que sabe, porém não é suficiente para exercer a docência (TREVISTO; COSTA, 2017).

O corpo docente é o suporte fundamental sobre o qual devem ser instituídas as bases das mudanças necessárias à formação de profissionais da área da saúde, e a prática pedagógica tem constituído tema relevante de pesquisa nas áreas de enfermagem, odontologia e medicina (GUARIENTE; BERBEL, 2000; FIGUEROA, 1999; SECCO; PEREIRA, 2004; LAMPERT, 2002).

Posto isso, as práticas pedagógicas dos preceptores necessitam ser embasadas na filosofia do teórico e educador Paulo Freire, bem como, no respeito ao conhecimento dos educandos. A educação pretendida no processo de formação tem

como princípio a famosa afirmação de Paulo Freire: “Saber que ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção” (FREIRE, 1997).

Dentre essas práticas pedagógicas, estão às metodologias ativas, que utilizam a problematização como estratégia de ensino-aprendizagem, objetivando atingir e estimular o aluno, uma vez que diante do problema, ele se posiciona, analisa, reflete, relaciona sua experiência e ressignifica suas descobertas. Problematizar coloca-o em contato com as informações e a produção do saber, especialmente, com o objetivo de desvendar os dilemas e possibilitar o auto-desenvolvimento. O aluno passa a perceber que aprender é necessário e significativo, pois estende caminhos e possibilidades e assim se torna possível treinar a liberdade e a autonomia para fazer escolhas e tomar decisões (CYRINO; TORALLES-PEREIRA, 2004). Em relação às habilidades julgadas necessárias para um preceptora de Residência Multiprofissional em Saúde, foram apontadas diversas:

“A metodologia é muito importante na forma que você vai passar. Igual eu coloquei antes que muitas vezes não adianta você só saber, tem que saber passar dependendo da metodologia [...]”. P1

“É importante para o preceptor desenvolver no residente a mesma capacidade, a mesma autonomia do preceptor de campo, esse residente ele não pode sair só formado com a parte clínica, ele tem que ter uma autonomia da parte de gestão, ele tem que ter autonomia da coordenação de equipe, que eu acho que é o que pesa para que tipo de residente que nós vamos ter, se esse residente lá na frente ele vai conseguir ser preceptor ou não”.

P1

“[...] a questão de estudar é sempre. Na saúde a atualização tem que ser constante, todos os dias a gente tem mudanças, todos os dias a gente tem alteração, todos os dias a gente tem coisa nova, o mais importante é sempre ter certeza de que você nunca sabe tudo [...]”. P1

“Naquela teoria que fala que a gente tem que saber ser, saber conhecer, saber saber, eu acho que envolve isso tudo, a gente tem que ter uma capacidade de saber ser emocionalmente falando, eu preciso dar um feedback e para dar um feedback eu preciso saber falar, eu preciso ter um tom de voz, eu preciso saber um jeito, uma postura, preciso desenvolver relação interpessoais que muitas vezes não podem ser agressivas, isso é uma coisa que muitas vezes é difícil até para gente passar [...]”.

P2

“Além de ter o conhecimento técnico e estar atualizado nesse sentido, em relação à docência, esse preceptor teria que conhecer esse processo, mas através de metodologias mais ativas, de métodos mais voltados para esse processo de treinamento em serviço, estudos de caso”. P3

“[...] outra coisa é conhecimento teórico, eu preciso ter, porque se eu não tiver como vou dialogar em cima de contexto de conhecimento do trabalho [...]”. P2

“[...] tanto o preceptor quanto o residente tem que ter a questão do aprendizado, do auto aprendizado, de você procurar o auto aprendizado, que a gente trabalha com o PDP que é o Plano de Desenvolvimento Pessoal, às vezes eu vou ter facilidade em algumas coisas, em uma ou outra coisa pontual eu vou ter um pouquinho mais de dificuldade, então é ter maturidade de reconhecer essa deficiência em um assunto e realmente buscar o conhecimento.” P1

“[...] relações interpessoais são muito difíceis, mas há uma habilidade a ser adquirida e o conhecimento também precisa ser trabalhado, tanto habilidades manuais mesmos, por exemplo fazer um curativo, tem gente, profissionais que chegam e que não tem habilidade nenhuma, nem de pegar em uma pinça, tem medo de colocar a mão para fazer, sabe? [...]”. P2

“[...] quando eu avalio eu também sou avaliada e eu preciso saber, eu consigo receber essa avaliação do residente? Como é que é essa avaliação do residente? então eu tenho que saber essa postura, saber ter essa postura [...]”. P2

Um dos grandes desafios pautado por professores e estudantes, envolve a transformação de informação em conhecimento, e mais especificamente, que tenha significado e, portanto, seja transformador de práticas. Pois, já não enquadra mais o aprender por repetição e reprodução de modelos previamente transmitidos, decorando conceitos, sem se apropriar e sem saber o que fazer com essas informações (FREITAS, *et al.*, 2016).

A profissionalização, a prática reflexiva e a participação crítica vão além do saber fazer profissional de base acadêmica; compete aquisição prévia da capacidade intelectual em interpor esses pilares no decorrer da vida. Mediante o exposto, delinear uma proposta crítica e revolucionária para a docência do ensino superior significa depreender sua condicionalidade num sistema capitalista, no qual a ausência da educação formal e o desemprego compõem a lógica perversa e necessária para a conservação da classe dominante, ou seja, manter a qualquer custo o status dominante (RODRIGUES; MIZIARA; MIZIARA, 2013).

Necessita-se assim, de formadores reflexivos e críticos para formar professores reflexivos e críticos, e que as universidades sejam o local por excelência da reflexão e do pensamento crítico. No entanto, não apenas as universidades devem ser o local ideal da formação de professores, pois outras instituições, ou antecedentes pessoais, podem contribuir para uma boa formação de docentes (PERRENOUD, 1999). Acerca do trabalho desenvolvido em campo pelo preceptor, destaca-se:

“[...] eu sempre procurei além de discutir a parte clínica, de cuidado, de atenção direta ao paciente, fazer discussões também relacionadas a essa parte da gestão, da parte administrativa e uma coisa muito importante é a questão da divisão de tarefas. Um bom preceptor forma um bom residente e esse residente ele pode assumir qualquer equipe dentro do município com qualquer tipo de problema ele vai dar conta”.

PI

“Alguns momentos eu estava dentro do consultório com o residente, muitas vezes esse residente não gostava, eu percebia, era como se eu estivesse observando, era observando mesmo. Eu tinha momentos de discussão, a gente marcava um horário, um horário protegido dentro da unidade ou fora dela para levar

casos para discutir, revisão de prontuários. Vamos pegar um prontuário de uma gestante? Vamos ler esse prontuário aqui? Vamos discutir em cima desse caso? Mais ou menos assim. Algumas vezes no momento do meu atendimento, quando estava fazendo uma avaliação de um curativo, fazendo alguma coisa ou fazendo um procedimento, chamava o residente para ver aquilo que eu estava fazendo. Então, é essa que é a dinâmica básica [...]”. P2

“Era observada a agenda dos residentes, tentava acompanhar algumas atividades e fazia uma discussão do que tinha sido feito naquele dia. Estava disponível quando o residente precisava esclarecer alguma dúvida, havia alguns momentos de discussão de casos, de estudos, os momentos teóricos que aconteciam dentro do território e também o planejamento da agenda mensal, semanal, que era feita em conjunto”. P3

O professor além de ensinar conteúdo, precisa exercer o papel de orientar, motivar o aluno a buscar conhecimento e significados, estimulá-lo a querer aprender e não a apenas a buscar certificação (TREVISTO; COSTA, 2017).

Compreender o seu papel na área da saúde demanda dedicação em estudos e investigações que procurem articular as dimensões institucionais às dimensões pessoais e coletivas, pois é na inter-relação de várias visões que se elabora um olhar crítico-reflexivo em relação a esse trabalho como prática social. A docência em saúde associa teoria e prática, diante a elaboração de saberes e norteando atuações de outras duas práticas sociais: a saúde e a educação (BATISTA, 2005).

A abrangência da formação como treinamento/exercício docente estrutura-se na ideia de que o trabalho do professor requer, sobretudo, um conhecimento sistematizado sobre o processo de planejamento, das estratégias de ensino, das práticas

avaliativas e das novas metodologias de informação e comunicação (SLEIGHT *et al.*, 2003; STONE, 2003). No entanto, as ocasiões de treinamento apenas se tornam experiências essenciais na formação docente se ocorrem com participação dos alunos, por meio de uma interlocução que organize e sistematize o que foi vivido, discutindo suas consequências para o trabalho do professor (BATISTA, 2005).

Quando visualizado o dia-a-dia do exercício docente do preceptor, depreendeu-se que esse processo é construído com a participação do residente e juntos desenvolvem práticas coerentes com o cuidado em saúde humanizado e comprometido, voltados aos princípios da Estratégia Saúde da Família, sendo que as práticas pedagógicas relatadas são condicionadas a identidade docente do preceptor. Ressalta-se ainda que quando não se envolve o residente no planejamento, execução e avaliação das atividades, com práticas pedagógicas verticalizadas, possibilitam-se falhas no processo de formação.

O profissional de saúde, já na graduação, é “obrigado a educar”, pois é exigido que o mesmo faça educações em saúde para a população e capacitações para a equipe de trabalho, como descrito nas Diretrizes Curriculares Nacionais e outras legislações específicas, dessa maneira, é indiscutível que ainda na graduação sejam apresentadas metodologias para condução desses momentos. Assim, a residência multiprofissional em saúde, é um espaço privilegiado para adquirir ou aperfeiçoar essas práticas que outrora são limitadas, devido ao foco na educação bancária, eminentemente clínica e gerencial.

Na residência, o preceptor é o mediador entre o mundo da educação e do trabalho, isso necessita que ele tenha habilidade para ensinar, entender à realidade do residente, da instituição de ensino, a realidade que se mostra como cenário às relações, assim também como ter ciência das estratégias que permitem o movimento de construção do saber, das habilidades e atitudes no profissional em formação. Assim, a preceptoria foi entendida como uma prática educativa que necessita que o preceptor elabore um conjunto de conhecimentos para a condução do processo ensino-aprendizagem dos seus alunos (RIBEIRO, 2015).

Podem ser apontadas, algumas propostas em relação às críticas, outrora explícitas nos discursos, outrora implícitas, ou mesmo encontradas na literatura científica, que possivelmente contribua para a reflexão e aperfeiçoamento dos programas de residência. Inicialmente, pode-se se apontar a criação e/ou aperfeiçoamento de cursos de especialização direcionados a formação específica para a

atuação docente como preceptor e maior visibilidade do papel docente ainda na graduação. Outro ponto importante seria a elaboração de uma Política Nacional de Preceptoria em Saúde, com descrições detalhadas dos atores envolvidos, estratégias de trabalho, questões pedagógicas, dentre outras. Numa perspectiva local resolver a questão da remuneração inadequada é igualmente importante, como também o acúmulo de funções no serviço, que poderia ser solucionado por meio de descrição da dedicação ao papel docente.

Portanto, a formação do docente deve ser um processo contínuo, incentivado pela melhoria dos cursos de graduação e pós-graduação, observadas as aptidões individuais acumuladas ao longo de sua vida pessoal e profissional, quando a competência é gradualmente desenvolvida para o exercício da docência (RODRIGUES; MIZIARA; MIZIARA, 2013).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aqui apresentado, não encerra a investigação acerca desta temática, que é desafiadora e complexa, pois envolve diversos modos de fazer, aprender e ensinar. Assim, essa pesquisa poderá contribuir para possíveis investigações relacionadas à figura do professor da área da saúde, na graduação e pós-graduação no Sistema Único de Saúde e outros cenários, de forma que ocorra uma atuação mais efetiva, dessa forma, teceu-se considerações sobre a organização da saúde no Brasil e a Reforma Sanitária Brasileira, as principais políticas públicas e programas interministeriais de formação em saúde no Brasil, a residência em saúde e a figura do professor, por fim, indagou-se, especialmente, a respeito do significado de ser preceptor, apresentando a sinergia entre os temas.

Inicialmente, no capítulo um, voltou-se o olhar para a organização da saúde no Brasil, permeada pelo palco da Reforma Sanitária Brasileira até a construção do Sistema Único de Saúde, visto que o mesmo constitui o principal cenário na qual as residências multiprofissionais em saúde são vivenciadas e re-elaboradas. Nesse Capítulo, compreendeu-se que a saúde no Brasil era empírica, no período histórico conhecido com Brasil Colônia, a doença era encarada como algo místico, em um conjunto de maldição e castigo, os jesuítas que chegaram com o intuito de catequizar os habitantes, contribuíram para essa visão. Nessa fase, a figura do pajé era muito importante, pois o mesmo, com suas observações dos animais e uso de plantas, era o centro dos cuidados dispensados aos habitantes, e o curandeirismo era a prática vigente. Em, 1808, com a

chegada da família real ao Brasil, a preocupação em relação à saúde, foi marcada por ações da política médica, tais como as intervenções na condição de vida e saúde da população e o controle do aparecimento de epidemias, pois a família real não poderia ser “contaminada” pelos que aqui estavam. No período da República Velha, as ações de saúde, eram estruturadas na medicina higienista e planejamento das cidades, as principais doenças encontradas eram cólera, peste bubônica, febre amarela, varíola, tuberculose, hanseníase e febre tifóide, foram sancionadas medidas jurídicas, tais como a notificação de doenças e a vacinação obrigatória. O que resultou no episódio conhecido como revolta da vacina, Osvaldo Cruz, foi nomeado para ser diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, para então erradicar a febre amarela, obtendo sucesso, com o modelo campanhista sanitaria. Em 1920, Carlos Chagas, reestruturou o Departamento Nacional de Saúde, estruturando ações de educação sanitária e propagandas, criou órgãos especializados em tuberculose, hanseníase e doenças venéreas e expediram-se atividades de saneamento para outros estados. Devido, a pressão popular, em 1923, foi instituído o marco da previdência social no Brasil, a promulgação da lei Eloy Chaves que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP). Na Era Vargas, no ano de 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde, e em 1933, as Caixas de Aposentadorias e Pensões foram unificadas no Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAP), organizadas em categorias profissionais, o que antes era organizada por grandes empresas, no ano de 1953, houve a separação do Ministério da Saúde do Ministério da Educação. No período, da ditadura militar, a saúde pública, foi marcada pela baixa qualidade e limitação, ainda existindo uma dicotomia, em 1966, o Instituto de Aposentadorias e Pensões foi reestruturado no Instituto Nacional de Previdência Nacional e em 1977, foi transformado no Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social, modelos todos, excludentes, pois apenas os trabalhadores formais que pagavam tinham direito a saúde. No ano de 1970, em resposta as pressões nas ruas por melhores condições de acesso a saúde, eclodiu o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, um grande propulsor, foi a Conferência de Alma-Ata, na antiga União Soviética, pois os brasileiros que participaram dessa conferência, foram influenciados pelas ideias de cuidados primários de qualidade a todos, de forma, que em 1983, foram criadas, as Ações Integradas de Saúde. Na Nova República, houve mais fortalecimento do movimento da Reforma Sanitária, assim, em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a primeira com participação popular, foram criados os ideais do Sistema Único de Saúde conhecidos atualmente, com início da descentralização das

ações de saúde para os estados e municípios. Nesse contexto, em 1987, foi institucionalizado o Sistema Único Descentralizado de Saúde, e finalmente, em 1988, a Constituição cidadã, criou o Sistema Único de Saúde, regulamentado por suas leis orgânicas. Percebeu-se assim, que no decorrer do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, surgiram indagações acerca da formação dos profissionais atuantes nesse sistema, dessa forma, foram elaborados programas e políticas públicas interministeriais visando a atingir os objetivos e diretrizes do SUS em relação à formação dos recursos humanos na saúde.

O capítulo dois descreve as principais estratégias para alcance dessas propostas, por meio do exercício das funções gestoras do Sistema Único de Saúde, cujas subfunções e atribuições compreendem a formulação de políticas/planejamento e programas voltados para a formação de recursos humanos na saúde, assim, buscou-se nesse capítulo descrevê-las a partir da história e perspectivas do SUS até sua atual conjuntura. No contexto educacional em saúde, a formação profissional é frequentemente debatida, com intuito de favorecer e melhorar a capacitação dos mesmos, pois, embora hoje se possam observar os grandes avanços no campo da formação em saúde, estes foram traçados gradativamente.

Nesse sentido as ações e práticas no âmbito da organização dos serviços de saúde obtiveram grandes melhorias a partir da criação da Secretária de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde instituída em 2003, a qual possibilitou um novo ambiente para discussão e formulação de políticas públicas voltadas para a gestão, formação e qualificação dos profissionais da saúde e sua regulação no Brasil.

Anteriormente podem ser citadas as iniciativas da Rede de Escolas Técnicas do Sistema Único de Saúde inserida no ano de 2000, para melhorar a qualidade dos serviços de saúde por meio dos profissionais técnicos de nível médio e o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem, do mesmo ano a qual proporcionou a inserção de uma política mais ampla de valorização dos profissionais da área da Enfermagem. Também Impulsionado por expectativas e desejos por melhores condições de saúde, durante o governo dos anos de 2003 a 2006 surgiu à inserção do projeto VER-SUS/Brasil – Vivências e Estágios na Realidade do Sistema único de Saúde no ano de 2002 que representou um importante avanço na formação dos estudantes da saúde.

Contribuiu igualmente como uma nova proposta de ação estratégica para a transformação e a qualificação das práticas de saúde a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e os seguintes programas: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (Pet-Saúde), Programa de Formação de Profissionais de Nível Médio para a Saúde (Profaps) e o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (Pró-Residência).

Inseridos na modalidade de Educação a Distância e por meio das Tecnologias da Informação e Comunicação, surgiram os cursos oferecidos pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e o Programa Nacional de Telessaúde, reformulando o saber por meios de novas tecnologias, retomando a perspectiva histórica até então descrita foi lançado o programa Mais Médicos no ano de 2013, como uma proposta para avançar na solução dos problemas da atenção primária no SUS, mediante intervenções na formação, na estrutura e no provimento de médicos atuantes nessa área. Nesse sentido, pode se analisar o crescente desenvolvimento e preocupação com a formação de recursos humanos para a saúde pública e a qualidade com que é oferecida, no entanto, se entende ainda a necessidade de estímulo e continuidade para esse progresso.

No capítulo três, descreve-se a importância da residência multiprofissional saúde, definida com uma modalidade de pós-graduação *lato sensu*, e suas perspectivas históricas, processo de trabalho e os atores envolvidos. Compreende-se que a residência multiprofissional saúde se tornou estratégia prioritária de formação e treinamento em serviço nos diversos cenários do Sistema Único de Saúde, pois é desenvolvida em consonância aos princípios e diretrizes estabelecidos na Constituição Cidadã, em decorrência das lutas da Reforma Sanitária Brasileira. A residência multiprofissional em saúde é assim, uma possibilidade de inovação na formação dos profissionais de saúde, pois alinha teoria e prática, integralidade e interdisciplinaridade, dessa forma, necessita da atuação de vários atores, tais como supervisores, coordenadores, docentes e preceptores, que possuem, em conjunto, papel primordial.

Dentre esses atores, percebe-se os papéis de destaque do preceptor e dos docentes, e assim vislumbra-se a importância do ser professor para que a residência multiprofissional em saúde aconteça em sua plenitude. Nesse sentido, o capítulo quatro buscou descrever as diversas figuras que o professor assumiu ao desenrolar da história, sua idealização, “seus modos de fazer”, práticas e experiências, além da construção da

identidade profissional, como também sua função de educador e colaborador no processo de formação de indivíduos críticos e transformadores. Compreende-se que a partilha do conhecimento entre docente e discente beneficia a construção do processo de formação de ambos, juntos eles carregam a missão de construir uma nova prática, pautando suas ações na realidade vivenciada. Ser professor é ser humano a serviço da educação, é interligar artifícios didáticos e princípios humanos e ter consigo uma poderosa ferramenta capaz de conduzir os educandos rumo à construção do ser.

O capítulo cinco, finalmente, apresentou as vozes dos preceptores em relação à residência multiprofissional em saúde da família para o curso de enfermagem e como percebem sua atuação docente. O papel de preceptor é essencial para formar residentes críticos e reflexivos, com mudanças na visão do residente sobre si e quais caminhos seguir. Evidenciou-se também fragilidades acerca da formação em docência dos preceptores e ausência de preparo específico prévio para desenvolvimento desse papel, no qual foi desempenhado inicialmente por oportunidade/convite de exercer o ofício docente na residência, esse papel é secundarizado em detrimento as funções administrativas e/ou assistenciais, e a sua identidade enquanto educador é perdida.

Por fim, pode-se perceber a evolução dos programas e das políticas públicas em saúde e suas trajetórias até a construção do Sistema Único de Saúde, na qual foram formuladas estratégias voltadas ao atendimento dos princípios do SUS, dessa maneira vê-se a residência em saúde da família, como sendo uma oportunidade de estímulo para a prática da docência pelo preceptor.

Espera-se, com essa dissertação, contribuir para o processo de reflexão e possível aperfeiçoamento da elaboração dos itinerários formativos, tanto dos residentes como dos preceptores, nas perspectivas pedagógicas, de metodologias de ensino-aprendizagem, avaliação de desempenho, atividades teórico-práticas, habilidades de comunicação, relação interpessoal, gestão e liderança, pois afinal, “*a gente tem que saber ser, saber conhecer, saber saber*”. Devido essa dissertação apresentar como princípio a voz do preceptor, notou-se, a necessidade de escutar a voz dos residentes, em suas vivências, aspirações, incertezas e concepções, o qual instiga o desenvolvimento de estudos futuros para tese de doutorado.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. C; MASETTO, M. T. Ensino e aprendizagem. In: ABREU, M. C; MASETTO, M. T. **O professor universitário em aula: prática e princípios teóricos**. São Paulo: MG Editora Assoc., 1997. p. 3-12.

AGUIAR, P. R.; CAZELLA, S. C.; COSTA, M. R. A Religiosidade/Espiritualidade dos Médicos de Família: Avaliação de Alunos da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 310-319, 2017.

ALARCÃO, I. (Coord.). Formação reflexiva de professores: estratégias de supervisão. Porto: Porto Editora, 2005.

ALESSIO, M. M. *Análise da Implantação do Programa Mais Médicos* [dissertação]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, 2015.

ALMEIDA, L. P von G. de; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 1, p. 31-35, Fev. 2008.

ALMEIDA, N. D. A saúde no Brasil, impasses e desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde: SUS. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande, v. 5, n. 1, p. 01-09, jun. 2013.

ALMEIDA, P. C. A.; BIAJONE, J. Saberes docentes e formação inicial de professores: implicações e desafios para as propostas de formação. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.33, n.2, p. 281-295, mai./ago. 2007.

ALMEIDA, W.L; SALAZAR, S.N. Residência multiprofissional em saúde: considerações para a construção da integralidade na perspectiva do Serviço Social. **O Social em Questão**. Ano XX - nº 37, p. 255-276, 2017.

ALMINO, M. A. F. B. *et al.* Telemedicina: um instrumento de educação e promoção da saúde pediátrica. **Rev. Bras. Educ. Med.**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 3, p. 97-402, 2014.

ANDRADE, E. N. D; ANDRADE, E. D. O. O SUS e o Direito à Saúde do Brasileiro: leitura de seus princípios, com ênfase na universalidade da cobertura. **Revista Bioética**, v.18, n.1, p. 61-74, 2010.

ANTUNES, R. Adeus ao Trabalho? Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. São Paulo. Cortez, 1998.

APUFSC. Jornal do Sindicato dos Professores das Universidades Federais de Santa Catarina APUFSC - Sindical. **Programas de residência têm novas diretrizes publicadas em resolução.** Florianópolis, 18 de abril de 2012.

AVILA, S. H. A. Construção da identidade docente no ensino superior e a sua preparação para atuar na educação à distância. **Revista de Educação**, Rio Grande, v.15 n.19, p. 141-149, 2012.

BAHIA. Secretaria da Educação. **Educação Profissional: legislação básica.** Bahia, 2006.

BARBOSA, M. F. S. O.; REZENDE, F. Tutors' experience in a distance educational program: progress and challenges. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 473-486, 2006.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BATISTA N. A. Desenvolvimento docente na área da saúde: uma análise. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.3, n.2, p.283-294, 2005.

BATISTA, C. B. Movimentos de reorientação da formação em saúde e as iniciativas ministeriais para as universidades. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n.3 8, p. 97-125, jun. 2013.

BATISTA, C. B.; CARMONA, D. S.; FONSECA, S. L. Formação em saúde e os cenários de aprendizagem no curso de psicologia. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 32, n. 78, p. 17-25, jul./set. 2014.

BATISTA, K. B. C.; GONCALVES, O. S. J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saude soc**, São Paulo, v. 20, n. 4, pp. 884-899, 2011.

BATISTA, N. A. Educação interprofissional em Saúde: concepções e práticas. **Cad FNEPAS**, v. 2, n. 2, p. 25-28, 2012.

BATISTA, S. H. S. da S. *et al* . Formação em Saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, supl. 1, p. 743-752, 2015.

BELL, D. *et al.* Wholeness of healing: an innovative Student-Selected Component introducing United Kingdom medical students to the spiritual dimension in healthcare. **South Med J**, v. 103, p. 1204-1209, 2010.

BENTES A *et al.* Preceptor de residência médica: funções, competências e desafios. A contribuição de quem valoriza porque percebe a importância: nós mesmos! **Cad ABEM**. v.9 n.1, p.32-38, 2013.

BILIBIO, L. F. S. Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal: implicações micropolíticas à formação em saúde [tese]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

BOBBIO, N. Os intelectuais e o poder: dúvidas e opções dos homens de cultura na sociedade contemporânea. Tradução de Marco Aurélio Nogueira. São Paulo, Editora da UNESP, 1997.

BOLFER, M. M. O. Reflexões sobre prática docente: estudo de caso sobre formação continuada de professores universitários. TESE-Dissertação de Mestrado. UNIMEP. São Paulo, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As conferências Nacionais de Saúde: evolução e perspectivas**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília, 2009.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, 1988.

BRASIL. Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977. Regulamentação da Residência Médica e criação da Comissão Nacional de Residência Médica. Brasília, DF, 1977.

BRASIL. **Documento do Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, de 2006** (Movimento de Repolitização do SUS, p. 4). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz: uma instituição a serviço da vida. **Linha do Tempo: Conferência Nacional de Saúde**, 2017. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/pt-br/linhadotempo_conferenciasdesaude. Acessado em: 15/10/2017.

BRASIL. Lei 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, 2005.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei 8.142. de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução n. 3, de 20 de junho de 2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 jun. 2014.

BRASIL. Ministério Da Educação. **Manual Do Residente Multiprofissional**. Coordenação Da Residência Integrada Multiprofissional Em Saúde. Rio Grande Do Norte, 2014.

BRASIL. Ministério da educação. **Residência Multiprofissional**. 2016. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/busca-geral/247-programas-e-aco-es-1921564125/residencia-medica-2137156164/12501-residencia-multiprofissional>.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. **Prestação de Contas Ordinárias Anual**. Relatório de Gestão do Exercício de 2011. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **A educação e o trabalho na saúde: a política e suas ações**. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Portaria Interministerial n. 10, de 11 de julho de 2013. Regulamenta o Decreto nº 7.385, de 8 de dezembro de 2010. Institui o Sistema Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília (DF); 15 jul 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Pró-saúde: programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde**. Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos**: resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº 287 De 08 De Outubro De 1998**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z : garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde. 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Oferta de qualificação é necessária para melhorar a atenção à saúde. **Rev Formação**, v. 1, p. 9-18, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS - **Caminhos para Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de educação permanente em saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde). (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas públicas de saúde: Sistema Único de Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES). Universidade aberta do SUS, 2017. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/168>. Acessado em: 15/10/2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde (SUS). **Residência Multiprofissional em Saúde Da Família**. Departamento de Atenção Básica, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 14 fev, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 421, de 3 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 5 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011. **Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes)**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, 28 out. Seção 1, p. 126-36, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROFAPS. 2017**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/319-sgtes/gestao-da-educacao/9595-profaps>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, 86 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RET-SUS – Rede de Escolas Técnicas do SUS**. Brasília. 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Projeto VER-SUS/Brasil: relatório de avaliação do Projeto-Piloto**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER – SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde**. Política do acervo de recursos educacionais em saúde / Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. 2. ed. Brasília : UNA-SUS, 2013a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Investimento em Saúde. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem**. 2. ed. Revista Brasília: Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 08-09, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Curso básico de vigilância epidemiológica – CBVE**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Gerência Técnica de Doenças Emergentes e Reemergentes. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria Executiva SUS: princípios e conquistas**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. **Desenvolvimento profissional de professores para a qualidade e para a equidade da aprendizagem ao longo da vida** [página na Internet]. Conferência promovida no âmbito da Presidência Portuguesa do Conselho da União Européia. Lisboa (PT): Ministério da Educação; 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Conselho Nacional de Saúde – CONASS**. Brasília, 2007.

BRASIL. O Sistema Público de Saúde Brasileiro. In: **Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas**, São Paulo, Brasil, 11 a 14 de agosto de 2002. São Paulo. 2002

BRASIL. **Pense SUS: Reforma Sanitária**. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **O ensino de enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã**. Brasília: Ministério da Educação; 2006.

BRASIL. Portaria nº 1001, de 22 outubro de 2009. Instituiu o Programa Nacional de apoio a formação de médicos especialistas em áreas estratégicas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 24 out. 2009d.

BRASIL. Secretaria Especial de Comunicação do Rio de Janeiro. Caderno da Comunicação Série Memória. **1904 Revolta da Vacina: a maior batalha do Rio**. Rio de Janeiro, 2006.

BREW, A.; BOUD, D. Preparing for new academic role: an holistic approach to development. **International Journal of Academic Development**, v. 1, n. 2, p. 17-25, 1998.

CAMPOS, A. B. F. **Aprendendo a ser professor: caminhos da formação no início da carreira docente em geografia**. Dissertação de mestrado. Belo Horizonte – MG, Faculdade de Educação da UFMG, jun. 2013.

CAMPOS, A. L. V. Cooperação internacional em saúde: o serviço especial de saúde pública e seu programa de enfermagem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 879-888, jun. 2008.

CAMPOS, F. E; PIERANTONI C. R; MACHADO M. H. Introdução - Conferências de saúde, o trabalho e o trabalhador da saúde: a expectativa do debate. **Cadernos RH Saúde/ Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1 p. 08-11, 2006.

CAMPOS, G. V. S. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 187-194, jan./mar. 1999.

CAMPOS, G. W de S.; JÚNIOR, N. P. A Atenção Primária e o Programa Mais Médicos do Sistema Único de Saúde: conquistas e limites. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2655-2663, set. 2016.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out. 1994.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

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

CARVALHO, A. B.; NEPOMUCENO, L. B. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família Potencializando a Transformação Através da Formação: Uma Utopia Necessária. **SANARE**, Sobral, v.7, n.2, p.31-37, jul./dez. 2008.

CARVALHO, A. C. R. de.; ROSA, B. L. **Papel do professor frente a aprendizagem: processo avaliativo no ensino-aprendizagem**. In: II Jornada de didática e I Seminário de pesquisa do Cemad. Londrina, 2003.

CARVALHO, G. Saúde Pública no Brasil. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 07-26, 2013.

CARVALHO, J. F. A VII Conferência Nacional de Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 33, n. 3, p. 269-270, 1980.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: de descentralização e disseminação da capacidade pedagógico na saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p.975-986, 2005.

CECCIM, R. B. Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunic. Saúde e Educ.** v. 9, n.16: p.161-177, 2005.

CECCIM, R. B. Residência integrada em saúde: uma proposta à formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção a saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA (orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: imsuerj/Abrasco, 2003.

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

CECCIM, R. B; FEUERWERKER L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004a.

CHAVES, M.; KISIL, M. **Origens, concepção e desenvolvimento**. In: ALMEIDA, M. J.; FEUERWERKER, L; LLANOS, M. Organizadores. A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança. Tomo 1: um olhar analítico. São Paulo: Hucitec, p. 01-16, 1999.

CHIRELLI, M. Q. O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da FAMEMA [tese]. Ribeirão Preto: FAMENA, 2002.

CLOSS, T.T. Inserção do Serviço Social nas residências multiprofissionais em atenção básica: formação em equipe e integralidade. In: BELLINI, M. I. B; CLOSS, T. T. (Org.). **Serviço Social, residência multiprofissional e pós-graduação**. Porto Alegre: ediPUCRS, 2012. p. 34 -62.

CORDEIRO, H. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos Pólos de capacitação em Saúde da Família. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v.21, p.36-43, dez. 2000.

COSTA, M. da S. C. Formação pedagógica de professores de medicina. **Revista Latino Americana de Enfermagem** v. 18, n. 1, jan./fev. 2010.

COSTA, P. P. **Dos projetos à política pública, reconstruindo a história da educação permanente em saúde** [dissertação]. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

COSTA, R. M.; NASCIMENTO, R. C. C. Curso a distância de pesquisa documentária em saúde: parceria NUTEDS/UFC e biblioteca de ciências da saúde/UFC. Rio de Janeiro, **Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação**, São Paulo, v. 9, n. 2, p.165-174, jul./dez. 2013.

CREPE, C. A. **Introdução a imunologia: vacinas**. Trabalho de mestrado. Apucarana, Universidade Estadual de Londrina, 2009.

CRESCÊNCIO, C.L. Revolta da Vacina: higiene e saúde como instrumentos políticos. **Biblos**, Rio Grande, v. 22, n.2, p. 57-73, 2008.

CUNHA, L. A. O ensino superior no octênio FHC. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 24, n. 82, p. 37-61, Abr. 2003.

CUNHA, M. I. **O professor universitário na transição de paradigmas**. Araraquara: JM, 1998.

CUNHA, Y. F. F.; VIEIRA, A.; ROQUETE, F. F. **Impacto da residência multiprofissional na formação profissional em um hospital de ensino de Belo Horizonte.** In: Simpósio de Excelência de *Gestão em Tecnologia*. Rezende/RJ, v.1, p.1-15, 2013.

CUNHA, M.I. A docência como ação complexa: o papel da didática na formação dos professores. In: ROMANOWSKI, J.; MARTINS, P.L.; JUNQUEIRA, S. (Org.). **Conhecimento local e conhecimento universal: pesquisa, didática e ação docente.** Curitiba: Champagnat, v. 1. p. 31-42, 2006.

CURY, A. J. **Pais brilhantes, professores fascinantes.** Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

CYRINO, E. G., et al. Ensino e pesquisa na estratégia de saúde da família: o PET-Saúde da FMB/Unesp. **Rev. bras. educ. med**, Rio de Janeiro, v .36, n. 1, sulp. 1, p. 92-101, 2012.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad Sade Pública**. v.20, n.3, p.780-788, 2004.

DAL POZ, M. R; VARELLA, T. C.; SANTOS, M. R. dos. **Formação em saúde: problemas e tendências, Política social e desenvolvimento**, v. 4, 2011.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, n. 28 p. 213-226, 2009.

DALLEGRAVE, D.; SILVA Q.T.A. **Residência Integrada em Saúde: TRANSformação INTERdisciplinar.** Trabalho de Conclusão do Curso de Residência Integrada em Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 2006.

DEL CIAMPO, L. A; RICCO, R. G; DANELUZZI, J. C. Residência médica em Medicina Geral e Comunitária. Proposta de um Programa de Formação de Médicos Generalistas. **Rev. bras. educ. méd**, v. 27, n. 3, p. 200-204, set./dez. 2003.

DINIZ, D. G. et al. Programa De Residência Multiprofissional Em Saúde Da Família. **Projeto Da Faculdade De Ciências Médicas E Da Saúde Secretaria Municipal De Saúde.** Sorocaba/SP, 2013.

DORIGATTI, A. E. *et al.* Telemedicina como ferramenta de ensino no cuidado ao paciente queimado. **J. Bras. Tele**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.221-225, 2014.

DUBAR, C. **A socialização construção das identidades sociais e profissionais**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

ESCOREL, E. **História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

FERLA, A.A *et al.* organizadores. **Caderno de Textos do VERSUS/ Brasil**. Porto Alegre: Rede Unida, 2013.

FERREIRA, J.C.F. **Reflexões sobre o ser professor: a construção de um professor intelectual**. Biblioteca Online de Ciências da Comunicação. São Paulo, 2003.

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**. Ministério da Saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010, p. 23-34.

FERREIRA, M. de A. *et al.* O significado do Profae segundo os alunos: contribuição para a construção de uma política pública de formação profissional em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 445-452, Set. 2007.

FERREIRA, V.F *et al.* História da febre amarela no Brasil e a importância da vacinação anti-amarela. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.36, n.1, p. 40-47, jan./abr. 2011.

FEUERWERKER, L. M. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 51-71, ago. 1998.

FIGUEIREDO, N. M. A., *et al.* **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2. ed. São Caetano do Sul, São Paulo: Yendis Editora, 2007.

FIGUEROA, A. A. A inovação da educação superior em Enfermagem e os aportes do desenho da instrução. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 5-13, 1999.

FILHO, A. A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 8, n. 15, p. 375-380, Ago. 2004.

FONTANA, M. J.; FÁVERO, A. A. Professor Reflexivo: Uma Integração Entre Teoria E Prática. **Revista de Educação do Ideau**, v. 8, n. 17, p. 01-15, jan./jun. 2013.

FRANCO, T. B.; CHAGAS, R. C.; FRANCO, C. M. Educação Permanente como prática. In: PINTO, S. et al. **Tecendo Redes: os planos da educação, cuidado e gestão na construção do SUS; a experiência de Volta Redonda-RJ**. São Paulo: Hucitec; 2012.

FREIRE P. **Professora sim, tia não. Cartas a quem ousa ensinar**. 10ª ed. São Paulo: Editora Olho D'Água, p. 27-38, 1993. In: ESTUDOS AVANÇADOS, v.15, n. 42, 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 30. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 35 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática pedagógica**. São Paulo: Paz e Terra, 1991.

FREIRE, P.; HORTON, M. **O caminho se faz caminhando: conversas sobre educação e mudança social**. 4 ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2003.

FREITAS, M. A. O. et al. Docência em saúde: percepções de egressos de um curso de especialização em Enfermagem. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 20, n. 57, p. 427-436, 2016.

FREITAS, L. C. **Crítica da organização do trabalho pedagógico e da didática**. Campinas: Papirus, 1995.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: desenvolvimento produtivo e complexo da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

GADOTTI, M. **Boniteza de um sonho: ensinar e aprender com sentido**. São Paulo: Grubhas, 2003.

GADOTTI, M. **Convite à leitura de Paulo Freire**. 2ª ed.; São Paulo: Scipione, 1991.

- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GIL, C.R.R. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.21, n. 2, mar./abr, 2005.
- GODOY, A.N. O sistema de internato como estágio de administração aplicada à enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 1, n. 31, p. 31-45, jan./fev. 1967.
- GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Saúde em Debate**, v.51, p. 30-37, 2014.
- GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**. Rio de Janeiro: Record, 1997.
- GOMES, M. de F. C. M. **Avaliação de políticas Sociais e Cidadania: pela ultrapassagem do modelo funcionalista clássico**. In: SILVA, O. da S. (org) Avaliação de Políticas e Programas Sociais: Teoria e Prática. São Paulo: Vozes, p. 17- 34, 2001.
- GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. de. Movimentos de Mudança na Formação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.
- GONZALEZ, A. D; ALMEIDA, M. J. de. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010.
- GRAFTON, A. **The footnote: A curious history**. Cambridge: Harvard U Press, 1997.
- GUARIENTE, M. H. D; BERBEL, N. A. N. A pesquisa participante na formação didático-pedagógica de professores de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 8, n.2, p. 53-59, 2000.
- GUNTHER, H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: Esta É a Questão? **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 201-210, mai./ago. 2006.
- HADDAD, A. E. A enfermagem e a Política Nacional de Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS. **Rev Esc Enferm/USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1803-1809, 2009.

HADDAD, A. E. *et al.* Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 383-393, 2010.

HADDAD, A. E. *et al.* Pró-Saúde e PET-Saúde: a construção da política brasileira de reorientação da formação profissional em Saúde. **Rev Bras Educ Med**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, supl. 1, p. 03-04, 2012.

HARDEN, R. M.; CROSBY, J. The good teacher is more than a lecturer: the two roles of the teacher. **Medical Teacher**, v. 22, n. 4, p. 334-347, 2000.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cir Bras**, São Paulo, v. 20, supl. 2, p. 02-09, 2005.

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

ISAIA, S.M.A.; BOLZAN, D.P.V. Formação do professor do ensino superior: um processo que se aprende? **Revista Educação**, Santa Maria (RS), v. 29, n.02, 2004.

JUNGES, K. S. **Trajetórias de vida, constituição profissional e autonomia de professores**. União da Vitória: Face, 2006.

JUNIOR-CAMARGO, K. R. **Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007.

KRAMER, S., JOBIM, S., SAUZA, S. (Orgs.) **Histórias de professores**. São Paulo: Ática, 1996.

KROPF, S.P. Carlos Chagas e os debates e controvérsias sobre a doença do Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 205-227, jul. 2009.

LAMPERT, J. **Tendências de mudança na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. São Paulo: Hucitec, 2002.

LÁZARO DA SILVA, A. Reflexões sobre perspectivas da pós-graduação. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. 6, p. 411-13, 2005.

LEITE, C. B. SINPAS: A nova estrutura da previdência social brasileira. **Revista de informação legislativa**, Brasília, v. 15, n. 57, p. 101-116, jan./mar. 1978.

LIMA, D. M.; PORTO, M. E. A. Residência em enfermagem: subsídios para possíveis estudos. **Enfermagem em Novas Dimensões**, v. 3, n. 5, p. 294-298, 1977.

LOBATO, C. P. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política**. Dissertação de Mestrado. Londrina/PR: Universidade Estadual de Londrina, 2010.

LOPES, J. E.; HEIMANN, C. Uso das tecnologias da informação e comunicação nas ações médicas a distância: um caminho promissor a ser investido na saúde pública. **Health Inform**, São Paulo v. 8, n. 1, p. 26-30, 2016.

LUCCHESI, R.; VERA, I.; PEREIRA, W. R. As políticas públicas de saúde – SUS - como referência para o processo ensino-aprendizagem do enfermeiro. **Rev. Eletr. Enf.** [Online], v. 12, n. 3, p. 562-566, 2010.

LUNG WEN, E. N.C. Telemedicina e Telessaúde: Oportunidade de Novos Serviços e da Melhoria Da Logística Em Saúde. **Revista Panorama Hospitalar**, São Paulo, p. 24-26, 2015.

MADRUGA, L. M. S. *et al.* O PET Saúde da Família e a formação de profissionais da saúde: a percepção de estudantes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, supl. 1, p. 805-816, 2015.

MARANHÃO, T.; MATOS, I. B.; MORRUDO, C.A. Educação superior e práticas inovadoras: por que não podemos prescindir do VER-SUS na formação de Coletivos Organizados Produtores de Saúde? In: **Anais Colóquio Internacional de Educação & Justiça Social**. Curitiba, 2004.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. Ed. São Paulo, SO: Atlas, 2010.

MARIN, M. J. S. *et al.* Formação na Modalidade a Distância pela Universidade Aberta do SUS: Estudo Qualitativo sobre o Impacto do Curso na Prática Profissional. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 2, p. 201-209, 2017.

MARQUES, C. M. S. As necessidades do Sistema Único de Saúde e a formação profissional Saúde e a formação profissional baseada no modelo de competências. In:

Formação / Ministério da Saúde. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, V. 2, n. 5, 2002.

MARSIGLIA, R. G. **Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1995.

MASETTO, M. T. **Competência pedagógica do professor universitário**. São Paulo: Summus, 2006.

MASETTO, M. T. Professor universitário: um profissional da educação na atividade docente. In: MASETTO, M. T. **Docência na Universidade**. Campinas (SP): Papyrus, 1998. p. 9-26.

MATOS, J. S.; AVILA, L. D. S.; SANTOS, F. S. D. A escrita de Pero Vaz de Caminha e as características da história moderna para o ensino de história. **Revista Latino-Americana de História**, Unisinos, v. 2, n.6, p. 969-976, ago. 2013.

MENDES, B. C. O. **Programa Mais Médicos trará bons resultados?** [monografia]. Brasília: Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, 2014.

MENEGAZ, J de C., *et al.* O bom professor na área da saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 4, n. 4, p. 92-99, 2013.

MEIHY, J. C. S. B.; RIBEIRO, S. L. S. **Guia prático de história oral**. São Paulo: Contexto, 2011.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M.; CECCIM, R.B. Educación Permanente en Salud: una estrategia para intervenir en la micropolítica del trabajo en salud. *Salud Colectiva*. Buenos Aires. v. 2, n. 2, p. 147-160, may./ago, 2006.

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

MENICUCCI, T.M.G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde. *História, Ciências, Saúde. Manguinhos*. Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.77-92, 2014.

MILL, D. R. S.; PIMENTEL, N. organizadores. **Ensino, aprendizagem e inovação em educação a distância: desafios contemporâneos dos processos educacionais**. São Carlos: EdUFSCar, p. 13-24. 2010.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M.C.S (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MISSAKA, H.; RIBEIRO, V.M.B. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. **Rev Bras Educ Med**. v.35, n.3, p.303-310 2011,

MIOTO R C.T *et al.* As residências multiprofissionais em saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. **Serv. Soc.& Saúde**, Campinas/SP, v. 11, n. 2, supl. 14, p. 185-208, jul./ dez. 2012.

MONTEIRO, M. A. G. de S.; PREVITALI, F. S. A política de formação dos trabalhadores técnicos de nível médio para a saúde: a proposta pedagógica de integração ensino-serviço. In: **X Congresso Nacional de Educação – EDUCERE**, Curitiba, 7 a 10 de novembro de 2011.

MORAIS, F. R. R. *et al.* A reorientação do ensino e da prática em enfermagem: implantação do Pró-Saúde em Mossoró, Brasil. **Rev Gaú- cha Enferm** [Online], Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 442-449, set. 2010.

MOREIRA, A.F.B. **Identidades em crise e práticas pedagógicas**. In: VARANI, A.; FERREIRA, C.R.; PRADO, G.V.T. (Orgs.). *Narrativas docentes: trajetórias de trabalhos pedagógicos*. Campinas: Mercado das Letras, 2007. p.261-72.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2002.

MOROSINI, M. C. **Docência universitária e os desafios da realidade nacional**. In: _____. (Org.). *Professor do ensino superior: identidade, docência e formação*. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, 2000.

MOROSINI, M. V. G. C. **Qualificação dos Trabalhadores Técnicos em Saúde: uma apresentação ao trabalho**. in *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Organizadores, MOROSINI, M. V. G. C, *et al.* Rio de Janeiro: EPSJV, p. 13, 2013.

MOTTA J. I. J. *et al.* Educação Permanente em Saúde. **Rede Unida- Olho Mágico**, v.9, n.1: p. 67-78, abr/jun. 2002.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. A política de formação de profissionais da saúde para o sus: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. **Rev. Min. Enf. – REME**, v. 10, n. 4, p. 435-439, out./dez. 2006.

NASCIMENTO, D. D. G. do; OLIVEIRA, M. A. de C. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

NEGRI, B. Apresentação - **Projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão e Investimento em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. 2. ed. revista Brasília: Ministério da Saúde, Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 8-9, 2002.

NEGRI, B.; SANTOS, G. F. Apresentação. In: Castro JL, organizadora. **PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania**. Brasília/DF: Ministério da Saúde, p. 11-12, 2002.

NETO, P.E.W.C.; BATISTA, S.H. A Preceptorial na Formação em saúde: uma incursão na literatura. In: SILVA, G.T.R. (Org) **Residência Multiprofissional em Saúde: vivências e cenários da formação**. São Paulo: Martinari, p. 47-60, 2013.

NETTO, A. R. ; SOUZA, A. M. de A. F. de. Reforma do setor saúde e controle da tuberculose no Brasil. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 8, n. 4, p. 35-51, dez. 1999

NOGUEIRA, R. P. Política de Recursos Humanos em Saúde e a inserção dos trabalhadores de nível técnico: uma abordagem das necessidades. In: BRASIL. **Formação** / Ministério da Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem, V. 2, n. 5, p. 6-16, 2002.

NOVAES. M. A. *et al.* Tele-educação para educação continuada das equipes de saúde da família em saúde mental: a experiência de Pernambuco, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 43, p. 1095-1106, 2012.

NÓVOA, A. “**Os professores e o novo espaço público da educação**”. In: Educação e sociedade: perspectivas educacionais no século XXI. Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, p.19-45, 2006.

NÓVOA, A. **Os professores e a sua Formação**. (Org.). Lisboa: Publicações Dom Quixote. Instituto de Inovação Educacional, 1995.

NUNES, A. A., *et al.* Telemedicina na Estratégia de Saúde da Família: avaliando sua aplicabilidade no contexto do PET Saúde. **Cad. Saúde colet.** Rio de Janeiro, v. 24, 1, p. 99-104, 2016.

NUNES, T. W. N.; FRANCO, S. R. K.; SILVA, V.D. Como a educação a distância pode contribuir para uma prática integral em saúde? **Rev. Bras. Educ. Méd.**, Rio de Janeiro, v. 34 n. 4, p. 554-564, 2010.

OLIARI, F. A. S., *et al.* **A construção da identidade do professor da educação superior.** 2010. Pós-Graduação em Nível de Especialização em Docência no Ensino Superior. Faculdade de de Sinop (FASIPE). 2003.

OLIVEIRA, I. C.; BALARD, C. R.; CUTOLO, L. R. A. Formação profissional em saúde: integralidade em perspectiva. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 69-72, 2013.

OLIVEIRA, W. M. **Uma abordagem sobre o papel do professor no processo ensino/aprendizagem.** Monografia, 2006.

OLSCHOWSKY, A. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: análise da pós-graduação “lato sensu”.** Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem Programa Interunidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Constituição da Assembléia Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Sanitária Internacional realizada em Nova York em 19 a 22 de junho de 1946. Nova York: OMS, 1946.

Organização Mundial da Saúde (OMS). World Health Organization. **Telemedicine: opportunities and developments in Member States: report on the second global survey one Health 2009.** Genebra: WHO, 2010.

ONO, T. *et al.* OECD: Publishing. **OECD Health Working Papers**, n. 69, 2014.

OTERO RIBEIRO, E. C. Educação Permanente em Saúde. In: MARINS, J.J.N. et al. (Orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.** Rio de Janeiro: Abem, Hucitec, 20014, p. 285-303.

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de Território, novas práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo de caso de Sobral, CE. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, supl.1, p.94-106, 2012.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: avanços, limites e perspectivas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

PALHARES, E.M.G.; HAUEISEN, S.M.; RABELO, F.C.P. Educação Permanente em Saúde: Reflexões e desafios. **Cienc. Enferm.** v.16, n.2, p. 25-33, 2010.

PASSOS, C. M. Trabalho docente: características e especificidades. **Revista VDL**. Ceará, 2013.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.[dissertação]. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 151, Fev. 1998.

PEDUZZI, M. *et al.* Educação interprofissional: formação de profissionais de saúde para o trabalho em equipe com foco nos usuários. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, p. 977-983, ago. 2013.

PEDUZZI, M *et al.* Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. **Rev. esc. enferm. USP**, v.47, n.4, pp. 977-983, 2012.

PERRENOUD, P. Formar professores em contextos sociais em mudança prática reflexiva e participação crítica. **Revista Brasileira de Educação**, Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação, Universidade de Genebra, n. 12, p. 5-21, set./dez. 1999.

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

PEREIRA, P. A. P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In: BOSCHETTI, I. *et al.* (Orgs). **Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas**. 2ª ed. São Paulo: **Cortez**, p. 87-108, 2009.

PEREIRA, T. A. Z. Mortalidade entre brancos e negros no Rio de Janeiro. **Estud. Econ.**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 439-469, jun. 2016.

PIMENTA, S. G.; GHEDIN, E. (Org.) **Professor reflexivo no Brasil: gênese e crítica de um conceito**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PIMENTEL, V.; MOTA, D. D. C. F.; KIMURA, M. Reflexões sobre o preparo para a docência na pós-graduação em enfermagem. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 161- 164, mar. 2007.

PINTO, F. C. M.; SOUZA, V. P. D.; PIVA, T. C. C. **A vinda da Família Real para o Brasil e as Transformações na Saúde Pública no Rio de Janeiro**. In: 1º Congresso de História das Ciências e das Técnicas e Epistemologia – UFRJ / HCTE. Rio de Janeiro, set. 2008.

PINTO, H. A. *et al.* Atenção básica e educação permanente em saúde: cenário apontado pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 145-160, 2014.

PORTO, J. A. O hospital moderno e o sistema de Residência. **Revista Paulista dos Hospitais**, São Paulo, v. 10, n. 9, p. 19-22, set. 1962.

PORTO, M. Y. História: Uma revolta popular contra a vacina. **Cienc. Cult.**, São Paulo, v. 55, n. 1, p. 53-54, jan. 2003.

RANGEL, M. L. *et al.* Redes de aprendizagem colaborativa: contribuição da educação a distância no processo de qualificação de gestores do Sistema Único de Saúde – SUS. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 545-556, jun. 2012.

REIBNITZ, K. S. *et al.* Rede Docente Assistencial UFSC/SMS de Florianópolis: Reflexos da Implantação dos Projetos Pró- Saúde I e II. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 36, n.1, p. 68-75, 2012.

RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. As contribuições do Serviço Especial de Saúde Pública para a formação profissional da Enfermagem no Brasil (1942-1960). **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 6, p. 909-915, dez. 2008.

RIBEIRO, M. L.; CUNHA, M. I. da. Trajetórias da docência universitária em um programa de pós-graduação em Saúde Coletiva. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 52-68, mar. 2010 .

RIBEIRO, K.R.B. Residências em saúde: saberes do preceptor no processo ensino-aprendizagem. Tese de doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2015.

RIGOLI, F.; ROCHA, C. F.; FOSTER, A. A. Desafios críticos dos recursos humanos em saúde: uma visão regional. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 1, p. 7-16, Fev. 2006.

RODRIGUES, M. T. P; MENDES SOBRINHO, J. A. C. Obstáculos didáticos no cotidiano da prática pedagógica do enfermeiro professor. **Rev bras enferm.**, Brasília, v. 61, n. 4, p. 435-440, ago. 2008.

RODRIGUES, R. A. S.; MIZIARA, P. H. S. C.; MIZIARA, L. A. S. Desafio de Ser Professor Universitário em Instituição Privada na Área da Saúde. **Contexto & Educação**, Editora Unijuí, v. 28, n. 91, p. 128-148, set./dez. 2013.

RODRIGUES, T. de F. Residências Multiprofissionais Em Saúde: Formação Ou Trabalho? **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas/SP, v.15, n. 1, supl. 21, p. 71-82, jan./jun. 2016.

ROSENTHAL, R. **Meta-analytic procedures for social research**. Applied Social Research Methods Series, 6 ed. Newbury Park: Sage, 1984.

ROSSI, M. J. dos S. Espaço: poder e saúde - a reforma de Carlos Chagas. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 44, n. 1, p. 83, mar. 1991.

SALES, I. C.; PAGANI, R. A preceptoria de território na estratégia de saúde da família em Sobral/CE (desafios políticos, teóricos e metodológicos de uma experiência). **SANARE: Revista Sobralense de Políticas Públicas**, Sobral/CE, v. 1, n. 1, p. 41-46, out./dez. 2004.

SALVADOR, A. de S., *et al.* Residência Multiprofissional e a Prática Multiprofissional: novas estratégias de formação para o SUS. **Estado Desenvolvimento e Crise do Capital**. João Pessoa, 2011.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: AMGH, 2013.

SANTANA, A. A. **Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo fundamentado na percepção de diferentes atores em município do Sul de Minas Gerais**. Dissertação de Mestrado. Lavras: UFLA, 2013.

SANTOS, L. R. A. **Informática em Saúde: história e evolução**. Ribeirão Preto: FMRP 2014.

SARRETA, F de O. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SÁ-SILVA, L. R. C. *et al.* Pesquisa documental: alternativa investigativa na formação docente. In: **IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE**, 2009.

SÁ, T.T; ALVES-NETO, F.R. A Docência no Brasil: História, Obstáculos e Perspectivas de formação profissionalização no século XXI. **Revista Tropos**. v. 5, n 1, p. 1-14, 2006.

SCHECHTMAN. A. *et al.* **Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

SCHRAIBER, L. B., *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SECCO, L. G.; PEREIRA, M. L. T. Formadores em odontologia: profissionalização docente e desafios político-estruturais. **Cienc Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 113-120, 2004.

SHULMAN, L. S. Knowledge and teaching: foundations of the new reform. Harvard Edu Rev [Internet]. 1987.

SILVA, A. L. Reflexões sobre perspectivas da pós-graduação. **Acta Cirúrgica Brasileira**, São Paulo, v. 20, n. 6, p. 411-413, 2005.

SILVA, F.V. Residência em Área Profissional da Saúde/Residência Multiprofissional em Saúde: Sociedade Civil e Estado na construção coletiva de uma política pública. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**. v.48, n. 1-2, p. 18, jan./jun, 2000.

SILVA, M. J.; SOUSA, E. M.; FREITAS, C. L. Formação em enfermagem: interface entre as diretrizes 2011 curriculares e os conteúdos de atenção básica. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 315-321, mar./abr. 2011.

SILVA-JÚNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., organizadores. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. São Paulo: Hucitec, 2004.

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.

SLEIGHT, D. *et al.* Creating online lessons: a faculty development seminar series. **Medical Education Online**, v. 8, n. 7, p. 01-07, 2003.

SOUZA, R da C.; BATISTA, F. E. B. Política Pública de Saúde no Brasil: História e Perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS. In: **VII Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação**. Palmas – TO, 2012.

SOUZA, A. N. Trajetórias de professores da Educação Profissional. **Proposições**, Campinas, v. 16, n. 3 (48), p. 195-211, set./dez. 2005.

SOUZA, B. P. A.; PAULETTE, A. C. Projeto Mais Médicos para o Brasil em Pernambuco: uma abordagem inicial. **Tempus, actas de saúde colet**, Recife, v. 9, n. 4, p. 11-34, 2015.

SOUZA, M. F. D. A reforma sanitária brasileira e o sistema único de saúde. **Revista Tempus, actas de saúde coletiva**, Brasília, v. 8, n. 1, p.11-16, mar. 2014.

STONE, S. *et al.* Development and implementation of an objective structured teaching exercise (Oste) to evaluate improvement in feedback skills following a faculty development workshop. **Teaching and Learning in Medicine**, v. 15, n. 1, p. 07-13, 2003.

TARDIF, M. **Saberes Docentes e Formação Docente**. Petrópolis: Vozes, 2002.

TARDIF, M. **Saberes docentes e formação profissional**. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

TOMBINI, L.H.T. **Educação Permanente e Integração Ensino-Serviço na perspectiva dos enfermeiros do serviço**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010, 177 p.

TREVISIO, P.; COSTA, B. E. P. Percepção de profissionais da área da saúde sobre a formação em sua atividade docente. **Texto Contexto Enferm**. v. 26, n. 1, p 01-09, 2017.

Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (Uni e Multiprofissional). 2017, disponível em: <http://www.coremu.famed.ufu.br/>

Universidade Estadual de Montes Claros. **Programa de Residência Multiprofissional**, 2017. Disponível em: <http://www.unimontes.br/index.php/component/content/article/41-editais/18941-2017-12-20-14-43-29>

VASCONCELOS, G.A.N (org). **Como me fiz professora**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP & A, 2003.

VERISSIMO, F. M.; GAVIOLI, O. **Saúde Pública: sua importância na medicina e no saneamento básico para a população**. Programa Jovens Profissionais do Saneamento, ago. 2015.

VILLELA, E. C. As interferências da contemporaneidade no trabalho docente. In: **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, v.88, n. 219, p. 229-241, mai / ago. 2007.

WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P. de. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais de saúde pública: contribuição para a construção de projetos pedagógicos na enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 433-438, ago. 2003.

ZABALZA, M. A. **O ensino universitário: seu cenário e protagonistas**. São Paulo: Artmed, 2004.