



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MESTRADO PROFISSIONAL EM  
EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Ângela Catarina Inácio Costa de Andrade

FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM REDE DE SAÚDE:  
da fragmentação da formação em saúde à busca da integralidade

Rio de Janeiro

2016

Ângela Catarina Inácio Costa de Andrade

FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM REDE DE SAÚDE:  
da fragmentação da formação em saúde à busca da integralidade

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientador: Júlio César França Lima

Rio de Janeiro

2016

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

A553f      Andrade, Ângela Catarina Inácio Costa de  
                 Formação multiprofissional em rede de saúde:  
                 da fragmentação da formação em saúde à busca da  
                 integralidade / Ângela Catarina Inácio Costa de  
                 Andrade. - Rio de Janeiro, 2016.  
                 101 f.

Orientadora: Júlio César França Lima

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação  
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de  
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,  
2016.

1. Trabalho. 2. Educação. 3. Educação Integral.  
I. Lima, Júlio César França. II. Título.

CDD 331

Ângela Catarina Inácio Costa de Andrade

FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM REDE DE SAÚDE:  
da fragmentação da formação em saúde à busca da integralidade

Dissertação apresentada à Escola  
Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio  
como requisito parcial para obtenção do  
título de mestre em Educação  
Profissional em Saúde.

Aprovada em 22/07/2016

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Júlio César França Lima (FIOCRUZ / EPSJV)

---

Prof<sup>a</sup> Dra. Marise N. Ramos (FIOCRUZ / EPSJV)

---

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior (UFF/IMS-UERJ)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, no qual creio em todo propósito maior acerca da minha existência.

Agradeço à minha família, meu esposo José Félix, minha mãe Luiza, meu pai Aluizio, meu irmão Christian, que entendem este mestrado como um processo que vem agregar à minha formação profissional e me apoiaram com bons sentimentos, além de privarem-se de algumas de suas atividades para me proporcionar melhores condições para produção do conhecimento.

Agradeço ao meu filho, Henrique, que em meu ventre compartilha dos sentimentos produzidos durante este processo.

Agradeço ao meu orientador, Júlio César França Lima, que foi fundamental para que eu ampliasse a minha visão enquanto pesquisadora e sempre aprimorasse a construção deste trabalho.

E, por fim, agradeço a todos os que fizeram e fazem o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em gestão de Redes de Atenção à Saúde e a Coordenação de Educação Permanente em Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, com quem construí o conhecimento e que também me apoiaram neste mestrado e no desenvolvimento desta dissertação.

## RESUMO

ANDRADE, Ângela Catarina Inácio Costa. *Formação multiprofissional em rede de saúde: da fragmentação da formação em saúde à busca da integralidade*. 2016. 10f. (Mestrado profissional em educação profissional em saúde). Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde, EPSJV, Rio de Janeiro, 2016.

A presente dissertação teve como objeto de estudo o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde, uma formação apontada enquanto estratégia para qualificação da rede de saúde de Pernambuco. O objetivo geral deste estudo volta-se a compreender o processo de formação em saúde da residência multiprofissional em saúde coletiva com ênfase na gestão de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no município de Caruaru-PE, sob a perspectiva uma educação integral. A metodologia adotada teve como base teórica o materialismo histórico-dialético, e o método da análise documental dos documentos referentes à concepção e planejamento do Programa, bem como à execução e acompanhamento de suas atividades. A pesquisa apontou que o processo de formação em saúde do Programa agrega um conjunto de elementos que vão desde a perspectiva pragmática à *práxis*, que são atravessados pelo contexto do campo de prática e pela relação entre os diversos atores que compõem o processo formativo. A educação integral não é trabalhada em sua totalidade, a qual requer desde a revisão da matriz curricular e planejamento à formação pedagógica dos docentes, tutores, OCP e preceptores; e fortalecimento dos atores políticos envolvidos com a implementação do Programa.

Palavras-chave: Trabalho. Educação. Educação integral.

## ABSTRACT

ANDRADE, Ângela Catarina Inácio Costa. *Health network multiprofessional education: from health education fragmentation the search for completeness. 2016. 102 f.* (Health Professional Education Professional Master). Health Professional Education Graduate Program, EPSJV, Rio de Janeiro, 2016.

This dissertation had as study object the “Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde”, that is appointed as an strategy for Pernambuco’s health network qualification. The aim of thi study is understand the process of training Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em gestão de Redes de Atenção à Saúde (RAS)’s in Caruaru-PE, from the perspective of an integral education. The methodology had as theory the historical and dialectical materialism, and it has as metod the documental analises of the documents related to design and planning the Program, as well as the execution and monitoring of its activities. This research pointed out that the program’s educational process adds a number of factors which vary between pragmatic perspective and práxis, wich are crossed by field practice context and the various actors in the educational process. The integral education is not worked in its entirety, which requires from the review of the curriculum and planning the pedagogical training of teachers, tutors, OCP and preceptors; and strengthening political actors involved in the implementation of the Program.

Palavras-chave: Work. Education. Integral Education.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AVA	Ambiente Virtual de Aprendizagem
CIES	Comissão de Integração Ensino-Serviço
CIR	Comissão Intergestores Regionais
CNRMS	Comissão de Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
COREMU	Comissão Permanente de Residência em Área Profissional da Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPPE	Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco
IES	Instituição de Ensino Superior
OCP	Orientadores Clínico-Pedagógicos
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNS	Plano Nacional de Saúde
PPP	Projeto Político Pedagógico
PRMSC	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva
PRMSC-Redes	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em gestão de Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMS	Residências Multiprofissionais em Saúde
RMIS	Residência Multiprofissional Integrada em Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SEGTES	Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
UPE	Universidade de Pernambuco

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>8</b>
<b>CAPÍTULO 1 - O TRABALHO COMO PRINCÍPIO EDUCATIVO, A FRAGMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA FORMAÇÃO EM SAÚDE E AS INTERFACES COM A FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE ....</b>	<b>23</b>
1.1 O trabalho como princípio educativo, a perspectiva da educação integral e a concepção politécnica .....	23
1.2. O trabalho como princípio educativo nos diferentes modos de produção da existência humana e a perspectiva de uma educação integral .....	25
1.3 O trabalho em equipe multiprofissional de saúde e a perspectiva do trabalho enquanto princípio educativo na formação integral dos trabalhadores de saúde..	40
<b>CAPÍTULO 2 - O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: CONTEXTO E CONCEPÇÃO .....</b>	<b>44</b>
2.1 Descentralização da formação em saúde em Pernambuco e a implantação do PRMSC-Redes .....	44
2.2 Objetivos, eixos de formação e perfil do egresso do PRMSC-Redes, e as perspectivas adotadas acerca da integralidade.....	46
2.3 PRMSC-Redes: Formação Integral? .....	54
2.4 Entre a concepção e o planejamento: aproximações e distanciamentos.....	56
<b>CAPÍTULO 3 - A FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM REDE DE SAÚDE: ENTRE FORMAÇÕES E DEFORMAÇÕES NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO.....</b>	<b>62</b>
3.1 Relação trabalho e educação .....	68
3.2 Módulo teórico para ampliar o conhecimento e refletir sobre a prática.....	73
3.3 Aprofundamento teórico a partir da experiência.....	76
3.4 Espaço de prática para ampliar o conhecimento/reflexão teórico-prática .....	80
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>82</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>101</b>

## INTRODUÇÃO

Esse trabalho tem como objetivo compreender o processo de formação em saúde da residência multiprofissional em saúde coletiva com ênfase na gestão de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no município de Caruaru-PE, sob a perspectiva uma educação integral.

O desenvolvimento do tema formação multiprofissional em rede de saúde despertou-me o interesse devido à experiência, no período de 2011 a 2013, enquanto residente de um Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde da Família, onde tive a possibilidade de atuar em uma equipe multiprofissional nesta formação em serviço.

Somado a isto, ainda em 2013, passei a trabalhar na Escola de Governo em Saúde Pública do estado de Pernambuco (ESPPE) enquanto supervisora de ensino técnico da coordenação de educação permanente em saúde e fui chamada também a participar do processo de construção e tutoria do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva (PRMSC) com ênfase em gestão de Redes de Atenção à Saúde (PRMSC-Redes).

A atuação em uma equipe multiprofissional enquanto residente possibilitou-me refletir sobre duas conformações que a mesma assumiu em períodos diferentes: no início do curso, uma atuação multiprofissional predominantemente fragmentada, que considerava sobretudo as experiências anteriores e das especificidades de cada área profissional; e no decorrer do curso, uma atuação multiprofissional interdisciplinar com o olhar a partir do usuário, conforme contribuições dos coordenadores, tutores, residentes e preceptores durante as reuniões clínicas do programa de residência, o que resultava em um maior alcance das ações de saúde.

Isto remete à importância do desenvolvimento da formação multiprofissional não restrita à experiência prática, mas considerando uma formação teórico-prática que associe, pela mediação teórica, os conhecimentos individuais à construção de novos saberes com a participação dos diversos atores envolvidos nesta formação em serviço. Neste sentido, é favorecida uma formação em saúde coerente com as reais necessidades dos usuários e coletivo, em detrimento de uma formação em saúde descolada da realidade dos serviços, cujas formações teórica e prática ocupam posições independentes.

Ao atuar na implantação e tutoria do PRMSC-Redes, reencontrei a formação multiprofissional, mas acrescida de um novo desafio: a organização da RAS, que se delinea na aproximação da formação a um modelo organizativo de ações e serviços de saúde proposto para a superação da fragmentação da atenção à saúde. Dessa forma, passei a lidar com uma proposta de formação que almeja a superação da sua fragmentação alinhada com a proposta de superação da fragmentação dos serviços de saúde. Entretanto, para compreender em que medida esta superação pode (ou não) ser alcançada, compreender o que embasa o processo de formação desta residência multiprofissional e sua relação com a educação integral, o que justifica o objetivo deste estudo.

Este estudo foi desenvolvido na perspectiva de produzir conhecimento em torno da formação em saúde, contribuindo tanto para a minha formação enquanto profissional de saúde quanto para a implementação e tutoria do Programa de Residência em Saúde Coletiva no que tange à prática profissional coerente com as necessidades de saúde dos usuários e com a realidade do Sistema Único de Saúde. Além disto, traz subsídios para revisitar a proposta do Programa em um movimento dinâmico, possibilitando o reconhecimento de limites e possibilidades para uma formação instituinte de transformação aos processos de trabalho em saúde.

Partindo do pressuposto de que a formação pelo trabalho configura-se como metodologia educacional dos programas de residência e de que os sentidos assumidos pelo trabalho são orientadores em alguma medida da formação dos profissionais residentes, é fundamental compreender em que medida esse tipo de formação concorre para a transformação das práticas profissionais e para o fortalecimento do SUS.

Portanto, a importância desse estudo reside na perspectiva do programa de residência fortalecer, por meio da formação pelo trabalho e relação teórico-prática, a formação de profissionais alinhados à realidade de saúde dos usuários, dos serviços de saúde e ao fortalecimento do SUS.

Segundo a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) configuram-se em uma formação na modalidade de pós-graduação *lato sensu* e em programas de integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvendo-se mediante parcerias com os gestores, trabalhadores e usuários, com o objetivo de favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho. (BRASIL, 2012)

Para o seu desenvolvimento, é preconizado que 80% da carga-horária total seja desenvolvida por meio de estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, com garantia das ações de integração de educação, gestão, atenção e participação social, e 20% por meio de estratégias educacionais teóricas. (BRASIL, 2014a)

Sua trajetória tem sido marcada pela discussão acerca da formação pelo trabalho como metodologia educacional para formação de um perfil profissional condizente com as necessidades do SUS, bem como pela mobilização e organização de residentes em torno principalmente da garantia e ampliação de direitos, tanto os da formação quanto os trabalhistas. (ANDRADE, 2015)

Considerando a proposta dos programas de residência quanto à formação em serviço e a sua perspectiva de formação de profissionais alinhados a transformações de práticas, é importante conhecer em que medida essa formação configura-se como estratégia para o fortalecimento do SUS. Em 2006, a Residência Multiprofissional em Saúde passou a ser adotada como um dos objetivos para o fortalecimento da Atenção Básica, configurando-se enquanto uma das estratégias de qualificação dos profissionais desse nível de atenção à saúde. (BRASIL, 2006a)

É importante destacar que no cenário de universalização do acesso à saúde, a Atenção Básica tem papel estruturante no âmbito da política pública de saúde. Ela é assumida para a reorientação do modelo assistencial de saúde, devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. (BRASIL, 2011a)

Em Pernambuco<sup>1</sup>, houve uma expansão da atenção básica por meio a Estratégia Saúde da Família, com alcance de 100% dos municípios e com cobertura média de 68,7%, o que contribuiu para a ampliação do acesso. Entretanto, apesar do favorecimento no âmbito da acessibilidade geográfica, na dimensão sócio-organizacional existem ainda entraves que dificultam a entrada e permanência do usuário no sistema de saúde. (ALBUQUERQUE *et al*, 2014)

Neste quesito, destacam-se dificuldades para a resolubilidade da atenção básica em Pernambuco, manifestadas por fragilidades relativas ao acolhimento com estratificação de risco e à coordenação do cuidado, por exemplo. Quanto ao

---

<sup>1</sup> Estudo realizado em Pernambuco por meio de censo de infraestrutura em 2019 unidades de saúde. A Avaliação Externa ocorreu em 1009 equipes que aderiram ao PMAQ-AB em 2012. Foram entrevistados 1.009 profissionais (92,6% enfermeiros, 5,6% médicos e 1,5% dentistas) e 3.617 usuários. Dentre as unidades analisadas pelo censo, 22,2% eram Posto de Saúde, 73,1% Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde, 0,8% Posto Avançado e 3,9% Outros. Do total, 72,8% eram Equipes de Saúde da Família (EqSF) com saúde bucal (ALBUQUERQUE *et al*, 2014)

acolhimento, cerca de 62% das equipes o implantaram, contemplando a participação de vários profissionais, porém parcela significativa das equipes da Atenção Básica apresenta reduzida capacidade de identificação das diferentes gradações de risco e das situações de maior urgência apresentadas pelos usuários, expressando limitação do potencial do acolhimento como mecanismo de acesso com equidade. (IBID, ID)

No que se refere à coordenação do cuidado, foi identificada dificuldade na sua efetivação enquanto papel da Atenção Básica, que mesmo com a existência das centrais de regulação e de protocolos para acesso à atenção especializada, menos da metade dos usuários conseguem agendamento para a consulta. As centrais de regulação se limitam à oferta municipal e, ademais, há concentração de recursos assistenciais na esfera estadual sem a sua efetiva regionalização assistencial e sem regulação compartilhada com os municípios. Além disto, os autores consideram incipientes os mecanismos de troca de informações entre os profissionais da atenção básica e os da atenção especializada. Consideram, com isto, que não é suficiente implantar centrais, definir protocolos, fluxos de acesso e fichas de encaminhamentos, mas também consolidar formas de diálogo entre as equipes dos diversos níveis de complexidade. (IBIDI, ID; ALBUQUERQUE *et al*, 2013)

A despeito da progressiva universalização da cobertura do SUS, e suas implicações na ampliação sistemática do volume de recursos humanos em termos de emprego, tal processo ocorreu mediante uma progressiva deterioração das condições de trabalho e da remuneração dos profissionais envolvidos. (DEDECA, TROVÃO, 2013)

A deterioração das condições de trabalho desenvolveu-se tanto nas atividades fins quanto nas complementares, podendo ser associada à crescente heterogeneidade das formas de contrato de trabalho, bem como à elevação do grau de instabilidade a eles inerente. Além disto, esse resultado decorre de uma maior heterogeneidade das figuras institucionais como as cooperativas de trabalho, as organizações da sociedade civil de interesse público, as organizações não governamentais e as fundações privadas, que realizam os serviços de atendimento. (DEDECA, TROVÃO, 2013)

Esse cenário pode ser explicado pelo longo período de estagnação econômica brasileira, nos anos 1980, 1990 e nos primeiros anos da década de 2000, relacionando-se com a redução do gasto público per capita em saúde no Brasil, e com o sucateamento, a precarização crescente da rede assistencial pública existente e a baixa remuneração dos trabalhadores de saúde. A partir da década de 1990, o setor saúde foi afetado pela política de reforma do Estado, que implicou nesta proliferação de formas variadas de

vínculo empregatício, principalmente precários, ainda adotados atualmente em todos os níveis de gestão do sistema de saúde. (DEDECA, TROVÃO, 2013; LIMA, 2007; SEIDI *et al*, 2014)

Em Pernambuco, de acordo com o estudo de Fernandes (2010), a gestão e desenvolvimento de recursos humanos teve um desempenho regular, certamente atribuído principalmente à ausência de políticas voltadas à fixação de profissionais, ausência de definição de um piso salarial regionalizado e/ou criação de uma carreira, o que favorece a grande rotatividade nas EqSF, comprometendo o desenvolvimento da atenção básica nos municípios.

Somado a isto, apesar de as políticas de formação técnica e profissional em desenvolvimento pela Secretaria Estadual de Saúde estarem articuladas com as demandas da atenção básica e de seguirem as diretrizes nacionais, aquelas voltadas à regulação e fixação dos profissionais nos municípios de menor porte e distantes da área metropolitana do estado, além da ausência de diretrizes para regionalização salarial, parecem indicar necessidade de intervenção conjunta da atenção básica e gestão do trabalho. (FERNANDES, 2010)

Do ponto de vista dos trabalhadores do SUS, compartilhamos da reflexão de Frigotto, Ciavatta e Ramos (s.d.) acerca da dimensão educativa no contexto de exploração do trabalho, o qual, na maioria das vezes, se dá em condições de não escolha e de precarização dos vínculos de trabalho. Nesta perspectiva, socializar o princípio do trabalho como produtor de valores de uso, para manter e reproduzir a vida, é crucial e ‘educativo’, mesmo quando este ocorre sob a negatividade das relações de classe existentes no capitalismo.

Nesse sentido, é importante observar que a RMS desenvolve-se em um contexto em que se torna desafiadora uma formação instituinte de transformação dos processos de trabalho em saúde. A própria expansão da atenção e as necessidades de profissionais de saúde levantam o desafio da integração do residente enquanto contribuinte do processo de trabalho sem que o mesmo seja necessariamente incorporado enquanto substituição de mão-de-obra, como pode ser observado em outros estudos (ANDRADE, 2015; CASTRO, 2013; RAMOS *et al*, 2006).

Silva (2013) aponta em seu estudo algumas possibilidades de transformação. A autora afirma que a Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (RMIS)<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> A autora faz referência ao Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde do Centro de Ciências da Saúde, desenvolvido no Hospital Universitário de Santa Maria. O

configura-se como um espaço intersejor para o desenvolvimento de ações de Educação Permanente em Saúde (EPS). Isso ocorre por meio da realização de atividades como seminários de núcleo e de campo<sup>3</sup>, preceptorias, aulas teóricas, atividades de campo, as quais propiciam o encontro dos integrantes da RMIS, sendo construídas relações e interações entre estes e, a partir disso, refletem novas possibilidades de ações em saúde. Por meio destas relações e interações, a EPS é discutida e incorporada ao cotidiano de atuação de cada profissional, fazendo-se presente no planejamento das atividades dos mesmos. Somado a isto, os encontros promovem relações que geram disrupturas com o instituído. Segundo a autora, a partir dos encontros:

(...) os integrantes da RMIS tem a possibilidade de pensar outros modos de produzir saúde, através das inquietações e sensações de incômodo sentidas, incentivando a busca pelas transformações das práticas de saúde, objetivo maior da EPS. (SILVA, 2013, p. 75)

Dessa forma, mudanças podem ser possíveis no âmbito micropolítico, onde há no trabalho vivo espaços de autonomia para mudanças e transformações. Entretanto, o âmbito macropolítico ainda é permeado por barreiras hegemônicas que obscurecem ou mesmo impedem as práticas de saúde no SUS, impossibilitando aos profissionais algumas atitudes de transformação (IBID, ID)

Ao remeter ao processo de regionalização no Brasil, por exemplo, o seu desenvolvimento tardio constituiu e ainda constitui barreiras para a construção e funcionamento da rede de saúde do SUS. Tal processo implica na distribuição de poder, relativização da autonomia dos municípios, redirecionamento de prioridades das ações e serviços de saúde.

Em 2012, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde são orientados para o seguimento da área de concentração<sup>4</sup> que contemple a lógica de organização de RAS, cuja estruturação foi proposta em 2010 com a finalidade de superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS. (BRASIL, 2010a; BRASIL, 2012)

---

Programa adota a atenção Hospitalar e a gestão como cenário orientador do processo de formação e a problematização no desenvolvimento das atividades de formação em serviço (SILVA, 2013; UFSM, 2009)

<sup>3</sup> As atividades de Núcleo Profissional relacionam-se às especificidades de cada área profissional; e as atividades de Campo Profissional referem-se à interdisciplinaridade, com enfoque nos dispositivos da Clínica Ampliada (UFSM, 2009)

<sup>4</sup> Área de concentração: um campo delimitado e específico de conhecimentos no âmbito da atenção à saúde e gestão do SUS. Deve constituir o objeto de estudo e de formação técnica dos profissionais envolvidos no respectivo programa (BRASIL, 2012)

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), aponta que as redes integradas de serviços são “una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (OPAS, 2010, p. 31); e considera que são necessários recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com a estruturação de RAS para o efetivo funcionamento das redes integradas de serviços. Assim, a distribuição e competências desses profissionais deveriam estar relacionadas à disponibilidade de serviços apropriados para atender às necessidades da população e território.

Nesse sentido, o Plano Nacional de Saúde (PNS) alega que a adoção de modelo organizativo de ações e serviços, com base em redes de atenção voltadas à superação da fragmentação existente, incluindo o preenchimento de vazios assistenciais, constituem alvo de esforço. Tal organização deve permitir o atendimento das necessidades de saúde e o aperfeiçoamento da gestão, neste incluídos a eficiência do gasto e o financiamento adequado. (BRASIL, 2011b)

Tendo como referência os profissionais de saúde de nível superior, o PNS aponta a existência de dificuldades direcionadas à qualidade e adequação do perfil necessário ao SUS. A equidade e o acesso universal aos serviços tornam-se prejudicados em decorrência da dificuldade apresentada por inúmeros municípios em fixarem profissionais em seu território, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste. A carência e má distribuição geográfica e social de profissionais tem sido apontadas como problema grave, que atinge também outros países. Além disto, em uma área considerada essencial como a saúde, a precarização do trabalho debilita a relação e expõe a fragilidade do trabalhador, tanto no setor público quanto na iniciativa privada (contratados ou conveniados). (BRASIL, 2011b)

A RAS traz consigo, portanto, um movimento de aproximação da organização da atenção à realidade de saúde da população, sob a lógica da integralidade da atenção à saúde, uma vez que requer a articulação das ações e serviços de saúde, devendo partir do olhar sobre o território, sobre as necessidades de saúde do usuário e da coletividade. Além disto, os profissionais de saúde configuram-se como atores essenciais para a estruturação e funcionamento das RAS e, desta forma, para uma atenção em saúde de qualidade. Assim, uma formação profissional que contemple a lógica da RAS poderia possibilitar o fortalecimento da atenção integral em saúde, já que estaria contemplando

a formação de profissionais sob o aspecto tanto da integralidade da formação em saúde quanto dos serviços de saúde.

Nesse contexto, foi implantado em março de 2014 o PRMSC-Redes, mediante a atuação conjunta entre a ESPPE e a Universidade de Pernambuco (UPE), instituições executora e formadora, respectivamente.

Considerando que a RMS se trata de uma formação com ênfase no trabalho e na prática, com envolvimento de diversos atores componentes do sistema de saúde, e que reúne possibilidades de aproximação da formação com a realidade de atuação do residente, a mesma configura-se como fundamental quando da perspectiva de superação de uma formação deslocada da realidade dos serviços, podendo-se desenvolver estratégias para a sua transformação.

Entretanto, considerando a dimensão educativa do trabalho, é importante relevar em que contexto este trabalho é produzido, quais são os sentidos assumidos por ele, e quais são as suas implicações para esta formação e para o sistema de saúde. Conforme observam Frigotto, Ciavatta e Ramos (s.d.), é frequente a redução da dimensão educativa do trabalho à sua função instrumental didático-pedagógica, ou seja, aprender fazendo.

Nessa perspectiva, cabe questionar sobre o processo de formação em saúde do PRMSC-Redes a partir das seguintes questões: como se caracteriza o trabalho como princípio educativo e que processo permeia a fragmentação da formação em saúde? que concepção de trabalho orienta esta formação, e como se constitui a relação teórico-prática? De que forma aproximam (ou não) da educação integral dos profissionais de saúde?

Nesse sentido, o objetivo geral desse estudo é compreender o processo de formação em saúde da residência multiprofissional em saúde coletiva com ênfase na gestão de Redes de Atenção à Saúde (RAS) no município de Caruaru-PE, sob a perspectiva uma educação integral. Os objetivos específicos são: entender o trabalho como princípio educativo e o processo de fragmentação da formação em saúde; identificar a concepção de trabalho adotada pelo PRMSC-Redes; e compreender a relação teórico-prática desenvolvida neste programa de residência.

O PRMSC-Redes foi selecionado por ser uma experiência pioneira da ESPPE com a formação multiprofissional regionalizada e interiorizada no estado de Pernambuco, além de oferecer melhor acessibilidade aos documentos necessários para o desenvolvimento da pesquisa, uma vez que é campo de trabalho da pesquisadora.

A primeira turma deste Programa de residência teve início em março de 2014 e conclusão em março de 2016, contemplando 07 Regionais de Saúde, a saber: Caruaru (IV Geres), Garanhuns (V Geres), Arcoverde (VI Geres), Salgueiro (VII Geres), Ouricuri (IX Geres), Afogados da Ingazeira (X Geres), e Serra Talhada (XI Geres), conforme visualização no Mapa 1.

Para este estudo, optou-se pelo município de Caruaru-PE porque é o município com maior oferta de serviços de saúde da rede de saúde em relação aos municípios sede das outras 6 Regionais de Saúde contempladas no PRMSC-Redes. Partimos do pressuposto que o cenário de prática com a maior quantidade de serviços poderá contribuir com a formação ao oferecer mais elementos para relacionar a teoria e prática no que concerne à constituição de redes.

Em Caruaru, a turma de residentes foi formada por 07 profissionais de saúde, sendo: 02 da área de enfermagem, 02 de fisioterapia, 01 de nutrição, 01 de terapia ocupacional e 01 de psicologia.

**Mapa 1.** Regionais de saúde contempladas no PRMSC-Redes, Pernambuco, 2015.



Fonte: Apresentação da avaliação parcial do PRMSC-Redes (ESPPE, 2015).

De acordo com o mapa de saúde de 2013, a IV Região de Saúde de Pernambuco é formada por 32 municípios da Região do Agreste Pernambucano, distribuídos em: **Agreste Central** (Agrestina, Alagoinha, Altinho, Barra de Guabiraba, Belo Jardim, Bezerros, Bonito, Brejo da Madre de Deus, Cachoeirinha, Camocim de São Felix, Caruaru, Cupira, Gravatá, Ibirajuba, Jataúba, Panelas, Pesqueira, Poção, Riacho das

Almas, Sairé, Sanharó, São Bento do Una, São Caitano, São Joaquim do Monte e Tacaimbó); **Agreste Meridional** (Jurema); e **Agreste Setentrional** (Frei Miguelinho, Santa Maria do Cambucá, Santa Cruz do Capibaribe, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes)

**Mapa 2.** IV Região de Saúde, por microrregião.



Fonte: Coordenação de Planejamento e Regulação da IV GERES (SES-PE, 2013)

A população estimada desta Região é 1.241.469 habitantes, dos quais 314.912 habitantes são de Caruaru, município com maior porte populacional da Região. Caruaru posiciona-se estrategicamente e concentra a maior oferta de serviços de saúde em todos os níveis de atenção do sistema. É cortado por várias vias e rodovias e tem grande fluxo diário de pessoas entre os municípios vizinhos. (SES-PE, 2013)

O estudo foi desenvolvido mediante análise de documentos primários, coletados até maio de 2016, quais sejam: Projetos e documentos orientadores da formação; Planejamento das atividades; Documentos referentes à formação de tutores e Orientadores Clínico-Pedagógicos; e Produtos, orientação e documentos de acompanhamento e avaliação do programa, conforme Quadro 1. Também contempla documentos secundários: textos acadêmicos e dissertações produzidos por outros autores sobre formação multiprofissional, residência em saúde, integralidade da formação.

**Quadro 1. Documentos primários coletados até maio de 2016.**

Projetos e documentos orientadores da formação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Projeto Político Pedagógico do PRMSC-Redes;</li> <li>• Projeto do Programa de Residência Integrada da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, com ênfase em Saúde da Família;</li> <li>• Projeto para solicitação de financiamento do PRMSC-Redes encaminhado ao Ministério da Saúde;</li> <li>• Instrutivo sobre o PRMSC-Redes;</li> <li>• Documento que justifica a migração do Programa entre a COREMU-UPE e COREMU-ESPPE.</li> </ul>
Planejamento das atividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejamento das atividades práticas;</li> <li>• Plano de curso dos módulos: “Políticas Públicas e Gestão em Saúde”, ‘Modelo Assistencial e Regionalização em Saúde’, ‘Epidemiologia e Vigilância em Saúde’, ‘Sociologia e Antropologia em Saúde’, ‘Gestão e Governança da Clínica’, ‘Metodologia da Pesquisa Científica’;</li> <li>• Planejamento do módulo ‘Atenção Integral à Saúde’ no do 2º ano da residência (2015-2016).</li> </ul>
Documentos referentes à formação de tutores e Orientadores Clínico-Pedagógicos (OCP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plano de Curso e ata final do Curso de Atualização em Governança Aplicada à Saúde;</li> <li>• Plano de Curso e ata final do Curso de Atualização em Metodologias ativas.</li> </ul>
Produtos, orientação e documentos de acompanhamento e avaliação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Portfólios e instrumento de avaliação do portfólio;</li> <li>• Instrumento de avaliação de desempenho prático do residente;</li> <li>• Conteúdo do Ambiente Virtual de Aprendizagem;</li> <li>• Relatórios de visita de supervisão;</li> <li>• Avaliação Parcial do PRMSC-Redes realizada pelos residentes em agosto de 2015.</li> </ul>

Os documentos são considerados objetos de análise, sendo observados do ponto de vista do que rege o Programa, suas aproximações e distanciamentos durante a sua implementação. Nesse sentido, conforme apontam Shiroma, Campos, Evangelista (2004, p. 33-34) em sua análise, os documentos são tratados como:

(...) fontes de concepções, valores, argumentação, o que permitiu captar a racionalidade da política em análise. Justamente por isso, não os elegemos ou refutamos/dispensamos por discordarmos do que propõem, por estarem enviesados, não estarem fundamentados, apresentarem incoerências, paradoxos, argumentos cínicos ou pouco razoáveis. Não esperamos aprender com o documento e sim apreender no documento as pistas para compreender a racionalidade da política em tela.

Para isto, tomamos como base a análise de conteúdo, que segundo os autores caracteriza-se como um método quantitativo de investigação que envolve categorias e contagem do número de ocasiões em que as mesmas são utilizadas num texto. Também pode ser considerado o método qualitativo, contemplando, além da presença, a ausência de “certas palavras, temas ou ideias” (IBID, ID: 37)

A categorização corresponde à definição das unidades de análise a partir dos objetivos da pesquisa, e à delimitação de categorias que compõem cada unidade de análise. Estas categorias podem ser definidas a partir do objetivo de pesquisa e das teorias que lhes dão suporte; ou posteriormente a partir das falas, textos ou conteúdos, o que requer um retorno constante ao material de análise. (IBID, ID; FRANCO, 1994 *apud* SHIROMA, CAMPOS, EVANGELISTA, 2004)

Para esta pesquisa, as unidades de análise estabelecidas são ‘concepção de trabalho’ e ‘relação teórico-prática’, cujas características são observadas a partir tanto da sua presença quanto da sua ausência nos textos; seguindo-se com inferências calcadas no aporte teórico adotado neste estudo.

O primeiro e segundo capítulos deste trabalho contemplaram as unidades de análise anteriormente mencionadas. O terceiro capítulo abordou, além destas unidades, as categorias e sub-categorias de análise que emergiram a partir dos conteúdos analisados.

No âmbito da formação multiprofissional em Redes de Atenção à Saúde, considerando a perspectiva de superação da fragmentação da formação em saúde, este estudo toma como base o materialismo histórico-dialético enquanto enfoque teórico-metodológico e suas categorias: historicidade, totalidade e contradição. Por meio destas categorias, buscamos proporcionar uma aproximação da realidade e possibilitar a identificação de limites e possibilidades para uma formação instituinte de transformação aos processos de trabalho em saúde.

O materialismo histórico-dialético ou dialética marxista enquanto enfoque teórico-metodológico procura compreender o modo humano de produção social da existência, vinculando-se a uma concepção de realidade, de mundo e de vida. Pressupõe

que o universo e tudo o que há nele tem existência material, concreta, e pode ser racionalmente conhecido. Tal conhecimento, produzido pelo sujeito, reproduz o real em suas múltiplas determinações a fim de superar a aparência imediata das coisas e atingir a sua essência. (GOMIDE, s.d.)

No que tange à historicidade, observa-se a especificidade histórica da vida humana, na qual toda vida humana e social está sujeita a transformações; a totalidade, relaciona-se à produção da existência humana considerando a ligação entre a história dos fatos econômicos, sociais e as ideias; a contradição, verifica a união dos contrários, no interior das totalidades dinâmicas e vivas. (MINAYO, 2014)

A pesquisa pautada no enfoque materialista leva consigo um projeto de transformação para a sociedade. Partindo do dado empírico, o real é observado pelo sujeito diretamente em sua aparência e indiretamente em sua essência, possibilitando o entendimento e desvelamento dos processos presentes nos fenômenos estudados, o que distingue aquilo que é aparente do que é essencial aprender no processo de investigação. (GOMIDE, s.d.)

Ao estabelecer as máximas relações possíveis para o desvelamento do real, considerando as conexões entre os diferentes aspectos que permeiam determinada realidade, o fenômeno investigado passa a ser observado numa perspectiva de totalidade. (IBID, ID).

De acordo com Pereira (2008), o processo de fragmentação do saber se acentua com o processo de fragmentação do trabalho, ao mesmo tempo chama a atenção de que as formas de organização do trabalho em saúde que não primam pela integralidade, podem acentuar a fragmentação do conhecimento escolar.

O trabalho tem uma dimensão ontológica e uma dimensão histórica que se relacionam à produção da existência humana. Desse ponto de vista, o trabalho foi sendo reconfigurado com a divisão da sociedade em classes e com a própria divisão do trabalho, principalmente com o advento do sistema capitalista. Enquanto meio de atender às necessidades do homem na sua totalidade, ou seja, de contemplá-lo em sua dimensão social, criativa e de liberdade para transformar a natureza para si e para o coletivo, sem distinção de classes, o trabalho se transformou em força de trabalho, uma mercadoria como outra qualquer, e em emprego.

A educação também acompanha esse movimento de divisão do trabalho, se organizando em torno de escolas acadêmicas e escolas profissionais. Observamos, através das contribuições dos autores que referenciam este estudo (Saviani, 1994, 1989,

2007; Frigotto, Ciavatta e Ramos, s.d; Teodoro e Santos, 2011; Matta e Lima, 2010; Vivan, s.d) que o trabalho como princípio educativo pode contribuir com o resgate da totalidade do ser humano mesmo diante de um contexto que expropria o trabalhador do produto do seu trabalho, e de submetê-lo por vezes ao trabalho precário, enquanto uma outra parcela da sociedade se apropria dos meios de produção e do produto do trabalho alheio.

No campo da saúde, a formação multiprofissional é colocada como forma de resgatar a totalidade do ser humano no âmbito das práticas profissionais, relacionadas à atenção integral à saúde. Mas, cabe analisar se de fato esta integralidade é efetivada, considerando todo o processo histórico e contraditório presente na relação entre trabalho e educação.

Ramos (2009) aponta que a alienação no e pelo trabalho, manifestada pela divisão de tarefas, leva os trabalhadores a não compreenderem os seus fundamentos, nem a relação entre as mesmas e o processo de trabalho na sua totalidade, e nem com o resultado final do seu trabalho. Assim, o produto do trabalho se abstrai do sujeito, o qual não observa sentido nas atividades que realiza.

Portanto, a formação deveria proporcionar ao trabalhador o acesso às determinações dos fenômenos em sua historicidade, construída por contradições e em lutas sociais. Observando a relação teoria-prática, a mediação do conhecimento é essencial para que o trabalhador apreenda a totalidade de seu trabalho e do processo de produção em que está inserido. É preciso contrapor à ideia da redução do conhecimento a um insumo instrumental, somente úteis ao desenvolvimento de determinadas habilidades; e superar o conceito de trabalho reduzido ao contexto produtivo, ampliando-se para o plano da criatividade humana (RAMOS, 2009; FRIGOTTO, CIAVATTA, RAMOS, s.d.)

A partir destas considerações, a dissertação compreende três capítulos. No primeiro capítulo (O trabalho como princípio educativo, a fragmentação da educação e da formação em saúde e as interfaces com a formações multiprofissional em saúde), aprofunda-se o conhecimento sobre o trabalho como princípio educativo e a formação integral; como a relação entre trabalho e educação se conformou na perspectiva histórica, sua relação com a fragmentação da formação em saúde e a especificidade da formação multiprofissional em saúde.

No segundo capítulo, (O programa de residência multiprofissional em saúde coletiva com ênfase em gestão de redes de atenção à saúde: contexto e concepção)

delineia o processo de formação deste Programa, discorrendo sobre a justificativa de sua implantação, os objetivos, o perfil do egresso, os eixos do Programa. Tomamos como base para análise do processo de formação os projetos e documentos orientadores da formação; o planejamento das atividades; os documentos referentes à formação de tutores e OCPs, e o instrumento de avaliação do desempenho prático do residente, descritos no Quadro 1.

O terceiro e último capítulo (A formação multiprofissional em rede de saúde: entre formações e deformações na formação em serviço) aprofunda a discussão do capítulo anterior, uma vez que agrega as evidências do próprio desenvolvimento do curso, por meio da análise dos portfólios, orientação e documentos de acompanhamento e avaliação do Programa (Quadro 1). Nesta parte, foram destacados os consensos, contradições entre o que foi concebido e a conformação da formação em saúde assumida no cenário de prática.

## **CAPÍTULO 1 - O TRABALHO COMO PRINCÍPIO EDUCATIVO, A FRAGMENTAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA FORMAÇÃO EM SAÚDE E AS INTERFACES COM A FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

### **1.1 O trabalho como princípio educativo, a perspectiva da educação integral e a concepção politécnica**

O trabalho como princípio educativo é uma proposição marxista relacionada à produção da existência humana, pela qual o trabalho, além de ser a essência do homem, foi incorporado no campo da ciência pedagógica ao ser elevado à categoria de princípio (SAVIANI, 2007; TEODORO, SANTOS, 2011)

Esta proposição remete à dimensão ontológica e à dimensão histórica entre trabalho e educação, onde o trabalho se define como a ação do homem sobre a natureza transformando-a em função das necessidades humanas, e se desenvolve e se complexifica de acordo com o processo histórico. Ao trabalhar o homem também se educa configurando um processo de aprendizagem que transforma o ato de produzir a existência em ato de formação; o que mostra que a origem da educação coincide com a origem do próprio homem. (SAVIANI, 2007)

Considerando a dimensão ontológica, Frigotto, Ciavatta e Ramos (s.d., p. 2) vinculam o trabalho como princípio educativo

(...) à própria forma de ser dos seres humanos. Somos parte da natureza e dependemos dela para reproduzir a nossa vida. E é pela ação vital do trabalho que os seres humanos transformam a natureza em meios de vida. Se essa é uma condição imperativa, socializar o princípio do trabalho como produtor de valores de uso, para manter e reproduzir a vida, é crucial e “educativo”.

Nesta produção dos meios de vida mediante o trabalho, o homem, além de transformar a si mesmo, toma a atividade prática como o ponto de partida da conscientização, do conhecimento e da cultura (IBID, ID)

A consciência é capacidade de o homem colocar finalidade à transformação da natureza; de refletir, compreender as suas necessidades, de dar respostas às mesmas por meio de uma ação prática que antecipa em sua mente. Este processo é o diferencial ontológico do trabalho exercido pelo homem em relação as outras espécies animais, o que confere qualidade à ação produzida (FRIGOTTO, CIAVATTA, RAMOS, s.d.; VIVAN, s.d)

Através deste agir consciente sobre a natureza, o conhecimento é produzido, e constituído em ciência quando sistematizado sob a perspectiva social e no processo histórico. Articulado à consciência e produção do conhecimento, a cultura envolve a produção de símbolos, de representações e de significados, ao mesmo tempo em que se configura como prática constituinte do tecido social e constituída pelo mesmo (FRIGOTTO, CIAVATTA, RAMOS, s.d).

Segundo Teodoro e Santos (2011), o trabalho como princípio educativo indica a possibilidade de superar uma condição comum à formação dos trabalhadores, quando a formação se volta restritivamente para o emprego ou para uma tarefa específica do mundo produtivo.

Assim, mediante esta concepção, o trabalho se constitui como parte essencial da ontologia do ser social, relaciona a ação sobre a natureza à produção da consciência, não se reduz ao emprego, nem a uma forma histórica do trabalho em sociedade, mas caracteriza-se como base estruturante de um novo tipo de ser e de uma nova concepção de história (IBID, ID)

Acerca da perspectiva histórica, o trabalho é produzido e desenvolvido ao longo do tempo pela ação dos homens, sendo possível identificar diferentes formas de trabalhar em diferentes modos de produção da existência humana. (SAVIANI, 2007; SAVIANI, 1989)

Nesse sentido e considerando as discussões referentes ao trabalho como princípio educativo, com base em O Capital e nos Manuscritos Econômico-filosóficos de Karl Marx, na Ontologia do Ser Social de Lukács, nos Cadernos do Cárcere de Gramsci, e de contribuições de Mészáros no campo educativo, Vivan (s.d, p. 4858) aponta duas hipóteses com relação à dimensão educativa do trabalho: 1) o trabalho enquanto princípio educativo, considerando as dimensões de adaptação e de emancipação, relacionadas à integração entre ciência, cultura e trabalho; e 2) O trabalho que se institui como trabalho alienado que reforça o sentido de adaptação e limita a dimensão emancipatória da educação.

É a primeira perspectiva, ou seja, é a articulação entre ciência, cultura e trabalho, que se aproxima da educação integral. Segundo Frigotto, Ciavatta e Ramos (s.d.), um projeto de educação integral dos trabalhadores deve considerar as singularidades dos grupos sociais e adotar o trabalho como o primeiro fundamento da educação enquanto prática social.

Mediante isto, considera-se a integração do sentido ontológico e histórico, por meio da relação entre o saber científico e o processo de trabalho, e sua conversão em força produtiva, a fim de que os trabalhadores compreendam os fundamentos científico-tecnológicos e sócio-históricos de sua atividade produtiva, bem como de sua condição de trabalhador explorado em suas potencialidades (IBID, ID)

Considerando a perspectiva do trabalho enquanto princípio educativo e a educação integral dos trabalhadores, apontamos a importância da concepção politécnica de ensino. Segundo Guimarães, Brasil e Morosini (2010), a politecnia dialoga com as circunstâncias societárias atuais, explicita a sua visão de mundo, compreende que a educação do trabalhador é produzida no conflito e na contradição, e que o conhecimento acerca dos saberes elaborados pela humanidade é instrumento de luta contra a divisão social do trabalho.

É com base nestas considerações que discorreremos acerca do trabalho como princípio educativo e sua conformação nos diferentes modos de produção da existência humana, perpassando a fragmentação da educação, a fragmentação da formação em saúde e a perspectiva da educação integral. Em seguida debruçamos sobre a especificidade da formação multiprofissional em saúde com base no referencial teórico abordado.

## **1.2. O trabalho como princípio educativo nos diferentes modos de produção da existência humana e a perspectiva de uma educação integral**

Saviani (1989) aponta que durante o processo histórico se manifestam diferentes modos de produção da existência humana, tais como: o comunismo primitivo; o modo de produção asiático; o modo de produção antigo, ou escravista; o modo de produção feudal; e o modo de produção capitalista. E, portanto, é preciso que na formação dos homens se considere o grau atingido pelo desenvolvimento da humanidade, uma vez que a formação se relaciona com a produção de sua existência.

Nas comunidades primitivas, prevalecia o modo de produção comunal ou ‘comunismo primitivo’, no qual “[os] homens apropriavam-se coletivamente dos meios de produção da existência e nesse processo educavam-se e educavam as novas gerações” (SAVIANI, 2007, p.3)

Contudo, com o desenvolvimento da produção, foi desencadeada a divisão do trabalho, e em decorrência, a apropriação privada da terra, rompendo com a unidade

vigente nas comunidades primitivas. A apropriação privada da terra, então principal meio de produção, gerou a divisão dos homens em duas classes sociais fundamentais: a classe dos proprietários, que possuíam o controle privado da terra; e a dos não-proprietários, responsáveis pelo desenvolvimento do trabalho que mantinha a si mesmos e ao dono da terra. (IBID, ID)

Esta divisão de classes provocou também uma divisão na educação: uma para a classe proprietária, identificada como a educação dos homens livres, centrada nas atividades intelectuais, na arte da palavra e nos exercícios físicos de caráter lúdico ou militar; e outra para a classe não proprietária, identificada como a educação dos escravos e serviçais. (SAVIANI, 2007)

Nesse sentido, a primeira modalidade de educação deu origem à escola, que desde sua origem foi posta do lado do trabalho intelectual, para a formação dos futuros dirigentes. Segundo Lima, Neves e Pronko (2008), o trabalho intelectual está relacionado com o trabalho complexo que ao contrário do trabalho simples, é caracterizado por sua natureza especializada, que requer maior dispêndio de tempo de formação. A formação para o trabalho simples caracteriza a segunda modalidade de educação, voltada para as funções manuais que não exigem preparo escolar, onde a formação dos trabalhadores era desenvolvida pelo exercício das respectivas funções. Esta conformação, manifestada inicialmente no contexto da antiguidade clássica (Grécia e Roma) e na Idade Média, com o modo de produção escravista, bem como com a ordem feudal, perpetrou a ruptura entre trabalho e educação. (SAVIANI, 2007)

É importante também destacar que, segundo Saviani (1994), a relação entre trabalho e educação entra em conflito com a tendência de a educação coincidir com a escola e de ser situada no âmbito do não-trabalho, trazendo-lhes o caráter improdutivo, ou seja, como um bem de consumo ou objeto de fruição.

Observa-se, entretanto, que o processo educativo concomitante ao processo produtivo continuou fazendo parte da formação dos trabalhadores, mesmo sem o seu reconhecimento formal no âmbito escolar, já que este foi direcionado ao trabalho considerado como improdutivo.

Com o surgimento da sociedade capitalista, a relação trabalho-educação sofrerá uma nova determinação. O desenvolvimento das forças produtivas e da cultura urbano-industrial vai exigir o domínio de uma cultura intelectual, cujo componente mais elementar é o alfabeto, impondo-se como exigência generalizada a todos os membros da

sociedade, sendo a escola a instituição responsável pelo acesso a esta cultura (SAVIANI, 2007)

Esse processo se intensificou com a consolidação da nova ordem social propiciada pela indústria moderna no contexto da Revolução Industrial, levada a efeito no final do século XVIII e primeira metade do século XIX. Nesse cenário, a maquinaria incorpora o trabalho intelectual materializado, com a mecanização das operações manuais; e a escola a via para objetivar-se a generalização das funções intelectuais (IBID, ID)

Assim, com a Revolução Industrial, foi deflagrada uma Revolução Educacional; onde a máquina foi colocada no centro do processo produtivo, e a escola erigida como forma principal e dominante de educação. Sobre a base comum da escola primária, o ensino bifurcou-se entre as escolas de formação geral, com ênfase nas qualificações gerais (intelectuais); e as escolas profissionais, com ênfase nos aspectos operacionais vinculados ao exercício de tarefas específicas (intelectuais e manuais) no processo produtivo considerado em sua particularidade (IBID, ID)

Nesse sentido, Saviani (2007, p. 159) aponta que:

(...) o impacto da Revolução Industrial pôs em questão a separação entre instrução e trabalho produtivo, forçando a escola a ligar-se, de alguma maneira, ao mundo da produção. No entanto, a educação que a burguesia concebeu e realizou sobre a base do ensino primário comum não passou, nas suas formas mais avançadas, da divisão dos homens em dois grandes campos: aquele das **profissões manuais** para as quais se requeria uma formação prática limitada à execução de tarefas mais ou menos delimitadas, dispensando-se o domínio dos respectivos fundamentos teóricos; e aquele das **profissões intelectuais** para as quais se requeria domínio teórico amplo a fim de preparar as elites e representantes da classe dirigente para atuar nos diferentes setores da sociedade”. (grifos nosso)

O autor aponta que esta separação manifestou-se na proposta dualista de ‘escolas profissionais’ para trabalhadores e ‘escola de ciências e humanidades’ para os futuros dirigentes; e a proposta da escola única diferenciada, à qual cabia a distribuição dos educandos de acordo com as funções sociais para as quais se os destinavam, relacionadas às características que geralmente decorriam de sua origem social. (IBID, ID)

A relação entre trabalho e educação assumiu, então, uma nova conformação, por meio da qual a escola incorporou os espaços do trabalho manual criados com a intenção de potencializar a instrução para o processo produtivo. A questão social e de classe que se manifesta nessa direção dos processos educativos é que o trabalhador das profissões

consideradas manuais se apropria somente do conhecimento técnico, do domínio técnico para executar tarefas específicas, mas não do conhecimento científico ou dos princípios científicos que estão incorporados e definem o seu processo de trabalho.

No início do século XX, foi requerido um novo modelo de produção que garantisse a produtividade, reprodução e acumulação do capital, particularmente para aqueles processos de trabalho que dependiam fundamentalmente do trabalho vivo, como a produção de automóveis, surgindo assim o modelo de produção taylorista-fordista. Este enfatiza a produção em larga escala para ampliar o consumo em massa, organizando-se na linha de montagem para uma produção com ritmos e tempos controlados, executado por uma parte dos trabalhadores, enquanto outra parte, os gestores, seriam responsáveis pela elaboração e controle da produção. (KUENZER, 1984 *apud* TEODORO, SANTOS, 2011; LIMA, 1994; ANTUNES, 2010)

Segundo Antunes (2010, p.12), a relação de trabalho, embora fosse regulamentada e contratada, desenvolvia-se no contexto de degradação do trabalho, caracterizada pela “mecanização, parcelização, manualização, alienação e, no limite, desantropomorfização”.

Esse modelo de produção influenciou a formação profissional, exacerbando a divisão técnica do trabalho. De acordo com Kuenzer (2005 *apud* Teodoro e Santos 2011), esse paradigma enfatizou concepções e diretrizes que se fundamentavam na ausência de conhecimentos científico-tecnológicos, das diversas ciências, das artes e da filosofia, concentrando-se na aprendizagem de habilidades técnicas, para as tarefas requeridas pelo mercado de trabalho. Nesta perspectiva, o trabalho vai sendo identificado cada vez mais com emprego.

Segundo Teodoro e Santos (2011), em vez do trabalho garantir os direitos dos trabalhadores (liberdade pessoal, integridade física, liberdade de palavra e pensamento, direito à propriedade, ao trabalho e à justiça), ele vai se submeter cada vez mais aos interesses do capital, em que o sujeito é o mercado (acumulação de capital).

Nessa perspectiva, pode-se dizer que o trabalhador se distancia cada vez mais do produto do seu trabalho, na medida em que não se identifica como parte do seu trabalho, nem identifica a totalidade do próprio processo de trabalho, que é reduzido ao ‘fazer restrito para o mercado’. Em Marx (1980 *apud* Frigotto, Ciavatta e Ramos, s.d.), esse processo produz a alienação dos trabalhadores no processo de produção, sem o reconhecimento de si no produto do seu trabalho, no conhecimento produzido pelo trabalho e nas relações com os outros produtores.

No âmbito da saúde, é fundamental destacar a influência do modelo de produção taylorista-fordista sobre a formação dos profissionais de saúde, tendo como marco o Relatório Flexner de 1910<sup>5</sup>, um estudo que abarcou recomendações para a formação médica, com impactos sobre a formação dos demais profissionais de saúde.

O modelo flexneriano se organiza em torno da medicina científica, orientando a reprodução da força de trabalho, o aumento da produtividade, observando-se o papel normatizador da sociedade, a medicalização dos seus problemas sociais e políticos, além da abertura do mercado de consumo médico. (SILVA-JR, 1996)

A concepção de medicina científica é constituída por um conjunto de elementos estruturais, dentre eles: o mecanicismo, onde o funcionamento do corpo humano é compreendido como o de uma máquina; o individualismo, no qual o indivíduo é objeto descontextualizado dos aspectos da vida e sociais, e responsável por sua doença; a especialização, com o aprofundamento do conhecimento científico no âmbito das partes específicas, onde as necessidades de acumulação do capital impõem a fragmentação do processo de produção e do produtor pela divisão do trabalho. (SILVA-JR, 1996)

Este modelo de formação médica influenciou a reforma do ensino das profissões de saúde a partir da década de 1940. Na maioria dos cursos de graduação, é comum a organização curricular dividida em disciplinas básicas nos 02 primeiros anos (anatomia, fisiologia, histologia, patologia, parasitologia, genética, por exemplo), com a valorização da memorização e a repetição dos conteúdos, sem a necessária correlação com a prática futura; e no ciclo profissional, no qual as disciplinas seguem a lógica das especialidades, onde o campo de prática é o hospital. (PONTES, SILVA-JR, PINHEIRO, 2005)

Além disto, nota-se uma grande quantidade de disciplinas e pouca articulação entre as mesmas, a divisão de carga-horária favorecendo disputas de poder em detrimento do perfil profissional que se objetiva formar, bem como a separação entre a teoria e a prática, cuja relação torna-se mais evidente nos últimos anos do curso. (PONTES, SILVA-JR, PINHEIRO, 2005)

A orientação do básico para o profissional, do simples para o complexo; a centralidade no hospital e no profissional médico levam à noção de equipe ou de rede a

---

<sup>5</sup> Refere-se ao documento elaborado por Abraham Flexner em 1910, intitulado “Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie for the Advancement of Theaching”, o qual tornou-se referência para a formação médica em nível mundial e foi incorporado na formação de outras profissões de saúde (PAGLIOSA, DA ROS, 2008; Hora *et al*, 2013)

ocuparem um lugar de complemento ou suplemento, e não da integralidade. (PONTES, SILVA-JR, PINHEIRO, 2005)

Desta forma, mesmo no nível de graduação, a divisão do trabalho foi incorporada na formação dos profissionais de saúde, sobretudo nos aspectos técnicos que enfatizam a especialização e na pouca ênfase dada na relação teoria e prática.

O modelo de medicina científica entrou em crise na década de 1970, em razão da ineficiência dos resultados deste modelo, embora tenham sido realizados vultosos investimentos para o seu desenvolvimento. A especialização profissional também é colocada enquanto indutora do aumento de custos, devido à “necessidade de absorção de variados tipos de mão de obra para operar as diversas especialidades de serviços”. (SILVA-JR, 1996, p. 41)

A crise do modelo de medicina científica desenvolveu-se no contexto de crise do modelo de produção taylorista-fordista. Apesar de ter sido dominante até meados dos anos 1970, o taylorismo-fordismo ainda não desapareceu. Mas, com a crise do sistema produtivo, foram requeridos novos mecanismos e formas de acumulação de capital. Dentre as experiências, destacou-se o modelo toyotista, que já vinha sendo desenvolvido pelo Japão desde os anos 1950. O seu padrão de acumulação enfatiza a flexibilidade, conhecido também como modelo de acumulação flexível. (ANTUNES, 2010)

Esta mudança acompanha o receituário neoliberal articulado pelos grandes organismos internacionais, tais como, a Organização Mundial do Comércio (OMC), o Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), que orientam para o livre comércio, intensificam a dependência financeira e definem políticas sociais subsidiárias e compensatórias, respectivamente. (MATTA, LIMA, 2010)

A globalização neoliberal caracteriza-se pela mundialização financeira, em que há uma reconcentração de capital por meio da privatização do patrimônio público, barateamento da força de trabalho e de subsídios ao capital. O capital financeiro destaca-se no processo de acumulação, sem agregar riqueza e empregos, com o aumento da concentração de renda. De acordo com Matta e Lima (2010, p. 212):

Em nome da eficiência e produtividade, da melhoria da qualidade dos produtos, da redução de custos e do controle da inflação, a privatização, a desregulamentação da economia, do mercado de trabalho e a competição tornam-se as molas propulsoras da doutrina neoliberal. Nessa doutrina, o papel do Estado é suplementar ao mercado, isto é, em vez de garantir a universalização dos direitos a toda a população, deve concentrar suas atividades fundamentais na extensão da mercantilização na sociedade, o que

inclui a intensificação da transformação dos direitos existentes em bens compráveis.

Assim, o modelo toyotista foi acompanhado por uma reestruturação produtiva em curso em escala global, fundamentada no conhecido *lean production*, ou seja, ‘empresa enxuta’ ou ‘empresa moderna’, a qual restringe o trabalho vivo ou trabalho humano, e amplia o maquinário tecnocientífico, denominado por Marx como trabalho morto<sup>6</sup>. Este processo resultou na redução da força de trabalho viva; ampliou a sua produtividade; e reconfigurou as noções de espaço e tempo, com expressão na intensificação dos ritmos, tempos e processos de trabalho. (ANTUNES, 2010)

Neste modelo de produção, a especialização característica do taylorismo-fordismo desloca-se para o trabalho polivalente e multifuncional. Neste processo, é necessário um trabalhador ‘colaborador’ com o novo tipo de trabalho, enfatiza-se a apropriação de sua dimensão intelectual, bem como de suas capacidades cognitivas, e o envolvimento da sua subjetividade no mundo do trabalho.

Uma das manifestações deste modelo nos serviços públicos, como saúde e educação, deu-se sob a forma de mercadorização, tornando-as empresas privadas geradoras de valor. Neste cenário, foram intensificadas as formas de extração de trabalho; ampliadas as terceirizações; bem como modificadas as noções de tempo e de espaço, relativas tanto a mercadorias materiais ou imateriais<sup>7</sup>, corpóreas ou simbólicas. (ANTUNES, 2010)

Observa-se a substituição da grande empresa por várias e pequenas unidades interligadas em rede, com um número reduzido de trabalhadores e que produzem mais. Manifesta-se também o trabalho da telemática, o trabalho conectado em rede, o trabalho em casa, entre outros, com diferentes formas de precarização do trabalho. Concomitante ao avanço tecnocientífico amplia-se a precarização estrutural do trabalho mediante o desmonte da legislação social protetora do trabalho. Assim, em plena era da informatização do trabalho, do mundo maquinal e digital, vivencia-se a informalização

---

<sup>6</sup> A conversão do trabalho vivo em trabalho morto caracteriza-se, segundo Antunes (2010), pela incorporação pela máquina informacional de atividades próprias da inteligência humana, através do desenvolvimento de softwares.

<sup>7</sup> A relação integrada entre o trabalho material e imaterial relacionam-se à lógica da produção de mercadorias e de capital, onde o trabalho manual direto é substituído pelo trabalho dotado de maior dimensão intelectual, culminando com a expressão do conteúdo informacional da mercadoria. (ANTUNES, 2010)

do trabalho, com a terceirização, precarização, subcontratação, flexibilização, trabalho em tempo parcial. (ANTUNES, 2010)

Mediante este desenvolvimento capitalista e necessidade do constante aumento da produtividade do processo de trabalho, Lima, Neves e Pronko (2008) afirmam que o trabalho complexo se reconfigura sob as condições de dominação e de exploração para a extração de mais-valia.

O Brasil também incorporou o receituário neoliberal, que postula que para sair da crise econômica é necessária uma reforma de Estado, que envolva a privatização de empresas estatais, desregulamentação ou precarização das relações de trabalho e a desregulamentação da economia.

Nos anos 1990, o Estado produtor de bens e serviços cede lugar para o Estado regulador e focalizador das ações sociais, ou Estado Gerente. O antiestatismo se expressa na privatização das empresas estatais e dos serviços sociais, na redução da pauta e/ou do valor dos benefícios sociais e no aumento das dificuldades para alcançá-los, na introdução da economia de mercado sob as formas de competição gerenciada na organização dos serviços sociais, na transferência desta competência às organizações não governamentais, além da demissão em massa dos funcionários públicos, do desmonte das carreiras profissionais e núcleos produtores de conhecimentos e estratégias relacionadas ao projeto de desenvolvimento nacional. (MATTOS, LIMA, 2010)

Tal qual em outros países, a reestruturação produtiva do capital se intensificou no Brasil com a incorporação do *lean production*, do sistema *just in time* (JIT), do processo de qualidade total, assim como das formas de subcontratação e de terceirização da força de trabalho. (ANTUNES, 2010)

Neste período, o perfil da classe trabalhadora passa por uma transformação decorrente da intensificação do desemprego, da rotatividade de mão-de-obra, do aumento da concorrência entre os trabalhadores, do desmonte dos direitos referentes às relações contratuais de trabalho, da corrosão das organizações sindicais, das demissões no setor público e das privatizações. (MATTOS, LIMA, 2010)

Ao enxugamento empresarial e a implementação de mecanismos estruturados em moldes mais flexíveis se combinaram a introdução de ganhos salariais relativos à lucratividade e à produtividade, como a participação nos lucros e resultados; e a instituição de novas políticas gerenciais com os programas de remuneração variável e concessão de prêmios de produtividade.

Nesse cenário, agravaram-se os problemas de saúde no espaço de trabalho, observando-se um aumento de Lesões por Esforços Repetitivos (LER), caracterizadas como doenças da era da informatização do trabalho. Ao mesmo tempo em que os trabalhadores são condicionados a tornarem-se parceiros e colaboradores, desconsiderando-se a condição laborativa (ANTUNES, 2010)

É importante pontuar que a introdução do modelo toyotista não excluiu o taylorismo-fordismo, pois segundo Antunes (2010, p.27):

[os] padrões tayloristas e fordistas aqui estruturados desde os anos 1930 mesclam-se cada vez mais com novos processos produtivos (...) quando se pisa no “chão da fábrica” ou no mundo produtivo em sentido amplo, parece estar ocorrendo uma simbiose, dada pela vigência dos elementos mais intensivos do fordismo com uma flexibilidade desestruturante presente nas formas contemporâneas da acumulação flexível e da chamada empresa enxuta no Brasil.

Na área da saúde, ao considerar os impactos dessas macro transformações do processo produtivo, Chinelli, Vieira e Deluiz (2013, p. 34) dizem que, assim como outras políticas sociais, as políticas de saúde apontam para a “focalização das políticas, redução de custos, aumento da produtividade, aceleração da participação de empresas privadas, incorporação de novas tecnologias, novos requisitos para a formação da força de trabalho, terceirização de atividades etc.”

Entretanto, os estudos no âmbito da sociologia do trabalho, apontam que os serviços de saúde não se conformam totalmente com a forma geral da racionalidade prescrita pela acumulação capitalista. Assim, mesmo com o regime de acumulação flexível e seus apelos à administração participativa, o sentido de constituir a figura humana no interior da produção racionalizada de mercadorias não é concretizado. (CHINELLI, VIEIRA, DELUIZ, 2013; ALBUQUERQUEE, GIFFIN, 2008)

Nesta perspectiva, Pereira (2010) afirma que o trabalho em saúde configura-se em trabalho ‘improdutivo’ na relação entre trabalhador de saúde e usuário, mas se reconfigura como trabalho ‘produtivo’ quando passa a ser exercido numa clínica privada regida por uma relação de extração de mais-valia sobre o trabalho e o trabalhador.

Embora este trabalho mantenha sua característica não-material, a tendência à mercantilização é progressiva, o que diminui as possibilidades criativa e independente dos profissionais de saúde sobre o seu trabalho. Estes profissionais passam a vender a

sua força de trabalho para uma empresa, que determina as dimensões do seu trabalho e os retribui por meio de um salário. Desta forma, o trabalho volta-se para o acúmulo de capital para os proprietários ou associados (KUENZER, 2004 *apud* ALBUQUERQUE, GIFFIN, 2008)

Em relação à formação em saúde, essa perspectiva caminha para a potencialização da lógica do trabalho produtivo e a produção de condições subjetivas sob a égide do capital, manifestado pela noção de recursos humanos. Considerando isto e a atribuição de responsabilidade do trabalhador pela sua formação permanente, com o aumento da escolaridade para a empregabilidade, a educação não assume um sentido transformador no sentido de suas potencialidades criativas e libertadoras, mas sim uma educação que “não cumpre o seu papel, que pode ser revolucionário com todo o seu limite” (PEREIRA, 2010, p. 188).

Matta e Lima (2010, p. 219) reforçam que a formação dos trabalhadores sob a hegemonia do capital financeiro se explicita:

no sentido da adequação social e cívica de sua consciência com base em um novo formato de assalariamento; em uma dimensão discursiva do final do trabalho sob o empreendedorismo; na expansão de financiamento atuando como forma genérica de extração de sobretrabalho e, finalmente, na disseminação de novos aparelhos privados de hegemonia empresariais.

Uma das implicações deste processo na área de educação é a inversão da relação ‘trabalho e educação’ que aparece transmutada na relação ‘educação e trabalho’. Isso é o que observam Noma, Koepsel e Chilante (2010), após analisarem as políticas educacionais do período de transição do século XX para o século XXI<sup>8</sup>.

Segundo os autores, esta inversão das palavras revela a intenção da visão operacional e instrumental da educação, a qual fomenta a capacidade produtiva dos indivíduos e o seu potencial capital humano, propiciadora do ingresso no mercado de trabalho e, em decorrência, a sua primeira função é o atendimento às flexíveis demandas do mercado laboral.

---

<sup>8</sup> Os autores analisaram, no referido período, três documentos produzidos e divulgados no âmbito da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e a Cultura (UNESCO): a Declaração Mundial sobre Educação para Todos: satisfação das necessidades básicas de aprendizagem (WCEFA, 2004); o Relatório Educação: um tesouro a descobrir (DELORS, 1999); e o texto Educación y Trabajo: lecciones desde la práctica innovadora en América Latina (MESSINA; PIECK; CASTANEDA, 2008).

Nesta perspectiva, é retomada a Teoria do Capital Humano<sup>9</sup>, agora sob a lógica da pedagogia das competências de base pragmática e intimamente relacionada com a noção de empregabilidade. No Brasil, a noção de Capital Humano se materializou oficialmente com a promulgação da Lei 5.692/71, que instituiu a profissionalização compulsória para o então ensino de 2º Grau. Esta lei representou a concretização e incorporação dessa teoria na educação brasileira. (TEODORO, SANTOS, 2011)

Segundo Ramos (2010), no pragmatismo, a prática assume primazia em relação à teoria como orientadora de sua concepção de verdade. Esta relaciona-se ao êxito, à eficácia da ação prática do homem compreendida como prática individual, correspondente a um pensamento com os interesses particulares.

O pragmatismo tem a sua expressão educacional no escolanovismo e é retomado com evidência na pedagogia das competências, denominado por Ramos (2010) de (neo)pragmatismo. Esta pedagogia está embasada na teoria psicológica de Piaget com centralidade no processo de desequilibração, na qual o sujeito, ao se defrontar com situações desconhecidas ou desafiadoras, reorganiza o seu pensamento em um nível mais elevado com o desenvolvimento quantitativo e qualitativo do conhecimento. As competências configurar-se-iam nas estruturas mentais responsáveis pela interação entre os saberes prévios e os saberes formalizados.

Com o lema ‘aprender a aprender’, a pedagogia das competências vincula-se a aprendizagens significativas próprias dos indivíduos mediante a uma gama de situações. Segundo Ramos (2010, p.199), essa pedagogia apoia-se nos seguintes valores:

as aprendizagens significativas são aquelas que o indivíduo realiza por si mesmo e devem ser dirigidas pelos interesses e necessidades do próprio estudante; **é mais importante o aluno desenvolver um método de aquisição, elaboração, descoberta, construção de conhecimento do que aprender os conhecimentos elaborados por outras pessoas.** (grifos nossos)

Com base nesta pedagogia, o conhecimento não resultaria de um esforço de compreensão da realidade objetiva, mas das percepções e concepções subjetivas dos indivíduos, advindas do mundo experiencial. A validade do conhecimento é julgada pela sua viabilidade ou utilidade nesse âmbito, não existindo qualquer critério de

---

<sup>9</sup> Teoria formulada por Theodore Schultz na década de 1960, que compreende o investimento no capital intelectual enquanto meio para aperfeiçoar as habilidades dos indivíduos, proporcionando-lhes o bem-estar individual e o desenvolvimento das nações. Segundo esta teoria, a educação leva torna os indivíduos mais produtivos, aumenta os seus salários e influencia o progresso econômico (RUCKSTADTER, 2005; VIANA, LIMA, 2010)

objetividade, totalidade ou de universalidade para julgar se um determinado conhecimento é válido, viável e útil.

A pedagogia das competências vem indicar, segundo Chinelli, Vieira e Deluiz (2013), as necessidades dos novos padrões de competitividade e das maiores exigências de qualidade dos produtos e serviços, os quais demandam novos atributos e habilidades por parte dos trabalhadores, que não são necessariamente relacionados à qualificação, ou seja, ao conhecimento profissional, mas relativos à subjetividade e seus desdobramentos no espaço de trabalho. É uma noção que nasce no chão da fábrica e não no chão da escola.

Nessa perspectiva, é requerido um conjunto de competências que o mercado reconhece como adequadas ao novo cidadão produtivo. Tal concepção exige responsabilidade do indivíduo para a realização de um trabalho com qualidade, com visão global e senso crítico, mas compreende que a atividade política apenas diz respeito aos especialistas. Além disso, para Frigotto, Ciavatta e Ramos (s.d.), a pedagogia das competências é incorporada pelo capital como parte do ideário de intensificação da exploração do trabalho, produzida pelo modelo de acumulação flexível.

Ramos (2003) aponta que para haja um movimento educacional contra-hegemônico no âmbito da pedagogia das competências, voltado aos interesses dos trabalhadores e não do capital, é necessário que a noção de competência seja ressignificada e que esteja relacionada ao conceito de qualificação como relação social. O processo e as relações de trabalho deveriam ser consideradas sob o ponto de vista totalizante, ou seja, como realidades históricas, contraditórias e em constante transformação, devendo-se observar o contexto econômico-produtivo, físico-ambiental, sócio-histórico, cultural e político. Neste processo, os trabalhadores compõem a realidade objetiva, construindo relações complexas e contraditórias de trabalho. Uma pedagogia das competências contrahegemônica estaria orientada por:

um referencial teórico-metodológico centrado na práxis humana, mediada pelo trabalho, inicialmente na sua dimensão especificamente econômica – que ordena as finalidades da educação profissional – mas processualmente na sua dimensão ontológica, por tentar potencializar ações emancipatórias pelos trabalhadores. (Ramos, 2003, p.98)

Nesta perspectiva, apontamos a experiência da pedagogia das competências no campo da saúde, que segundo Chinelli, Vieira e Deluiz, (2013) relaciona-se com a

questão de lidar com a vida humana e de considerar o uso do trabalho vivo, onde a atividade produtiva requer que o trabalhador tenha habilidades subjetivas para dar resolutividade a imprevistos que surjam no cotidiano do trabalho. O conceito de competência privilegia o trabalho centrado no usuário, o desenvolvimento da solidariedade, da humanização, da capacidade de trabalhar em equipe.

Considerando a perspectiva do trabalho como princípio educativo voltado a formar e transformar o indivíduo enquanto sujeito detentor de direitos, mesmo no cenário contraditório em que o trabalho se restringe ao capital, apontamos a sua aproximação com a educação integral. Desta forma, podemos inferir que a incorporação das competências no campo da saúde lhes trouxe um significado que abarca esta perspectiva do trabalho como princípio educativo e, portanto, possibilita construir mediações entre as competências e a educação integral.

Apesar da construção histórica efetuada evidenciar que o trabalho como princípio educativo é produzido sob contradições no sentido ontológico-histórico, o trabalho ainda se caracteriza na mediação fundamental para a produção dos meios de vida responsáveis pela sobrevivência do ser humano. Sendo assim, enquanto atividade fundamental da vida humana, o trabalho existirá enquanto o ser humano existir. Nesta perspectiva, a educação transformadora também tem uma fase de adaptação, onde lida com o real existente. Sendo assim, o trabalho pode ser visto como categoria ontológica da *práxis* humana em que o ser torna-se biológico e social pela ação intencional. (CIAVATTA, 2005 *apud* TEODORO, SANTOS, 2011; PEREIRA, 2010)

Mais especificamente, Ramos (2010) aponta que na filosofia da *práxis*, a prática é a ação material, objetiva, transformadora, correspondente a interesses sociais e que, considerada do ponto de vista histórico-social, não se reduz à produção de uma realidade material, mas também compreende a criação e desenvolvimento incessante da realidade humana.

Assim, um processo educativo emancipatório é aquele que permite ao sujeito compreender a dimensão ontocriativa do trabalho, mediante a leitura crítica das condições e relações de produção existentes. Assim, ao articular a ação consciente do trabalho, a cultura e a linguagem, os seres humanos podem criar e recriar a sua existência. (FRIGOTTO, CIAVATTA E RAMOS, s.d.)

A escola seria a mediadora do processo educativo adotando a educação integral para constituir um projeto unitário de educação, contemplando a articulação entre a formação geral e formação específica. Tal projeto envolveria a formação plena do

educando, com construções intelectuais elevadas, apropriação de conceitos fundamentais para a compreensão do processo histórico e para a ação consciente na realidade em que está inserido. (FRIGOTTO, CIAVATTA E RAMOS, s.d.)

Assim, o trabalho como princípio educativo estaria articulando as concepções de conhecimento, ciência e cultura, ao mesmo tempo em que estaria inserido num contexto que exprime as especificidades da realidade produtiva enfrentada pelos trabalhadores, a fim de que estes desconstruam a ideologia que entende a escola como solução para o subdesenvolvimento econômico ou garantia para o trabalho e para a ascensão social (FRIGOTTO, CIAVATTA E RAMOS, s.d.)

Destacamos a partir desta análise histórica, que a relação entre trabalho e educação passou por algumas transformações que produziram a fragmentação da educação. Por um lado, relacionado à dicotomia entre trabalho intelectual e trabalho manual, que não necessariamente desenvolve o conhecimento integrado entre si, com base em relações sociais horizontais e dialógicas para a produção a favor da sociedade e não apenas a uma parcela desta. Por outro lado, com a divisão técnica dentro do trabalho produtivo, que provoca a destituição do trabalhador do seu produto, alienando-o. Ambas as condições estão relacionadas com o distanciamento da produção da existência a partir de uma visão de totalidade do ser humano.

Mesmo a escola contemplando a formação básica e incorporando o trabalho intelectual e manual no processo formativo, mas que se bifurca para a formação dos trabalhadores e futuros dirigentes, o pragmatismo ou o neopragmatismo veiculado pela pedagogia das competências não ressignificadas ainda se constitui em concepção pedagógica hegemônica dentro da formação no sistema capitalista, onde o mercado orienta a formação. Inclusive, a própria formação do trabalho intelectual no contexto da reestruturação produtiva do trabalho flexível sob a égide do pragmatismo limita o educando de possibilidades transformadoras de tal processo, ao contrário orienta-o à adaptação.

Por outro ângulo, trazer o trabalho para o centro do processo formativo a partir da *práxis*, com a articulação entre trabalho, ciência e cultura em um projeto unitário de educação, é uma proposta que se aproxima com a formação integral dos educandos na perspectiva de superação da fragmentação da educação e da formação. Desta forma, a educação não está restrita a formar para o emprego ou o mercado de trabalho, mas formar para o trabalho a partir de outra visão de trabalho, educação, homem e sociedade.

A politecnia é apontada por Saviani (1989) enquanto concepção que postula que o trabalho se desenvolva numa unidade indissolúvel dos aspectos intelectuais e manuais, uma vez que esta unidade constitui o trabalho que modifica a natureza em função das necessidades humanas.

Entretanto, para que todos os homens possam integrar o trabalho intelectual e trabalho manual, é preciso caminhar para outro tipo de sociedade que supere as distorções presentes na sociedade capitalista, onde a propriedade privada dos meios de produção e dos frutos do processo de trabalho são apropriados por uma pequena parcela da humanidade, enquanto que os trabalhadores são explorados, desapropriados e alienados no processo de produção. (SAVIANI, 1989)

Nessa perspectiva, a politecnia relaciona-se ao domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas utilizadas na produção moderna. Considera que, após finalizar a formação comum pela educação básica, em vez de direcionar o desenvolvimento dos trabalhadores a um processo difuso entre ocupação profissional ou especialização universitária, trata-se de organizar o ensino médio e universitário para que todos disponham de organizações culturais que propiciem a sua participação nas questões que afetam toda a sociedade, articulando os trabalhadores e estudantes universitários e vinculando o trabalho intelectual ao trabalho material. (SAVIANI, 2007; MATTA, LIMA, 2010)

Saviani (2007) enfatiza, na educação de nível médio, as modalidades fundamentais que dão base à multiplicidade de processos e técnicas de produção existentes. Na educação superior, objetiva que todos os membros da sociedade participem plenamente da vida cultural, independentemente do tipo de atividade profissional a que se dediquem. A concepção politécnica de ensino trata, portanto, de evitar que os educandos caiam na passividade intelectual e no academicismo, seja no ensino médio, seja na universidade.

De forma a concretizar esta concepção, Matta e Lima (2010) pontuam a importância de que a formação profissional em saúde não reproduza esquemas mecânicos e fechados, cujo entendimento esteja descolado da dinâmica dos processos sociais e históricos. Mas, é necessário que incite uma reflexão crítica e dialética para uma compreensão que problematize a vida social alienada e as formas de dominação; que parta da análise das dimensões objetivas e subjetivas dos trabalhadores, onde a subjetividade está articulada às condições objetivas de vida e trabalho; que enfatize os fundamentos da crítica da economia política, das políticas públicas com ênfase nas

políticas de saúde, das políticas de ciência e tecnologia em saúde e da sociologia do trabalho.

Os autores apontam ainda para a relevância de que a proposta curricular contemple conteúdos e práticas que demonstrem o trabalho em saúde como “prática social privilegiada em que a igualdade, a solidariedade, a preocupação e o sentido do cuidar possam construir o projeto civilizatório de humanidade”. (IBID, ID: 227)

Considerando o trabalho como princípio educativo sob a abordagem histórica e suas interfaces com a educação integral, discutiremos no próximo item sobre a sua relação com o trabalho em equipe multiprofissional e as possibilidades de uma formação integral em saúde sob ótica da politecnia.

### **1.3 O trabalho em equipe multiprofissional de saúde e a perspectiva do trabalho enquanto princípio educativo na formação integral dos trabalhadores de saúde**

O trabalho em equipe é uma proposta que vem enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde, marcado pela verticalização do conhecimento e pela intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem abarcar a articulação das ações e dos saberes profissionais (PEDUZZI, 2001)

Nos anos 1990, a atuação profissional em equipe foi apontada como forma de intensificar a noção de integralidade, por meio da integração dos diversos profissionais para a construção de saberes e práticas que abarcassem as múltiplas dimensões da saúde. (PEDUZZI, 2008)

A integralidade, segundo Ramos (2009), é um conceito que recoloca o sentido do trabalho em saúde na constituição da humanidade a partir das necessidades de saúde das pessoas. Sob esta perspectiva, o trabalho em saúde resgata seu sentido ontológico, uma vez que a atenção integral se volta às necessidades do ser humano enquanto sujeito da produção da existência e não objeto da acumulação do capital. Do ponto de vista integral, o ser humano se constitui como:

(...) uma síntese de múltiplas relações, de modo que suas necessidades são de ordem material (biológica e física), mas também espirituais e simbólicas. Nesse âmbito se encontram as necessidades e potencialidades éticas e estéticas. A satisfação de tais necessidades nos orienta na construção de relações sociais. Assim, se o ser humano é, inicialmente, um ser de necessidades, ele se constitui, também, como um ser de liberdade, mediante relações que buscam a plenitude na satisfação de suas necessidades e das necessidades do outro. (RAMOS, 2009, p. 56)

Segundo Peduzzi (2008), a assistência e o cuidado em saúde organizados na lógica do trabalho em equipe vem contrapor a atuação profissional isolada e independente. Nesta perspectiva, a interdisciplinaridade é apontada enquanto caminho para a (re)construção do conhecimento unitário e totalizante do mundo frente à fragmentação do saber.

Entretanto, apesar de haver um consenso em torno do trabalho em equipe no setor saúde, ainda persiste e predomina uma noção de equipe reduzida à coexistência de vários profissionais numa mesma situação de trabalho, compartilhando o mesmo espaço físico e a mesma clientela, configurando-se em dificuldade para uma prática à luz da integralidade da atenção à saúde. (PEDUZZI, 2008)

Nessa mesma direção, Saviani (1989) chama a atenção para o risco da noção de interdisciplinaridade conter apenas uma justaposição, e de envolver os pressupostos da fragmentação, no qual os conhecimentos são fragmentados, restritos a cada especialidade. A questão de reunir os diferentes profissionais para superar o problema já pressupõe uma perspectiva parcial do conhecimento, a qual contém a ideia do especialista e do não especialista.

Quanto à formação multiprofissional, Rossoni e Lampert (2004) apontam que durante a formação de nível superior o trabalho coletivo é abordado nas atividades teóricas. Entretanto, os estudantes das diversas áreas da saúde realizam uma prática predominantemente individualizada, ou seja, a discussão teórica não é suficiente para que, na atuação profissional, desenvolvam um trabalho em equipe, com a interação dos diversos saberes e ações.

Esse aspecto, parece reproduzir o modelo flexneriano, dado que a formação em saúde ainda enfatiza a atuação profissional no âmbito individual da especialidade profissional, sem a sua necessária integração com outros saberes e práticas profissionais. No âmbito da divisão técnica do trabalho em saúde, os diversos profissionais que tem em comum o ser humano como objeto de trabalho, atuam de forma isolada e independente sem identificar-se no encontro multiprofissional para atender à totalidade do cuidado em saúde do indivíduo, o que compõe o aspecto técnico da fragmentação da formação em saúde.

Os programas de residência multiprofissional incorporam a interdisciplinaridade por meio da inclusão de catorze categorias profissionais de saúde, constantes na

Resolução CNS N° 287, de 08 de outubro de 1998<sup>10</sup>. Este modo de operar a formação ‘inter-categorias’ tem como finalidade a formação coletiva inserida no mesmo ‘campo’ de trabalho, sem deixar de priorizar os ‘núcleos’ específicos de saberes de cada profissão. (BRASIL, 2006b)

Apesar de o trabalho multiprofissional propor reunir as contribuições dos saberes de diferentes áreas profissionais para a atenção integral ao usuário, compreendemos que apenas o seu formato não garante tal integração, ou seja, pode incorrer no desenvolvimento de ações compartmentadas e individualizadas dentro de uma equipe, com possibilidades de sobreposição ou de não realização de determinadas ações. É essencial que a formação contemple por meio da *práxis* o que fundamenta este formato e a proposta da interdisciplinaridade na atuação multiprofissional.

É importante ressaltar, entretanto, que, considerando a formação integral dos trabalhadores de saúde a partir do trabalho enquanto princípio educativo, não basta a multiplicidade e integração dos diversos saberes profissionais para se realizar a atenção integral ao indivíduo. Mas, também e principalmente a compreensão da produção social da saúde que se realiza historicamente mediante lutas e contradições, conforme abordado acima.

Esta perspectiva vem indicar o reconhecimento do educando enquanto agente transformador, sobretudo considerando as implicações da reestruturação produtiva no seu trabalho e na sua constituição enquanto trabalhador; e vai confrontar com as propostas educativas que orientam a adaptação do trabalhador como objeto de acumulação do capital.

Neste sentido, Ramos (2009) afirma que, para que o trabalho contemple uma abordagem integral do ser humano, é preciso primeiramente que o profissional de saúde também se reconheça enquanto um ser integral, considerando a autonomia do ser em produzir e manter sua existência e a do outro sempre em relação. A formação pelo trabalho implica em uma apropriação de conhecimentos que permita ao sujeito conhecer e reconhecer a totalidade do processo do trabalho, ainda que ele venha a atuar em uma parte dessa totalidade.

---

<sup>10</sup> A Resolução CNS n° 287 de 08 de outubro de 1998 enfatiza a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde, com o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais em nível de graduação enquanto avanço para a concepção de saúde e para a integralidade da atenção. Contempla as seguintes categorias profissionais: Assistentes Sociais, Biólogos, Biomédicos, Profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos, e Terapeutas Ocupacionais.

Da perspectiva do trabalho como princípio educativo para a formação integral dos trabalhadores de saúde, a politecnicidade é uma concepção educativa que postula essa visão da totalidade do processo de trabalho, visando superar a fragmentação da educação e da formação em saúde.

Com base em Saviani (1989), podemos dizer que a formação politécnica volta-se à compreensão dos princípios e dos fundamentos científicos que embasam a moderna produção dos serviços de saúde, e do modo como esses serviços funcionam nas atuais condições, visando a formação de profissionais tanto do ponto de vista teórico, como na prática. Assim, ao aprender praticando, os profissionais vão dominando progressivamente os fundamentos, os princípios que estão direta e indiretamente na base da forma de se organizar o trabalho em saúde na sociedade.

Tal perspectiva deveria ser abordada em todos os componentes curriculares para que os profissionais construam uma visão sintética deste processo e não apenas uma visão analítica, que se restringe a uma compreensão limitada do processo, onde o educando tem a visão do todo, mas sem a consciência das partes que o compõem, ou de como se articulam para constituir uma totalidade orgânica. (SAVIANI, 1989)

Na perspectiva da formação em residência multiprofissional em saúde, à educação integral cabe articular a atuação multiprofissional em equipe na dimensão técnica e integrar os saberes profissionais às dimensões histórica e ontológica do trabalho em saúde, de forma a agregar o conhecimento técnico-científico à perspectiva transformadora da prática profissional.

## **CAPITULO 2 - O PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: CONTEXTO E CONCEPÇÃO**

Este capítulo tem o objetivo de delinear o processo de formação que orienta o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde (PRMSC-Redes), discorrendo sobre a justificativa de sua implantação, seus objetivos, os eixos de formação do Programa e o perfil do egresso.

Tomamos como base para a análise o Projeto Político Pedagógico do PRMSC-Redes (UPE, 2015); o Projeto do Programa de Residência Integrada da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, com ênfase em Saúde da Família (ESPPE/SES, 2013a); o Projeto para solicitação de financiamento do PRMSC-Redes encaminhado ao Ministério da Saúde (ESPPE/SESa, 2013b); e o documento que justifica a migração do Programa entre a COREMU-UPE<sup>11</sup> e COREMU-ESPPE<sup>12</sup> (ESPPE/SES, 2016).

Em seguida, relacionamos com o planejamento das atividades práticas e teóricas, a fim de melhor compreender o que orienta a concepção de trabalho e a relação teórico-prática desde sua intencionalidade até a sua aplicabilidade.

### **2.1 Descentralização da formação em saúde em Pernambuco e a implantação do PRMSC-Redes**

O PRMSC-Redes foi implantado em março de 2014, de forma descentralizada e regionalizada, mediante à parceria entre a ESPPE e a UPE, instituições executora e formadora, respectivamente. De acordo com a Resolução CNRMS nº 2, de 4 de maio de 2010, vigente à época, apenas era considerada instituição formadora a Instituição de Ensino Superior (IES) que, em parceria com a instituição executora, deveria compor uma única COREMU<sup>13</sup>. (BRASIL, 2010) A partir da Resolução CNRMS nº 7, de 13 de

---

<sup>11</sup> COREMU/UPE: Comissão Permanente de Residência em Área Profissional da Saúde da Universidade de Pernambuco.

<sup>12</sup> COREMU/ESPPE: Comissão Permanente de Residência em Área Profissional da Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco.

<sup>13</sup> De acordo com a Resolução CNRMS nº 1, de 21 de julho de 2015, a COREMU é instância de caráter deliberativo que tem como atribuições: coordenação, organização, articulação, supervisão, avaliação e acompanhamento dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e/ou uniprofissional da instituição proponente; acompanhamento do plano de avaliação

novembro de 2014, a oferta de programas de residência fica a cargo da instituição proponente, não mais existindo as especificações ‘formadora’ e ‘executora’. (BRASIL, 2014b)

De acordo com os documentos analisados, que balizam a implantação do PRMSC-Redes, existia uma forte crítica à concentração de programas de residência na Região Metropolitana do Recife, região onde se localiza a maior quantidade de serviços de saúde do estado de Pernambuco e a necessidade da formação dos profissionais que atuam no SUS em Pernambuco. (UPE, 2015; ESPPE/SES, 2013a; ESPPE/SES, 2013b)

A qualificação de profissionais no interior do estado é apontada enquanto um dos desafios para a descentralização dos serviços e a reorganização da Rede de Atenção à Saúde, tendo em vista a insuficiência de profissionais especializados e da oferta de formação regionalizada. (ESPPE/SES, 2013b). Nesse sentido, a UPE e a ESPPE destacam as suas experiências com vistas a atender tais necessidades.

A UPE apresenta seu histórico de descentralização da formação em graduação, bem como a intencionalidade na mudança do modelo de atenção à saúde por meio da articulação com os serviços, compreendendo a residência como uma formação mais estruturada no âmbito dos cursos de pós-graduação, e que oferta de maior qualidade para a formação para o SUS. (UPE, 2015)

A ESPPE vincula-se à Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SEGTES/SES/PE), que tem como referência para as ações de formação em saúde a Política de Educação Permanente em Saúde. A própria SES apoia e incentiva a regionalização de Programas de Residência em Saúde, como forma de descentralizá-los, a fim de possibilitar uma formação profissional no contexto regional do SUS (UPE, 2015; ESPPE/SES, 2013a; ESPPE/SES, 2013b)

A parceria entre a SES/PE e a UPE campus Garanhuns é apontada como forma de executar a proposta regionalizada do programa de residência, por meio de um processo de ensino-aprendizagem atrelado à formação em serviço, visando formar profissionais qualificados para atuarem na gestão dos serviços de saúde nos municípios que compõem as Regionais de Saúde do estado e qualificar a rede de atenção (UPE, 2015)

A proposta inicial do projeto de residência foi elaborada sob a denominação de Programa de Residência Integrada em Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco, com ênfase em Saúde da Família. Seu propósito era que os residentes desenvolvessem habilidades técnicas, humanísticas e intelectuais para atuarem de forma integrada e interdisciplinar em rede de atenção em saúde com ênfase na Atenção Básica (ESPPE/SES, 2013a).

Apesar de a ênfase ser em Atenção Básica, o projeto era intitulado com ênfase em Saúde da Família, cuja distinção não fica clara no projeto. De acordo com ESPPE/SES (2013a), a referência à Atenção Básica é a área de concentração em Atenção Primária em Saúde, onde os residentes realizariam 77,6% da carga-horária, e o restante da carga-horária prática seria direcionado para a Atenção Secundária e Terciária, para a Gerência Regional de Saúde (Geres), para o estágio opcional e para as atividades do eixo ético-humanístico abordado adiante.

Entretanto, após discussão no âmbito da COREMU-UPE sobre a necessidade de organização das redes de saúde, sobretudo nas regionais do interior do Estado de Pernambuco, foi aprovada a mudança para a formação em saúde coletiva, o que levou à criação do PRMSC-Redes, com a finalidade de formar profissionais capazes de atuar de forma integrada e interdisciplinar como gestores da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a partir da compreensão de que a atenção básica é a articuladora da RAS. (ESPPE/SES, 2016; UPE, 2015)

Embora tenha sido alterada a área de formação, de saúde da família para saúde coletiva, foi mantida a problemática da necessidade de descentralização e regionalização da formação, a partir do contexto locoregional, o que denota a consonância com a problemática abordada neste estudo, que mostra a necessidade de profissionais qualificados para atuarem no SUS, na perspectiva da integração da rede de saúde e qualificação do SUS.

## **2.2 Objetivos, eixos de formação e perfil do egresso do PRMSC-Redes, e as perspectivas adotadas acerca da integralidade**

A integralidade e a interdisciplinaridade são apontadas enquanto diretrizes centrais desta formação profissional, conforme pode ser verificado nos objetivos do Programa descritos no Quadro 2 abaixo (UPE, 2015). Particularmente, é considerada

fundamental a integração da gestão à dinâmica da assistência, na perspectiva da construção de uma abordagem ético-humanística no interior da rede.

### **Quadro 2. Objetivos geral e específicos do PRMSC-Redes**

<b>Objetivo geral</b>
Qualificar profissionais de diferentes áreas relacionadas à saúde, por meio da formação em serviço com ênfase em Saúde Coletiva, de forma regionalizada, interdisciplinar e integrada, articulada com os diferentes níveis de gestão e de atenção do Sistema Único de Saúde.
<b>Objetivos específicos</b>
Propiciar a compreensão da realidade, considerando a diversidade e complexidade do contexto filosófico-social-histórico-cultural, através do conhecimento técnico, postura ética e construção de práticas humanizadas, embasadas nos saberes humanísticos, popular e científico;
Aprofundar os conhecimentos e a capacidade de análise crítica e de avaliação que possibilitem a realização da atenção integral à saúde da população, através da construção de práticas interdisciplinares;
Promover o conhecimento das redes de atenção à saúde e intersetoriais e estimular a participação dos diversos atores do cuidado nas mesmas, a fim de se construírem alternativas integradas para a melhoria da qualidade de vida da população;
Possibilitar o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para o planejamento, a gestão e a avaliação de planos e processos de trabalho dos diferentes serviços da rede de saúde;
Habilitar os profissionais de saúde para compreender a saúde a partir da promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, da família e da comunidade;
Capacitar para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde por meio de atividades educativas nas quais os sujeitos envolvidos se apropriem da práxis cotidiana, transformando-a de maneira crítica e criativa;
Conhecer a população e o território, definindo instrumentos para análise de situação da área, organização e gerenciamento das informações a fim de traçar o plano de ação em conjunto com os diversos atores envolvidos;
Promover a vivência do trabalho em equipe, objetivando construir uma perspectiva inter e transdisciplinar, estimulando reflexões sobre o papel do profissional enquanto agente transformador da realidade social;
Desenvolver tecnologias e saberes quanto ao campo da prática compartilhada, como também aos núcleos de saberes de cada profissão;
Instrumentalizar os profissionais de saúde para a Educação em Saúde, para o efetivo exercício do controle social dos serviços e das ações de saúde.
Fornecer subsídios para o desenvolvimento de conhecimento, ensino e pesquisas, qualificando a capacidade analítica, de enfrentamento e de proposições de intervenções que objetivam concretizar os princípios e diretrizes do SUS.

Fonte: UPE, 2015

Para atender aos objetivos acima e possibilitar a construção do perfil do egresso requerido, o Programa adota 4 (quatro) eixos transversais que orientam a formação:

Atenção Integral em Saúde; Gestão de Políticas, Sistemas e Redes de Saúde; Ético-humanístico; e Pesquisa em Saúde. Como cenário de aprendizagem utiliza os serviços de gestão estadual e municipal; os serviços da Rede Assistencial de Saúde; e os equipamentos sociais e culturais do município. (UPE, 2015; ESPPE/SES, 2013b)

O eixo de Atenção Integral em Saúde refere-se aos conhecimentos de governança clínica, em que há uma responsabilização e implicação do residente como técnico de referência para a construção do projeto terapêutico do usuário, em articulação com outros profissionais da assistência. (ESPPE/SES, 2013b)

O eixo de Gestão de Políticas, Sistemas e Redes de Saúde volta-se à pactuação entre os dispositivos e os trabalhadores, usuários e gestores, na perspectiva da Política Nacional de Humanização e dentro de um contexto epistemológico, conceitual e de articulação para a gestão do cuidado em rede. (ESPPE, 2013b). Apesar de o projeto apontar para a articulação entre os dispositivos e os trabalhadores, usuários e gestores, não especifica quais seriam estes dispositivos.

O eixo Ético-humanístico incorpora contribuições dos campos da sociologia, antropologia e filosofia relacionados à saúde (UPE, 2015), mas o PPP do PRMSC-Redes não deixa claro o que fundamenta a sua concepção. O primeiro projeto de residência com ênfase em Saúde da Família faz referência a este eixo como “o lugar do residente enquanto sujeito sócio-histórico inserido na dinamicidade do seu espaço e no papel que ele cumpre na sociedade.”. (ESPPE/SES, 2013a, p.10). Nessa proposta, o residente é considerado em sua subjetividade, sendo um sujeito que tem necessidades enquanto ser integral. Além disto, também abrange o contexto do usuário do SUS, a compreensão sócio-histórica das comunidades e o papel desta na construção dos sujeitos e a sua relação com o processo saúde-doença. (ESPPE/SES, 2013a)

O eixo da Pesquisa em Saúde é direcionado para o incentivo à pesquisa em saúde, a partir das necessidades de saúde da população que possam subsidiar as ações do sistema de saúde. (UPE, 2015)

Além dos eixos transversais, o PPP do PRMSC-Redes contempla os módulos teórico-práticos relacionando-os com os 4 (quatro) eixos acima mencionados, incluindo um outro eixo denominado de ‘Eixo introdutório’, conforme descrito no quadro abaixo (Quadro 3).

**Quadro 3. Eixos, módulos e carga horária**

EIXOS	MÓDULOS	CARGA-HORÁRIA (MÓDULOS)		CARGA-HORÁRIA (EIXOS)	
		(n)	(%)	(n)	(%)
Introdutório	Introdução ao curso	30	2,53	<b>30</b>	<b>2,53</b>
Gestão de Políticas Sistemas e Redes de Saúde	Políticas Públicas e Gestão em Saúde	120	10,15	<b>440</b>	<b>37,22</b>
	Modelo Assistencial e Regionalização em Saúde	60	5		
	Planejamento e Avaliação em Saúde	80	6,76		
	Epidemiologia e Vigilância em Saúde	120	10,15		
	Administração Pública e Direito Administrativo	60	5		
Ético-humanístico	Filosofia, Ética e Bioética	60	5	<b>180</b>	<b>15,22</b>
	Sociologia e Antropologia em Saúde	60	5		
	Educação e Comunicação na saúde	60	5		
Atenção Integral à Saúde	Gestão e governança da clínica	60	5	<b>412</b>	<b>34,85</b>
	Atenção Integral à Saúde	352	29,78		
Pesquisa em Saúde	Metodologia da Pesquisa Científica	120	10,15	<b>120</b>	<b>10,15</b>
<b>Total da Carga Horária</b>		<b>1.182</b>	<b>100</b>	<b>1.182</b>	<b>100</b>

Fonte: elaboração própria

A análise do quadro acima revela que 72,07% da carga horária total está concentrada em dois eixos: Gestão de Políticas, Sistemas e Redes de Saúde (37,22%) e Atenção Integral à Saúde (34,85%), vindo a seguir o eixo Ético-humanístico (15,22%).

A partir das especificações sobre os eixos, é importante destacar que aqueles que concentram a maior carga-horária parecem abordar conteúdos técnicos-científicos com maior destaque para a implicação do residente no processo de trabalho e ênfase da atenção em rede, relacionando-os à integralidade dos serviços.

Os eixos ético-humanístico e pesquisa em saúde que, respectivamente, ficam em terceira e quarta posições em termos de carga horária, abordam conteúdos de cunho social. O primeiro eixo enfatiza o reconhecimento do residente enquanto sujeito em relação com o coletivo que produz o processo saúde-doença. No segundo eixo, de pesquisa em saúde, observa-se a ênfase na pesquisa a partir da necessidade da população.

De acordo com a concepção politécnica, a formação deve ser organizada de forma a propiciar que os educandos participem das questões que afetam toda a sociedade e que evitem cair na passividade intelectual ou no academicismo (MATTA, LIMA, 2010; SAVIANI, 2007). Sob essa perspectiva, observando que o Programa contempla tanto conteúdos de cunho técnico-científico quanto social na lógica de eixos, ou seja, de forma transversal, entendemos que esta organização favorece, em termos de conteúdo, a produção de conhecimento que transcende a passividade intelectual e o academicismo.

O desenvolvimento dos conteúdos dos eixos de forma integrada, articulando a teoria à prática, é fundamental para a atuação consciente e transformadora no âmbito técnico e social. Entretanto, caso sejam desenvolvidos de forma bifurcada e isolada, tendem à fragmentação na relação teoria e prática, e ao pragmatismo. Para isto, é importante compreender a perspectiva metodológica do desenvolvimento do curso, como veremos mais adiante, a partir da proposta metodológica no PPP do PRMSC-Redes e dos documentos referentes ao planejamento das atividades práticas e teóricas, e de execução e avaliação do Programa. Esses dois últimos documentos – a execução e avaliação do Programa, serão analisados no próximo capítulo com base nos portfólios produzidos pelos residentes, os relatórios de visita de supervisão e avaliação do Programa.

A metodologia de ensino do Programa, segundo o seu PPP, tem como base a integração de conteúdos e a articulação entre teoria, prática, ensino, serviço e comunidade, para que o residente se desenvolva enquanto técnico e sujeito, agregando tanto a intervenção quanto o redimensionamento das práticas do processo de trabalho. O desenvolvimento do programa deve levar o residente, segundo a proposta, a

compreender a integralidade e interdisciplinaridade do conhecimento, reforçando o alinhamento dos saberes científicos aos saberes cotidianos nos espaços de gestão (UPE, 2015).

Para atender à proposta dos eixos e módulos anteriormente mencionados, a estrutura do Programa está organizada em momentos de concentração e de dispersão. O primeiro refere-se às atividades teóricas, no qual os residentes devem refletir sobre suas experiências, embasados no conhecimento científico. O segundo às atividades práticas, onde devem ser aplicados os saberes, que ocorrem nos cenários de práticas do território com a mediação do preceptor (UPE, 2015). (Ver Quadro A, em apêndice).

A organização em módulos (Quadro B, em apêndice), é justificada como estratégia para o estabelecimento de uma relação concreta com o mundo do trabalho, com os espaços e contextos onde são desenvolvidas as práticas. O docente é o responsável por essa mediação, orientando-se pelas competências e habilidades para a integração dos conhecimentos (saberes), habilidades (saber fazer) e atitudes (saber ser e agir) para a formação do perfil profissional (UPE, 2015).

Segundo a proposta, o perfil profissional considera o desenvolvimento de competências ao longo do curso, enfatizando o “nível de autonomia e responsabilidade do profissional a ser formado, [os] ambientes de atuação [e os] relacionamentos necessários”, além da frequência na formação. (UPE, 2015, p.39)

Nesse sentido, a avaliação é direcionada para a reflexão, investigação e ação para transformar a prática educativa e para o crescimento individual, a ocorrer durante todo o período do curso, nos momentos de concentração e de dispersão. Para isto, considera os aspectos processual, contínuo e cumulativo, mediante os registros de conceitos de aptidões, a partir das competências sociais, políticas, comunicativas, técnicas, organizacionais, pessoais (UPE, 2015)

Ressaltamos que a pedagogia das competências, conforme discutimos no capítulo anterior, vem responder a mudanças decorrentes da incorporação do modelo de acumulação flexível, com consequências para os trabalhadores em geral e da saúde, em particular, em termos de perdas sociais. Aos trabalhadores se requer a adaptação às condições que lhes são impostas pela reestruturação produtiva, ao mesmo tempo em que devem se flexibilizar para atender aos imprevistos com a utilização da sua ‘carteira de competências’ e do conhecimento acumulado na experiência para se manter no mercado de trabalho.

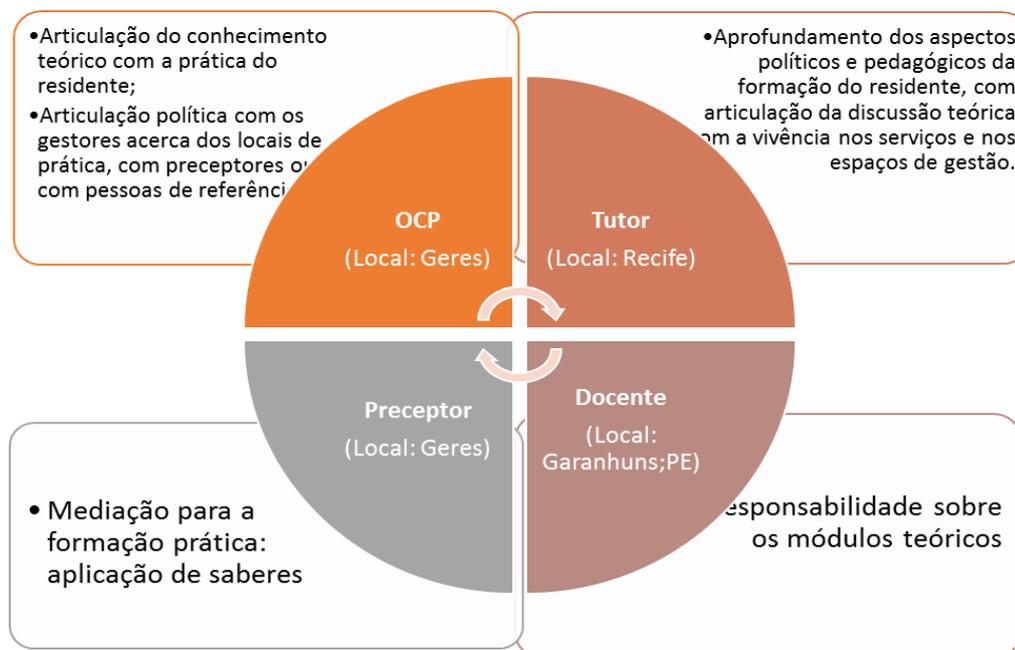
No trabalho em saúde, a noção de competência enfatiza a subjetividade dos profissionais, tendo em vista que os mesmos têm como objeto de trabalho a vida humana, o que remete à importância da ressignificação das competências para uma formação integral e para um trabalho calcado na integralidade.

Apesar de o PPP do Programa abordar as competências profissionais, estas só foram citadas como um item de avaliação no documento de avaliação parcial do PRMSC-Redes pelos residentes, realizada em agosto de 2015, e não foram especificadas.

Em termos de avaliação da atividade prática, o Programa utilizou o instrumento de avaliação de desempenho prático do residente, considerando 12 (doze) itens: 1) ‘Assiduidade’ (presença nas atividades propostas); 2) ‘Pontualidade’ (cumprimento do horário estabelecido para início e término das atividades); 3) ‘Cooperação com a equipe e com a rotina do Serviço’ (colaboração com os demais residentes e profissionais dos serviços e desempenho nas atividades do serviço); 4) ‘Ser propositiva’ (ser uma pessoa comprometida ou cuja virtude ou comportamento frequente seja de apresentar sugestões ou propostas construtivas que objetivem aprimorar um processo, uma atividade, um trabalho); 5) ‘Interesse pelas atividades práticas’ (empenho nas atividades desenvolvidas); 6) ‘Confiança no desempenho técnico’ (segurança/confiança na assertividade do procedimento realizado); 7) ‘Relação ética com a equipe do serviço’ (atuar de maneira ética com os integrantes dos serviços); 8) ‘Relação ética com o usuário’ (atuar de acordo com os princípios éticos com os usuários); 9) ‘Integração da teoria com a prática com reflexão crítica’ (articulação entre teoria e prática); 10) ‘Capacidade de tomar decisão adequada à realidade’ (iniciativas que sejam condizentes com a realidade e possíveis de serem executadas); 11) ‘Capacidade para planejar ações relacionadas ao serviço’ (capacidade de propor ações); 12) ‘Evolução do conhecimento/desempenho ao longo do rodízio’ (desenvolvimento do residente ao longo do rodízio).

Para a execução da proposta teórica e metodológica, o Programa agrega em sua estrutura, além dos docentes e preceptores, os orientadores clínico-pedagógicos (OCP) e tutores, conforme a Figura 1.

**Figura 1. OCP, tutor, docente, preceptor e suas funções no PRMSC-Redes**



Fonte: Elaboração própria<sup>14</sup>

Acerca do acompanhamento pedagógico de tutor e do OCP, identificamos a partir do Plano de Curso e da ata final do Curso de Atualização em Metodologias Ativas<sup>15</sup> que os tutores e primeiros OCP vivenciaram esta formação, que teve como foco a Aprendizagem Baseada em Problema (ABP). De acordo com o plano de curso ofertado, essa abordagem trata da individualização das necessidades de aprendizagem dos estudantes, com o aperfeiçoamento da motivação para o aprendizado e promoção da aprendizagem independente ao longo da vida, bem como pelo estímulo à integração do conhecimento, agregando a aquisição de conhecimento ao desenvolvimento de competências profissionais (ESPPE/SES, 2013d; ESPPE/SES, 2014b)

Além desta formação, identificamos, através do Plano de Curso e da Ata final que os tutores do Programa participaram do Curso de Atualização em Governança Aplicada à Saúde<sup>16</sup>, que teve como objetivo discutir o conceito e a agenda da governança no contexto da nova administração pública, contemplando tópicos relativos

<sup>14</sup> Informações coletadas do Instrutivo sobre o PRMSC-Redes.

<sup>15</sup> ESPPE/SESd. **Plano de Curso de Atualização em Metodologias Ativas**. Recife, 2013 e ESPPE/SESb. **Ata Final do Curso de Atualização em Metodologias Ativas**. Recife, 2014.

<sup>16</sup> ESPPE/SESc. **Plano de curso de atualização de governança aplicada à saúde**. Recife, 2014 e ESPPE/SESa. **Ata Final do Curso de Atualização em Governança Aplicada à Saúde**. Recife, 2014.

ao setor saúde e aspectos estruturais das organizações que operam em sistemas nacionais, especialmente na assistência à saúde no SUS. (ESPPE/SES, 2013c; ESPPE/SES, 2014a)

Em ambos os cursos, não há registro do trabalho ou do papel do tutor e do OCP, nem sobre a especificidade do Programa. Acerca da abordagem pedagógica, destaca-se a retomada da formação baseada em competências profissionais.

Em 2015, foram contratados novos OCP por meio de processo seletivo<sup>17</sup>, que deveriam dispor de uma carga-horária de 20 horas semanais para o acompanhamento do programa. Estes OCP participaram de um acolhimento<sup>18</sup>, para discussão das características do Programa e as atribuições do OCP, tutor, coordenação e residente. (SES, 2014a; SES, 2014b; ESPPE/SES, 2015)

### 2.3 PRMSC-Redes: Formação Integral?

A partir dessa síntese observa-se que o PRMSC-Redes expressa a intencionalidade de agregar o conhecimento técnico-científico à transformação da realidade, sobretudo no que se refere à descentralização e regionalização da formação e da atenção à saúde em Pernambuco. Nesta perspectiva, a formação é compreendida enquanto estratégia de qualificação da atenção à saúde, onde o residente deve interagir com os outros trabalhadores e aproximar-se do território para produzir saúde.

Considerando os seus objetivos, estes centralizam a formação em torno da integralidade das práticas profissionais, sobre a qual destacam-se os termos ‘integralidade’ e ‘interdisciplinaridade’. Esta abordagem compreende a noção do trabalho em equipe multiprofissional para a produção do cuidado em saúde a partir da integração e multiplicidade de saberes de diferentes áreas profissionais.

---

<sup>17</sup> SES. **Portaria Conjunta SAD/SES nº 050, de 27 de maio de 2014**. 2014a. Disponível em: [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/edital\\_nivel\\_superior.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/edital_nivel_superior.pdf) e SES. **Portaria Conjunta SAD/SES nº 74, de 03 de julho de 2014**. 2014b. Disponível em: <http://200.238.101.22/docreader/docreader.aspx?bib=20140704&pasta=Julho\Dia%2004> [http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/edital\\_nivel\\_superior.pdf](http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/edital_nivel_superior.pdf) e SES. Portaria Conjunta SAD/COMPESA nº071 de 03 de julho de 2014

<sup>18</sup> ESPPE/SES, 2015. Programação do Acolhimento do Orientador Clínico-Pedagógico da Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em gestão de Redes de Atenção à Saúde. Garanhuns, 2015.

Entretanto, não está explícito no PPP do PRMSC-Redes como esse conhecimento seria abordado na relação entre teoria e prática, o que leva a supor que interdisciplinaridade não assume centralidade no processo formativo. A relação entre as áreas profissionais fica a cargo das experiências prévias dos educandos ou das práticas instituídas no cotidiano dos serviços, podendo ou não serem produzidas e, quando produzidas, serem inclusive sob a perspectiva de práticas compartimentadas ou individualizadas de práticas ou ações, conforme observamos no capítulo anterior.

Considerando que a formação integral dos trabalhadores de saúde, a partir do trabalho enquanto princípio educativo, vai além da integralidade das práticas profissionais, esse conhecimento deveria contemplar, sobretudo, a compreensão da produção social da saúde produzida historicamente, mediante lutas e contradições. Além disso, é preciso atentar para o contexto em que o trabalho em saúde é produzido, pois conforme apontam Teodoro e Santos (2011), o trabalho se constitui num princípio educativo negativo ao ser organizado sob a forma alienadora de disciplinamento, subordinação e produtividade. Nesses termos, embora o sujeito seja submetido a essas condições de trabalho, a formação deve proporcionar que elas sejam compreendidas, ou o que a determinam, buscando assim construir o conhecimento técnico-científico no âmbito da prática social. Assim, a formação pode contribuir para a transformação da realidade como aponta a abordagem marxista do trabalho como princípio educativo.

Acerca disso, não está claro no PPP do PRMSC-Redes de que forma os eixos transversais se integram, assim como os módulos teóricos. Entretanto, é fundamental a integração de seus conteúdos, conforme expomos anteriormente, a fim de articular teoria e prática para a atuação consciente e transformadora, entendendo que a integralidade tanto das práticas profissionais quanto dos serviços faz parte de uma totalidade social.

Nesse sentido, para que sejam produzidas mudanças, conforme a intenção do Programa de descentralizar e regionalizar na perspectiva da formação integral, é preciso abordar o que determina essa necessidade, entendendo que a mesma se relaciona ao contexto social e político, onde o trabalhador é produtor e produto deste contexto.

É importante apontar que, segundo a proposta deste programa de residência, esse processo é mediado pela integração entre os momentos de concentração e de dispersão, de forma que os residentes possam articular o conhecimento teórico à sua prática. Esta formação visa, portanto, que os profissionais possam conhecer e concomitantemente

interferir nesta realidade, contribuindo para a estruturação da atenção, de forma conjunta com os profissionais do serviço.

Tendo em vista a necessidade de descentralização da formação e da atenção à saúde e a perspectiva do trabalho enquanto princípio educativo voltado à transformação da realidade, cabe compreendermos de que forma este Programa propicia em seu planejamento a produção do conhecimento sobre o contexto do trabalho em saúde nos diferentes espaços de prática e as possibilidades de atuação pautadas na transformação da realidade, contemplando também como os momentos de concentração e de dispersão estão planejados e até onde se integram.

Para isto, consultamos os documentos referentes ao planejamento das atividades, bem como orientações registradas no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) da ESPPE.

#### **2.4 Entre a concepção e o planejamento: aproximações e distanciamentos**

Para orientar o desenvolvimento do Programa, foram estabelecidos planejamentos, tendo em vista a carga-horária e algumas atividades previstas na semana-padrão<sup>19</sup>. No período de 2014 a 2015, contemplou o rodízio nas atividades práticas; reunião com o orientador clínico-pedagógico; atividade teórico-prática (seminário, clube de revista); elaboração dos portfólios; e atividade ético-humanística. No período de 2015 a 2016, os rodízios; os ciclos temáticos; a atividade ético-humanística e a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso.

As atividades práticas foram planejadas nos seguintes espaços de rodízio: Gerência Regional de Saúde (Geres) em 03 etapas; Secretaria Municipal de Saúde (SMS) em 02 etapas; atenção hospitalar em 03 etapas; Estratégia Saúde da Família em 02 etapas; e serviços assistenciais de matriciamento - Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) em 01 etapa, conforme descrito no Quadro A, em apêndice.

Analisando o planejamento das ações (Quadro A), observamos que ao menos em 1 (uma) etapa de cada rodízio, aparece a indicação do ‘papel do serviço na rede’. Na

---

<sup>19</sup> Atividades desenvolvidas pelos residentes durante a semana. (BRASIL, s.d.) - BRASIL. Ministério da Educação. Projeto de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/modelo\\_projeto.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/modelo_projeto.pdf)

maioria dos rodízios, o planejamento prevê a ‘integração da teoria com a prática’ considerando a prática e os eixos transversais, ou a atuação integral, multiprofissional e interdisciplinar; e a ‘reflexão crítica’, seja de leituras a serem identificadas pelo residente, seja da prática ou da elaboração de produtos, ou trabalho final, do rodízio. Em pelo menos 1 (uma) etapa do rodízio na Geres, na SMS e na ESF, é indicada a ‘observação participante’ da prática.

A definição de referencial teórico foi especificada apenas para o rodízio na etapa de territorialização, que se refere ao rodízio na Estratégia Saúde da Família. Nos demais rodízios, não foram especificados referenciais teóricos, o que pressupõe que o acompanhamento pedagógico decorre das experiências do OCP e do tutor.

Mais especificamente, o planejamento inicial referente ao rodízio na Geres (1ª e 2ª etapas) e na SMS (1ª etapa) enfoca a produção do conhecimento a partir da inserção dos residentes no serviço, através da metodologia baseada na observação participante, reflexão e problematização, além da busca autônoma dos referenciais teóricos, sejam eles básicos ou complementares. Já no planejamento de retorno para a SMS (2ª etapa) e, em seguida para a Geres (3ª etapa), tiveram centralidade os objetivos de aprendizagem e o desenvolvimento do módulo de atenção integral à saúde, rodízio, respectivamente, os quais orientaram o processo metodológico do rodízio, conforme observamos no Quadro A.

Na proposta de retorno para a SMS, há um direcionamento para que o residente relacione o trabalho realizado neste serviço com o realizado nos serviços assistenciais vivenciados anteriormente. Para a Geres, há centralidade no desenvolvimento do módulo de atenção integral à saúde para a discussão teórico-prática de temas que perpassam o trabalho, sua relação com a rede, sendo estimulada a participação dos preceptores durante toda a construção com o intuito de contribuir com a educação permanente dos mesmos.

Em ambos os rodízios, a participação na rotina do serviço deixa de ser o foco principal para se tornar complementar no processo de aprendizagem, e a observação participante não é mais abordada. Porém, não houve indicação de referencial teórico a ser adotado de forma transversal nos rodízios. Fica sob a responsabilidade dos residentes, OCP e tutor a busca dos referenciais teóricos a partir da observação empírica, assim como a construção e direcionamento dos momentos que compõem os ciclos temáticos do módulo de Atenção Integral à Saúde.

Desta forma, no planejamento dos 2 (dois) anos do curso de residência, nota-se a valorização da construção do conhecimento a partir da prática dos residentes, direcionando-os à pesquisa técnico-científica de forma autônoma, crítico-reflexiva, a ser acompanhada presencialmente pelo OCP e a distância (predominantemente) pelo tutor.

Desse ponto de vista, considerando a observação participante enquanto uma forma de construção de conhecimento, que ocorreu nos primeiros rodízios em 2014, Correia (2009) diz que consiste em uma técnica de investigação em que o investigador entra em contato frequente, direto e prolongado com atores sociais e seu contexto, sendo necessário a eliminação de “deformações subjetivas” (idem, p. 31) que possam interferir na compreensão dos fatos e sujeitos observados.

Da mesma forma, Haguette (1987, *apud* Queiroz *et al* 2007) aponta que se constitui viés de pesquisa a imersão total do pesquisador em outra realidade, com implicações negativas da subjetividade sobre a realidade estudada. O maior envolvimento do pesquisador com o grupo observado pode implicar na alteração ou no não alcance dos objetivos da pesquisa.

Essa abordagem é contraditória à perspectiva de participação do residente enquanto sujeito, que se relaciona com os demais trabalhadores e com o contexto para transformação da realidade, pois a subjetividade faz parte da realidade objetiva. Matta e Lima (2010) ressaltam que a concepção politécnica deve partir, dentre outros aspectos, da análise das dimensões objetivas e subjetivas dos trabalhadores e sua interpelação na produção das condições objetivas de vida e trabalho.

Assim, a perspectiva metodológica dos rodízios nos espaços de prática mescla a observação e a participação do residente, com uma concepção onde o trabalho ora é produzido sem a participação direta do residente ora é produzido conjuntamente com o mesmo. A primeira abordagem aponta para a tendência do processo formativo voltar-se para o academicismo e, a segunda abordagem com a tendência de o processo formativo voltar-se para uma prática profissional que agrega a construção do conhecimento de forma coletiva (residentes, profissionais do serviço, OCP, tutor), considerando a realidade prática do trabalho.

Em relação à seleção dos serviços e objetivos de aprendizagem é importante destacar que a experiência na Geres é fundamental para o conhecimento do contexto regional. É neste campo de práticas que os residentes têm a oportunidade de compreender o trabalho em diferentes realidades municipais. Além disto, podem conhecer o desenvolvimento do trabalho no âmbito da SMS e a relação com a produção

da saúde no nível assistencial, o que se configura como uma importante estratégia para a aproximação com a integralidade dos serviços, a relação entre a assistência e a gestão e as diferentes tecnologias utilizadas, incluindo as tensões e possibilidades para a implementação das ações de saúde. Essas experiências servem de base para repensar a prática em saúde coletiva, indo além do funcionamento interno dos serviços para contemplar a relação entre estes.

Considerando a perspectiva da politecnicidade que compreende a relação entre os aspectos manuais e intelectuais do trabalho, a apreensão dos fundamentos científicos que embasam a organização dos serviços de saúde e o modo como esses serviços funcionam nas atuais condições para a formação teórico-prática do educando (SAVIANI, 2007; SAVIANI, 1989), verificamos que partindo apenas do planejamento das atividades práticas do Programa, ressaltando-se o referente à territorialização, o residente compreende o seu trabalho com base no pragmatismo, na medida em que o conhecimento é construído a partir da prática e das experiências. Portanto, o conteúdo não garante a relação com o conhecimento acerca do processo histórico e contraditório da realidade em sua totalidade.

Segundo Frigotto, Ciavatta e Ramos (s.d.), a educação integral deveria contemplar a formação plena do educando, propiciando construções intelectuais elevadas por meio da apropriação de conceitos fundamentais para a compreensão do processo histórico e para a ação consciente na realidade em que está inserido.

Para isto, é necessário que a formação propicie em seu planejamento uma visão sintética que possa ser uma base para a compreensão teórica e prática de como o trabalho se desenvolve ou pode se desenvolver, o que vai além de uma visão analítica na qual o educando desenvolve apenas uma visão limitada do processo. (SAVIANI, 1989)

Se considerarmos que cada residente, assim como o OCP, o tutor e o preceptor, tem concepções de trabalho e educação peculiares às suas experiências, a articulação entre o conhecimento técnico e intelectual poderá ou não ser desenvolvida. E, sendo desenvolvida, caminhar para a adaptação ou transformação da realidade. Caberia, então, ao Programa, partir de uma base teórico-metodológica que tencionasse à educação integral dos residentes, os quais fariam a articulação entre a realidade objetiva, o contexto social e político em que o trabalho é produzido, e o trabalhador enquanto parte desta totalidade

Acerca da relação teórico-prática, ressaltamos a *práxis* enquanto pressuposto para a compreensão do trabalho e transformação da prática social, onde a realidade

prática é tomada como objeto de análise, compreensão e transformação, mediada pela consciência e pelo conhecimento, levando à produção da cultura, correspondente a interesses sociais. Nesse sentido, reforçamos o que Ramos (2010) aponta sobre a *práxis*, onde a prática não se limita à produção de uma realidade material, mas também abrange a criação e desenvolvimento incessantes da realidade humana.

Ainda sobre a relação teórico-prática, o PRMSC prevê em seu PPP as atividades teóricas, que são organizadas em 11 (onze) módulos teóricos, além de uma 'introdução ao curso', conforme descrito no Quadro B, em apêndice. A partir desse quadro a análise sobre as ementas e objetivos dos módulos teóricos mostra que o Programa proporciona, tanto conteúdos técnicos para a prática em saúde coletiva, quanto conteúdos relacionados ao contexto social e político. Desta forma, fornece elementos para a construção do conhecimento, considerando o trabalho na sua característica ontológica e histórica, principalmente nos módulos de 'Políticas Públicas e Gestão em Saúde' e 'Sociologia e Antropologia em Saúde'.

O momento de concentração constitui-se em um espaço para relacionar os conteúdos à prática, fornecendo subsídios para refletir e desenvolver o conhecimento que possam ser aplicados à prática. Das informações coletadas, 2 (dois) módulos (Gestão e governança da clínica e Atenção Integral à Saúde) continuaram a construção do conhecimento durante o período de dispersão por meio da elaboração de produtos relacionados aos conteúdos abordados, (Quadro A e B, em apêndice), respectivamente: a elaboração e desenvolvimento dos ciclos temáticos, e o planejamento de uma rede regionalizada de serviços de saúde para atender às necessidades de uma área geográfica.

Ao integrar o momento de concentração ao momento de dispersão, o conteúdo teórico atende a uma perspectiva de continuidade na prática do educando, a qual passa a ser revista com base nos pressupostos adotados, contribuindo com a relação teórico-prática a partir dos módulos teóricos.

Entretanto, considerando que neste Programa, o planejamento também parte das atividades práticas, é fundamental que ambos os planejamentos (das atividades teóricas e práticas) estejam em diálogo para a efetivar a integração teórico-prática. Do contrário, a formação pode inculcar na sobreposição de atividades, sem a sua necessária comunicação.

Considerando a relação teórico-prática na perspectiva da *práxis*, apesar de o planejamento das atividades práticas adotar uma postura crítico-reflexiva, em sua maioria não define um referencial teórico específico e como este seria abordado pelo

tutores e OCP com a finalidade de proporcionar uma autonomia construída em conjunto entre residente, tutor, OCP e preceptor.

Podemos observar, a partir dos dados analisados que apesar de o PRMSC-Redes contemplar em seu PPP as competências, estas não foram tomadas enquanto aspecto central no planejamento das atividades práticas e teóricas. O que pudemos identificar é que tanto o PPP quanto estes planejamentos contemplam bases teórico-metodológicas que variam entre o pragmatismo e a *práxis*, se aproximando em termos de conteúdo com a educação integral em algumas situações, tais como, no eixo ético-humanístico, os módulos de ‘Políticas Públicas e Gestão em Saúde’ e ‘Sociologia e Antropologia em Saúde’, e o planejamento da etapa de territorialização do rodízio da ESF.

Cabe verificar até que ponto a formação proporciona a transformação das práticas de saúde tendo em vista o formalizado no planejamento e o realizado na prática. Para isto, analisaremos os portfólios, relatórios de visita, a avaliação do Programa e postagens no AVA, no próximo capítulo.

### **CAPÍTULO 3 - A FORMAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM REDE DE SAÚDE: ENTRE FORMAÇÕES E DEFORMAÇÕES NA FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

Partindo da compreensão de que o trabalho como princípio educativo conforma-se dentro de uma perspectiva ontológica e histórica e, desta forma, a formação ocorre no contexto contraditório entre adaptação e transformação às/das relações de trabalho na sociedade de classes e no sistema capitalista, é fundamental que a análise sobre o processo de formação deste programa de residência considere os diálogos entre o que foi concebido, planejado e executado.

Uma vez compreendida o processo de formação do PRMSC-Redes desde o seu PPP ao seu planejamento, com suas aproximações e distanciamentos, e sua relação com a formação integral, aprofundaremos a discussão a partir dos dados referente à implementação do Programa.

Para isto, analisamos os portfólios, relatórios de visita de supervisão, postagens no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) da ESPPE e a avaliação do Programa.

Os portfólios foram produtos elaborados a partir da vivência dos 7 (sete) residentes egressos do Programa em 2016, com formação básica em enfermagem, fisioterapia, nutrição, terapia ocupacional e psicologia. Eles elaboravam os relatórios com base no rodízio e experiências vivenciadas nos diversos campos de prática, sendo entregues semanalmente e, posteriormente, quinzenalmente, de forma cumulativa ao longo do primeiro ano da residência (2014 a 2015). Esses portfólios eram avaliados pela tutoria segundo os seguintes critérios: ‘pontualidade na entrega’, ‘criatividade na construção do portfólio’, ‘integração da teoria com a prática’, ‘reflexões das atividades vivenciadas’, ‘qualidade da escrita’, conforme anexo 1.

Esse grupo de residentes estavam lotados na IV regional de saúde – Caruaru. Cada um deles desenvolveu 1 (um) portfólio, composto por um total de 20 relatórios correspondentes aos rodízios realizados em cada campo de prática, conforme quadro 3 abaixo, tendo sido entregues e avaliados, no referido período, um total de 125 relatórios.

**Quadro 3. Relatórios que compõem o portfólio e relatórios selecionados segundo os campos de prática selecionados.**

CAMPOS DE PRÁTICA		PERÍODO	RELATÓRIOS DO PORTFÓLIO POR RODÍZIO	RELATÓRIOS DOS PORTFÓLIOS SELECIONADOS
GERES		Abril a agosto de 2014	1 a 10	1, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19 e 20
Secretaria Mun. de Saúde de Caruaru		Agosto a Outubro de 2014	10 a 13	
Estratégia Saúde da Família	Territorialização	Outubro a Novembro de 2014	13 a 15	
	Equipe de Saúde da Família			
Atenção hospitalar		Outubro a novembro de 2014	13 a 15	
NASF		Dezembro a Fevereiro de 2015	16 a 18	
CAPS				
CRAS				
Secretaria Mun. de Saúde de Caruaru		Março de 2015	19 a 20	
<b>TOTAL DE RELATÓRIOS DO PORTFÓLIO</b>			20	08

Fonte: Elaboração própria

Para compreender a concepção de trabalho e a relação teórico-prática, realizamos uma pré-análise dos portfólios, a partir de critérios relativos à relevância do campo de prática e às categorias e sub-categorias emergentes do conteúdo dos relatórios selecionados, conforme quadros 3 e 4. A pré-análise também foi utilizada como fonte informações que se configurou como um diagnóstico inicial sobre o grupo de residentes, quando do seu ingresso.

As categorias de análise foram definidas a partir da unidade de análise ‘relação teoria-prática’ compondo um conjunto de 6 (seis) categorias, são elas: ‘descentralização da formação’; ‘relação trabalho e educação’; ‘módulo teórico apenas como relato/informação’; ‘módulo teórico para ampliar o conhecimento e refletir sobre a prática’; ‘aprofundamento teórico autônomo/construído em conjunto’; ‘espaço de prática para ampliar o conhecimento/reflexão teórico-prático’.

As sub-categorias foram definidas a partir das categorias de análise, compondo um conjunto de 8 (oito) subcategorias, quais sejam: ‘volta para casa’, ‘a educação como forma de enfrentar o desemprego’, ‘formação para contribuir/mudar a prática’, ‘estreitar vínculos e estreitar/compartilhar experiências’, ‘conteúdos para repensar a prática (reflexão teórico-prática)’, ‘metodologia para uma postura crítica, reflexiva e construir

conhecimento’, ‘articulação teórica para além do aspecto técnico-instrumental’, ‘articulação teórica centrada no aspecto técnico instrumental’.

Na pré-análise, verificou-se que o número de ocorrências de cada subcategoria variou entre um residente e outro, predominando nos residentes 1 e 2. Ambos os residentes acumularam mais elementos no conjunto das subcategorias de análise e tiveram algumas abordagens diferenciadas entre si. Por essa razão, foram privilegiados para a análise os portfólios destes residentes, conforme quadro 4. O residente 7 foi excluído da análise, pois o seu portfólio acumulou mais relato do que reflexão.

De acordo com o objetivo deste trabalho, dentre as categorias de análise identificadas, priorizamos as seguintes: ‘Relação trabalho e educação’, ‘Módulo teórico para ampliar o conhecimento e refletir sobre a prática’, ‘Aprofundamento teórico autônomo/construído em conjunto’ e ‘Espaço de prática para ampliar o conhecimento/reflexão teórico-prática’.

**Quadro 4. Categorias, subcategorias e ocorrências por residente de acordo com a pré-análise dos relatórios 1.**

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	RESIDENTE						
		1	2	3	4	5	6	7
<b>Descentralização da formação</b>	Volta para casa	X	X	X			X	
<b>Relação trabalho e educação</b>	A educação como forma de enfrentar o desemprego	X						
	Formação para contribuir/mudar a prática		X					
<b>Módulo teórico apenas como relato/informação</b>				X		X		
<b>Módulo teórico para ampliar o conhecimento e refletir sobre a prática</b>	Estreitar vínculos e estreitar/compartilhar experiências	X	X	X		X	X	
	Conteúdos para repensar a prática (reflexão teórico-prática)	X	X					
	Metodologia para uma postura crítica, reflexiva e construir conhecimento	X		X	X	X	X	
<b>Aprofundamento teórico autônomo/construído em conjunto</b>	Articulação teórica para além do aspecto técnico-instrumental	X	X				X	
	Articulação teórica centrada no aspecto técnico instrumental	X		X	X	X		
<b>Espaço de prática para ampliar o conhecimento/reflexão teórico-prático</b>		X	X				X	
<b>TOTAL DE OCORRÊNCIAS POR RESIDENTE</b>		8	6	5	2	4	5	0

Fonte: Elaboração própria

Quanto aos campos de prática, foram selecionados os seguintes: a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Caruaru e a Estratégia Saúde da Família (ESF). O primeiro foi selecionado com base na importância do município para a estruturação da rede de saúde, uma vez que lhe compete a participação direta na execução das ações e serviços de saúde e o planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS em articulação com o estado (BRASIL, 1990).

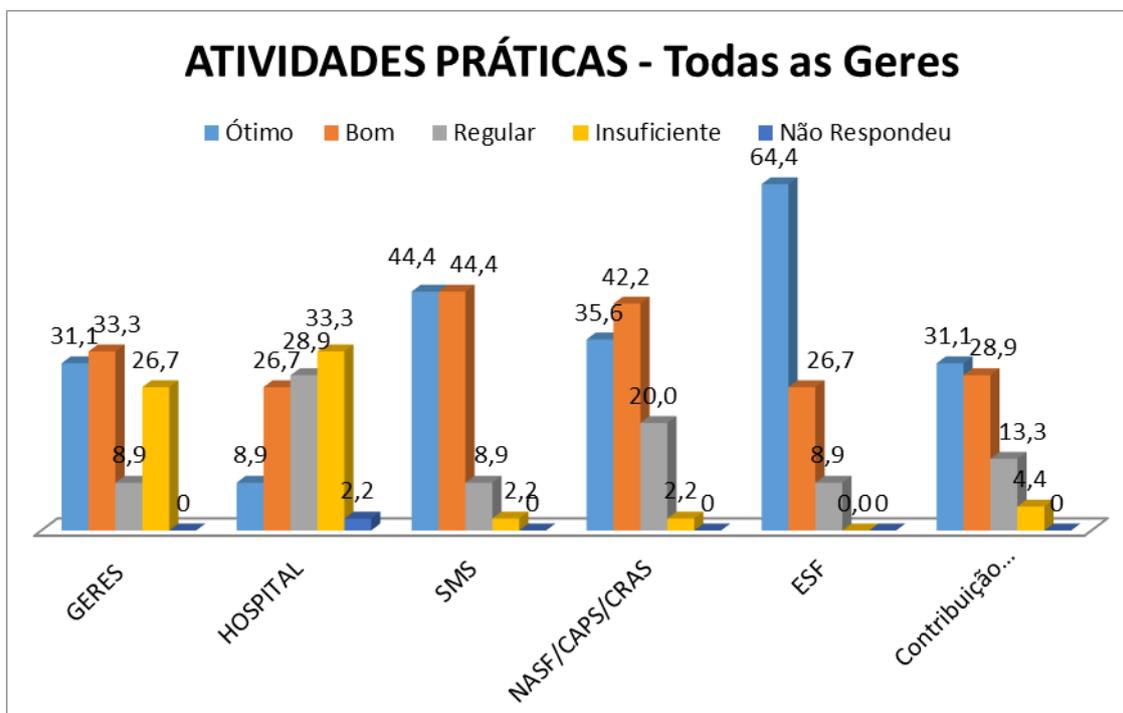
A Estratégia Saúde da Família, como mencionado anteriormente, é a estratégia no âmbito da atenção básica, que é proposta para reorientar o modelo assistencial de saúde, devendo ser o contato preferencial dos usuários, ou a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011a), o que justifica a sua seleção enquanto campo de prática.

Além da relevância teórica, a partir da análise dos dados da avaliação parcial do PRMSC-Redes, consideramos que a SMS e a ESF ofereceram maiores oportunidades de prática tendo em vista a produção do conhecimento acerca da rede de saúde, e a integração entre a gestão e a assistência.

Segundo os dados da avaliação parcial do PRMSC-Redes, considerando os critérios de ‘acolhimento’, ‘inserção no campo de prática’, ‘autonomia no desenvolvimento do trabalho’, ‘acompanhamento’, ‘relacionamento’, ‘materiais’, ‘recursos’ e ‘equipamentos’, a SMS e a ESF foram considerados pelos residentes de todas as Geres os campos de prática que mais contribuíram com o aprendizado dentre os serviços de gestão e assistência.

Conforme observamos no Gráfico 1 abaixo, dentre os serviços de gestão, a SMS acumulou mais indicadores no intervalo entre ótimo e regular (97,7%) do que a Geres (73,3%). Em Caruaru, do total de 7 (sete) residentes, todos consideraram a SMS no intervalo de ‘bom’ a ‘regular’, enquanto que na Geres, apenas 1 (um) o considerou ‘bom’, enquanto 6 (seis) o consideraram ‘insuficiente’. Na Estratégia Saúde da Família, todos os residentes consideraram este campo de prática enquanto ‘ótimo’.

**Gráfico 1. Avaliação dos campos de prática segundo os residentes de todas as Geres, 2015.**



\*CAP – Contribuição das atividades práticas no desenvolvimento de competências específicas para a formação do profissional residente no PRMSC-Redes

De acordo com os instrumentos de avaliação respondidos pelos residentes da IV Geres, foram extraídos os seguintes apontamentos referente aos campos de práticas da SMS: ‘Ocorreram de forma excelente’, ‘Prática bem produtiva’; ‘Fomos muito engajados nas atividades e participamos de diversas experiências interessantes’; ‘Foi um local que rendeu muitos frutos e muito conhecimento’; ‘Máxima interação, reconhecimento e aplicabilidade’. Em relação à ESF, as seguintes considerações: ‘Prática bem produtiva’, ‘A ESF promoveu um aumento no escopo de visão sobre o processo de territorialização na perspectiva da construção das Redes’; ‘Excelente experiência’; ‘Um dos melhores momentos da Residência, com ênfase na territorialização’; ‘Bom acolhimento, adesão e troca de saberes’; ‘Ocorreram de forma excelente’.

Nesse sentido, considerando tanto a proposta da SMS e da ESF para o fortalecimento do SUS, quanto a avaliação dos residentes acerca destes campos de prática como importantes para a sua formação, justificamos esse critério de escolha para a seleção dos relatórios que subsidiaram a análise do conteúdo. A partir disto, seguimos com a análise e discussão das categorias e suas sub-categorias a partir dos relatórios 1,

10, 11, 12, 13, 14, 15, 19 e 20, a seguir. Ressaltamos que, com o seguimento da análise dos portfólios dos residentes 1 e 2, emergiram outras sub-categorias, como ‘O lugar ativo ou passivo do educando no mundo do trabalho’ e ‘O trabalho do educando enquanto campo de disputa’ (categoria ‘Relação trabalho e educação’).

### **3.1 Relação trabalho e educação**

Dentre os aspectos abordados nos relatórios, sobressaíram apontamentos acerca da relação entre trabalho e educação, tendo sido identificadas algumas subcategorias, quais sejam: ‘A educação como forma de enfrentar o desemprego’, ‘Formação para contribuir/mudar a prática’, ‘O lugar ativo ou passivo do educando no mundo do trabalho’ e ‘O trabalho do educando enquanto campo de disputa’. Estas duas últimas, que não estiveram presentes na pré-análise, surgiram com o seguimento da análise dos demais relatórios dos residentes 1 e 2.

A ‘educação como forma de enfrentar o desemprego’, é uma subcategoria que, embora tenha sido apontada por apenas um residente, constitui-se em informação relevante tendo em vista a relação entre trabalho e educação. A entrada no programa de residência foi vista como forma de não estar desempregado. Ao realizar um estudo intensivo para ser aprovado no processo seletivo, especificamente no município de Caruaru, o residente 1 alega que o que o motivou foi: “primeiro por ser perto da minha cidade natal (...) e segundo pra não ficar desempregado (...)”.

Este relato remete ao contexto dos profissionais diante do desemprego. Por um lado, a formação no nível de graduação não garante a vinculação ao mercado, e, quando vinculado, o profissional submete-se a vínculos precários. Tampouco, a educação vem a atender em primeiro lugar a transformação de práticas para a produção da existência humana no seu sentido ontológico.

Nesse sentido, a residência para os recém graduados por ser viabilizada mediante processo seletivo aberto a profissionais formados e garantir uma bolsa de estudos<sup>20</sup>, configura-se como uma alternativa para adiar a entrada ao mercado de trabalho. Além disso, ao final do curso, não é garantida a fixação ou a incorporação dos residentes formados nos municípios onde ocorre a descentralização.

---

<sup>20</sup> O pagamento da bolsa para os residentes tem respaldo na Lei N° 11.129, de 30 de junho de 2005 e na Portaria interministerial N° 3, de 16 de março de 2016.

Sobre este último aspecto, podemos citar a crítica realizada pela diretora da ESPPE<sup>21</sup>, em referência a situação dos residentes no final do curso do PRMSC-Redes. A crítica se refere ao fato de a residência se tornar na prática um vínculo profissional precário em detrimento do processo educativo para o SUS, na medida em que ao terminar o curso o residente se submete à seleção em outro programa, diante da baixa perspectiva de ser absorvido pelos municípios, que ademais carecem de profissionais qualificados.

Assim, diante do contexto do desemprego, a residência se reconfigura para atender a esta necessidade em primeiro lugar. Entretanto, mesmo diante deste cenário de adaptação, o trabalho enquanto princípio educativo na perspectiva da formação integral deve proporcionar aos estudantes que eles compreendam as contradições e vislumbrem perspectivas de transformação diante deste cenário contraditório.

Essa perspectiva acerca de um processo educativo emancipatório, segundo Frigotto, Ciavatta e Ramos (s.d), é aquele que permite ao sujeito compreender a dimensão ontocriativa do trabalho, com a leitura crítica das condições e relações de produção existentes. Ao articular a ação consciente do trabalho, a cultura e a linguagem, esse processo pode contribuir para que os homens possam criar e recriar a sua existência.

Na mesma concepção, Teodoro e Santos (2011) colocam que a dimensão ontológica do trabalho relaciona-se à ação sobre a natureza que produz a consciência, não se reduz ao emprego ou uma forma histórica do trabalho em sociedade, mas embasa a construção de um novo sujeito e uma nova concepção de história.

Neste sentido, apontamos a sub-categoria ‘Formação para contribuir/mudar a prática’, extraída das considerações do residente 2, que reflete sobre a importância do conhecimento da ‘gestão’ para integrar à sua experiência anterior no âmbito da assistência, que anteriormente restringia-se ao fazer dentro dos limites do seu conhecimento técnico e da precarização das condições de trabalho. Com este conhecimento integrado, o residente considera que poderá contribuir mais com a sua cidade. Segundo o residente, o mesmo

poderia ter ficado na “zona de conforto” da assistência. (...) não que seja fácil [na assistência] lidar no dia a dia, pois não é, mas pelo fato de apenas fazer o que estava ao meu alcance e muitas vezes depositar a culpa da falha do sistema nas instâncias maiores. (...) conhecendo e

---

<sup>21</sup> Fala da diretora da ESPPE que ocorreu em março de 2016 na ocasião do acolhimento da segunda turma do PRMSC-Redes.

aprendendo a “fazer gestão” na minha cidade, creio que será algo muito enriquecedor e assim poderei fazer um pouco mais para atender a instituição (usuários do SUS) e o discurso (Saúde Pública) fazendo alusão a Foucault. Sei que não é algo fácil e pode ser que lá na frente me decepcione, mas no momento expectativas e vontades não me faltam.

‘O lugar ativo ou passivo do educando no mundo do trabalho’ se refere ao fato do residente ou o preceptor enxergar o papel do residente como educando e/ou trabalhador do serviço, em diferentes situações, tanto alheio ao trabalho, quanto sujeito que constrói o trabalho em conjunto com os demais profissionais para contribuir/mudar a prática. Na análise, percebemos ora a fragmentação ora a aproximação da relação entre trabalho e educação, respectivamente.

O residente 1, por exemplo, relata que a partir da vivência na prática e da mediação teórica, percebe alguns desafios de um dos setores da SMS, mas não se compreende enquanto sujeito de mudança, expressando-se na seguinte fala "(...) quem sou eu para dizer isto?". Neste aspecto, a tutoria parabeniza a reflexão, mas não se refere à participação ativa do residente, questão fundamental para a reflexão sobre a mudança de prática.

Outro exemplo nessa mesma direção foi encontrado no portfólio do residente 2, o qual, em uma das experiências que envolveu conflitos e consensos entre profissionais de saúde e usuários, compreende que é um bom aprendizado poder observar, sem precisar interferir, e se coloca na condição de estar nos "bastidores", onde adquire experiência “sem se expor tanto”.

Outra perspectiva apresentada pelo residente 2 refere-se à sua participação no desenvolvimento de atividades de trabalho junto à equipe de saúde da família, tanto participando em conjunto com outros profissionais, quanto no desenvolvimento de produtos do programa para o campo de prática. Como exemplo, cita o desenvolvimento da atividade de territorialização<sup>22</sup> na 1ª etapa da ESF, que subsidiou a revisão do planejamento junto aos profissionais da EqSF, Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e apoio institucional da SMS, envolvendo a integração da gestão à assistência, considerando o trabalho em saúde articulado ao contexto cultural, social, epidemiológico e econômico da população. Essa experiência foi parabenizada pela

---

<sup>22</sup> Elaboração de um Mapa Falante da área adstrita apresentado à equipe de saúde da família, contendo análise crítica do território, pautada em referenciais teóricos sobre o tema.

tutoria, o que incentiva uma nova postura na relação entre trabalho e educação embasada na revisão do planejamento com base na integração dos serviços aliado ao contexto social da comunidade.

Na relação trabalho e educação, também é apontado pelo residente 2 o reconhecimento dos profissionais do serviço acerca da contribuição dos residentes com o trabalho, a partir da discussão e estratégias traçadas em conjunto acerca do produto do rodízio na EqSF<sup>23</sup> na 2ª etapa. O residente considera que, com isto "o nosso papel ali foi cumprido".

Assim, observamos que os residentes em algumas situações ora se colocam numa condição externa ao trabalho, isto é, numa posição mais cômoda diante da necessidade de atuação e de transformação; ora se colocam na condição de sujeito que, em conjunto com o outro, produz e transforma. Assim, na primeira perspectiva, a relação da educação com o trabalho fica no limite da observação da realidade. Na segunda, a relação já assume uma posição de interferir nesta realidade.

Atentando ao método da observação participante, que propõe a imersão parcial do pesquisador na realidade e afasta a interferência a partir de suas elaborações subjetivas (CORREIA, 2009), relacionamos ao risco da não participação do educando enquanto sujeito capaz de transformar o trabalho. Ressaltamos, entretanto, que para que esta inferência seja confirmada, seriam necessários outros estudos sobre este objeto de pesquisa voltados à relação entre o método e a relação do residente com o campo de prática.

Quanto à subcategoria 'O trabalho do educando enquanto campo de disputa', observamos que a atuação do residente também foi passível de transformação, assumindo novas configurações mediante as relações estabelecidas no trabalho. O residente 1 coloca em seu portfólio, por exemplo, a mudança na semana-padrão, referindo que agregou tanto a proposta do programa, quanto do serviço e do posicionamento dos residentes. Na nova proposta de atuação, foram atribuídas ao residente algumas atividades do profissional do serviço, que se mesclaram com as atividades anteriormente propostas. No período de outubro a novembro de 2014, os

---

<sup>23</sup> Apresentação do diagnóstico da situação saúde da comunidade adscrita, contendo o perfil demográfico e informações de morbidade, a partir dos instrumentos de monitoramento e gerenciamento utilizado pela EqSF, mediado por embasamento teórico científico com análise crítico-reflexiva da realidade, contribuindo com propostas de melhoria da situação saúde desta população.

mesmos encontravam-se concomitantemente em rodízio na SMS, na ESF e na atenção hospitalar.

Entretanto, ao se referir à sua prática e a dos demais residentes, o residente 2 aponta que a nova proposta, que contemplava a realização de um diagnóstico situacional de todas as Unidades de Saúde da Família, deveria ser realizada em conjunto entre os residentes e profissionais do serviço, mas na prática ficou sob a responsabilidade dos residentes, embora nem todos conhecessem ou soubessem se deslocar no território. Assim, nem todos conseguiram alcançar o objetivo do trabalho proposto pelo serviço e tiveram conflitos interpessoais com o preceptor. Apesar de o residente 2, que residia próximo ao território e tinha transporte próprio, ter conseguido concluir esta atividade, segundo ele, outros residentes não alcançaram o mesmo objetivo. Estes tiveram a atuação limitada tanto pela sobrecarga de atividades, quanto pelas condições de desenvolvimento das mesmas.

Nesse aspecto retomamos a discussão sobre o desafio da integração do residente enquanto contribuinte do processo de trabalho sem que o mesmo seja necessariamente incorporado como mão-de-obra, tendo em vista a expansão da atenção e as necessidades de profissionais (ANDRADE, 2015; CASTRO, 2013; RAMOS *et al*, 2006).

A análise desta categoria mostra que a relação entre trabalho e educação foi construída na relação entre os atores envolvidos, considerando o seu contexto e suas concepções. Por um lado, a relação entre trabalho e educação tende à formação de profissionais sujeitos na transformação de práticas em conjunto com os demais atores. Por outro lado, esta relação é influenciada pela necessidade de sair do desemprego, se caracteriza pela passividade do educando no mundo do trabalho, e se reconfigura como forma de suprir a deficiência de profissionais para atender às necessidades do trabalho no território.

Assim, a relação entre trabalho e educação no contexto da formação em serviço é influenciada pelas relações estabelecidas entre os atores que dele fazem parte. Embora o planejamento do programa de residência preveja e oriente algumas atividades, outras não previstas surgem na medida em que a formação é integrada ao real campo de prática e que a mesma incorpora as suas necessidades. Esta integração é fundamental quando se pretende articular a formação à realidade do serviço. Entretanto, é preciso conhecer e problematizar o que determina estas necessidades, e vislumbrar possibilidades de transformar a prática em conjunto com estes atores, o que vai além da adaptação às condições que lhes são impostas.

### 3.2 Módulo teórico para ampliar o conhecimento e refletir sobre a prática

Segundo os portfólios analisados, o módulo teórico foi apontado como relevante para ampliar o conhecimento e refletir sobre a prática, considerando os conteúdos abordados e/ou a abordagem metodológica adotada, principalmente dos módulos ‘Políticas Públicas e Gestão em Saúde’, ‘Epidemiologia e Vigilância em Saúde’, ‘Sociologia e Antropologia’, além do eixo ético-humanístico.

O residente 1, menciona que o conteúdo do módulo de ‘Sociologia e Antropologia’ é importante para ampliar o conhecimento sobre o conceito de saúde e sua relação com os condicionantes (homem-meio). De modo geral quase todos os residentes (1, 2, 3, 4 e 6), apontam para a importância da execução do módulo teórico para estreitar vínculos e compartilhar experiências.

Em relação ao eixo ético-humanístico, o residente 2 relatou a experiência coletiva entre os residentes ao assistirem o filme ‘A teoria do tudo’. A partir deste ângulo, reflete sobre a aproximação do conteúdo do filme com a realidade ainda hoje existente das práticas de saúde médico centradas, onde o usuário é passivo no seu cuidado, mesmo com os avanços da política nacional de humanização, por exemplo.

De acordo com a publicação postada no Ambiente Virtual de Aprendizagem (AVA) que orienta a realização das atividades do eixo ético-humanístico:

(...) Encontramos diariamente profissionais que atuam na saúde, tanto na gestão como na assistência, que são reconhecidos por sua competência técnica, contudo, por vezes, não apresenta postura ética e nem atitudes humanitárias na sua relação com o outro. São, muitas vezes, profissionais que estão tão fixados em suas práticas que não são capazes de refletir sobre elas nem sobre si mesmo. Pensando em favorecer uma formação capaz de abrir espaço para a subjetividade envolvida em toda ação humana, para o respeito e as condutas éticas e solidárias necessárias nas ações de saúde, em seus diversos níveis, é que o nosso programa propõe a dimensão ética e humanística como um dos eixos que o fundamenta e perpassa todo o Programa. O desenvolvimento dessa dimensão se dá por meio de reflexões feitas a partir de vivências que tem possibilidades infinitas, podendo ser realizadas individual ou coletivamente. Essas vivências se materializam na aproximação com as diversas formas de arte (música, pintura, cinema, poesia), em um passeio pela região para melhor conhecer costumes e cultura local, na prática de atividade física ou esportiva e muitas outras. Essas atividades produzem significados que se refletem no nosso dia a dia enquanto pessoa e como profissional de saúde.

De acordo com as observações dos residentes nos portfólios e com a orientação postada no AVA, podemos identificar que os módulos e eixo citados ofereceram

elementos teóricos e/ou reflexivos para compreender a prática de saúde para além do âmbito técnico, como prática que é constituída por relações sociais que produzem sentidos e significados.

No AVA, o residente 1 postou uma atividade realizada coletivamente entre os 7 (sete) residentes da IV Regional de Saúde, onde conheceram o Parque Municipal Ambientalista Severino Montenegro, em Caruaru. Nesta atividade, o residente contextualizou o valor social do local, o seu aspecto histórico, os sentidos produzidos pelos residentes pelo contato com o local, assim como problematizou a pouca prioridade dada à política ambiental por parte da gestão municipal, a relação ambiental com a seca e a precária conscientização da população acerca da preservação do ambiente. Abaixo selecionamos algumas citações deste residente neste sentido:

Esta oportunidade [de vivenciar o Parque] que tivemos se constituiu num momento especial e inesquecível de aproximação e interação entre os residentes, onde pudemos sentir e admirar a natureza, conversar, fazer exercícios físicos, utilizamos técnicas de relaxamento e respiração correta.

(...) compreendemos esse espaço como importante para cidade a medida que proporciona lazer às famílias, no incentivo a uma cultura de qualidade de vida aos cidadãos, sobretudo utilizando-se para aprendizagem e diversão da população. Entretanto, ressalta que uma vez se tratando de um espaço que está sujeito a deteriorização, o ser humano precisa se corresponsabilizar para aproveitar dos benefícios que tais arranjos naturais proporcionam para sua qualidade de vida.

Assim, o eixo ético-humanístico contempla a dimensão subjetiva do educando para a produção de conhecimento sobre a existência humana através de experiências concretas com a produção de significados e cultura, e sua relação com o trabalho em saúde. Desta forma, estimula a formação integral do profissional no âmbito da sociedade, compreendendo as suas práticas de saúde relacionadas às dimensões ontológica e histórica.

Além da análise dos portfólios e do AVA, acrescentamos os resultados obtidos na avaliação do PRMSC-Redes e nos relatórios de visita de supervisão.

A avaliação do programa foi realizada no último módulo executado de forma concentrada, em agosto de 2015. Foi utilizado questionário, o qual abordou dentre vários aspectos, os módulos teóricos e os eixos transversais ‘Atenção Integral’ e ‘Ético-humanístico’.

De acordo com os residentes que realizaram a prática na IV Regional de Saúde, o conteúdo dos módulos teóricos foi apontado enquanto pertinentes com o objetivo do Programa. Entretanto, a discussão sobre redes e regionalização deveriam ser mais aprofundadas, além da carga-horária ser insuficiente para a amplitude dos módulos.

Esta questão da necessidade de compreender melhor a rede já havia sido sinalizada em um dos relatórios de visita de supervisão, em julho de 2015, onde um dos residentes (não especificado no relatório) afirma que “[apesar] de estarem em uma formação em rede, não conhecem a rede e que na GERES não se discute rede”. Percebemos com a fala, que eles mesmos já identificam a realidade da regional a partir do conhecimento produzido sobre a rede. Mas, ainda não compreendiam a importância de agregar o contexto social em que o conhecimento é (ou não é) produzido, já que este não havia sido comentado naquele momento pelos residentes como também fundamental para a estruturação da rede.

A proposta politécnica postula que o trabalho se desenvolva de forma articulada nos aspectos intelectuais e manuais, uma vez que esta integração constitui o trabalho que modifica a natureza em função das necessidades humanas (SAVIANI, 1989). Assim, para construir a rede, é preciso antes compreender o que não levou à sua consolidação e, a partir dos aspectos históricos, políticos e sociais envolvidos, relacioná-los ao conhecimento técnico, compreendendo que o trabalho e a rede são produzidos dentro de um contexto social, onde o educando e o profissional de saúde são sujeitos nessa construção.

Conforme abordamos no primeiro capítulo, a formação não deveria reproduzir esquemas mecânicos e fechados, cujo entendimento esteja descolado da dinâmica dos processos sociais e históricos. Ao contrário, é necessário que incite uma reflexão crítica e dialética para uma compreensão que problematize a vida social alienada e as formas de dominação (MATTA, LIMA, 2010)

Na última visita de supervisão, em dezembro de 2015, identificamos no relatório uma outra perspectiva apontada sobre o processo de aprendizagem. Um dos residentes aponta a importância “em aprender como não se constitui a rede para melhor compreendê-la (conhecendo seus equipamentos, suas relações)” (residente 3), assim como “o aprendizado atual com o desenvolvimento atual de estratégias para enfrentar as resistências”.

Outro residente faz uma síntese do processo de aprendizagem, envolvendo os ciclos:

(...) aproximação com o novo; entender (por exemplo, mediante os espaços das câmaras técnicas); aproximação com a prática (com o exemplo da vivência na Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru), e a problematização da prática; articular o conhecimento (com o exemplo da disciplina de Governança, onde trabalharam referenciais teóricos sobre regulação e integralidade); e lapidação, proporcionando entender a gestão enquanto sujeito. (residente 1)

Este relato mostra a aproximação com a proposta do Programa, envolvendo o planejamento, as diversas relações e suas tensões na execução. Indica que a mediação teórica na experiência prática possibilitou ao residente compreender como a realidade está conformada, as relações que a produz, e a posição do residente enquanto sujeito no processo de gestão.

É importante destacar que conseguimos aprofundar a análise sobre alguns módulos teóricos e sua relação com a prática. Mas, ainda assim é necessário analisar toda a matriz curricular nesta relação, o que não foi realizado nesse estudo. Entretanto, embora a matriz curricular não tenha sido contemplada em sua totalidade, na avaliação do programa, boa parte das respostas dos residentes consideraram que alguns módulos poderiam aproximar-se mais da realidade e das atividades realizadas. Outra questão apontada é que não houve um alinhamento metodológico entre os módulos.

Nesta avaliação, o portfólio foi apontado enquanto instrumento que contribuiu para a reflexão e construção do conhecimento, e para a relação teórico-prática. Por outro lado, foi considerado repetitivo em algumas situações, além de o tempo de dedicação para a sua elaboração poder ser destinado a atividades no trabalho.

Os ciclos temáticos foram apontados enquanto uma boa proposta, mas que houve dificuldade com a participação dos preceptores. O eixo ético-humanístico foi considerado importante para a reflexão e construção do conhecimento sobre a regional.

### **3.3 Aprofundamento teórico a partir da experiência**

Segundo o instrumento de avaliação do portfólio (anexo 1), um dos itens de avaliação é a 'Integração da teoria com a prática', segundo item de maior pontuação, vindo atrás apenas do item 'Reflexões das atividades vivenciadas'. Identificamos nos portfólios dos residentes 1 e 2 referenciais teóricos citados pelos mesmos, que os relacionaram com o seu aprendizado na prática; e outros indicados pelo preceptor e pelo tutor.

É importante pontuar que a relação teoria-prática variou entre o aspecto técnico-instrumental, integralidade das práticas profissionais e dos serviços, e da formação integral, considerando tanto o referencial teórico e a reflexão que partem do residente, como aqueles que partem da tutoria ou da preceptoria.

Quanto ao aspecto técnico-instrumental, percebemos que este ocorreu sobretudo no início das atividades da residência, na Geres. Identificamos que, por orientação do serviço os residentes foram direcionados à leitura de normativas durante o espaço de prática, as quais foram predominantes nesta parte do portfólio. O que chama a atenção é o posicionamento da tutoria, no portfólio do residente 3, ao considerar que foi realizada uma coerente relação teórico-prática, mas não ressalta que o residente poderia estar atento aos aspectos que extrapolam os aspectos normativos.

Sobre a integralidade dos serviços, apontamos o relato do residente 2, que, através da experiência na ESF e da reflexão teórica baseada em Campos e Domitti (2007)<sup>24</sup>, observa que deveriam ocorrer mudanças na prática, inclusive na revisão do papel de um dos profissionais da SMS, a fim de aproximar a gestão da assistência. Com isto, a tutoria ressalta a importância de vivenciar os diferentes serviços e estimula a reflexão sobre a 'voz' do usuário nos espaços de gestão.

Do ponto de vista da integralidade dos serviços e da formação integral, diante de uma experiência em um setor da SMS, o residente 1 apontou o conceito de fatores de risco como uma importante estratégia para saber atuar no setor. Relacionou esta conclusão ao referencial teórico de Barcellus & Quitério (2006)<sup>25</sup>, apontando o processo saúde-doença perpassando o conceito de fatores de risco ambientais até à produção de efeitos clínicos, com a relação direta entre exposição aos fatores de risco e produção de agravos à saúde. A partir deste relato, a tutoria faz uma ressalva acerca do conceito de determinação social da saúde, indicando outro referencial teórico publicado em CEBES, 2009<sup>26</sup>. Esta perspectiva compreende a prática de saúde e/ou a produção da saúde como um processo sócio-histórico, não restritas aos fatores de risco. Nesta experiência, observa-se que a mediação teórica é redirecionada pela formação, uma vez que a tutoria

---

<sup>24</sup> CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**. v. 23, n. 2, p. 399-407. Rio de Janeiro, 2007.

<sup>25</sup> BARCELLUS, Christovam; QUITÉRIO, Luiz Antônio Dias. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 40, n. 1, p. 170-7, 2006.

<sup>26</sup> CEBES. **Determinação Social da Saúde**. 1º Simpósio Políticas e Saúde. Rio de Janeiro, 2009.

entreviu problematizando e contribuindo com a produção do conhecimento com outra perspectiva teórica.

Do ponto de vista da integralidade das práticas profissionais, dos serviços e da formação integral, através de uma experiência em espaço de reunião sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), o residente 2 descreveu os problemas e as estratégias que foram discutidas, fez uma relação da RAPS com o novo modelo de atenção psicossocial, tomando como referência BRASIL (2004)<sup>27</sup> e Costa-Rosa (2000)<sup>28</sup> e, considerando Fiorati e Saeki (2013)<sup>29</sup>, abordou os limites na implantação deste modelo em outro estado. Os limites apontados vão desde a tecnificação do trabalho, a atuação profissional fragmentada, a precarização das relações de trabalho, fazendo a relação desses limites com a realidade de Caruaru. Para o residente, seria importante que neste município a abordagem sobre este assunto fosse “mais a fundo (...), pesquisar mais, estar mais junto da rotina dos estabelecimentos” a fim de realizar encaminhamentos mais próximos à realidade do serviço. A tutoria parabeniza a relação teórico-prática e a relação com a realidade do município.

Nesta discussão, é importante resgatar que a formação integral dos trabalhadores, vai além da integralidade das práticas profissionais, em que há relação com o trabalho multiprofissional. O residente 2, pela mediação teórica, elaborou o conhecimento sobre a implantação de uma atenção integral em relação com os aspectos macroestruturais e relacionou à sua vivência. Embora não tenha identificado as disputas e contradições acerca da implantação da RAPS no contexto local, produziu consciência sobre a necessidade de melhor investigar a realidade local e rever as práticas de gestão, um passo importante para transformar a prática profissional no âmbito das práticas sociais. O incentivo da tutoria também se constituiu enquanto mediação da formação, uma vez que incentivou esta relação.

Acerca da atuação multiprofissional e interdisciplinar, embora bastante pontuada no PPP do Programa não foi enfatizada no planejamento, nem encontramos elementos

---

<sup>27</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Ed. 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

<sup>28</sup> COSTA-ROSA, Abílio. **O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar**. In: AMRARANTE, Paulo. (org). Ensaio, subjetividade, saúde mental, sociedade. p. 141-168. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000..

<sup>29</sup> FIORATI, Regina Célia.; SAEKI, Toyoko. As dificuldades na construção do modo de atenção psicossocial em serviços extra-hospitalares de saúde mental. **Revista Saúde em Debate**, v. 37, n. 97, p. 305 a 312, 2013.

suficientes nos portfólios e demais documentos para relacioná-lo ao aspecto da integralidade da formação, demonstrando a necessidade de aprofundar a coleta de dados sobre esta característica.

Segundo Mattos (2001), a integralidade pode assumir vários sentidos, dentre eles: atributos das práticas profissionais e atributos da organização dos serviços. Enquanto atributo das práticas profissionais, a integralidade relaciona-se ao discernimento mais abrangente da necessidade dos usuários dos serviços e, portanto, ao conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que o mesmo apresenta. Recusa, assim a sua redução ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, assim, a sua queixa.

Neste aspecto, é essencial a articulação da prevenção com a assistência, reconhecendo-se a distinção entre as mesmas a partir da experiência do sujeito que se relaciona com o serviço, sendo as atividades preventivas aquelas não diretamente derivadas da experiência individual de sofrimento; e as experiências assistenciais, as diretamente demandadas pelos usuários. Tal concepção deve ser desenvolvida em todas as práticas de saúde, e não apenas nas práticas do SUS.

Quanto à integralidade no âmbito da organização dos serviços de saúde, esta relaciona-se à articulação entre as práticas de saúde pública e as práticas assistenciais. Esta proposição valoriza a horizontalização dos programas de saúde, nos quais as equipes das unidades desenvolveriam suas práticas a partir da população a que atendem e das suas necessidades.

Nesse sentido, foram produzidas experiências que se aproximaram em maior ou menor medida da formação integral. Percebe-se que é fundamental que a construção teórica seja viabilizada por uma autonomia construída entre os atores (residentes, tutores, OCP, preceptores), seja redirecionando ou reforçando a produção do conhecimento, a partir de um referencial pedagógico embasado na formação integral.

Conforme Saviani (1989), ao aprender praticando, os profissionais vão dominando progressivamente os fundamentos, os princípios que estão direta e indiretamente na base da forma de se organizar o trabalho na sociedade. Esta perspectiva deveria ser abordada em todos os componentes curriculares para que os profissionais construam uma visão sintética deste processo e não apenas uma visão analítica, que se restringe a uma compreensão limitada do processo, onde o educando tem a visão do todo, mas sem a consciência das partes que o compõem, ou de como se articulam para constituir uma totalidade orgânica. (SAVIANI, 1989)

Assim, os referenciais teóricos devem ser articulados à prática, sob uma perspectiva crítica que permita ao educando apreender a sua relação com a realidade, na perspectiva histórica-dialética.

### **3.4 Espaço de prática para ampliar o conhecimento/reflexão teórico-prática**

Nos portfólios, é possível identificar importantes apontamentos dos residentes sobre a ampliação do conhecimento a partir da experiência na prática, o que serviu de base para as reflexões abaixo.

O residente 1, por exemplo, referindo-se à transição entre os rodízios na Geres e na SMS, considera que a experiência em ambos os locais possibilitou ampliar o conhecimento sobre a rede e identificar como a prática de saúde está conformada, indo além do que está no “papel”. Compreende que o processo e a construção da rede perpassa a relação entre as pessoas, com as suas diferentes subjetividades e concepções.

O residente 2, ao referir-se à experiência do rodízio do retorno à SMS, compreende que este processo propiciou a real compreensão do que é a regulação em saúde e o seu papel na atenção à saúde, e ainda acrescenta que houve melhor reconhecimento do seu papel de residente.

Segundo a avaliação do Programa realizada em agosto de 2015, os campos de prática mais relevantes para o engajamento dos residentes em termos de prática e para a construção do conhecimento foram a SMS e a Estratégia Saúde da Família. Esses campos ampliaram a visão acerca da territorialização e da construção das Redes.

Acerca dos demais campos de prática - Geres, Atenção hospitalar III, e no NASF/CAPS/CRAS, foram apontadas algumas dificuldades, tais como, inserção, autonomia, acompanhamento; preceptoria qualificada; tempo insuficiente do rodízio, respectivamente. Apesar das dificuldades, também identificamos nas respostas alguns aspectos positivos, tais como a Geres ainda configurar-se enquanto espaço de aprendizagem, sobretudo pela experiência na CIR, comitê de mortalidade e grupos de trabalhos.

A isto acrescentamos os resultados das visitas de supervisão. Em julho de 2015, os residentes apontaram que em um dos campos de prática não tinham abertura para multiplicação do conhecimento e para mudança dos processos, uma vez que os serviços se encontravam cristalizados, além de se caracterizarem como uma mão-de-obra qualificada, porém com pouco proveito para o serviço. Encontravam mais acesso junto

aos funcionários mais antigos, com vínculos estáveis e concluíram que estas questões comprometiam o processo de aprendizagem, cogitando inclusive a mudança do campo de prática.

Em contrapartida a coordenadora ressaltou a importância da formação na detecção das fragilidades dos serviços, sendo fundamental enfrentar as situações, verificando as possibilidades de interação e aprendizagem no serviço, o que não significa adaptação, mas buscar outras alternativas.

Já na visita de supervisão em dezembro de 2015, foram pontuados os aspectos de processo de aprendizagem e sua relação com o desenvolvimento de estratégias para enfrentar as resistências; assim como a importância dos residentes para o serviço, citando como exemplo o desenvolvimento do ciclo temático ‘Novembro Azul’, que foi uma oportunidade de criar experiências.

Observando a partir desta categoria de análise, a prática se constitui enquanto um espaço que permitiu ao educando conhecer a totalidade do processo de trabalho, num cenário contraditório que ora favorece, ora limita a compreensão e/ou atuação. Em ambas as situações, o mesmo se constitui enquanto sujeito capaz de transformar a realidade em conjunto com outros atores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão do processo de formação do PRMSC-Redes, a partir da análise de diversos documentos do Programa, desde a sua concepção à sua execução, considerando o processo de fragmentação da formação em saúde e da educação integral foi, primeiramente, um processo de revisão da minha prática educativa enquanto profissional de saúde e enquanto tutora do Programa. Em segundo lugar, permitiu-me realizar a leitura crítica da realidade a partir da análise documental, cujo método desconhecia antes deste mestrado profissional, assim como o quanto é possível explorá-lo.

O olhar de pesquisadora foi fundamental para identificar aspectos da minha prática que, embora corriqueiros, não atentava quando apenas se resumiam no ‘fazer’. Assim, o entendimento sobre o processo que levou à fragmentação da formação em saúde trouxe novas lentes que auxiliaram a identificar a concepção de trabalho e a relação teoria-prática no PRMSC-Redes sob a perspectiva da educação integral, e rever a minha prática profissional durante, e não apenas após a conclusão deste trabalho.

Acerca do processo de formação deste programa de residência, compreendemos que a educação integral, envolvendo a concepção politécnica, ainda não é desenvolvida em sua totalidade, podendo-se observar uma maior aproximação na proposta do eixo ético-humanístico e em algumas reflexões teórico-práticas desenvolvidas no decorrer do curso.

A sua intencionalidade volta-se para uma formação que traga implicações para o SUS, tendo em vista a necessidade de profissionais qualificados para atuarem neste sistema, com foco na estruturação da rede de saúde, sobretudo no interior de Pernambuco. Neste sentido, põe-se em questão tanto a necessidade de compreender os aspectos técnicos da atuação enquanto sanitarista, quanto os aspectos teóricos e práticos para a formação de um profissional capaz de compreender e intervir na realidade de forma consciente e alinhada às necessidades da população.

Para isto, fez-se necessário mobilizar diversos atores políticos (SES, CIR, CIES, ESPPE, UPE, GERES, por exemplo), para que, em conjunto, fosse possível implantar e implementar o Programa. Agregado a isto, houve a atuação dos docentes, tutores, OCP e preceptores quanto ao acompanhamento pedagógico dos residentes.

Mesmo com toda esta articulação, nota-se que a mesma não foi suficiente para implementar a proposta com toda a sua intenção, perpassando a dificuldade desde o

planejamento à execução de atividades teóricas e práticas de forma integrada, bem como quanto à formação de tutores, OCP e preceptores alinhados à proposta do programa e à reflexão sobre o seu papel e o papel do residente enquanto atores que constroem o conhecimento de forma coletiva. Além disto, este trabalho demonstrou a necessidade de formação pedagógica de docentes para a integração dos conteúdos e relação com a prática.

Neste contexto, percebemos que a formação dos residentes perpassou aspectos tanto ligados ao pragmatismo, como a ênfase ao conhecimento técnico-instrumental; quanto à *práxis* com a integralidade das práticas profissionais e dos serviços com mediação teórica.

Para o desenvolvimento da educação integral, é imprescindível a ênfase no aspecto político e social do residente, possibilitando que o mesmo compreenda, por exemplo, o lugar da formação enquanto espaço para refletir sobre as deformações do serviço. Neste sentido, é fundamental compreender que, embora o ingresso na residência seja para alguns uma forma de lidar com o desemprego, é por meio deste espaço que ele tem a oportunidade de conhecer como está organizado o serviço, bem como ao que levou à fragmentação dos serviços de saúde e à necessidade de profissionais qualificados no interior do estado. E, dentro desta realidade, trazer para discussão junto aos profissionais as contribuições teóricas, e possibilidades de ressignificação e transformação da prática profissional.

Neste aspecto, apontamos a importância da definição de um referencial teórico-metodológico que tenha como base o materialismo histórico-dialético para compor a matriz curricular do programa, assim como para orientar a formação de docentes, tutores, OCP e preceptores, e que subsidie o acompanhamento pedagógico do Programa nesta perspectiva.

Neste processo, entendemos a importância do fortalecimento político tanto da ESPPE quanto dos demais atores envolvidos com a implementação do Programa no sentido de possibilitar uma formação que seja capaz de, além de detectar as fragilidades do sistema de saúde, produzir mudanças sobre elas. Para isso, é fundamental a formação de um corpo docente fixo, bem como de tutores para cada regional de saúde, e uma política de preceptoria consoante com a valorização do profissional de saúde no trabalho e incentivo à sua prática pedagógica.

Assim, apontamos no final destas considerações que este trabalho suscita continuidade não apenas de produção científica, mas do despertar deste conhecimento

para transformações dentro do Programa visando a formação integral de profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde debate**. v. 38, n. especial, p. 182-194, Rio de Janeiro, out 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0182.pdf>;

ALBUQUERQUE, Maria do Socorro Veloso *et al.* Regulação assistencial no recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde e Sociedade**. V. 22, n. 1. São Paulo, jan/mar 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902013000100020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100020);

ALBUQUERQUE, Verônica Santos; GIFFIN, Karen Mary. Globalização capitalista e formação profissional em saúde: uma agenda necessária ao ensino superior. **Trab. educ. saúde**. v.6, n.3. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462008000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462008000300007);

ANDRADE, Raquel Trindade. **Interfaces entre Trabalho e Educação na Formação Profissional: um estudo sobre a residência multiprofissional em saúde**. Dissertação de mestrado. UERJ. Centro de Educação e Humanidades. Faculdade de Educação. Rio de Janeiro, 2015;

ANTUNES, Ricardo. **A nova morfologia do trabalho, suas principais metamorfoses e significados: um balanço preliminar**. In: GUIMARÃES, Cátia; BRASIL, Isabel; MOROSINI, Márcia Valéria (Orgs.). Trabalho, educação e saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010;

BRASIL. **Anexo da Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos\\_prt4279\\_30\\_12\\_2010.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf);

BRASIL. **Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=15448&tmpl=component&format=raw&Itemid=](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15448&tmpl=component&format=raw&Itemid=);

BRASILa. **Resolução Nº 5, de 7 de novembro de 2014**. 2014. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=10/11/2014>;

BRASILb. Resolução CNRMS nº 7, de 13 de novembro de 2014;

BRASILa. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/01.pdf>;

BRASILb. 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. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf);

BRASILa. **Portaria N° 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Brasília, 2011;

BRASILb. **Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2015.** Brasília, 2011.

BRASILc. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Brasília, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm);

BRASIL. Resolução CNRMS nº 2, de 4 de maio de 2010. Brasília, 2010;

BRASIL. **Lei N° 8.080, de 19 de Setembro de 1990.** Brasília, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm);

CASTRO, Marina Monteiro de Castro. Formação em Saúde e Serviço Social: as residências em questão. **Textos & Contextos.** v. 12, n. 2, p. 349 – 360. Porto Alegre, jul./dez. 2013;

CHINELLI, Filippina; Vieira, Monica; DELUIZ, Neise. **O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde.** In: MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; LOPES, Márcia Cavalcanti Raposo; CHAGAS, Daiana Crús; CHINELLI, Filippina; VIEIRA, Mônica (Orgs.). *Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação para o SUS.* Rio de Janeiro: EPSJV, 2013;

CORREIA, Maria da Conceição Batista. A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem.* v. 13, n. 2. 2009. Disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009\\_13\\_2\\_30-36.pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_30-36.pdf)

DEDECCA, Cláudio Salvadori; TROVÃO, Cassiano J.B.M. A força de trabalho no complexo da saúde, vantagens e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.18, n.6, Rio de Janeiro, jun. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232013000600008&lng=es&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000600008&lng=es&nrm=iso&tlng=pt);

FERNANDES, Afra Suassuna. **O Papel da Esfera Estadual na Gestão Descentralizada da Atenção Básica em Pernambuco.** Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (Dissertação de mestrado). Recife, 2010. Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2010fernandes-as.pdf>

FRANCO, Maria Laura Barbosa. **O que é análise de conteúdo.** In: Maria L.P. B.FRANCO. *Ensino médio: desafios e reflexões.* Campinas: Papyrus, 1994;

FRIGOTTO, Gaudêncio; CIAVATTA, Maria; RAMOS Marise. **O trabalho como princípio educativo no projeto de educação integral de trabalhadores – Excertos.** Disponível em: [http://redeescoladegoverno.fdrh.rs.gov.br/upload/1392215839\\_O%20TRABALHO%20COMO%20PRINC%3%8DPIO%20EDUCATIVO%20NO%20PROJETO.pdf](http://redeescoladegoverno.fdrh.rs.gov.br/upload/1392215839_O%20TRABALHO%20COMO%20PRINC%3%8DPIO%20EDUCATIVO%20NO%20PROJETO.pdf);

GOMIDE, Denise Camargo. **O materialismo histórico-dialético como enfoque metodológico para a pesquisa sobre políticas educacionais.** UNIMEP. Disponível em:

[http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer\\_histedbr/jornada/jornada11/artigos/2/artigo\\_simposio\\_2\\_45\\_dcgomide@gmail.com.pdf](http://www.histedbr.fe.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada11/artigos/2/artigo_simposio_2_45_dcgomide@gmail.com.pdf);

GUIMARÃES, Cátia; BRASIL, Isabel; MOROSINI, Márcia Valéria. **Um Escola Politécnica no Contexto Brasileiro.** In: GUIMARÃES, Cátia; BRASIL, Isabel; MOROSINI, Márcia Valéria (Orgs.). Trabalho, educação e saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS;

HAGUETTE MTF. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis (RJ): Vozes, 1987;

HORA, Dinair Leal *et al.* Propostas inovadoras na formação do profissional para o sistema único de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 11 n. 3. Rio de Janeiro, set./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v11n3/v11n3a02.pdf>;

LIMA, Júlio César França. Neoliberalismo e Formação Profissional em Saúde. **Trabalho necessário.** 2007. Disponível em: <http://www.uff.br/trabalhonecessario/images/TN05%20LIMA,%20J.C.F.pdf>;

LIMA, Júlio César França; NEVES, Lúcia Maria Wanderley; PRONKO, Marcela Alejandra. **Trabalho complexo.** In: Pereira, Isabel Brasil; Lima, Júlio César França Lima (Orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008;

LIMA, Julio Cesar França. **Trabalhadores de Saúde (1990-1920). Contribuição para sua história.** Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado. IESAE-FGV, 1994;

MARX, Karl. O fetichismo da mercadoria: seu segredo. In: \_\_\_\_\_. O capital. (Crítica da Economia Política). Livro 1. O processo de produção do capital. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1980, p. 79-83.

MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França. **Documento síntese.** In: \_\_\_\_\_. (Orgs.). Debates e síntese do Seminário Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos do SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010;

MATTOS. Ruben Araújo. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** 2001

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** ed. 14, são Paula: Hucitec, 2014;

NOMA, Amélia Kimiko; KOEPESEL, Eliana Claudia Navarro; CHILANTE, Edinéia Fátima Navarro. Trabalho e educação em documentos de políticas educacionais. **Revista HISTEDBR** On-line. N. especial. Campinas, ago.2010. Disponível em: <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/histedbr/article/view/8639751/7316>;

OPAS. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas**. Washington, HSS/IHS/OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 2010. Disponível em: [http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=250](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250);

PAGLIOSA, Fernando Luiz; DA ROS, Marco Aurélio. O Relatório Flexner: Para o Bem e Para o Mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**. v. 32, n. 4. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>;

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev Saúde Pública**. V. 35, n. 1. 2001. Disponível em: [http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKewjw2MvZnuDPAhWJkZAKHee\\_BYEQFggsMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.uff.br%2Ftcs%2Fimages%2Fstories%2FArquivos%2Ftextos\\_4p%2Ftrabalho\\_em\\_equipe%2FPeduzzi\\_2001.pdf&usq=AFQjCNGUgV6as97O3wInw6MxAJeZNIbBUg](http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0ahUKewjw2MvZnuDPAhWJkZAKHee_BYEQFggsMAI&url=http%3A%2F%2Fwww.uff.br%2Ftcs%2Fimages%2Fstories%2FArquivos%2Ftextos_4p%2Ftrabalho_em_equipe%2FPeduzzi_2001.pdf&usq=AFQjCNGUgV6as97O3wInw6MxAJeZNIbBUg);

PEDUZZI, Marina. **Trabalho em equipe**. In: Pereira, Isabel Brasil; Lima, Júlio César França Lima (Orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008;

PEREIRA, Isabel Brasil. **Interdisciplinaridade**. In: Pereira, Isabel Brasil; Lima, Júlio César França Lima (Orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008;

PEREIRA, Isabel Brasil. **A educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade**. In: MATTA, Gustavo Corrêa; LIMA, Júlio César França (Orgs.). Debates e síntese do Seminário Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos do SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010;

PONTES, Ana Lucia de Moura; SILVA-JR, Aluisio Gomes; PINHEIRO, Roseni. **Ensino da saúde e a rede de cuidados na experiência de ensino-aprendizagem**. In: PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg; MATTOS, Rubem Araújo (Orgs.) Ensinar Saúde: a integralidade e os cursos de graduação na área de saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2005;

QUEIROZ, Danielle Teixeira; VALL, Janaina; SOUZA, Ângela Maria Alves; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Observação Participante na Pesquisa Qualitativa: Conceitos e Aplicações na Área da Saúde. **R Enferm**. V. 15, n. 2. UERJ, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>

RAMOS, Alexandre de Souza *et al.* **Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais**. In: Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Ministério da Saúde. Brasília, 2006. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf);

RAMOS, Marise Nogueira. Educação pelo Trabalho: possibilidades, limites e perspectivas da formação profissional. Palestra proferida no 1 Seminário ETSUS-SP, 2009. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.2, 2009;

RAMOS, Marise Nogueira. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação dos trabalhadores técnicos da saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV, UFRJ 2010;

RAMOS, Marise Nogueira. É possível uma pedagogia das competências contra-hegemônica? relações entre pedagogia das competências, construtivismo e neopragmatismo. **Trabalho, Educação e Saúde.** v.1, n. 1, pp. 93-114, 2003;

RUCKSTADTER, Vanessa Campos Mariano. **Educação e economia nos anos 1990: a resignificação da teoria do capital humano.** 2º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil. Unioesta campus Cascavel, 2005. Disponível em: <http://cac-php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario2/poster/educacao/pedu10.pdf>;

ROSSONI, Eloá; LAMPERT, Jadete. Formação de profissionais para o sistema único de saúde e as diretrizes curriculares. **Boletim da Saúde.** v. 18, n. 1. Porto Alegre, 2006

SAVIANI, Demerval. Trabalho e educação: fundamentos ontológicos e históricos **Revista Brasileira de Educação.** v. 12, n. 34 jan./abr. 2007;

SAVIANI, Demerval. **Sobre a concepção de politecnia.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Politécnico da Saúde Joaquim Venâncio, 1989;

SAVIANI, Dermeval. **O trabalho como princípio educativo frente às novas tecnologias.** In: Novas tecnologias, trabalho e educação. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994. Disponível em: [http://www.ufpr.cleveron.com.br/arquivos/EP\\_104/dermeval\\_saviani.pdf](http://www.ufpr.cleveron.com.br/arquivos/EP_104/dermeval_saviani.pdf);

SEIDI, Helena *et al.* Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde debate.** v. 38, n. especial, p. 94-108. Rio de Janeiro, out 2014. Disponível em: [http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/RSD\\_AB\\_WEB\\_031114.pdf](http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/11/RSD_AB_WEB_031114.pdf);

SES-PE. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. **Mapa de saúde da IV Região de Saúde de Pernambuco.** Caruaru, 2013;

SHIROMA, Eneida Oto; CAMPOS, Roselane Fátima; EVANGELISTA, Olinda. **Técnicas e procedimentos para a análise conceitual de documentos de política educacional.** In: SHIROMA, Eneida Oto. Uma metodologia para análise conceitual de documentos sobre política educacional. Dossiê. Florianópolis, março de 2004;

SILVA, Cristian Trivisiol. **Educação Permanente em Saúde como um espaço interseção de uma residência multiprofissional:** estudo de caso. Dissertação (mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, 2013. Disponível em: [http://coral.ufsm.br/ppgenf/dissertacao\\_CRISTIANE%20TRIVISIOL%20DA%20SILVA.pdf](http://coral.ufsm.br/ppgenf/dissertacao_CRISTIANE%20TRIVISIOL%20DA%20SILVA.pdf);

SILVA-JR, Aluísio Gomes. **Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O Debate no Campo da Saúde Coletiva.** São Paulo 1996;

TEODORO, Elinilze Guedes; SANTOS, Rosineide Lourinho. Trabalho como princípio educativo na educação profissional. **Revista de C. Humanas**. V. 11, N. 1, jan./jun. 2011;

UFMS. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA. **Projeto do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público em Saúde**. Centro de Ciências da Saúde. Rede Regional integrada de hospitais, 2009. Disponível em <http://jararaca.ufsm.br/websites/residenciamulti/download/Resid.mult/ProjMS1.pdf>;

VIANA, Giomar; LIMA, Jandir Ferreira. Capital humano e crescimento econômico. **Interações (Campo Grande)**. V. 11, n. 2. Campo Grande, jul/dez, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-70122010000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122010000200003);

VIVAN, Renato Pizzatto. **O trabalho como princípio educativo: algumas reflexões**. Disponível em: [http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/225\\_776.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/225_776.pdf);

KUENZER, Acácia Zeneida. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 239-265, 2004;

KUENZER, Acácia Zeneida. **Pedagogia da Fábrica: as relações de produção e a educação de trabalhadores**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1984;

KUENZER, Acácia Zeneida. **O Ensino Médio; Construindo uma proposta para os que vivem do trabalho**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2005.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Quadro com o planejamento das atividades práticas do PRMSC-Redes, entre os anos 2014 e 2016.

**Quadro. Planejamento das atividades práticas do PRMSC-Redes, entre os anos 2014 e 2016.**

RODÍZIO	ETAPA	JUSTIFICATIVA	OBJETIVOS	MÉTODO
<b>GERES</b>	<b>Comum às 02 etapas</b>	Serviço que possibilita produzir o conhecimento da gestão de rede de saúde a partir da vivência e leitura da dinâmica da organização desse serviço.	Não específica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserção na rotina da GERES assumindo junto aos profissionais do serviço algumas atividades que já vem sendo realizadas integrando-as ao conhecimento científico e a atuação multiprofissional.</li> <li>• Avaliação: Pontualidade, Assiduidade; Integração da teoria com a prática com reflexão crítica; Capacidade de tomar decisão; Relação ética com a equipe; Cooperação para com a equipe; Participação na rotina do serviço; Participação nas atividades teóricas-práticas; Alcance do objetivo da atividade; Evolução do conhecimento ao longo do estágio; Integração da prática com os eixos transversais.</li> </ul>
	<b>1</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a estrutura organizacional da GERES;</li> <li>• Refletir sobre a importância da estrutura organizacional para a gestão de redes de saúde;</li> <li>• Estimular a leitura e análise crítica de textos de gestão do setor saúde disponíveis na literatura considerando os setores da GERES.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problematização;</li> <li>• Pesquisa em bases de dados;</li> <li>• Leitura individual;</li> <li>• Discussão em grupo;</li> <li>• Produto: Narrativa crítica-reflexiva (integrando as leituras à vivência nos serviços da GERES).</li> </ul>
	<b>2</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a estrutura organizacional da GERES;</li> <li>• Compreender o funcionamento e a integração dos setores da GERES, e sua contribuição para a gestão de redes de saúde;</li> <li>• Conhecer os instrumentos de monitorização e gestão de cada setor da GERES;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Período: 02 meses;</li> <li>• Problematização;</li> <li>• Observação participativa;</li> <li>• Pesquisa em bases de dados;</li> <li>• Leitura individual e em grupo;</li> <li>• Discussão em grupo, seminários, estudos de caso, diário de campo.</li> <li>• <b>Produtos:</b> Construção do Portfólio – (Narrativa crítico-</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar potencialidades e fragilidades dos setores da GERES e elaborar planos de ação que contribuam para qualificar a atuação da GERES de Rede de Atenção à Saúde;</li> <li>• Analisar criticamente textos de gestão do setor saúde disponíveis na literatura considerando os setores da GERES.</li> </ul>	reflexivo, relatos de vivências); Plano de intervenção.
	<b>Comum às 03 etapas</b>		Compreender o papel do hospital regional e a sua atuação na rede regional de saúde.	<p>Inserção na rotina do Hospital Regional assumindo junto aos profissionais do serviço em atividades que já são desenvolvidas, integrando-as ao conhecimento científico e a atuação multiprofissional;</p> <p><b>Produto:</b> Construção, a partir de embasamento teórico, do diagnóstico dos setores do hospital, suas potencialidades e fragilidades, seleção de 01 problema e elaboração proposta de intervenção, para apresentar e discutir em seminário junto ao OCP.</p>
	<b>1ª</b>	Serviço que possibilita produzir o conhecimento da gestão na atenção de média e alta complexidade hospitalar a partir da vivência e leitura da dinâmica da organização desse serviço, através da vivência nas etapas I, II e III.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar/compreender a relação existente entre o usuário e o hospital como porta de entrada do SUS;</li> <li>• Identificar o perfil dos usuários;</li> <li>• Vivenciar o acolhimento e classificação de risco do usuário no serviço;</li> <li>• Identificar as principais demandas;</li> <li>• Estimular habilidade de comunicação com o usuário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Período: 03 turnos;</li> <li>• Contato do residente com os usuários do hospital regional pela porta de entrada deste serviço, conhecer o perfil dos usuários;</li> <li>• Observação da dinamicidade do serviço e comportamental do usuário;</li> <li>• Participação junto aos profissionais de saúde no acolhimento da demanda do serviço;</li> <li>• Realização de entrevista semi-estruturada de modo informal com os usuários para a identificação do perfil desta população utilizando no mínimo as variáveis: local de origem (município ou bairro), área do domicílio (urbana ou rural), acompanhado por quem, entre outros.</li> <li>• Realização de três idas a porta de entrada do Hospital Regional nos seguintes espaços: no pátio de entrada, na sala de espera da emergência/pronto socorro e na sala de acolhimento/classificação de risco/triagem.</li> </ul>

<b>ATENÇÃO HOSPITALAR</b>				<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Produto:</b> elaborar diagnóstico etnográfico dos usuários que chegam ao hospital regional; Portfólio.</li> </ul>
	2ª		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender o papel do hospital regional na rede de saúde de Pernambuco;</li> <li>• Identificar as funções e papéis dos sujeitos que atuam nas gerências dos serviços hospitalares;</li> <li>• Atuar junto aos profissionais do serviço nas necessidades e demandas gerenciais;</li> <li>• Participar no processo de gerência em planejamento, monitoramento, avaliação e organização estrutural dos serviços hospitalares;</li> <li>• Identificar o papel e atuação do hospital regional como serviço de referência na rede regional de saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Período: 10 turnos;</li> <li>• Vivência na gestão hospitalar;</li> <li>• Rodízio nos setores de gerência hospitalar: CCIH, gestão de farmácia, educação permanente, comitê de ética, direção geral, entre outros).</li> </ul>
	3ª		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o perfil dos usuários.</li> <li>• Refletir junto à equipe hospitalar sobre o perfil de morbidades da população assistida.</li> <li>• Promover a capacitação técnica da assistência aos usuários em conjunto aos trabalhadores dos serviços;</li> <li>• Identificar o itinerário terapêutico do usuário na rede de saúde;</li> <li>• Compreender o papel do hospital regional no itinerário terapêutico do usuário;</li> <li>• Elaborar proposta de implantação e/ou implementação de atividades de assistência multiprofissional no serviço (tais como a Clínica ampliada, reunião clínica,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Período: 07 plantões;</li> <li>• Participação prática semanal do residente da rotina do serviço de assistência ao usuário internado no serviço hospitalar, na perspectiva integral, interdisciplinar e multiprofissional.</li> </ul>

			interconsulta, projeto terapêutico singular, entre outros) de modo a estimular as diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de atenção integral a saúde.	
<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	<b>1ª</b>	Importância deste rodízio preceder aos demais da rede municipal por possibilitar a identificação da estrutura organizacional da gestão de saúde, os indicadores de saúde, os serviços de saúde e equipamentos sociais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer a estrutura organizacional da SMS (missão, visão, objetivos, recursos humanos, setores...);</li> <li>• Refletir sobre a importância da estrutura organizacional da SMS para a gestão de saúde municipal;</li> <li>• Identificar os serviços de saúde do município (gestão pública e privada);</li> <li>• Realizar leitura e análise crítica de textos de gestão do setor saúde, disponíveis na literatura considerando a gestão municipal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Período: 02 semanas;</li> <li>• Inserção dos residentes na rotina da secretaria municipal de saúde junto aos seus profissionais para vivenciar e realizar leitura da dinâmica da organização da rede de serviços do município a qual esta secretaria gerencia.</li> <li>• Observação participante (observação da dinâmica e participação da rotina); Problematização;</li> <li>• Leitura individual e em grupo;</li> <li>• Na 1ª semana, conhecer a estrutura organizacional da SMS, e na 2ª semana identificar os serviços de saúde do município e sua localização no território;</li> <li>• <b>Produto:</b> Apresentação sobre a estrutura organizacional da secretaria municipal de saúde com os serviços de saúde do município.</li> </ul>
	<b>Comum às 02 etapas</b>	Serviço de localização privilegiada na rede, uma vez que tem atuação a um território adstrito e uma clientela adscrita, podendo reconhecê-lo como fundamental para a atenção ao indivíduo, família e comunidade, considerando as diretrizes da Atenção Básica. Dessa forma, o residente acumulará elementos importantes para a sua formação como gestor e	Compreender o papel da ESF e a sua atuação na rede municipal de saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rodízio em 02 etapas: territorialização e Equipe de Saúde da Família;</li> <li>• Territorialização: subsídio ao primeiro contato do residente com o território adstrito e população adscrita.</li> <li>• Equipe de Saúde da Família: aproximação dos residentes com a equipe e a sua atuação no território, considerando a gestão deste serviço por esta equipe; <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização da bibliografia básica: PEKELMAN, Renata; SANTOS, Alexandre André dos. <b>Território e lugar - espaços da complexidade</b>; e ANJOS, Rafael Sanzio Araújo. Milton Santos, território e fotografia – aproximações. <b>Revista Eletrônica: Tempo - Técnica - Território</b>. V.2, N.1 (2011).</li> </ul> </li> </ul>

<b>ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>		contribuição com o serviço.		
	<b>1ª etapa: Territorialização</b>	Aproximação com os usuários, família e comunidade para compreender o seu empoderamento para a produção da saúde diante da dinamicidade do seu espaço.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer os aspectos históricos, sociais, culturais e econômicos do território;</li> <li>• Identificar os equipamentos sociais do território adstrito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Período: 03 semanas;</li> <li>• Observação participante (observação da dinamicidade do território e população junto aos profissionais de saúde que atuam no território);</li> <li>• Aproximação do residente com o usuário e território adstrito para conhecer e levantar informações acerca da sua dinamicidade, identificando os equipamentos sociais e como se configura a gestão local (por parte da comunidade).</li> <li>• Produto: apresentação de Mapa Falante da área adstrita para a equipe de saúde da família, contendo análise crítica do território, pautada em referenciais teóricos sobre o tema.</li> </ul>
	<b>2ª etapa: da Equipe de saúde da Família</b>	Reconhecimento da ESF como orientadora da atenção básica e serviço fundamental da RAS. Importância para a formação do residente, por aproximar-se da organização deste serviço para gestão do território pautada na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer os instrumentos de gestão e monitoramento utilizados na ESF;</li> <li>• Vivenciar a atuação multiprofissional na assistência à população adstrita a ESF;</li> <li>• Compreender o papel da ESF na RAS, identificando as dificuldades e potencialidades;</li> <li>• Contribuir com o planejamento das atividades da ESF em conformidade com as políticas públicas e com os dados epidemiológicos da área.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Período: 03 semanas;</li> <li>• Participação junto à equipe de saúde da família no acompanhamento das atividades de planejamento e monitoramento do território adstrito, tais como: Reuniões de equipe, visitas domiciliares, planejamento das atividades, planejamento da agenda semanal, sala de situação, preenchimento dos instrumentos de gestão e epidemiológicos, entre outros.</li> <li>• <b>Produto:</b> Apresentação do diagnóstico de saúde da comunidade adscrita, contendo o perfil demográfico e informações de morbidade, a partir dos instrumentos de monitoramento e gerenciamento utilizado pela equipe de saúde da família. Ter embasamento teórico científico com análise crítico-reflexiva da realidade, contribuindo com propostas de melhoria da situação saúde desta população.</li> </ul>

<p align="center"><b>SERVIÇOS ASSISTENCIAIS DE MATRICIAMENTO (NASF, CAPS, CRAS)</b></p>	<p align="center"><b>Etapa única</b></p>	<p>Reconhecimento destes serviços integrados com a equipe de saúde da família e que compõem alguns serviços da rede municipal de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer os instrumentos de gestão e monitoramento utilizados;</li> <li>• Vivenciar e acompanhar a atuação da equipe multiprofissional na assistência à população adscrita;</li> <li>• Compreender o papel do NASF, CAPS e CRAS na RAS, identificando as dificuldades e potencialidades da atuação da equipe multiprofissional, considerando o processo de trabalho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Período: 03 semanas</li> <li>• Participação nas atividades de planejamento e monitoramento do NASF, CAPS e CRAS, acompanhando a atuação multiprofissional na assistência à população adscrita, tais como reuniões de equipe, planejamento da agenda semanal, quadro de situação, preenchimento dos instrumentos de gestão e epidemiológicos, entre outros.</li> <li>• <b>Produto:</b> Texto crítico-reflexivo sobre o papel e atuação da equipe multiprofissional do NASF, CAPS e CRAS na RAS para com a população adscrita”.</li> </ul>
<p align="center"><b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b></p>	<p align="center"><b>Comum à toda 2ª etapa</b></p>	<p align="center"><b>Não está especificado.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participar das atividades realizadas no setor, buscando entender as ações desenvolvidas pelo mesmo e, a partir dessa compreensão, propor ações e produtos que contribuam com o setor e com a aprendizagem do residente.</li> </ul> <p><b>Período: 02 meses</b> <b>Produto:</b> relatório único a ser apresentado no final do R1 para Tutor, Preceptor e Equipe da SMS.</p>	
	<p align="center"><b>Etapa: 2.1</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizar o setor a partir de diagnóstico: importância do setor para as ações da SMS; as ações desenvolvidas; os sistemas de informação existentes; o contexto de planejamento, monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas; instrumentos de trabalho utilizados; indicadores etc.</li> </ul>	
	<p align="center"><b>Etapa 2.2</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embasar teoricamente as ações desenvolvidas;</li> <li>• Discutir os limites, possibilidades, estratégias para a gestão da atenção à saúde, considerando a vivência nos serviços de atenção à saúde.</li> </ul>	
	<p align="center"><b>Etapa 2.3</b></p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Articular o diagnóstico realizado nas etapas anteriores com as demandas da SMS, considerando a relação entre gestão e as ações dos serviços de saúde (relação entre as demandas e ações da SMS e as demandas e ações dos serviços de atenção em saúde – um influencia o outro? Como?).</li> </ul>	
<p align="center"><b>GERES</b></p>	<p align="center"><b>3ª etapa</b></p>	<p align="center"><b>Não está especificado.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver as atividades práticas e, em paralelo, buscar integrar a teoria e a prática a partir da troca de conhecimento com os profissionais que atuam nos setores, tendo como referência o eixo da Educação Permanente em Saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Período:</b> 12 meses.</li> <li>• Desenvolvimento de atividades práticas e teórico-práticas na sede da GERES (nos setores Vigilância à Saúde; Atenção à Saúde e Regulação/Planejamento), podendo ocorrer algumas visitas técnicas.</li> <li>• Desenvolvimento do <b>módulo de atenção integral</b>, com o acompanhamento do OCP, mediante os ciclos temáticos, composto por 4 momentos (<b>1º Momento:</b> Apresentando/Discussindo o tema - discussão a partir da</li> </ul>

				<p>revisão de literatura; <b>2º Momento:</b> Explorando o tema no setor – correlacionar a teoria com as atividades/ações do setor, seus instrumentos e indicadores tendo como referência o mapa da saúde; <b>3º Momento:</b> Relacionando o tema com a rede de cuidado - compreender a constituição e dinâmica da rede de atenção à saúde a partir da temática em questão; <b>4º Momento:</b> O grande encontro –apresentação de consolidado das etapas anteriores, com a de integração entre os profissionais residentes, profissionais dos diversos setores da GERES e convidados).</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Envio de relatoria de cada momento e da apresentação realizada no 4º momento;</li><li>• Avaliação processual, individual, considerando a participação em todas as etapas.</li></ul>
--	--	--	--	---

**APÊNDICE B – Quadro com ementa e objetivos dos módulos teóricos do PRMSC-Redes**

**Quadro. Ementa e objetivos dos módulos teóricos do PRMSC-Redes**

MÓDULOS	EMENTA	OBJETIVOS
Introdução ao curso	Não encontramos registro.	Não encontramos registro.
Políticas Públicas e Gestão em Saúde	Estado, política, governo e política social; Seguridade social e histórico das políticas de saúde; Legislação do sus; Controle social; modelos assistenciais; Estrutura e funcionamento do SUS, Programas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduzir aos principais temas de análise e principais perspectivas teóricas sobre o Estado contemporâneo, com ênfase na teoria marxista, e conceitos de Política Social e sua funcionalidade na sociedade capitalista;</li> <li>• Compreender o conceito de Seguridade Social, os tipos e sua constituição no Brasil;</li> <li>• Discutir sobre a política de saúde, os movimentos sociais que contribuíram para sua construção;</li> <li>• Conhecer e compreender a legislação do SUS, como foi construída e constituída e sua aplicabilidade;</li> <li>• Conhecer como se dá o controle social no SUS, seu papel e como está constituído;</li> <li>• Conhecer os diferentes conceitos de modelo de atenção e relaciona-los com o sistema nacional de saúde;</li> <li>• Debater Descentralização, Hierarquização, Regionalização e Redes de Atenção à Saúde;</li> <li>• Entender o que é avaliação, os tipos e sua importância;</li> <li>• Discutir as estratégias de avaliação do Ministério da Saúde.</li> </ul> <p>Obs.: referência ao portfólio.</p>
Modelo Assistencial e Regionalização em Saúde	Compreensão e análise crítica da organização dos modelos da atenção à saúde.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver um senso crítico em relação aos modelos assistenciais de saúde relacionado as necessidades de saúde da população;</li> <li>• Refletir sobre a organização do Sistema Único de Saúde na perspectiva da universalização do acesso aos serviços e na integralidade assistencial da população;</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar o perfil da população articulando as suas necessidades ao planejamento das ações;</li> </ul>
Planejamento e Avaliação em Saúde	Não encontramos registro.	Não encontramos registro.
Epidemiologia e Vigilância em Saúde	A vigilância em saúde e a epidemiologia na perspectiva de gestão de redes em saúde para a Saúde Coletiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistematizar conceitos e definições e paradigmas no âmbito da metodologia epidemiológica;</li> <li>• Construir, avaliar e compreender a situação saúde no âmbito da vigilância em saúde;</li> <li>• Compreender os fundamentos e métodos epidemiológicos para a vigilância em saúde;</li> <li>• Interpretar os eventos relacionados a saúde nas dimensões temporal, espacial e nas características ligadas as pessoas, analisando-os no contexto de gestão de redes em saúde.</li> <li>• <b>Produto:</b> Exercício de resumo dos textos sobre transição epidemiológica e demográfica no Brasil; de cálculo da taxa de mortalidade infantil com base nos dados dos últimos 10 anos disponíveis no setor de vigilância epidemiológica da Geres, representação gráfica e análise de tendência da mesma, confrontando com a TMI aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS).</li> </ul>
Administração Pública e Direito Administrativo	Não encontramos registro.	Não encontramos registro.
Filosofia, Ética e Bioética	Não encontramos registro.	Não encontramos registro.
Sociologia e Antropologia em Saúde	Diferenças ontoepistemológicas entre Sociologia e Antropologia: a interação social e a cultura. A noção de paradigma: conceitos básicos. Os paradigmas do campo da saúde: o paradigma cartesiano e modelo biomédico, o paradigma holístico e modelo da promoção da saúde. A saúde como uma instituição social: conceitos fundamentais:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender as categorias fundamentais da sociologia e da antropologia que alicerçam a análise dos fenômenos em saúde.</li> <li>• Identificar as diferenças ontológicas e epistemológicas fundamentais entre a sociologia e antropologia;</li> <li>• Explicar os paradigmas existentes no setor saúde e suas implicações para a</li> </ul>

	status, papel, conflitos, estrutura social e instituições sociais. A cultura como um conceito fundamental em antropologia. A cultura e as formas de intervenção (cura) em saúde; identificando os conceitos sociológicos e antropológicos em saúde.	<p>compreensão da saúde enquanto fenômeno social;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esquematizar a construção da saúde enquanto uma instituição social e suas repercussões quando associadas a outras instituições;</li> <li>• Discutir a relevância da categoria cultura na modelação dos fenômenos relacionados às práticas de cura/intervenção em saúde;</li> <li>• Exercitar o olhar socioantropológico do cotidiano aplicado à saúde dos indivíduos/grupos.</li> </ul>
Educação e Comunicação na saúde	Não encontramos registro.	Não encontramos registro.
Gestão e governança da clínica	Compreensão e reflexão dos fundamentos teórico-conceituais e operacionais para a coordenação de sistemas e serviços de saúde, tendo em vista à inclusão social e regulação pública dessas organizações para alcançar excelência na prestação dos serviços.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abordar criticamente os instrumentos de governança utilizados no enfrentamento dos desafios impostos ao gestor público da saúde, no mundo contemporâneo, dentro do contexto da Nova Administração Pública;</li> <li>• Discutir a operacionalização de diretrizes e aplicação do instrumental da Governança no Sistema Único de Saúde.</li> <li>• <b>Produto:</b> Planejado com base na ênfase do curso, tratando-se da construção de uma rede regionalizada de serviços de saúde para atender às necessidades de uma área geográfica. O trabalho está organizado em 03 etapas: caracterização da população da área; mapeamento das necessidades em saúde, e construção da rede integral.</li> </ul>
Atenção Integral à Saúde	Planejamento das atividades do 2º ano da residência.	Planejamento das atividades do 2º ano da residência.
Metodologia da Pesquisa Científica	Não encontramos registro.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaborar projeto de pesquisa;</li> <li>• Delimitar tema e pergunta de pesquisa;</li> <li>• Elaborar pergunta norteadora e justificativa;</li> <li>• Conhecer os elementos de e as normas do programa para a elaboração do projeto de pesquisa;</li> <li>• Estabelecer encadeamento lógico da produção do dia, e delimitar o objetivo geral da pesquisa;</li> <li>• Revisar os procedimentos da pesquisa bibliográfica;</li> <li>• Revisar tipos de citações / referências;</li> <li>• Organizar primeiros elementos iniciais do projeto de pesquisa.</li> </ul>

## ANEXO

### ANEXO 1. Instrumento de avaliação do portfólio



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO  
ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO



#### AVALIAÇÃO PORTFÓLIO

RESIDENTE:|

TUTOR:

ORIENTADOR CLÍNICO PEDAGÓGICO:

GERES:

Itens	Pontuação	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:	Data:
1. Pontualidade na entrega	0-10						
2. Criatividade na construção do portfólio	0-15						
3. Integração da teoria com a prática	0-30						
4. Reflexões das atividades vivenciadas	0-35						
5. Qualidade da escrita	0-10						
Total	100						

Observação: