



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM  
POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE  
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Cássia de Andrade Araújo

FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS NO BRASIL:  
Desafios da inserção da Residência Multiprofissional em Atenção Básica no contexto  
das Redes de Atenção à Saúde

Brasília  
2017



Cássia de Andrade Araújo

**FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS NO BRASIL:**  
Desafios da inserção da Residência Multiprofissional em Atenção Básica no contexto  
das Redes de Atenção à Saúde

Trabalho de Dissertação apresentada à  
Escola Fiocruz de Governo como  
requisito parcial para obtenção do título  
de mestre em Políticas Públicas em  
Saúde, Saúde e Justiça Social.

Orientadora: Dra. Francini Lube  
Guizardi

Brasília  
2017

A663f Araújo, Cássia de Andrade

Formação de especialistas no Brasil: desafios da inserção da Residência Multiprofissional em Atenção Básica no contexto das Redes de Atenção à Saúde / Cássia de Andrade Araújo. – Brasília : Fiocruz, 2017.

91 f.

Orientadora: Francini Lube Guizardi

Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas em Saúde) – Fundação Oswaldo Cruz. Escola Fiocruz de Governo, 2017.

1. Residência em saúde. 2. Redes de Atenção à Saúde. 3. Competência profissional. 4. Saúde e Educação. I. Guizardi, Francini Lube. II. Título.

CDD 331

Cássia de Andrade Araújo

FORMAÇÃO DE ESPECIALISTAS NO BRASIL:  
Desafios da inserção da Residência Multiprofissional em Atenção Básica no contexto  
das Redes de Atenção à Saúde

Trabalho de Conclusão de Dissertação  
apresentada à Escola Fiocruz de Governo  
como requisito parcial para obtenção do  
título de mestre em Políticas Públicas em  
Saúde. Saúde e Justiça Social.

Aprovado em 22/09/2017.

BANCA EXAMINADORA

---

Dra. Francini Lube Guizardi. Orientadora. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

---

Dr. Armando Martinho Bardou Raggio. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

---

Dra. Débora Dupas Gonçalves do Nascimento. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Mato  
Grosso do Sul

---

Dra. Fernanda Maria Duarte Severo. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

*Dedico este trabalho a todos os Residentes,  
Coordenadores, Tutores, Preceptores,  
Gestores e Trabalhadores comprometidos  
com a construção do SUS e do bem comum,  
reconhecendo a responsabilidade social da  
formação em saúde. “Sem luta não há  
triunfo”!*

## **AGRADECIMENTOS**

Na minha vida, muitas pessoas imprimiram marcas significativas e me ajudaram a superar barreiras, vencer desafios e realizar sonhos. Sem elas, não teria sido possível chegar até aqui. Ao refletir sobre isso, foram aflorando imagens e cenas de pessoas que contribuíram na minha trajetória.

Em especial

A Deus, pelo seu imenso amor e cuidado para comigo, que tem me sustentado e guiado sempre.

À minha mãe, pai, irmãos, sobrinhos, obrigada por serem minha família.

À minha orientadora Francini Guizardi, pelo apoio, dedicação e cuidado que teve ao me apresentar os caminhos desta trajetória de conquistas.

Aos professores e pesquisadores da Escola Fiocruz de Governo, por compartilharem conosco seus saberes e vivências em prol do avanço da ciência brasileira, em especial, à professora Fernanda Severo, por me incentivar na construção de novos olhares.

Ao grupo de pesquisa LEMTES, pela oportunidade de troca e pelas riquíssimas discussões sobre Saúde e Educação.

Aos meus colegas de turma, pelos preciosos momentos de discussões, conversas, comemorações e laços de amizade que ficarão para a vida. Sem dúvida, uma nova família.

Ao Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissional de Saúde (DEPREPS/SGTES/MS), pelo incentivo e apoio na disponibilidade dos dados do sistema Sigresidencias. Em especial, a Felipe Proenço, diretor do DEPREPS, e a minha equipe, Grasiela Damasceno, Felipe Santos, Rosani Pagani, Fernando Michelotti, Tuanny Ramos, Tiago Storni, Fabiana Lima, Aline Xavier, Cintia Leal, Sidclei Queiroga, Vanessa Carol, Maria Pura, Lerivan, Amanda Batista, Caroline Oliveira e Paulo Henrique.

À Diretoria de Desenvolvimento da Educação em Saúde - SESu/MEC, na pessoa do Diretor Vinícius Ximenes, pelo apoio na disponibilidade dos dados do SIS-CNRMS.

Aos residentes e coordenadores que compartilharam suas experiências e, de forma, contribuíram com a pesquisa aqui apresentada.

Aos meus amigos, pela torcida frequente, e a todos aqueles que mandaram pensamentos positivos.

À Banca Examinadora desta pesquisa, pelas contribuições tão valiosas para o aperfeiçoamento da dissertação.

A todos e todas, os meus afetuosos e mais sinceros agradecimentos.

*“Hoje desaprendo o que tinha aprendido até ontem e que amanhã recomencarei a aprender. Todos os dias desfaleço e desfaço-me em cinza efêmera: todos os dias reconstruo minhas edificações, em sonhos eternos.”*

*Cecília Meireles (2001)*

## RESUMO

A Residência Multiprofissional da Atenção Básica (RMAB) é uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* com integração ensino-serviço-comunidade que possui aproximadamente quarenta anos de história no país. Este estudo se propôs a analisar como a formação de especialistas em RMAB desenvolve as competências para atuação nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). Para isso foram realizadas uma pesquisa teórica e uma investigação de campo. A pesquisa teórica debruçou-se sobre o debate conceitual da competência nos campos da administração e da educação, situando convergências e divergências, a fim de problematizar a incorporação do conceito na formação de residência multiprofissional em saúde. Já a pesquisa de campo teve como intuito estudar as competências para atuação nas RAS a partir da realização de um *survey* aplicado aos residentes e coordenadores. Participaram do estudo programas financiados pelo Ministério da Saúde que, mediante a análise documental dos projetos políticos pedagógicos, apresentaram relação entre a formação e as RAS. A partir da pesquisa teórica, optou-se pela escolha dos referenciais teóricos de competência Schuwartz e Perrenoud. Neste entendimento, a formação de competências do profissional da atenção básica no contexto das RAS reforça a relação dialógica entre a dimensão individual e coletiva da competência, nas situações concretas de trabalho. Os resultados revelam avanços no que se refere ao trabalho em equipe, induzido nesta formação, e à relação teoria e prática, porém, ainda é baixa a relação de articulação, coordenação e ordenação do cuidado do usuário da atenção básica junto aos demais níveis de serviços da RAS.

**Palavras-Chave:** Redes de Atenção à Saúde. Competência profissional. Residência. SUS.

## ABSTRACT

The Residência Multiprofissional da Atenção Básica (RMAB) is a modality of post-graduation *lato sensu* with a teaching-service-community integration that has approximately forty years of history in the country. This study aimed to analyze how the training of specialists in RMAB develops the competencies to work in Redes de Atenção à Saúde (RAS). For that, a theoretical research and a field investigation were carried out. The theoretical research focused on the conceptual debate of competence in the fields of administration and education, situating convergences and divergences, in order to problematize the incorporation of the concept in the formation of multiprofessional residence in health. On the other hand, the field research aimed to study the competencies to perform in the RAS, based on a survey applied to residents and coordinators. The study was funded by the Ministry of Health, which, through documentary analysis of political pedagogical projects, presented a relationship between training and RAS. From the theoretical research, we chose the theoretical reference points of competence Schuwartz and Perrenoud. In this understanding, the competency formation of the primary care professional in the context of the RAS reinforces the dialogical relationship between the individual and collective dimension of competence in the concrete work situations. The results reveal advances in teamwork, induced in this training, and in relation to theory and practice, however, the relation of articulation, coordination and ordering of primary care users' attention to the other levels of services is still low of RAS.

**Key words:** Health Care Networks. Professional competence. Residence. SUS.

## **LISTA DE SIGLAS**

AB Atenção Básica

BVS Biblioteca Virtual da Saúde

CHA Conhecimentos, Habilidades e Atitudes

CIRH Comissão Intersetorial de Recursos Humanos

CNRM Comissão Nacional de Residência Médica

CNRMS Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde

CNS Conselho Nacional de Saúde

COAPES Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde

CONASEMS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CONASS Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

COREMU Comissão de Residência Multiprofissional

DEPREPS Departamento de Planejamento e Regulação DA Provisão de Profissionais de Saúde

ESF Estratégia Saúde da Família

Fentas Federação Nacional dos Trabalhadores da Área da Saúde

INAMPS Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

MS Ministério da Saúde

NOAS Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB Normas Operacionais Básicas

ProJovem Programa Nacional de Inclusão de Jovens

PPP Projetos Políticos Pedagógicos

RAS Redes de Atenção à Saúde

RMAB Residência Multiprofissional na Atenção Básica

SGTES Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

SUS Sistema Único de Saúde

# SUMÁRIO

<b>1 APRESENTAÇÃO</b>	12
<b>2 INTRODUÇÃO</b>	12
<b>2.1 Atenção Básica e Residência Multiprofissional</b>	12
<b>2.2 A reorientação do modelo assistencial e as Redes de Atenção à Saúde</b>	16
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	22
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	27
<b>APÊNDICE A – Instrumento do Survey eletrônico: Residentes</b>	32
<b>APÊNDICE B - Instrumento do Survey eletrônico: Coordenadores</b>	36
<b>ANEXO - Lista de programas de RMAB participantes do Survey Eletrônico</b>	38

## **1 APRESENTAÇÃO**

A motivação para este estudo desdobra-se em minha trajetória profissional no Sistema Único de Saúde (SUS) como residente (2010), preceptora (2012) e tutora (2013) de programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, em parceria com a Universidade Vale do Acaraú, campus Sobral - CE. Em seguida, tive a oportunidade de atuar, por cerca de quatro anos, no Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde – DEPREPS/SGTES/MS, particularmente, na Área de Planejamento e Dimensionamento. Essa área, hoje denominada Coordenação-Geral de Execução de Ações Pedagógicas, responde pelo acompanhamento das políticas voltadas ao planejamento e dimensionamento da necessidade de profissionais e especialistas para o SUS frente aos programas de provimento e formação do Ministério da Saúde, dentre estes, a Residência em Área Profissional da Saúde.

O interesse em estudar a formação de especialistas em Saúde da Família e sua relação com as Redes de Atenção à Saúde foi mobilizado pela minha atuação junto ao DEPREPS, no contexto da atribuição do Ministério da Saúde de pensar e propor diretrizes para a formação de profissionais de saúde para o SUS. Desde 2013, os editais de residências vêm induzindo a “formação no contexto das redes”, como tentativa de aproximação entre a formação de especialistas e o processo de organização do SUS, descentralizado e regionalizado, a fim de fomentar um perfil profissional coerente com as necessidades de saúde da população.

Com esta pesquisa, espero contribuir no debate das competências profissionais para atuação no contexto das Redes de Atenção à Saúde, a partir da formação de especialistas em Residência Multiprofissional da Atenção Básica.

## **2 INTRODUÇÃO**

### **2.1 Atenção Básica e Residência Multiprofissional**

Há pouco mais de 40 anos foi criada a primeira Residência em Medicina Comunitária no Brasil, em 1976, no estado do Rio Grande do Sul, desenvolvida pela Escola de Saúde Pública. Em 1978, o programa adquiriu o caráter multiprofissional,

incluindo outras categorias profissionais da saúde, como enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas e médicos veterinários, tendo como proposta formar profissionais de saúde com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública. A regulamentação da Residência Médica ocorreu nesse mesmo período, pelo Decreto nº 80.281/1977, resultando numa divisão política, normativa e organizacional entre as Residências em Saúde, e, com isso, essa modalidade de formação, no caso das demais categorias, passou a ser denominada Residência Multiprofissional<sup>(1)(2)(3)(4)(5)(6)</sup>.

A Residência Médica consolidou-se como “padrão ouro de formação” para as especialidades médicas, regulada pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM)<sup>(2)</sup>, e sua expansão ocorreu de forma intensa no país. Em 1990 foi identificado um quantitativo de 10.243 médicos-residentes, formados e em formação, segundo a pesquisa “os médicos no Brasil: um retrato da realidade” que teve o intuito de debater o cenário da formação médica e suas implicações<sup>(7)</sup>.

No final da década de 1970, a experiência da Residência Multiprofissional foi implantada nos estados de Pernambuco, no município de Vitória de Santo Antão pelo Projeto Vitória; e do Rio de Janeiro, na capital do estado, pelo Serviço de Medicina Integrada da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, seguindo uma expansão do modelo de integração das formações médica e multiprofissional em outras localidades. No entanto, muitos desses programas foram fechados ou tiveram sua descontinuidade, a partir de 1982, mediante a orientação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) de incentivo à formação da Residência de Medicina Geral e Comunitária, em detrimento do financiamento dos programas não médicos<sup>(1)(2)(4)(8)(9)</sup>.

Ressalta-se, ainda, que as décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por um regime político autoritário, em oposição ao qual houve importante mobilização pela ampliação da participação democrática. Tal cenário reverberou consequências também no campo da formação. Brunholli<sup>(10)</sup> reflete que, neste período, o sistema burocrático-autoritário, de caráter institucional, exerceu interferência direta na regulação da saúde. Nesse contexto, havia resistência às reformas dos currículos das universidades, associada à desvalorização da atenção básica diante da hegemonia do modelo médico centrado. Tais elementos ajudam-nos a entender o enfraquecimento das residências multiprofissionais que ocorreu nesse período.

Pouco depois, houve a formalização da competência do SUS em ordenar a formação de recursos humanos no âmbito da saúde, regulamentada pela Constituição Federal de 1988, artigo 200, sendo reafirmada pela Lei Orgânica da Saúde de 1990 que atribui no artigo 15 o protagonismo do Estado na formulação e execução da política de formação dos profissionais de saúde <sup>(11)(12)</sup>.

Com a criação do Programa Saúde da Família, no final de 1993, hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), surgiram novos desafios relacionados com a universalização e a integralidade da atenção à saúde, trazendo para o primeiro plano o tema da reorientação do modelo assistencial no SUS, estruturado a partir da Atenção Primária à Saúde, ou Atenção Básica<sup>a</sup> (AB) <sup>(13)</sup>. Nesse período, novos programas foram criados, a exemplo do Programa de Residência em Saúde Coletiva, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro, em 1995; e da Residência de Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, em Sobral-CE, no ano de 1999, ambas iniciativas municipalizadas <sup>(6)(14)</sup>. Para atender à demanda dos gestores quanto à formação profissional nesse âmbito, o Departamento de Atenção Básica, vinculado à Secretaria de Assistência à Saúde no Ministério da Saúde, passou a produzir em 1999 propostas de diretrizes e financiamento, disponibilizadas apenas a partir de 2001 <sup>(2)</sup>.

A formulação inicial das diretrizes foi elaborada em um seminário mobilizado por atores da Reforma Sanitária, com representantes da Federação Nacional dos Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas), da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos (CIRH) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Esse evento buscou estabelecer um padrão mínimo para a Residência Multiprofissional, reconhecendo as especificidades de cada profissão envolvida, porém, de forma atenta ao campo comum de atuação. Em 2002, 19 programas de residências foram criados com formatos diversificados, mantendo, contudo, o foco no trabalho integral das profissões da saúde<sup>(2)(6)</sup>.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) foi criada no Ministério da Saúde (MS) apenas em 2003, assumindo o papel de formular as políticas

---

<sup>a</sup>Atenção Básica e Atenção Primária em Saúde são ambos termos utilizados para nominar o nível primário de atenção à saúde. Embora haja distinções histórico-conceituais marcantes, ambas as expressões serão aqui descritas sinonimicamente por razões didáticas <sup>(46)</sup>. Vale ressaltar, no entanto, que essa atitude não deixa de reconhecer ou desmerecer o relevante debate e as importantes publicações que tratam do assunto.

orientadoras da formação, desenvolvimento, distribuição, valorização, regulação e gestão dos trabalhadores da saúde. Dessa forma, a política de formação profissional em saúde, que inclui a Residência em Área Profissional da Saúde (multiprofissional e uniprofissional), passou a ser pauta do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES), sendo transferida para o Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde (DEPREPS) em 2013 <sup>(15)</sup>. Para o MS, o eixo condutor da formação profissional em saúde é a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída pela Portaria n.º 198/2004, que objetiva a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, com enfoque nas necessidades de saúde das populações e na organização da gestão setorial<sup>(16)(17)</sup>.

As Residências em Área Profissional da Saúde reemergiram apenas em 2005, a partir da publicação de seu marco regulatório, a Lei Nº 11.129, que trata do Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem). Em seu artigo 13, essa lei instituiu a residência como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço sob supervisão docente-assistencial e destinada, atualmente, às 15 categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a categoria médica e com a recente inclusão, em 2014, da física médica e da saúde coletiva. A lei ainda designou, no âmbito do Ministério da Educação, a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), responsável pela regulação, avaliação e autorização da abertura dos programas de residências <sup>(18)</sup>. O espaço de formalização e legitimação das Residências Multiprofissionais em Saúde já demonstra fragilidades desde a sua concepção, uma vez que sua regulação encontra-se “incluída” numa normativa com outra finalidade.

Como modalidade de formação profissional, a Residência possui duração mínima de dois anos e carga horária de 5.760 horas, sendo 80% da carga horária total voltada a estratégias educacionais práticas e teórico-práticas, com garantia das ações de integração, educação, gestão, atenção e participação social, e 20% direcionada às estratégias educacionais teóricas <sup>(19)</sup>. Nascimento<sup>(20)</sup> e Lobato <sup>(21)</sup> reconhecem as limitações da formação inicial dos profissionais de saúde, em sua maioria efetuada em currículos tradicionais de cunho tecnicista. Ceccim <sup>(22)</sup> acrescenta que a qualificação dos trabalhadores da saúde deve ser estruturada a partir da problematização do processo de trabalho, tendo como foco a transformação das práticas profissionais e da própria

organização do trabalho, conforme as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. Nessa mesma direção, Nascimento <sup>(20)</sup> e Lobato <sup>(21)</sup> destacam que a articulação entre a educação e o mundo do trabalho no SUS representa uma oportunidade de o trabalhador vivenciar, de forma real e concreta, a teoria aliada à prática. Assim, as residências apresentam, como uma de suas principais características, a formação que favorece ao profissional a imersão no território, o vínculo com a comunidade e com a equipe de saúde.

Podemos afirmar que a formação e o exercício profissional na saúde ainda privilegiam o modelo de atenção à saúde historicamente hegemônico, organizado a partir do modelo médico centrado, de modo fragmentado e compartimentado, por influência da égide flexneriana <sup>b(23)</sup>. A mudança desse modelo assistencial encontra barreiras tanto na formação dos cursos de graduação em saúde, como na micropolítica do processo de trabalho, a qual se revela, em geral, centrada na produção de procedimentos e não na produção do cuidado <sup>(24)</sup>. Além disso, sem desenvolver novas tecnologias para o cuidado em saúde e sem pautar a construção de linhas de cuidado na agenda da gestão do sistema, que sejam capazes de intervir na lógica de isolamento da atenção básica e de hierarquização burocrática, dificilmente, conseguiremos avanços na mudança das práticas de saúde e na reorientação do modelo assistencial no SUS <sup>(25)</sup>.

Ante o exposto, acredita-se que a Residência Multiprofissional seja uma estratégia importante no caminho de reorientação do modelo assistencial no SUS, que requer a construção de um novo perfil profissional, crítico-reflexivo, capaz de gerar mudanças nas práticas com vistas à resolubilidade e à qualidade dos serviços prestados <sup>(20)</sup>.

## **2.2 A reorientação do modelo assistencial e as Redes de Atenção à Saúde**

Em paralelo ao surgimento das residências, o Brasil vivenciava tentativas de organização e descentralização do SUS, a partir dos anos 1990, conforme desenho constitucional federativo, instituído em 1988, artigo 198, o qual refere que as ações e

---

<sup>b</sup> O modelo Flexneriano surgiu em 1910 com a publicação de seu relatório, elaborado por Abraham Flexner. Esse modelo influenciou fortemente a formação médica e das demais áreas da saúde, trazendo como característica a centralidade na doença, no indivíduo e a ênfase no hospital, como locus privilegiado de atuação e aprendizagem. Os determinantes sociais da saúde são desconsiderados nessa abordagem <sup>(23)</sup>.

serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. Entretanto, devido a fragilidades no planejamento da estratégia de descentralização e adequação às múltiplas realidades brasileiras, o movimento não engrenou (26)(27).

A publicação das Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996 (NOB/ 93 e NOB/96), da Norma Operacional de Assistência à Saúde em 2001(NOAS 01/2001) e do Pacto pela Saúde (2006) representaram momentos distintos, porém importantes ao processo de regionalização e descentralização da gestão da saúde.

As Normas Operacionais Básicas (NOB) 01/93 e 01/96 iniciaram o processo de descentralização e municipalização do SUS. A NOB/93, embasada no documento “A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”, teve como foco a municipalização dos serviços de saúde e o início da legitimação gradativa dos municípios como gestores plenos do sistema, a partir da composição junto aos níveis estadual e nacional nas Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite. A NOB/96 acrescentou importantes avanços na descentralização político-administrativa, na relação intergestora e na política de financiamento, no entanto, evidenciou-se um paradoxo, pois a norma reafirmava o município como gestor pleno, ao passo que atribuía, de forma verticalizada, projetos de incentivos financeiros, ferindo a autonomia municipal (28)(29).

Por sua vez, a NOAS/2001 estabeleceu o processo de regionalização e a tentativa da ampliação da responsabilidade dos municípios na atenção básica e demais serviços, porém, na prática, houve o aumento da hegemonia das Secretarias Estaduais de Saúde, devido à baixa autonomia financeira, organizativa e operacional dos municípios. A inovação dessa norma foi o destaque dado à regionalização em saúde, com vistas ao desenvolvimento e à redução das iniquidades regionais, que estimulou o planejamento regional no âmbito dos estados. No entanto, a excessiva normatividade técnica e burocrática contida na proposta de adequação das microrregiões e regiões de saúde impossibilitou maiores avanços (30)(31)(32)(27).

O Pacto pela Saúde, ainda reflexo do movimento de Reforma Sanitária, surge essencialmente da necessidade de mudança nas relações institucionais entre os entes federados na gestão do SUS. Em particular, ganhou relevo o problema da organização de um sistema de saúde com funcionamento integrado, pautas que já vinham sendo discutidas nas Conferências de Saúde e nos debates entre o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e o Conselho

Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) (33). O Pacto renovou as orientações quanto à regionalização em 2006, estabelecendo novas concepções e diretrizes para a delimitação e o planejamento do espaço regional a partir da negociação e pactuação intergovernamental. As esferas estaduais e municipais foram valorizadas com a criação dos Colegiados de Gestão Regional Intraestaduais como instâncias de gestão compartilhadas das regiões de saúde. A partir do pacto, houve um equilíbrio financeiro entre os participantes da rede reverberando uma identificação e aceitação por parte dos gestores locais, trabalhadores da saúde e da própria comunidade quanto às necessidades locais de saúde. De fato, a cooperação técnica e financeira, somadas ao deslocamento discursivo da norma para o pacto, baseado no acordo de responsabilidades entre os entes federados, motivou os estados e, principalmente, os municípios a aderirem à estratégia de regionalização do sistema de saúde (27)(30)(32).

Um reforço a esse cenário foi a publicação da Portaria nº 4.279/ 2010 (34), que estabelece as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e as conceitua como arranjos organizativos de unidades e ações de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas logísticos e de apoio. Para Mendes (35), as RAS compreendem organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente. Nesse sentido, a regionalização e a estruturação das redes possuem dimensões técnicas em comum, na busca pela garantia do cuidado integral à população, e dimensões políticas, que envolvem disputas de poderes e interesses entre os atores envolvidos (36).

A organização do sistema de saúde pelas RAS traz como referência as experiências de cuidado em países como Canadá, Espanha e Inglaterra, com sistemas integrados de saúde no enfrentamento às doenças crônicas não transmissíveis, também crescentes no Brasil, devido à transição demográfica e epidemiológica, além da exposição aos fatores de risco (36)(37). Para responder a essa demanda, os serviços precisam estabelecer vínculos estáveis e longitudinais com os usuários, através de linhas de cuidado voltadas à prevenção, promoção, bem como ao fluxo do seu caminhar nas redes de atenção à saúde (38).

Nessa perspectiva, as RAS surgem como estratégia frente ao desafio de superar a fragmentação do cuidado, apontada como importante responsável pela baixa qualidade e

pela dificuldade de acesso. Contudo, é importante destacar que existem especificidades nas propostas de organização das redes que exigem uma análise mais aprofundada<sup>c</sup> tendo em vista as singularidades dos territórios brasileiros (39)(40).

A publicação do Decreto nº 7.508/2011, que regulamentou a Lei Orgânica do SUS de 1990, abordou a discussão do aprimoramento das redes de atenção nas regiões de saúde. Nesse contexto, buscou-se promover uma Atenção Básica fortalecida e potente, com destaque ao modelo da Estratégia Saúde da Família, a fim de atuar como coordenadora e ordenadora das redes do cuidado (41). Fausto (42), defende que o papel de coordenação do cuidado, atribuído à Atenção Básica, inclui a função de porta de entrada, filtro (*gatekeeping*) e a integração com os diversos níveis de serviços da rede. Cecílio (43) argumenta que o modelo assistencial deve possibilitar múltiplas alternativas de entrada e saída do usuário no sistema de saúde, sem hierarquizar os serviços da rede, considerando as necessidades e fluxos reais das pessoas no sistema. Nossa compreensão acerca da concepção de porta de entrada no sistema de saúde se alinha ao referencial do Cecílio, nesse sentido, apesar de reconhecermos a importância do papel da Atenção Básica na continuidade do cuidado, a necessidade do usuário será decisiva para definir sua entrada no sistema.

O modelo assistencial que compõe as RAS propõe uma substituição da lógica piramidal, a qual possui o hospital no “topo” hierárquico da pirâmide e em sua base a AB, pela lógica de redes poliárquicas de atenção à saúde, em que são estabelecidas relações horizontais entre os pontos da rede, respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, e tendo em seu centro a AB (44)(37). Magalhães Junior (45) aponta diversos fatores que inviabilizam a efetivação da continuidade do cuidado e o papel de coordenação da AB, sendo os principais: a falta de legitimação frente aos demais pontos de atenção e aos sistemas de apoio logísticos, a baixa densidade tecnológica e a carência de sistemas de informações verticais.

Existem inúmeros desafios para a consolidação desse modelo de assistência acerca da operacionalização, organização, resolubilidade e, principalmente, da formação de trabalhadores para o SUS. Desde 2013, o Ministério da Saúde tem fomentado a

---

<sup>c</sup> Conforme descrito na Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, “o cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país.”

perspectiva de uma “formação para atuação nas redes de atenção” no âmbito das Residências em Saúde, sob o referencial de Mendes (35), com intuito de orientar que a formação do residente percorra toda linha de cuidado do usuário e os equipamentos que compõem a rede de saúde local, incluindo a atenção básica, a atenção especializada, a atenção hospitalar e de urgência e emergência, bem como outros pontos da RAS local essenciais ao cuidado em saúde.

O Contrato Organizativo de Ação Pública de Ensino-Saúde (COAPES), que nasce à luz da lei do Programa Mais Médicos (Lei 12.871/2013), representa também uma tentativa de organizar, a partir dos territórios, a integração ensino-serviço e a educação permanente em saúde. Essa legislação aponta, claramente, o compromisso e a responsabilidade dos gestores municipais e/ou estaduais no que se refere à oferta dos serviços como campo de prática para as instituições de ensino e programas de residências (46). O fato do COAPES estar fortemente vinculado à formação médica, no âmbito da graduação e da residência, não desautoriza que a contratualização possa ser um caminho para a garantia e qualificação de todos trabalhadores. Nessa direção, em fevereiro de 2016, o relatório de planejamento do DEPREPS/SGTES/MS evidenciou a necessidade de desenvolvimento de pesquisas referentes à temática das competências profissionais para as Residências em Área Profissional da Saúde (47).

Ao realizar uma busca sistematizada na base de dados da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) com as palavras chaves “residência multiprofissional” ou “redes de atenção à saúde e Sistema Único de Saúde”, separadamente, e com filtro para textos completos, evidenciou-se um considerável volume de produções científicas, sendo 121 e 154 documentos, respectivamente. No entanto, observamos que não existem produções que relacionem os dois temas. Nascimento(48) destaca que considerando a inexistência de eixos e diretrizes de formação, estabelecidos para a RMAB, ainda não há consensos sobre as competências almejadas para o profissional que atua na Estratégia Saúde da Família.

Tal cenário nos revela a pertinência do tema das competências na RMAB frente às questões históricas evidenciadas quanto aos desafios para consolidação do modelo assistencial, e aos obstáculos institucionais interpostos no cumprimento da atribuição do MS em orientar e ordenar a formação dos trabalhadores do SUS. A estes aspectos agrega-se, ainda, a necessidade de desenvolvimento da produção científica sobre o tema. Dessa forma, nossa pergunta de pesquisa interroga como a formação de

especialistas em Residência Multiprofissional na Atenção Básica (RMAB) tem desenvolvido as competências para atuação no contexto das Redes de Atenção à Saúde, amparada pela política de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

Para respondê-la, a pesquisa foi ancorada em três objetivos específicos. O primeiro objetivo voltou-se à descrição dos cenários de prática, perfil e atividades desenvolvidas pelos residentes na atenção à saúde. O segundo, buscou compreender como as Redes de Atenção à Saúde eram abordadas no processo de formação dos residentes. E o último objetivo teve com foco a identificação de estratégias de gestão e apoio à formação que formalizavam e/ou fortaleciam a relação institucional entre as residências e as RAS.

Os objetivos traçados foram respondidos por meio de um capítulo que apresenta o cenário da formação da Residência Multiprofissional da Atenção Básica e dois artigos, que apresentamos na sequência. O primeiro artigo debruçou-se no debate conceitual sobre a noção de competência nos campos da administração e da educação, a fim de problematizar a incorporação do conceito na formação de residência multiprofissional em saúde. Esta produção foi um passo importante para situar os principais teóricos que discutem o tema, confrontando as convergências e divergências existentes nas áreas estudadas. Já o segundo artigo buscou analisar, por meio de uma pesquisa de campo em âmbito nacional, como a formação desses especialistas desenvolve as competências para atuação nas redes de Atenção à Saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo sobre a formação para atuação no contexto das redes de atenção à saúde no âmbito das Residências Multiprofissionais da Atenção Básica despertou várias reflexões acerca do debate das competências almejadas para o SUS, dos desafios das práticas em saúde e dos processos de trabalho dos residentes. A organização do SUS pautada na lógica das RAS propõe uma mudança no modelo de atenção, confrontando estruturas historicamente hegemônicas nas instituições e práticas de saúde.

Nas últimas décadas, a Atenção Básica, amparada pelos princípios e diretrizes do SUS, vem conquistando avanços relacionados à cobertura populacional, ao acesso e expansão dos serviços, porém, ainda há muito a avançar na qualidade e resolutividade almejadas nas ações de saúde. Nesse contexto, a formação de trabalhadores de saúde através das residências multiprofissionais em atenção básica representa um caminho potencial nesse processo.

A formação em residência em área profissional da saúde, que inclui as multiprofissionais e uniprofissionais, é uma realidade que possui pouco mais de quarenta anos de história no país. Reconhecendo o potencial que esse modelo possui para a integração ensino-serviço-comunidade na formação dos trabalhadores de saúde, instituições públicas e privadas investiram na modalidade. Também o MS passou a apoiar, por meio de recursos federais, as instituições – municipais, estaduais e sem fins lucrativos - com a intencionalidade de formar profissionais para atuar no SUS. Esse financiamento teve início na década de 1990, inicialmente por convênios, e após a criação da SGTES, a partir de 2009, através de editais.

O primeiro objetivo da pesquisa foi a descrição do perfil, cenários de prática e atividades desenvolvidas pelos residentes na atenção à saúde. Para isso, realizamos um *survey* que permitiu identificar as características sociodemográficas, de formação e trajetória profissional desses atores. A pesquisa revelou que esse programa vem sendo encarado como uma alternativa à primeira inserção desses profissionais no mercado de trabalho, e que atraem principalmente mulheres, jovens, recém-formadas, sem especialização, com pouca ou nenhuma experiência na Atenção Básica, mas que buscaram vivenciar esse cenário de prática durante a graduação. Esse dado aponta que a residência multiprofissional possui um papel importante na continuidade da formação, principalmente de profissionais jovens e recém-graduados que buscam adquirir

experiência na atenção básica dentro de um processo de ensino-aprendizagem com práticas supervisionadas.

Propusemo-nos, ainda, a descrever os cenários de práticas vivenciados durante a RMAB. Foi observado que, apesar de serem programas que apresentavam intencionalidade de formação no contexto das RAS em seus projetos político pedagógicos, uma parcela significativa dos residentes afirmou conhecer ainda parcialmente a RAS local, sobretudo, os serviços voltados à rede hospitalar e de urgência e emergência, à Secretaria de Saúde ou Coordenação da Atenção Básica e demais serviços de âmbito intersetorial. A pesquisa trouxe indícios de que conhecer a rede local parece ser condicionante para a comunicação com os serviços. Logo, a vivência na rede, ocorrida de forma programada durante o curso da residência, favorece que o residente conheça, entenda, comunique-se e articule, dentre outras ações, o acompanhamento do usuário em outros serviços de saúde. Chamou-nos a atenção ser essa ação justamente a menos relatada pelos residentes que participaram da pesquisa, ao mesmo tempo em que a coordenação do cuidado corresponde a uma importante atribuição da atenção básica das RAS.

Também foi vista uma heterogeneidade quanto à carga horária vivenciada na AB e nos demais serviços da rede, o que demonstra uma necessidade de parâmetros regulatórios pela CNRMS que orientem a carga horária mínima de práticas nos serviços da rede, de acordo com sua especificidade, bem como uma recomendação dos serviços essenciais a tal formação. Os resultados apontam que a ausência de eixos e diretrizes para a RMAB, mencionada no estudo de Nascimento (48), tem gerado um descompasso entre a formação e as necessidades do SUS, comprometendo o desenvolvimento das competências almejadas para o profissional que atua na Estratégia Saúde da Família, sob a perspectiva das RAS.

Outra intenção da pesquisa foi analisar o escopo de ações realizadas junto à RAS local pelos residentes. Os dados indicam que mais da metade dos residentes afirmam realizar atividades coletivas de prevenção e promoção da saúde, matriciamento e atendimentos compartilhados, discussões de casos do território e visitas domiciliares compartilhadas. No entanto, o acompanhamento do usuário em outros serviços ainda é raro entre os entrevistados. Isso indica a necessidade dos programas induzirem que o trabalho interdisciplinar ocorra em pontos distintos da rede, já que os resultados

encontrados revelam um avanço na formação para o trabalho multiprofissional, mas que ainda fica restrito à equipe do próprio serviço.

A pesquisa constatou, por meio de cruzamentos estatísticos, que quanto mais o residente desenvolve ações em articulação com outros serviços da Rede SUS, mais ele se diz preparado para atuar no contexto das redes. Os referenciais utilizados na análise, embasados nos trabalhos de Schuwartz e Perrenoud, corroboram com os resultados encontrados na pesquisa, uma vez que o desenvolvimento de competências só ocorre em situações concretas do cotidiano do trabalho, que permitam experienciar e interligar os distintos ingredientes que compõem e são requisitados na atividade profissional. Logo, é coerente que os residentes que desenvolvem tais atividades sintam-se mais seguros quanto a sua prática.

O segundo objetivo da pesquisa buscou compreender como as RAS eram trabalhadas no processo de formação dos residentes. Sobre isso, verificou-se que a principal alternativa utilizada pelos programas foi a tentativa de aproximação entre teoria e prática. Na percepção dos coordenadores, os programas de RMAB buscam estratégias pedagógicas, a fim de desenvolver o senso crítico e a proatividade dos seus formandos, as quais incluem: oficinas e seminários, o matriciamento, os grupos de estudo multiprofissional, a vivência de extensão e visitas técnicas aos serviços, além do estudo dirigido/estudo de caso e o projeto de intervenção como atividade de ensino e pesquisa. Apesar de não estarem entre as opções, também foram lembrados o portfólio e o grupo terapêutico como ferramentas potenciais ao processo de ensino aprendizagem.

A pesquisa apontou ainda avanços nas metodologias de ensino. Segundo os residentes, as aulas teóricas possuíam caráter problematizador, em relação com a prática vivenciada, o que pode ser compreendido como uma reorientação do paradigma flexneriano no contexto das RMAB.

Embora tenhamos encontrado avanços significativos, a relação de articulação, coordenação e ordenação do cuidado do usuário da atenção básica junto aos demais níveis de serviços da RAS ainda é baixa e possui inúmeros desafios. Os principais avanços percebidos foram em relação ao conhecimento de campo e núcleo profissional, na dimensão política da formação, na compreensão e humanização do processo de trabalho, e na forma como o profissional apreende a interação entre os determinantes sociais da saúde. Destacamos, principalmente, a relação entre teoria e prática observada

na formação, e seu impacto no trabalho em equipe, com fomento da colaboração interprofissional e intersetorial.

Mesmo com a prévia assinatura de termo de compromisso da gestão local com a RMAB, durante a abertura do programa, a dificuldade de articulação inter e intrasetorial foram consideradas um desafio devido à burocracia percebida para articulação com a gestão e os profissionais dos serviços. O COAPES representou uma tentativa de organizar a integração ensino-serviço e a educação permanente em saúde de todo o território, não apenas das residências como acontece atualmente. No entanto, por ser uma legislação recente e voluntária, ainda é baixa a adesão dos municípios (em 2015, apenas três municípios haviam aderido). Outro fator limitante do COAPES é o fato de suas diretrizes terem como foco principal a formação médica, logo, fica a critério do gestor abranger ou não a formação dos demais profissionais de saúde na contratualização.

Nessa direção, o último objetivo identificou estratégias institucionais bem sucedidas de gestão e apoio ao fortalecimento da articulação entre os residentes e os profissionais/atores da RAS local. Os coordenadores da RMAB relataram o recurso às seguintes estratégias: a participação dos profissionais da rede nas discussões teóricas da residência, visitas institucionais e articulação com os gestores dos serviços para dialogar sobre a proposta da residência, definição de parcerias, além dos estágios de vivência em diferentes serviços da rede com carga horária pré-estabelecida de acordo com a realidade de cada programa. Do mesmo modo, algumas experiências exitosas demonstraram a importância da participação da gestão local no processo formativo da residência. Dentre elas, destaca-se a composição e atuação junto COREMU; o pagamento de gratificação para os preceptores; a parceria em iniciativas e ações pontuais; em projetos de extensão/pesquisa e na sensibilização dos gerentes e profissionais para receber os residentes. Foram ressaltadas, ainda, ações como a formação dos preceptores; a ampliação dos canais de diálogo com os gestores dos serviços; a garantia do correto horário de funcionamento dos serviços, bem como a disponibilidade de transporte para as visitas, as quais poderiam fortalecer ainda mais a formação da residência nos serviços das redes de atenção.

Outros desafios ainda mapeados na pesquisa indicam a baixa disponibilidade do corpo docente do serviço para participar do planejamento/acompanhamento das atividades de ensino; os problemas de infraestrutura e estruturação da RAS nos

municípios; a alta rotatividade de profissionais e gestores de saúde, devido ao vínculo empregatício frágil e as questões político-partidárias. Notoriamente, a precarização do trabalho e o subfinanciamento trazem repercussões para a saúde que se situam no cerne da problemática da qualificação de seus trabalhadores. Isso demonstra a necessidade de se intensificar debates acerca do fortalecimento de políticas públicas indutoras da formação, gestão e regulação do trabalho em saúde que incluam todos os profissionais que trabalham nos serviços do SUS.

Ser um profissional competente para atuação nas RAS depende, fortemente, da interseção entre a dimensão individual e coletiva, considerando os diferentes aspectos presentes em situações concretas de trabalho. Quanto a isso, consideramos que a mobilização dos aspectos cognitivos, psicomotores e atitudinais, somados ao trabalho em equipe revelam-se como dispositivo potencial dessa articulação, com impactos profícuos nos resultados da ação. Dessa forma, ficou explícito que a inserção do residente nos cenários de práticas é um fator determinante para que se desenvolva, ao longo da RMAB, dentre outras, competências para compor, conhecer e promover ações junto à rede de atenção à saúde existente em consonância com as políticas públicas.

Este estudo iniciou um pertinente debate acerca das competências de campo das RMAB para atuação no contexto das RAS. No entanto, novos estudos sobre competências de campo e núcleo da Atenção Básica e demais especialidades da rede de atenção são necessários para definição e regulamentação de diretrizes e eixos de formação, imprescindíveis para a orientação dos processos avaliativos das residências.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS <sup>f</sup>

1. Rosa SD, Lopes RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab Educ e Saúde*. 2009;7(3):479–98.
2. Haddad AE, et al. Introdução: A trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil. In: Brasil Ministério da Saúde Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde Departamento de Gestão da Educação na Saúde Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p. 11–6.
3. Marcos M, Demarzo P, Inez M, Anderson P. A Medicina de Família e Comunidade e a Graduação em Medicina no Brasil. 2006;1(I):2005–7.
4. Torres OM, Viana L de O, Terra MG. “O Teatro Mágico” das Residências em Saúde no Brasil: caminhos de uma política pública. Universidade Federal de São Paulo; 2015.
5. da Silva CH. Murialdo : história e construção na Saúde Coletiva do Rio Grande do Sul. 2002;105–15.
6. Ramos A, et al. Residência em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. In: Haddad FE et al, organizadores Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília; 2006. p. 375–90.
7. MH M, editor. Os médicos no Brasil: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997.
8. VL P. Residência multiprofissional em saúde: de aventura quixotesca à política de formação de profissionais para o SUS. 2010.
9. Falk JW. A Medicina de Família e Comunidade e sua entidade nacional: histórico e perspectivas. *Rev Bras Med Família e Comunidade*. 2004;1(1):5–10.
10. Brunholi G do N. Caminhando pelo fio da história: a Residência Multiprofissional em Saúde nos espaços de construção da política de formação de trabalhadores para o SUS. 2013;1–198. Disponível em: [http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/1284/1/Dissertacao Gislene do Nascimento Brunholi.pdf](http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/1284/1/Dissertacao%20Gislene%20do%20Nascimento%20Brunholi.pdf)

---

<sup>f</sup> Seguindo as normas do Programa de Mestrado em Políticas Públicas em Saúde, vinculado à Fiocruz Brasília, as referências bibliográficas seguiram o estilo Vancouver. Este item contempla apenas as referências descritas no corpo desta dissertação. As referências dos artigos serão apresentadas separadamente.

11. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília; 1988.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de direitos humanos. Lei 8080/90 SUS. 2008;1–13.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Introdução. In: Neto MM da C, editor. A implantação da Unidade de Saúde da Família Caderno 1. Ministério. Brasília; 2000. p. 44.
14. Martins Junior T, Parente JRF, Sousa FL, Sousa MST. A residência multiprofissional em saúde da família de Sobral-Ceará. *Revista Sanare*. 2008;7(2):23–30.
15. Campos F, Pierantoni C, Machado M. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. *Cad RH Saúde/ Ministério da Saúde, Secr Gestão do Trab e da Educ na Saúde - Vol3, n 1* [Internet]. 2006;13–29. Disponível em: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle>
16. Saúde BM da. Portaria nº 18 , de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. *Diário Oficial da União*. 2004.
17. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.996, DE 20 DE AGOSTO DE 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 2013.
18. Brasil. Lei 11.129, de 30 de junho de 2005. 2005;5. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm)
19. Brasil. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução Nº 5, de 7 de novembro de 2014. 2004.
20. Nascimento DDG do, Oliveira MAC de. A Política de Formação de Profissionais da Saúde para o SUS: Considerações sobre a Residência Multiprofissional em Saúde da Família. *Rev Min Enf*. 2006;10(4):435–9.
21. Lobato CP, Melchior R, Rossana Staeve Baduy. A dimensão política da formação dos profissionais de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro; 2012;1273–91.
22. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2004;14(1):41–65.
23. Pagliosa FL, Da Ros MA. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Rev Bras Educ Med* [Internet]. 2008;32(4):492–9. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-)

- 55022008000400012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
24. Brito JC De. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. *Cad Saude Publica*. 2005;21(5):1612–4.
  25. Feuerwerker L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface - Comun Saúde, Educ* [Internet]. 2005 [Acesso em 01 mai 2017], 9(18):489–506. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414)
  26. Viana ALD, Lima LD de, Oliveira RG de. Descentralização e federalismo: a política de saúde em novo contexto-lições do caso brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2002 [Acesso em 01 mai 2017], 7(3):493–507. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%5Cn/csc/v7n3/13027.pdf>
  27. Viana AI, Lima L de, Ferreira M. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2317–26.
  28. Souza RR De. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2001;6(2):451–5.
  29. Bueno WS, Merhy EE. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? 10 Conferência Nac Saúde Online [Internet]. 1996; Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>
  30. Trevisan LN, Junqueira LAP. Construindo o “pacto de gestão” no SUS: da descentralização tutelada à gestão em rede. *Cien Saude Colet*. 2007 [Acesso em 01 mai 2017], 12(4):893–902.
  31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM nº 95, de 28 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar/ Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 114 p.
  32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 399/GM de 22 de Fevereiro de 2006. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2006 [Acesso em 01 mai de 2017];1–23. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf)
  33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Pacto Pela Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 2 p. Disponível em: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf>

34. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 [Internet]. Diário Oficial da União. 2010 [Acesso em 03 mar 2017]. Disponível em:  
[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)
35. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010. 2297-2305 p.
36. Kuschmir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2307–16.
37. Mendes EV. Capítulo 1 - A Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde. In: *A construção social da Atenção Primária à Saúde*. CONASS; 2015. p. 309–44.
38. Silva SF da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011;16:2753–62.
39. Balista SRR, Santiago SM, Corrêa Filho HR. A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no Município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo. *Cad Saude Publica*. 2011;27(4):759–68.
40. Shimizu HE. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [Acesso em 03 mar 2017], 23(4):1101–22. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312013000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
41. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. 2011;1–16.
42. Fausto M, Giovanella L, Mendonça Helena Magalh M, Seidl H, Gagno J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. *Saúde debate* [Internet]. 2014 [Acesso em 03 mar 2017], 38:13–33. Disponível em:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042014000600013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600013)
43. Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde : da pirâmide ao círculo , uma possibilidade a ser explorada. *Caderno Saúde Pública*. Rio de Janeiro; 1997;13(3):469–78.
44. Gomes A. Modelos Assistenciais em Saúde : desafios e perspectivas. 2000;1–7.
45. Magalhães Junior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. *Divulgação Em Saúde Para Debate*. Rio de Janeiro; 2014.

46. Ministério da Saúde. *Gestor: perguntas frequentes. Programa Mais Médicos. Governo Federal*. [Internet]. Brasília. [Acesso em 15 jul 2017]. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/perguntas-frequentes-de-gestores>
47. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Planejamento e Regulação da Provisão de Profissionais de Saúde. Relatório de Planejamento Estratégico 2016. Brasília;
48. Nascimento DDG. A Residência Multiprofissional em Saúde da Família como Estratégia de Formação da Força de Trabalho para o SUS. 2008;142.
49. Püschel VA de A. A mudança curricular do Bacharelado em Enfermagem da escola de Enfermagem da USP: análise documental e vivência dos participantes [Internet]. Universidade de São Paulo; 2011[Acesso em 15 jul 2017]. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/7/tde-03072014-093555/>.
50. Brasil. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução n. 2 CNRMS, de 13 de abril de 2012. Dispõe sobre diretrizes gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de saúde. 2012. p. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília.
51. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na educação médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; 2002.
52. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família : paradoxos e perspectivas. Carbohydrate Research [Internet]. 2005 [Acesso em 15 jul 2017], 21(2):490–8. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/B6TFF-42NJFBD>

**APÊNDICE A***Survey eletrônico: Residentes***Pesquisa Competências Profissionais da Atenção Básica para a Atuação nas RAS**

Convidamos você a responder o questionário do projeto de pesquisa intitulado "Formação de Especialistas no Brasil: Desafios da inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família no contexto das Redes de Atenção à Saúde". Isto lhe tomará somente cerca de 15 minutos.

O preenchimento deste questionário é voluntário e as respostas serão analisadas de forma anônima. Na forma da lei e das demais normas de ética em pesquisa, os dados serão utilizados para fins de pesquisa, garantida a proteção às informações de caráter pessoal. O projeto desta pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, processo CAE 56196116.8.0000.8027. Caso tenha qualquer dúvida em relação à pesquisa, estarei a disposição para te ajudar através do e-mail [pesquisacompetenciaeredes@gmail.com](mailto:pesquisacompetenciaeredes@gmail.com) ou pelo contato direto com a pesquisadora [cassia.andrade.nutri@gmail.com](mailto:cassia.andrade.nutri@gmail.com)

1) Participação na pesquisa:

1. Aceito participar desta pesquisa e declaro que estou ciente de seus aspectos éticos, bem como dos objetivos e demais informações de meu interesse.
2. Não aceito participar desta pesquisa.

**TURMA DE RESIDÊNCIA**

2) Você está cursando atualmente o segundo ano da formação da Residência Multiprofissional em Atenção Básica/Saúde da Família: (Se sim, continuar o questionário. Se não, encerrar).

1. SIM
2. NÃO

**PERFIL**

3) Qual a sua data de nascimento? (dd/mm/aaaa) :

4) Estado (UF) de origem?

5) Sexo:

1. FEMININO
2. MASCULINO

6) Curso de graduação:

1. BIOMEDICINA
2. CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
3. EDUCAÇÃO FÍSICA
4. ENFERMAGEM
5. FARMÁCIA
6. FISIOTERAPIA
7. FONOAUDIOLOGIA
8. MEDICINA VETERINÁRIA
9. NUTRIÇÃO
10. ODONTOLOGIA
11. PSICOLOGIA
12. SAÚDE COLETIVA
13. SERVIÇO SOCIAL
14. TERAPIA OCUPACIONAL
15. OUTRO

7) Se outro, especificar qual curso:

8) Estado (UF) da Instituição de Ensino Superior que concluiu a graduação:

9) Data de conclusão do curso de graduação:

10) Assinale quais dos programas sociais ou incentivos citados abaixo você fez uso para cursar sua graduação:

- ( ) 1. Programa de Financiamento Estudantil (FIES).  
 ( ) 2. Programa Universidade para Todos (PROUNI).  
 ( ) 3. Acesso por cotas.  
 ( ) 4. Plano Nacional de Assistência Estudantil (PNAES).  
 ( ) 5. Linha de crédito bancário.  
 ( ) 6. Não fiz uso de nenhum programa social ou incentivo.

11) Durante a graduação, você participou de algum projeto/programa no qual pôde vivenciar a atenção básica?

- ( ) 1. SIM  
 ( ) 2. NÃO

12) Com relação à pergunta anterior, as atividades desenvolvidas na atenção básica durante a graduação foram de origem:

- ( ) 1. Curricular  
 ( ) 2. Extra curricular  
 ( ) 3. Curricular e extra curricular

13) Depois que terminou a graduação e antes de iniciar a Residência, você atuou na Atenção Básica?

- ( ) 1. SIM  
 ( ) 2. NÃO

14) Por quanto tempo?

- ( ) 1. Menos de 3 meses  
 ( ) 2. De 3 a 6 meses  
 ( ) 3. De 6 meses a 1 ano  
 ( ) 4. De 1 a 3 anos  
 ( ) 5. De 3 a 6 anos  
 ( ) 6. Acima de 6 anos

15) Estado (UF) da Residência que está cursando:

16) Além da especialização em andamento na Residência Multiprofissional da Atenção Básica, você possui algum outro título de pós-graduação e/ou residência? :

- ( ) 1. SIM  
 ( ) 2. NÃO

17) Se sim, especifique:

#### COMPETÊNCIAS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Entende-se por “Rede SUS local” o conjunto de serviços e equipamentos da Atenção Básica, Especializada e Alta Complexidade que compõem o Sistema Único de Saúde no município ou região de saúde.

18) Considerando o território de abrangência da Residência, você conhece serviços e equipamentos que compõem a Rede SUS local?

- ( ) 1. Sim  
 ( ) 2. Parcialmente  
 ( ) 3. Não

19) De acordo com sua prática, marque a frequência de ação de cada uma das afirmações abaixo:

	Nunca	Raramente	Frequentemente
Em minha atuação na residência, eu faço contato com diferentes serviços/equipamentos da Rede SUS local.			
Eu articulo ações conjuntas com profissionais/atores de outros			

níveis de atenção.			
Proponho atividades que integrem a atenção básica e os demais serviços/equipamentos da Rede SUS local.			

20) Baseado na sua prática, com que frequência você consegue desenvolver as atividades listadas abaixo, relacionadas à articulação com outros serviços e equipamentos da Rede SUS local?

	Nunca	Raramente	Frequentemente
Acompanhamento do usuário em outros serviços.			
Matriciamento/Atendimento compartilhado com profissionais da rede.			
Discussão clínica de casos do território (ex. estudo de caso, projeto terapêutico singular) com profissionais da rede.			
Atividades coletivas de prevenção e promoção da saúde (ex. grupos, campanhas socioeducativas) com outros profissionais da rede.			
Visitas domiciliares compartilhadas com outros profissionais da rede (ex. atenção domiciliar, saúde mental).			

21) Ainda em relação a pergunta anterior, se existirem outras atividades relacionadas a sua atuação junto a outros serviços da Rede SUS local, especifique:

22) Com relação à sua prática, quais os fatores que limitam a vivência das atividades de articulação com a Rede SUS local? Comente sua opinião.

23) Quais os serviços/equipamentos que você vivenciou durante a Residência?

- 1. Unidade básica de saúde
- 2. Controle social (ex. conselho local/municipal de saúde)
- 3. Rede hospitalar, de urgência e emergência (ex. Hospitais, UPAS e demais serviços)
- 4. Centros especializados (ex. CAPS, Centro de Reabilitação e demais serviços)
- 5. Vigilância em Saúde (ex. Vigilância Epidemiológica, Sanitária, CEREST)
- 6. Secretaria/coordenação de Atenção Básica
- 7. Outros
- 8. Ainda não vivenciei

24) Se outros, exemplifique:

25) Como você define, até o momento, a relação teoria e prática vivenciada na Residência:

- 1. As aulas teóricas não são problematizadoras e não fazem nenhuma relação com a minha vivência no território.

- ( ) 2. As aulas teóricas não são problematizadoras e pouco fazem relação com a minha vivência no território.
- ( ) 3. As aulas teóricas não são problematizadoras e fazem relação com a minha vivência no território.
- ( ) 4. As aulas teóricas não são problematizadoras, mas eu busco, de forma independente, conhecimentos que condizem com a minha vivência no território.
- ( ) 5. As aulas teóricas são problematizadoras e não fazem nenhuma relação com a minha vivência no território.
- ( ) 6. As aulas teóricas são problematizadoras e pouco fazem relação com a minha vivência no território.
- ( ) 7. As aulas teóricas são problematizadoras e fazem relação com a minha vivência no território.
- 26) Como é a sua relação com o serviço de saúde no qual você atua?
- ( ) 1. Os serviços acolhem as suas críticas e incorporam suas propostas de mudança.
- ( ) 2. Os serviços acolhem as suas críticas.
- ( ) 3. Os serviços não acolhem as suas críticas e nem incorporam suas propostas de mudança.
- ( ) 4. Os serviços não acolhem as suas críticas.
- ( ) 5. Nenhuma das opções acima.
- 35) Comente sua resposta.
- 36) Quais as contribuições do processo formativo da Residência para a sua formação profissional? Comente sua resposta.
- 37) Em relação ao desenvolvimento de competências profissionais na residência, você se sente preparado para atuar no contexto da Rede SUS local? :
- ( ) 1. Sim, me sinto preparado
- ( ) 2. Talvez, não me sinto seguro
- ( ) 3. Não, a formação deixa a desejar
- 38) Em sua opinião, quais competências precisam ser desenvolvidas ao longo da formação na Residência para atuação na Rede SUS local?

**APÊNDICE B**  
*Survey eletrônico: Coordenadores*

Pesquisa Competências Profissionais da Atenção Básica para a Atuação nas RAS

Prezado(a) Coordenador(a),

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa intitulada "Formação de Especialistas no Brasil: Desafios da inserção da Residência Multiprofissional em Saúde da Família no contexto das Redes de Atenção à Saúde". Isto lhe tomará somente cerca de 15 minutos.

O preenchimento deste questionário é voluntário e as respostas serão analisadas de forma anônima. Na forma da lei e das demais normas de ética em pesquisa, os dados serão utilizados para fins de pesquisa, garantida a proteção às informações de caráter pessoal. O projeto desta pesquisa foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa, processo CAE 56196116.8.0000.8027.

Caso tenha qualquer dúvida em relação à pesquisa, estarei a disposição para te ajudar através do e-mail [pesquisacompetenciaeredes@gmail.com](mailto:pesquisacompetenciaeredes@gmail.com) ou pelo contato direto com a pesquisadora [cassia.andrade.nutri@gmail.com](mailto:cassia.andrade.nutri@gmail.com)

1) Participação na pesquisa:

1. Aceito participar desta pesquisa e declaro que estou ciente de seus aspectos éticos, bem como dos objetivos e demais informações de meu interesse.

2. Não aceito participar desta pesquisa.

PERFIL

2) Sexo:

1. FEMININO

2. MASCULINO

3) Curso de graduação:

4) Especifique:

5) Maior titulação acadêmica:

1. ESPECIALIZAÇÃO

2. MESTRADO

3. DOUTORADO

4. PÓS-DOUTORADO

5. LIVRE DOCÊNCIA

6. OUTRO

6) Se outro, especifique:

7) Área da maior titulação: :

8) Há quanto tempo você desempenha a função de coordenação da Residência?

1. Menos de 3 meses

2. De 3 a 6 meses

3. De 6 meses a 1 ano

4. De 1 a 3 anos

5. De 3 a 6 anos

6. Acima de 6 anos

9) Estado (UF) de programa:

10) Ano de início/criação da Residência:

**COMPETÊNCIAS E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Entende-se por "Rede SUS local" o conjunto de serviços e equipamentos da Atenção Básica, Especializada e Alta Complexidade que compõem o Sistema Único de Saúde no município ou região de saúde.

11) Das estratégias pedagógicas citadas abaixo, quais são utilizadas pelo seu programa para aproximar a teoria/ prática? :

1. Momentos teóricos didáticos

- 2. Oficinas/Seminários
  - 3. Projeto de intervenção
  - 4. Vivência de extensão
  - 5. Visitas técnicas
  - 6. Matriciamento
  - 7. Estudo dirigido e estudo de caso
  - 8. Apoio institucional
  - 9. Grupo de estudos multiprofissional
  - 10. Grupo de estudo de categorias
  - 11. Planejamento participativo
  - 12. Atividades de pesquisa
- 12) Especifique as demais estratégias pedagógicas utilizadas:
- 13) Quais serviços/equipamentos são ofertados aos residentes durante a Residência? :
- 1. Unidade básica de saúde
  - 2. Controle social (ex. conselho local/municipal de saúde)
  - 3. Rede hospitalar, de urgência e emergência (ex. Hospitais, UPAS e demais serviços)
  - 4. Centros especializados (ex. CAPS, Centro de Reabilitação e demais serviços)
  - 5. Vigilância em Saúde (ex. Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, CEREST)
  - 6. Secretaria/coordenação de Atenção Básica
  - 7. Outros
- 14) Especifique os demais serviços ofertados:
- 15) A Resolução CNRMS nº 3/2010 regulamenta que 80% da carga horária total da residência (4608 h.) destina-se a atividades práticas. Considerando apenas a carga horária prática, qual o “percentual aproximado” de atividades desenvolvidas na Atenção Básica:
- 1. 10%
  - 2. 20%
  - 3. 30%
  - 4. 40%
  - 5. 50%
  - 6. 60%
  - 7. 70%
  - 8. 80%
  - 9. 90%
  - 10. 100%
- 16) Existem estratégias institucionais ou locais de articulação entre os residentes e os profissionais/atores da Rede SUS local?
- 1. SIM
  - 2. NÃO
- 17) Cite as estratégias institucionais ou locais utilizadas pelo seu programa:
- 18) Sabendo que há uma pactuação prévia com a gestão local para a disponibilidade dos serviços do SUS para a Residência, existem dificuldades ou fatores que impactem na vivência dos residentes nestes espaços?
- 1. SIM
  - 2. NÃO
- 19) Justifique sua resposta:
- 20) Como se dá o apoio da gestão local no seu programa de residência?
- 21) Como a gestão local poderia favorecer a formação da residência nos serviços das redes de atenção?
- 22) Qual o perfil do egresso almejado para atuação no SUS?
- 23) Em sua opinião, quais competências precisam ser desenvolvidas ao longo da formação na Residência para atuação na Rede SUS local?

## ANEXO

## LISTA DE PROGRAMAS DE RMAB PARTICIPANTES DO SURVEY ELETRÔNICO

N.	INSTITUIÇÕES PROPONENTES	UF	MUNICIPIO
1.	HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE RPUSP	SP	RIBEIRAO PRETO
2.	FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO	PE	RECIFE
3.	HOSPITAL MUNICIPAL DR MARIO GATTI	SP	CAMPINAS
4.	UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA	BA	SALVADOR
5.	FUNDACAO DE INTEGRACAO, DESENVOLVIMENTO E EDUCACAO DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – FIDENE	RS	IJUI
6.	FUNDACAO DAS ESCOLAS UNIDAS DO PLANALTO CATARINENSE	SC	LAGES
7.	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS	MG	MONTES CLAROS
8.	UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIENCIAS DA SAUDE DE ALAGOAS - UNCISAL	AL	MACEIO
9.	MUNICIPIO DE SOBRAL	CE	SOBRAL
10.	UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA	BA	SALVADOR
11.	HOSPITAL METROPOLITANO ODILON BEHRENS – HOB	MG	BELO HORIZONTE
12.	ESCOLA DE SAUDE PUBLICA DO CEARA	CE	FORTALEZA
13.	SECRETARIA DE SAUDE	PB	JOAO PESSOA
14.	ASSOCIACAO EDUCACIONAL LUTERANA DO BRASIL – AELBRA	RS	CANOAS
15.	FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE – FMS	TO	PALMAS
16.	FUNDACAO SAO PAULO	SP	SAO PAULO
17.	UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS	AM	MANAUS
18.	FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PERNAMBUCO	PE	RECIFE
19.	FUNDACAO UNIVERSIDADE DO VALE DO ITAJAI	SC	ITAJAI
20.	MUNICIPIO DE BELO HORIZONTE	MG	BELO HORIZONTE

21.	FUNDACAO UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SC UDESC	SC	FLORIANOPOLIS
22.	FUNDO ESTADUAL DE SAUDE DO ESTADO DA BAHIA	BA	SALVADOR
23.	FUNDACAO OCTACILIO GUALBERTO	RJ	PETROPOLIS
24.	FUNDACAO ESTATAL SAUDE DA FAMILIA – FESF	BA	SALVADOR