

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

Paula Adalgisa Freire de Souza

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE:  
reflexões sobre preceptoria e práticas pedagógicas

Rio de Janeiro

2022

Paula Adalgisa Freire de Souza

**RESIDÊNCIAS EM SAÚDE:**  
reflexões sobre preceptoria e práticas pedagógicas

Dissertação apresentada a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do título de mestre ao Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Letícia Batista Silva

Rio de Janeiro

2022

**Catálogo na Fonte**

**Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio**

**Biblioteca Emília Bustamante**

**Marluce Antelo CRB-7 5234**

**Renata Azeredo CRB-7 5207**

S729r Souza, Paula Adalgisa Freire de  
Residências em saúde: reflexões sobre  
preceptoria e práticas pedagógicas / Paula  
Adalgisa Freire de Souza. - Rio de Janeiro, 2022.  
104 f.

Orientadora: Letícia Batista Silva

Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo  
Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim  
Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação  
Profissional em Saúde, 2022.

1. Residência em Saúde. 2. Formação em Saúde.  
3. Trabalho. 4. Educação. I. Silva, Letícia  
Batista. II. Título.

CDD 610.7

Paula Adalgisa Freire de Souza

RESIDÊNCIAS EM SAÚDE:  
reflexões sobre preceptoria e práticas pedagógicas

Dissertação apresentada a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito parcial para a obtenção do título de mestre ao Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde, da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz.

Aprovada em 27/06/2022

BANCA EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Letícia Batista da Silva – Fiocruz/EPSJV

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marise Nogueira Ramos – Fiocruz/EPSJV

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliane Martins de Souza Guimarães – UFF

*Dedico este trabalho à minha avó e madrinha  
Adalgisa Freire, meu eterno amor!*

## AGRADECIMENTOS

Chegar até aqui foi muito difícil. Em uma conjuntura desfavorável para a realização desse mestrado, pois foi afetada pelo contexto pandêmico causado pelo novo coronavírus (COVID-19). O ritmo de trabalho se acelerou. O cotidiano profissional repleto de incertezas e tensão era rotina. O medo de adoecer e transmitir o vírus para familiares próximos era enorme. Durante o mestrado ainda vivi um luto doloroso (que ainda dói), perdi uma das pessoas que mais amei na vida e que também me amou muito, minha avó Adalgisa, mais conhecida como Dona Zizi, a quem dedico este trabalho. Agradeço a ela por tudo que representou e que ainda representa na minha vida, foi minha avó, minha madrinha, minha mãe, meu amor.

Agradeço à Deus. À minha família (especialmente aos meus pais, Solange de Castro e Paulo César) que sempre me apoiou nas minhas escolhas e entendeu minha ausência por diversas vezes. Ao meu esposo, Hugo Arca, meu amor, por toda compreensão, escuta nos momentos mais difíceis e por ter me ajudado nas orientações técnicas para formatação deste trabalho. À minha irmã, Fernanda Freire, e à minha sobrinha, Agatha Freire (esta tornou meus dias mais leves, é minha alegria de viver). Às minhas amigas de longa data, que sempre se disponibilizaram em me escutar nos momentos mais angustiantes. À minha orientadora, Letícia Batista pela dedicação, paciência e contribuição para a realização deste trabalho. Às professoras Marise Ramos e Eliane Guimarães pelo aceite e contribuições na banca. À Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV) pela acolhida e por ter me proporcionado momentos de conhecimentos, e pela oportunidade de conhecer professores e colegas de turma incríveis.

*“A educação é um ato político.”*

*Dermerval Saviani, 2012.*

## RESUMO

A residência é definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, desenvolvida em regime de dedicação exclusiva, voltada para a educação em serviço e abrangendo as profissões da área da saúde. Nesse contexto, a atuação do preceptor é de fundamental importância na residência em saúde, uma vez que é ele que medeia a inserção do residente no serviço. A presente dissertação tem como objeto de estudo a residência em saúde com foco na preceptoria e as práticas pedagógicas. O objetivo geral deste estudo é discutir as práticas de preceptoria e as concepções que comparecem nas práticas pedagógicas nos programas de residência em saúde. À luz do materialismo histórico-dialético, foi utilizada como estratégia metodológica a pesquisa bibliográfica a partir de obras de referência nos temas tratados e a revisão integrativa de artigos científicos buscando abordar duas questões: processos de formação de preceptores e as concepções acerca das práticas pedagógicas na preceptoria em saúde. Os resultados apontaram para uma concepção fragmentada de formação e de prática pedagógica, tratando as metodologias ativas como autonomizadas dos processos sociais e históricos no interior do SUS. Por fim, o estudo buscou também apontar algumas contribuições da pedagogia histórico crítica para pensarmos a residência em saúde.

Palavras-chave: Trabalho. Educação. Formação em Saúde. Residência em Saúde.

## **ABSTRACT**

The residency is defined as a *lato sensu* postgraduate teaching modality, developed on an exclusive dedication basis, focused on in-service education and covering health professions. In this context, the role of the preceptor is of fundamental importance in health residency, since it is he who mediates the insertion of the resident in the service. The present dissertation has as its object of study the residency in health with a focus on preceptorship and pedagogical practices. The general objective of this study is to discuss preceptorship practices and the concepts that appear in pedagogical practices in health residency programs. In the light of dialectical historical materialism, bibliographic research was used as a methodological strategy based on works of reference on the topics covered and the integrative review of scientific articles seeking to address two questions: processes of qualification preceptors and conceptions about pedagogical practices in preceptorship in health. The results pointed to a fragmented conception of qualification and pedagogical practice, treating active methodologies as autonomous from the social and historical processes within the SUS. Finally, the study also sought to point out some contributions of critical historical pedagogy to think about residency in health.

Keywords: Job. Education. Health Qualification. Health Residency.

## LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACAVV	Atendimento à Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência
CAIDS	Coordenação de Atendimento à Aids
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CF	Constituição Federal
CNRM	Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESP/ RS	Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
EUA	Estados Unidos da América
FAS	Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social
HU	Hospital Universitário
HUAP	Hospital Universitário Antonio Pedro
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MAP	Metodologias Ativas de Aprendizagem
MEC	Ministério da Educação
MFC	Medicina da Família e Comunidade
MPAS -	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OS	Organização Social
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento
PPA	Plano de Pronta Ação
RM	Residência Médica
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINPAS -	Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social

SNS	Sistema Nacional de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UNB	Universidade de Brasília
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UFF	Universidade Federal Fluminense
USP	Universidade de São Paulo

## Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	TRABALHO NUMA PERSPECTIVA ONTOLÓGICA E O TRABALHO EM SAUDE 18	
2.1	Breve resgate ontológico e histórico da categoria trabalho .....	18
2.2	Características histórico-sociais do trabalho em saúde.....	21
3	O HOSPITAL MODERNO E AS ORIGENS DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE.....	27
3.1	Constituição do Hospital como Instituição Terapêutica .....	27
3.2	A Modalidade Residência no Brasil: alguns apontamentos históricos .....	31
4	REFORMA SANITÁRIA, CONSTITUIÇÃO DO SUS E A QUESTÃO DA PRECEPTORIA .....	37
4.1	Reforma Sanitária e a Constituição do SUS: algumas ponderações.....	37
4.2	Implementação do SUS: dialogando com avanços, retrocessos e desafios .....	46
4.3	Processo de Trabalho em Saúde e Preceptoria .....	49
5	PRECEPTORIA EM SAÚDE E CONCEPÇÕES PEDAGÓGICAS .....	55
5.1	Uma revisão integrativa sobre preceptoria em saúde e concepções pedagógicas: mapeando tendências .....	55
5.1.1	Considerações sobre a formação de preceptores .....	58
5.1.2	Considerações sobre as práticas pedagógicas.....	60
5.2	Dialogando com os achados: a teoria do capital humano e a pedagogia das competências.....	63
5.3	A Pedagogia Histórico Crítica: educação e formação numa perspectiva histórica e social	75
5.4	Contribuições da Pedagogia Histórico Crítica para Pensar a Residência em Saúde	.82
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	89
	REFERÊNCIAS .....	92

## 1 INTRODUÇÃO

Este estudo foi desenvolvido na interface entre trabalho, educação e saúde, especialmente a partir da formação realizada via residência multiprofissional em saúde, tomando como objeto de estudo a preceptoria e as práticas pedagógicas. Neste sentido, o objetivo geral desta dissertação é discutir as práticas de preceptoria e as concepções que compõem nas práticas pedagógicas nos programas de residência em saúde.

Foi durante a atuação como assistente social, preceptora e representante do Serviço Social no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), vinculado à Universidade Federal Fluminense (UFF), que surgiu o interesse de analisar e discutir o trabalho pedagógico desempenhado por preceptores na residência multiprofissional. Parte-se do entendimento que a atividade de preceptoria é de suma importância nos processos de ensino em serviço na área da saúde que acontecem em vários espaços do Sistema Único de Saúde (SUS).

O marco de regulamentação das Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde<sup>1</sup> é a Lei 11.129/2005 que, em seus artigos 13º e 14º, institui a Residência em Área Profissional da Saúde e cria a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), compartilhando entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério da Saúde (MS) sua organização e funcionamento.

A residência é definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, desenvolvida em regime de dedicação exclusiva, voltada para a educação em serviço e abrangendo as profissões da área da saúde, com exceção da Medicina. Conforme Resolução nº 287/1998 do Conselho Nacional de Saúde, são elas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. As atividades da residência multiprofissional se desenvolvem com uma carga horária de 60 horas semanais<sup>2</sup> em

---

<sup>1</sup> Importante esclarecer que a residência multiprofissional é composta por programas de residência que agregam diferentes categorias profissionais em torno de um campo, como saúde mental, saúde da família, oncologia etc. e, também, os programas de residência em área profissional da saúde, também chamados de programas uniprofissionais.

<sup>2</sup> Como observam Silva e Castro (2020) sobre a portaria que antecedeu a vigente de 60h semanais – Portaria Interministerial MEC/MS nº 506/2008 – “na Portaria nº Interministerial MEC/MS 45/2007 a carga horária semanal dos residentes da multiprofissional e dos programas de área era de 40 (quarenta) a 60 (sessenta) horas. O argumento apresentado pelos técnicos do MS e do MEC para a fixação em 60 (sessenta) horas semanais foi o de uniformização de carga horária e valor de bolsa entre as residências médicas, uni e multiprofissionais. Em nenhum momento foi aventada a possibilidade de diminuição da carga horária da residência médica a fim de promover isonomia, mas optou-se pela fixação na carga horária máxima” (SILVA e CASTRO, 2020, p. 79). Concordamos com as autoras que apontem este como um retrocesso.

2 (dois) anos, promovendo uma carga horária total de 5.760 (cinco mil, setecentos e sessenta) horas.

Como assinalado pela Lei 11.129/2005, a modalidade residência consiste em um programa de cooperação intersetorial, para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS. Embora não ignoremos a existência de propostas de residências em instituições privadas, neste estudo nosso enfoque será na formação a partir do SUS. Em 2005 existam cerca de 22 (vinte e dois) programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) financiados pelo Ministério da Saúde, Silva (2018, p. 202) assinala que em 2016 estavam registrados na Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde cerca de 1.500 (mil e quinhentos) programas de residência uni e multiprofissional. Tal fato demonstra a expansão da modalidade residência em saúde no Brasil.

Cabe destacar que a partir de 2010 o financiamento das bolsas de residência passa a ser realizado pelo Ministério da Educação (MEC), havendo aumento significativo no número de bolsas como apontam Silva e Castro,

Sobre a evolução do financiamento de bolsas via MEC, observa-se um aumento de cerca de 700% entre os anos de 2010 e 2014. Conforme Relatório MEC (2014), no ano de 2010 foram concedidas 414 (quatrocentas e quatorze) bolsas; em 2011, 1.193 (mil, cento e noventa e três) bolsas; em 2012, 1.750 (mil, setecentas e cinquenta); em 2013, 3.155 (três mil, cento e cinquenta e cinco); e no ano de 2014 foram 3.322 (três mil, trezentas e vinte e duas) bolsas (SILVA e CASTRO, 2020, p. 84).

No momento não há relatórios ou documentos públicos da Comissão Nacional de Residência ou do Ministério da Educação que avancem na divulgação de dados para além de 2014<sup>3</sup>. De toda forma é possível apontar a expansão dos programas e do número de bolsas como uma tendência.

Pensar o desenvolvimento da residência como proposta de formação solicita a compreensão das contradições e possibilidades postas no SUS, especialmente no que se refere a formação dos trabalhadores da saúde.

A instituição do SUS representou um fundamental avanço político e social na noção de direitos sociais no Brasil. Nesse sentido, atuar na lógica do SUS significa alterar as formas tradicionais e hierárquicas de realizar o trabalho e a formação em saúde. A residência multiprofissional em saúde apresenta como proposta de intervenção a partir da reafirmação do

---

<sup>3</sup> No curso do desenvolvimento desta dissertação foram realizados contatos telefônicos e por e-mail com a secretaria da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, entretanto não obtivemos resposta que possibilitasse a atualização dos dados.

princípio da integralidade e do trabalho coletivo em saúde, tendo como eixo articulador as ações interdisciplinares no “fazer” e no “formar” em saúde.

Nessa perspectiva, surge no cenário como sujeitos dessa formação, residentes, coordenadores de programas, tutores e preceptores. Tendo estes últimos, conforme Resolução 2/2012<sup>4</sup> da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, a função de *supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa*. Essa função deverá ser exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista.

O artigo 14º da Resolução CNRMS 2/2012 define com competências do preceptor:

- I - Exercer a função de orientador de referência para o(s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;
- II - Orientar e acompanhar, com suporte do(s) tutor(es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP;
- III - elaborar, com suporte do(s) tutor(es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução;
- IV - Facilitar a integração do(s) residente(s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;
- V - Participar, junto com o(s) residente(s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;
- VI - Identificar dificuldades e problemas de qualificação do(s) residente(s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao(s) tutor(es) quando se fizer necessário;
- VIII - participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo(s) residente(s) sob sua supervisão;
- IX - Proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral;
- X - Participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;
- VI - Orientar e avaliar os trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitada a exigência mínima de titulação de mestre.

Como observado, as competências do preceptor são diversas e complexas, pois articulam o programa e o residente com o cotidiano dos serviços através de uma relação de contínua interação entre trabalho e formação. Sobre a palavra preceptor, Fajardo e Medeiros (2018, p. 202) asseveram que “designa o indivíduo que precedeu outro em determinada tarefa ou posto. É um lugar a ser ocupado por alguém que supostamente teve alguma experiência

---

<sup>4</sup> Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-n2-13abril-2012&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrm-n2-13abril-2012&Itemid=30192)>. Acesso em: 10 maio de 2022.

pregressa com aquilo que o residente deverá, a seu turno, provar.” No que se refere à relação estabelecida via formação entre preceptor e residente Silva e Capaz apontam:

A relação entre preceptor e residente não deve ancorar-se na transferência de conhecimentos e técnicas, mas em relação dialética, na possibilidade de produção de novos e revisitados saberes e fazeres. Essa postura não funde as figuras do preceptor e do residente, mas dá espaço para a curiosidade que pode gerar pesquisas, para as iniciativas que podem ser soluções para questões institucionais, para qualificação da prática profissional, para novas ações que atendam às necessidades de saúde etc. (SILVA e CAPAZ, 2013, p. 203).

A atuação do preceptor é de fundamental importância na residência em saúde, uma vez que é ele que medeia a inserção do residente no serviço. Como visto, faz parte das atribuições desse preceptor orientar e supervisionar esses residentes nas suas atividades desempenhadas, buscando a problematização dos processos de trabalho em saúde, assim como, discutir e refletir sobre questões relacionadas ao próprio exercício profissional na assistência aos/às usuários (as) do SUS. Desse modo, esse preceptor, para além de atuar na assistência, também desempenha papel pedagógico no sentido do desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem pelo trabalho em saúde.

Nesta dissertação o referencial teórico-metodológico utilizado é o materialismo histórico-dialético por compreendermos ser o método capaz de capturar a complexidade do movimento do real, a relação entre aparência e essência (NETTO, 2011). A discussão acerca da preceptoria e das práticas pedagógicas em uma formação “no” e “para” o trabalho em saúde no SUS<sup>5</sup> necessita a apreensão de elementos históricos e sociais para além do ato da preceptoria em si. Há no processo de compreensão do objeto totalidades complexas e dinâmicas, que assumem particularidades históricas na formação e na preceptoria em saúde via residência multiprofissional na sociedade capitalista, especialmente na periferia do capital.

Ramos (2014), discutindo o método histórico-dialético, a síntese de múltiplas determinações históricas e o projeto ético-político de formação de trabalhadores, assevera:

Epistemologicamente, o método histórico-dialético permite apreender as mediações que configuram a realidade, em sua historicidade e suas contradições, possibilitando a apreensão do real como concreto. O real não é fruto das ideias dos homens, o que faria com que se pudesse inventá-lo ou modificá-lo idealisticamente; nem é produzido por determinações externas a ele, o que o tornaria imutável, a despeito das ações humanas. Ao contrário, o pensamento histórico-dialético entende a realidade material e social como síntese de múltiplas determinações históricas, construídas pelos próprios homens na luta pela produção de sua existência. O real, portanto, é uma construção histórica e social e, assim, pode ser transformado pelos próprios homens, conforme a direção que se pretenda dar à humanidade (RAMOS, 2014, 208).

---

<sup>5</sup> Nesta dissertação nosso foco de análise é a formação e atuação no SUS.

Pensando a questão do educador – da relação entre o método materialista histórico dialético, a educação e o educador – Saviani (1991), indica este método como uma ferramenta que possibilita a passagem do senso comum para a consciência filosófica na compreensão da prática educativa do educador brasileiro. O autor assinala:

Com efeito, a lógica dialética não é outra coisa senão o processo de construção do concreto de pensamento (ela é uma lógica concreta) ao passo que a lógica formal é o processo de construção da forma de pensamento (ela é, assim, uma lógica abstrata). Por aí, pode-se compreender o que significa dizer que a lógica dialética supera por inclusão/incorporação a lógica formal (incorporação, isto quer dizer que a lógica formal já não é tal e sim parte integrante da lógica dialética). Com efeito, o acesso ao concreto não se dá sem a mediação do abstrato (mediação da análise como escrevi em outro lugar ou “detour” de que fala Kosik). Assim, aquilo que é chamado lógica formal ganha um significado novo e deixa de ser a lógica para se converter num momento da lógica dialética. A construção do pensamento se daria pois da seguinte forma: parte-se do empírico, passa-se pelo abstrato e chega-se ao concreto (SAVIANI, 1991, p.11).

Os apontamos de Netto (2011), Ramos (2014) e Saviani (1991) são nortes que possibilitam pensar a preceptorial em saúde, e as concepções pedagógicas, conectadas com processos históricos e sociais. E, nesse sentido, na esteira do materialismo histórico-dialético e na perspectiva da pedagogia histórico crítica<sup>6</sup> buscaremos discutir a relação entre preceptor e residente refutando as formas de transferência de conteúdo, assim como a realização de um trabalho em saúde como mera repetição. Para tanto é necessária a compreensão do preceptor como um trabalhador e que as discussões sobre as concepções pedagógicas nos processos de formação em saúde, além de considerar o preceptor e o processo de preceptorial como fundamentais na residência em saúde, também, ao mesmo tempo, considerar que estão inseridos em processos históricos mais amplos que compõem o cotidiano dos serviços de saúde.

A partir dessas considerações, apontamos que foi utilizada como estratégia metodológica a pesquisa bibliográfica a partir de obras de referência nos temas tratados e a revisão integrativa<sup>7</sup> de artigos científicos buscando responder à duas questões: Há processos

---

<sup>6</sup> Conceito que será retomado ao longo da dissertação, entretanto cabe destacar, como apontado por Saviani (2013, p.26), “[...] a pedagogia histórico-crítica entende a prática educativa como uma atividade mediadora no interior da prática social. Assim sendo, a primeira condição para se atuar de forma consistente no campo da educação é conhecer, da forma mais precisa possível, o modo como se encontra estruturada a sociedade na qual se desenvolve a prática educativa. Como sabemos, a forma de sociedade vigente no mundo atual e, portanto, também no Brasil define-se pelo domínio do capital. É essa a característica da sociedade atual.”

<sup>7</sup> Esse momento da pesquisa está sendo desenvolvido a partir do estudo “Estado da Arte da Preceptorial nas Residências em Saúde”, coordenado por Letícia Batista Silva, orientadora desta dissertação, e do qual faço parte na condição de pesquisadora assistente. O objetivo geral do estudo é mapear e discutir a produção científica referente ao tema preceptorial nas residências em saúde, buscando compreender práticas pedagógicas e processos de formação de preceptores. Através de revisão integrativa são tomadas como fontes de pesquisa bases de dados os artigos científicos publicados entre os anos de 2010 e 2020. Para fins da dissertação serão utilizados os resultados referentes a base de dados SciELO.

de formação de preceptores? Quais as concepções acerca das práticas pedagógicas na preceptoria em saúde?

Isto posto, esta dissertação encontra-se estruturada em quatro capítulos. No primeiro capítulo, o objetivo é apresentar a categoria trabalho, ontológica, fundante do ser social, assim como, a expressão histórica que o trabalho assume no modo de produção capitalista. No segundo capítulo, buscaremos apresentar as origens do hospital moderno, com fins terapêuticos, assim como resgatar historicamente os primórdios da residência em saúde.

No terceiro capítulo, o propósito é resgatar elementos da Reforma Sanitária, assim como da constituição do SUS a fim de que possamos destacar alguns avanços, retrocessos e desafios ao processo de trabalho em saúde e a preceptoria. No quarto e último capítulo, apresentaremos os resultados e a discussão da revisão integrativa realizada, trazendo reflexões sobre a teoria do capital humano, a pedagogia das competências e a pedagogia histórico-crítica.

Por fim, encerramos o trabalho com a apresentação de algumas reflexões finais.

## **2 TRABALHO NUMA PERSPECTIVA ONTOLÓGICA E O TRABALHO EM SAÚDE**

Neste capítulo buscaremos apresentar a categoria trabalho, ontológica, fundante do ser social, assim como a expressão histórica que o trabalho assume no modo de produção capitalista. Nessa esteira, pretendemos também apontar algumas características histórico-sociais do trabalho em saúde. Cabe destacar, conforme apontam Silva (2018) e Silva e Castro (2020) que a residência tem sido discutida como potência de formação abstraída da discussão do trabalho. Este capítulo buscar apresentar algumas bases fundamentais para esse debate.

### **2.1 Breve resgate ontológico e histórico da categoria trabalho**

Com o objetivo de uma breve introdução sobre a centralidade da categoria trabalho, torna-se necessário resgatar a historicidade dessa categoria. Segundo Marx, o trabalho é a base fundamental para a constituição do ser humano como ser social. É através do trabalho que o homem transforma a natureza, com o objetivo de atender às suas necessidades (subsistência). E, ao transformar a natureza buscando satisfazer as suas necessidades, ele transforma o mundo e a si mesmo (MARX, 1985).

O trabalho, nesse sentido, é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, através de sua própria ação, medeia, regula, controla seu metabolismo com a natureza, não se tratando, portanto, das primeiras formas instintivas de trabalho (NETTO; BRAZ, 2012). Ao transformar a natureza para satisfazer as suas necessidades, o ser humano produz outras novas, “que modulam e impulsionam seu devir ininterruptamente” (GOMES, 2017, p. 29).

Para Netto e Braz (2012), à diferença das atividades naturais, o trabalho se especifica por uma relação mediada entre o seu sujeito, ações executadas pelo ser humano em sociedade, e o seu objeto, representada pelas mais variadas formas da natureza, sendo elas orgânicas ou inorgânicas.

Segundo Ramos (2007), o trabalho em geral e o seu produto são criadores de riqueza e produtores de vida humana independente do tempo e do espaço, nesse sentido, “o trabalho humano tem uma determinação ontológica” (p. 31). Sobre a “ontologia”, a referida autora, como forma de buscar uma definição, enfatiza que a palavra remete - se a um processo de

reflexão a partir do conhecimento do ser enquanto ser “considerado em si mesmo, independentemente do modo pelo qual se manifesta” (idem).

Nas obras de Marx o trabalho é um elemento fundante do ser social, na sua mediação com a natureza e com outros seres humanos. E é pela capacidade teleológica que homens e mulheres se distinguem dos outros seres da natureza, pois vão além do instintivo, que atendem a satisfação de suas necessidades. A teleologia permite ao ser humano, antecipar sua ação, fazendo pensar em alternativas e escolha entre estas.

Conforme Silva (2017), o trabalho é a primeira e mais fundamental forma de objetivação do ser social, pois é através do mesmo, onde homens e mulheres estabelecem relação com a natureza e com outros seres humanos, que são produzidas as condições necessárias para a produção e reprodução da vida material. E é dessa relação material (que os seres humanos estabelecem com a natureza) que deriva a função social da categoria trabalho.

Para Gomes (2017), o trabalho consiste, considerando as suas diferentes conformações históricas, a base material na qual se estruturam as diversas sociedades humanas, que estabelecem uma relação dialética com outras dimensões societárias, estando entre elas a política, a cultural, a ideológica, entre outras. O referido autor também pontua que as “diferentes formas de organização societária correspondem, em última instância, a diferentes modos de produzir e reproduzir a existência humana” (GOMES, 2017, p. 29).

Na sequência, Gomes explicita que, dados os limites do corpo orgânico, sendo este capaz de executar tarefas para qual é designado, o ser humano acaba por superar sua estrutura biológica original, através do desenvolvimento dos instrumentos de trabalho, “desde os mais remotos e rudimentares até os mais avançados recursos tecnológicos contemporâneos, expressa o grau em que a capacidade humana de intervenção sobre o mundo se amplia para além do corpo orgânico” (GOMES, 2017, p. 29-30).

Ao longo de sua história, segundo Ramos (2007), o ser humano, que é um ser social, “organizou relações sociais de produção da vida que proporcionou o surgimento de diferentes formas de trabalho, por exemplo, o trabalho primitivo, o servil, o escravo e o assalariado” (p.32). Enfatiza ainda que, este último, “é próprio do modo de produção capitalista na moderna sociedade burguesa” (ibidem).

Marx (1985) aponta como fundamento do capitalismo a mercantilização e a obtenção da mais-valia e, nesse processo, estão incluídas as pessoas e as relações sociais. As elaborações

marxianas esclarecem que no capitalismo a mercadoria aparece de forma autônoma, ofuscando seu caráter social e, portanto, o trabalho de homens e mulheres.

Para que se realize a produção de mercadorias é necessária a divisão social do trabalho, onde as atividades executadas na produção ficam divididas entre os trabalhadores envolvidos no processo, ou grupos de trabalhadores. Outra condição para que haja a produção é a propriedade privada dos meios de produção. De acordo com Laurell; Noriega (1989, apud GOMES, 2017, p.31),

Os sujeitos, a depender de sua localização nas diferentes sociedades, têm de corresponder a determinados papéis e funções que lhes são prescritos. Esses papéis colocam exigências que implicam limites e possibilidades para o desenvolvimento de capacidades nas várias dimensões humanas – corporais, psíquicas, subjetivas, entre outras.

No modo de produção capitalista, o capitalista, além de proprietário dos meios de produção, ele também compra a força de trabalho (pois não é ele que executa o trabalho), para que, através dos meios de produção, essa força de trabalho possa produzir mercadorias.

Desenha-se, nesse contexto, a formação de duas classes sociais distintas, uma refere-se àquela que é detentora dos meios de produção, a classe burguesa (capitalista); a outra classe refere-se àquela que apenas tem sua força de trabalho para vender, a classe trabalhadora (proletária). Para tanto, essa força de trabalho necessita estar livre e disponível, ou seja, à venda, como uma mercadoria, para que os donos dos meios de produção possam comprá-la.

Nesse sentido, “em sociedades antagônicas como a capitalista, a primeira e mais fundamental determinação da localização dos sujeitos é a condição de classe social” (GOMES, 2017, p. 31). Ou seja, um grupo minoritário de indivíduos, por ser proprietário dos meios de produção da vida, explora um grande número de outros indivíduos e se abstém de trabalhar.

Ramos (2007, p. 28), ao refletir sobre a sociedade gerida pelo capital, afirma que

(...) trabalhamos para satisfazer as ‘necessidades’ do capitalista, qual seja, a de gerar lucro e de apropriar-se do produto de nosso trabalho para acumular riqueza. Nossas necessidades ficam reduzidas aos bens e serviços que nos mantêm vivos e em condições de trabalhar, os quais temos que comprar na forma de mercadorias com o nosso salário.

Revela-se, com isso, o duplo sentido do "trabalho", ao mesmo tempo que este atende às necessidades (ávidas) do capital de reproduzir seus lucros, é esse mesmo trabalho que também atende às necessidades do trabalhador (expropriado do produto de seu trabalho) na reprodução de sua subsistência, sendo ela material e espiritual.

## 2.2 Características histórico-sociais do trabalho em saúde

Segundo Ramos (2007), as necessidades em saúde de uma população são socialmente e historicamente determinadas e construídas, nesse sentido, o atendimento à essas necessidades se dá por meio de “políticas que expressam os princípios, os valores e as normas de sociabilidade próprios de determinadas fases de desenvolvimento do modo de produção capitalista” (p. 53). Desse modo, as ações promovidas para o atendimento dessas demandas por saúde são realizadas conforme a organização dos serviços destinados a esse fim, “configuradas politicamente segundo os modelos de Estado” (ibidem).

Posto que, em contrapartida, as necessidades sociais são produzidas historicamente através das relações que os homens desenvolvem para produzir e reproduzir a sua existência, numa análise ontológica, a atenção em saúde pode ser entendida como uma ação humana destinada ao cuidado do outro (ou para com o outro).

Se, por esse sentido, o trabalho não é uma mercadoria, mas a mediação primeira na produção da existência humana, o trabalho em saúde seria o meio pelo qual a existência é produzida e mantida como bem-estar físico, mental e social (RAMOS, 2007, p. 54).

De acordo com Ramos (2007), no modo de produção capitalista, o processo de transformação do trabalho em mercadoria, acaba por tornar o trabalho em saúde como um produtor de um “bem-estar definido pelos padrões de produção”. O ser humano, ao ser obrigado a transformar sua força de trabalho em fator de produção, “é reduzido em sua humanidade”. A mencionada autora, salienta que, nesse contexto, “o trabalho em saúde se reduz à produção e à manutenção de vidas objetivadas e reduzidas também a fatores de produção” (RAMOS, 2007, p. 54).

Existem especificidades na articulação dos elementos que constituem o processo de trabalho em saúde, quando relacionados com a definição clássica dos elementos estruturais gerais (elaborada por Marx<sup>8</sup>) que constituem o processo de trabalho: “agente, finalidade, objeto e instrumento” (VECCHIA, 2012, p. 25). Essas especificidades, segundo o referido autor, “justificam uma primeira aproximação ao processo de trabalho em saúde como trabalho médico, adicionando certa complexificação aos aspectos gerais do processo de trabalho voltado à produção de mercadoria” (ibidem).

---

<sup>8</sup> Marx (2010, apud VECCHIA, 2012, p. 25).

No sentido de problematizar as especificidades do trabalho médico, para Marx (2010, apud VECCHIA, 2012, p. 25), “o processo de trabalho é posto em ação por um agente que o faz dirigido por uma finalidade”. Os sujeitos da ação utilizam os instrumentos nas atividades realizadas visando transformar “certo objeto de trabalho diante de dadas finalidades” e, em meio a isso, entende-se, por definição provisória, que o “objeto” do processo de trabalho médico é o “corpo humano doente” (VECCHIA, 2012).

Sendo o “corpo humano doente” o “objeto” do processo de trabalho médico, este segue uma “normatividade social”<sup>9</sup>, que refere -se à reprodução das condições de vida das classes sociais. Vecchia (2012), relaciona três aspectos relacionados à classe trabalhadora (que não detém os meios de produção), que comprovam essa tese, sendo a primeira

(...) o corpo e a personalidade ‘normais’ são concebidos por referência à capacidade de trabalhar; (2) a referência para a terapêutica tomará como base as formas de utilização do corpo no qual é empregado; (3) as ‘marcas’ da situação econômica da força de trabalho na estrutura produtiva serão qualitativamente discriminadas (p. 31, *grifos do autor*).

Destaca-se que, segundo Vecchia (2012), os aspectos históricos e culturais, que estão inscritos na normatividade social, são suprimidos do objeto do trabalho médico. “Impõem-se às necessidades satisfeitas por essa prática a própria normatividade médica, a despeito da normatividade social em questão” (p. 31).

O referido autor ainda destaca que a prática médica atua no sentido de também garantir a reprodução da estrutura das classes sociais, através das suas “funções externas” e pela sua “organização interna”.

De certo modo, tal prática favorece a criação de condições materiais de reprodução da classe trabalhadora por intermédio da manutenção ou da recuperação da sua força de trabalho, ou da criação da expectativa de que pode fazê-lo. Contribui, ainda, o asseguramento de condições político-ideológicas de reprodução social do capitalismo quando propicia o controle de certas dimensões dos conflitos inerentes às contradições dessa forma de produção (VECCHIA, 2012, p. 46).

Gomes (2017) enfatiza que esse “corpo”, objeto do trabalho médico, não se reduz à dimensão orgânica, pois é socialmente investido, onde o médico opera “sobre um especial produto histórico-social”. Sendo esta observação válida para os referenciais que orientam as

---

<sup>9</sup> Na medida em que a multiplicidade das determinações que marcam o corpo diz respeito à forma pela qual o homem se relaciona com o meio físico e com os outros homens, e ainda às formas assumidas historicamente por essas relações, o corpo anátomo-fisiológico aparece como um corpo investido socialmente. É através das normas elaboradas na vida coletiva que o corpo se dimensiona e adquire significado por referência à especificidade da estrutura social. A normatividade social com relação ao corpo pode ser apreendida e expressa, em sua generalidade, pela presença, em qualquer sociedade, de concepções sociais sobre o corpo e seu uso adequado, bem como dos mecanismos que ela aciona para garantir possibilidades de sobrevivência aos indivíduos e, ainda, pelos efeitos de tais concepções e mecanismos, entre eles a própria duração da vida (DONNANGELO; PEREIRA, 1979, p. 25).

intervenções médicas. “Nos referenciais orgânicos de normalidade, encontram-se implícitos parâmetros de normalidade social emergidos das relações sociais” (GOMES, 2017, p.50).

A medicina moderna está inserida num contexto de relações capitalistas, se constituiu com a superação da medicina medieval, uma manifestação particular que é parte de um processo mais geral.

O processo revolucionário econômico-político e filosófico-científico que se inicia no século XV e consolida-se ao longo dos séculos XVI a XVIII tem como um de seus domínios importantes o estabelecimento de novas práticas e saberes, isto é, de novas formas de produção e de pensamento e interpretação do mundo (GOMES, 2017, p. 51).

Na sequência, o referido autor também coloca que,

Tanto a revolução científica moderna a partir do século XVII, quanto a Revolução Industrial no fim do século XVIII foram as forças motrizes fundamentais na construção de determinada forma de ciência e de tecnologia hoje hegemônica. A primeira revolução foi profundamente influenciada pelas novas formas produtivas em germe presentes na socialização e divisão manufatureiras do trabalho desenvolvidas a partir do século XVI (SWEEZY, 1971; MARX, 2001, apud GOMES, 2017, p. 51).

Uma questão importante é que os meios de trabalho são integrantes fundamentais das várias formas de práxis, aqui entendida, conforme conceito formulado por Marx, como uma atividade desempenhada pelo sujeito, de forma livre, independente e criativa, através da qual homens e mulheres criam, produzem e transformam seu mundo humano e histórico, como também, auto modificam-se. Segundo Gomes (2017, p. 54),

(...) esse conceito geral envolve, portanto, a dialética teoria-prática como fundamento da ação. Práticas sem fundamentos teóricos, assim como teorias que não subsidiem transformações práticas da realidade, não podem ser consideradas práxis.

Nesse contexto, a introdução da ciência e tecnologias no processo de trabalho acabam por servirem como instrumentos de trabalho dos agentes em atividades com finalidades específicas. E esses fins determinam a forma de agir, assim como, os instrumentos que serão utilizados. Assim, os meios de trabalho passam a determinar a atividade, pois “o agente tende a operar de acordo com as possibilidades que seus instrumentos (equipamentos, teorias) lhe propiciam, o que expressa o cunho reprodutor da ciência e tecnologia” (GOMES, 2017, p.54).

E, conforme Vazquez (1986, apud GOMES, 2017), ao se depararem com novos limites no atendimento à novas necessidades, os sujeitos acabam por produzir novos instrumentos, como também, aperfeiçoam ou substituem os já existentes. Nessa lógica, “é a dialética teoria-prática no âmbito da práxis” (ibidem).

Nesse sentido, com o aprofundamento da divisão social e técnica do trabalho,

(...) a dialética teoria-prática desloca-se do trabalhador individual para o âmbito do trabalhador coletivo. Os processos de produção de novas formas de intervenção e de tecnologias se encontram quase totalmente restritos a laboratórios e espaços de pesquisa relativamente distantes dos agentes aplicadores das mesmas. Esses, como práticos, mantêm-se em geral no papel de reprodutores das criações científico-tecnológicas e de seus pressupostos ideológico-epistemológicos (CAMARGO JUNIOR, 2003 apud GOMES, 2017, p. 54-55).

Sobre a divisão técnica do trabalho, essa expressa a contradição do modo de produção capitalista, distinguindo trabalho intelectual e trabalho manual, trabalho simples e complexo. Conforme Ramos (2007), "tal divisão distingue dirigentes e dirigidos e se objetiva na distribuição de tarefas e responsabilidades dos membros de um grupo de trabalho, de acordo com a natureza e o grau exigido de qualificação"(p. 55).

Nesse sentido, Vecchia (2012, p. 49) destaca que, no modo de produção capitalista, o capital necessita reproduzir sua dominação sobre o trabalho. Assim,

O domínio do trabalho de direção e supervisão sobre o de execução corresponderá ao domínio, por agentes distintos, do intelectual sobre o manual. Ademais, a eficácia desse domínio é obtida e assegurada à proporção que o próprio afastamento entre tais trabalhos oferece condições para sua justificação ideológica por parte daqueles que detêm o momento "mais intelectual".

A primeira forma do trabalho médico, no modo de produção capitalista, caracteriza-se na "pequena produção privada", característica essa que é peculiar ao modo de produção feudal (anterior ao capitalista). Nos países de capitalismo mais avançado, a partir do início do século XX, se dá o começo da "subordinação da medicina à dinâmica socializadora, tanto da assistência quanto do processo de trabalho, que lhe configurará como medicina tecnológica e seu agente como coletivo e assalariado" (GOMES, 2017, p. 59-60).

Na especificidade brasileira, no entanto, com uma formação capitalista periférica, essas relações sociais desenvolvem-se com particularidades e de forma tardia em relação ao centro do capitalismo. No Brasil, "a medicina liberal se estabelece no período de 1890-1920, e entre 1930 e 1960 alguns autores já evidenciam um processo de transição para a medicina tecnológica" (GOMES, 2017). Durante o século XIX, para Gomes (2017, p. 60),

(...) predomina a atenção aos agravos à saúde pelos práticos (parteiras, cirurgiões-barbeiros etc.), havendo poucos médicos atuantes, a maioria formada no exterior. Assim, a medicina artesanal de base liberal no Brasil se estabeleceu tardiamente e, além disso, de forma efêmera e bastante contraditória.

Segundo a análise do referido autor, a industrialização é o principal propulsor do processo de urbanização que possibilita o desenvolvimento de um mercado sólido de bens e serviços, estando entre eles, o serviço médico. Afirma ainda que, esse contexto, estimula o surgimento de uma estrutura produtiva de serviços que depende, fundamentalmente, da

formação de novos médicos. Portanto, é a partir do século XX, “com o primeiro ciclo industrializador brasileiro”, que dá início a um movimento de expansão progressiva do número de escolas médicas, buscando responder “ao aumento de demanda por serviços e profissionais até os dias atuais” (ibidem).

Ressalta-se, quanto ao agente de trabalho, as transformações do trabalho médico, como tendência de superação do trabalhador artesão, autônomo, aquele que domina o processo de produção em sua totalidade, pelo trabalhador coletivo que, com a divisão social e técnica do trabalho, passa a pertencer ao grupo de trabalhadores parcelares e especializados.

É relevante mencionar que com a divisão de funções no processo de trabalho e a introdução de novas ferramentas no processo de produção, o trabalhador perde a compreensão, de um modo geral, da totalidade desse processo. Outra questão é que o trabalho intelectual fica restrito a um pequeno grupo de agentes, deixando para a grande maioria a execução das atividades manuais (mecânicas).

Segundo Ramos (2007, p. 42),

O trabalho simples, portanto, é aquele reduzido à indiferença de quem o realiza, já que, para isto, não são exigidos mais do que conhecimentos elementares, como ler, escrever e contar, além de rudimentos técnico-procedimentais para o exercício das tarefas. Já o trabalho mais complexo se realiza por uma força de trabalho na qual entram custos mais altos de formação, cujo valor é mais elevado do que a força de trabalho simples.

O trabalho em saúde, atualmente, de forma majoritária, se realiza como trabalho coletivo. Ele é realizado por diversos profissionais da saúde e por outros trabalhadores que desenvolvem atividades de modo a manter a estrutura de atendimento institucional. Além disso, é desenvolvido com características da divisão parcelar (especializada) do trabalho.

É consenso a característica do trabalho em saúde como essencial, pois lida com a vida humana. Outra característica importante é o fato desse trabalho se situar no setor de serviços, pertencente a esfera da produção imaterial, ou seja, não tem como resultado do processo de trabalho a produção de um material (produto), que pode ser mercantilizado. Também, por estar inserido num contexto de relações capitalistas, esse trabalho é assalariado<sup>10</sup>, uma vez que o agente vende sua força de trabalho a uma instituição (empregador/a).

---

<sup>10</sup> O trabalho em saúde é predominantemente assalariado, no entanto, essa forma coexiste com outras, entre elas a do trabalho autônomo.

Nessa divisão técnica do trabalho, cada agente ou grupo profissional se organiza para a realização de uma parte da assistência em saúde. Porém, a classe médica, mesmo dominando o processo de trabalho em saúde, passa a delegar funções a outros profissionais de saúde, como exemplo, nutricionistas, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, dentre outros. E, mesmo inseridos num contexto de trabalho coletivo, são preservados o domínio do conhecimento específico de cada área de atuação profissional.

Segundo Gomes (2017, p. 89),

Constitui-se nas últimas décadas do século XX um processo de trabalho coletivo ampliado na assistência à saúde. O trabalho médico é um de seus integrantes, geralmente o maior centralizador e dirigente do processo assistencial, não raramente exercendo esse protagonismo de forma compartilhada com outros agentes.

Nesse processo de delegação das “práticas médicas” para outros profissionais, as atividades dos profissionais médicos vão se restringindo a atividades mais intelectuais e/ou manuais complexas. “Grande parte do cuidado direto ao usuário passa a ser atribuição de outros agentes que, por sua vez, também estão submetidos à dinâmica da divisão técnica do trabalho” (Ibidem, p. 90).

Ainda de acordo com os apontamentos de Gomes (2017),

Historicamente, o primeiro grupo de agentes a receber a delegação de parte das práticas médicas foi o dos trabalhadores de enfermagem. Inicialmente, as práticas delegadas eram de natureza manual e pouco complexa – curativos simples, prescrições de fácil realização – além dos tradicionais cuidados higiênicos dos usuários. Progressivamente, as práticas delegadas alcançam conteúdo mais complexo – avaliação de funções vitais, cuidados/curativos e prescrições mais importantes – até atingir na contemporaneidade funções manuais significativamente complexas e várias práticas predominantemente intelectuais (GOMES, 2017, p. 90).

Com a transferência das atividades, tanto intelectual como manual, a outros agentes assistenciais, a atuação médica passa a ter seu espaço profissional reduzido progressivamente ao “núcleo reflexivo-interventor” mais qualificado do cuidado. “A consulta dura alguns minutos, a cirurgia um pouco mais”, porém o sofrimento do usuário que permanece por um período mais longo é assistido e amparado, em grande parte, pelos demais trabalhadores da saúde (Ibidem).

### **3 O HOSPITAL MODERNO E AS ORIGENS DA RESIDÊNCIA EM SAÚDE**

Neste capítulo buscaremos apresentar as origens do hospital moderno, com fins terapêuticos, assim como resgatar historicamente os primórdios da residência em saúde.

#### **3.1 Constituição do Hospital como Instituição Terapêutica**

Ao contextualizarmos historicamente a assistência em saúde, é possível afirmar que, na Antiguidade, mesmo com civilizações altamente desenvolvidas em vários setores da atividade humana, há pouco registro sobre a organização dessas mesmas civilizações no atendimento às pessoas com enfermidades (LISBOA, 2002).

Com o advento do Cristianismo desenvolve-se uma assistência à população enferma, sobretudo aos grupos mais pauperizados, idosos, órfãos, viajantes e peregrinos, orientada por uma visão humanística. E é assim que a cura das enfermidades se organiza, como descreve Lisboa (2002), sendo sustentada pela contribuição cristã, desde os tempos apostólicos. São os sacerdotes e os sábios religiosos responsáveis pela assistência aos doentes e pela propagação de curas milagrosas.

Sendo assim, conforme descrição de Catão (2011), as igrejas tornaram-se locais que abrigavam pessoas doentes, ampliando em número progressivamente. Nesse contexto, foram estruturados hospitais dentro de instituições religiosas, nos séculos V a VIII. E essa vinculação entre hospital e ordem religiosa foi ampliada, com novas configurações, nos séculos seguintes. O entendimento de que o corpo humano é algo sagrado, feito à imagem de Deus, ou seja, não poderia ser violado, e que apenas poderia ser tratado o espírito, desencadeou em ações organizadas das diferentes ordens religiosas que culminou na construção de espaços hospitalares próximos às igrejas e aos mosteiros (ARAÚJO e LETA, 2013). Nesse sentido, conforme esclarece Catão (2011, p. 102):

Desde a Idade Média que o hospital é fundamental para a vida urbana do Ocidente, mas não como uma instituição médica, pois, nessa época, a medicina não se tratava de uma prática exclusivamente nosocomial, haja vista que até o século XVIII, o personagem principal do hospital não era o doente a ser curado e sim o pobre que estava morrendo e precisava ser assistido material e espiritualmente, sendo esta a função essencial do nosocômio. Nesse período, dizia-se que o estabelecimento hospitalar era um local onde se entrava para morrer, um morredouro e, devido a isto, as possibilidades de hospitalização eram temidas pelas populações de poucas posses. Logo, as pessoas que atuavam nas estruturas hospitalares não tinham o objetivo específico voltado para a cura do enfermo, mas a conseguir a salvação do mesmo, sendo, conseqüentemente, um pessoal caritativo, podendo ser religioso ou leigo.

Portanto, as ações assistenciais em saúde voltadas às pessoas enfermas eram essencialmente uma forma de exercer a caridade, como prática religiosa, destinadas aos indivíduos enfermos que, para além da cura de sua doença, precisava curar seu espírito, num processo de purificação da alma em contato com o ser divino. Cabe destacar que o acolhimento dessas pessoas enfermas nesses espaços religiosos também tinha o propósito de proteger a população sadia de ser contaminada pela não sadia.

Segundo Araújo e Leta (2013, p. 1264), de forma concomitante aos hospitais vinculados às ordens religiosas, observa-se o aparecimento dos hospitais filantrópicos, com uma organização administrativa diferenciada, porém com os mesmos objetivos cristãos de curar os que mais necessitam. E na direção desses espaços hospitalares se encontravam pessoas religiosas e não religiosas, motivadas pelo desejo de praticar a caridade e, sobretudo, buscar a graça divina ou também, podendo ser entendida, como uma forma de demonstrar poder e status social.

Contudo, o conceito de hospital como um espaço terapêutico teve início no final do século XVIII, como um instrumento com potencialidade de intervir na doença, proporcionando a cura de fato. Tal constatação pode ser corroborada no entendimento de Araújo e Leta (2013, p. 1264):

Nessa nova concepção, o hospital ganha o atributo de hospital médico, resultado de dois fatores que modificaram substancialmente as práticas hospitalares: a mudança de foco da intervenção médica e o estabelecimento de regras para o espaço hospitalar. Nesse processo de medicalização do hospital, o profissional médico passa a ser o principal ator da instituição, o responsável pela organização do espaço e das práticas hospitalares. Tal papel não existia até o século XVIII, pois o trabalho médico era essencialmente realizado fora dos hospitais, em consultas privadas.

É a partir dessa nova forma de pensar e organizar os serviços hospitalares, com a centralidade na figura do médico que se apresenta o hospital moderno, buscando a cura e tendo como ferramenta a sistematização do trabalho e a hierarquização dos processos com foco no fazer médico. Conforme destacado por Silva e Castro referindo-se ao hospital moderno:

Neste hospital está presente a questão do 'aperfeiçoamento da medicina'. Nele os médicos passam a exercer um protagonismo na organização e administração, evidenciando-se um processo de substituição das Ordens religiosas, até então responsáveis pela administração hospitalar. Contudo, essa mudança organizacional não alterou o caráter assistencial do hospital, mas acumulou outra função: o controle e o disciplinamento da vida urbana (SILVA e CASTRO, 2020, p.46-47).

Como apontado, a assistência hospitalar, nesse contexto de lugar de cura e de intervenções médicas, desenvolve-se a partir de controle e disciplina. O hospital que agora é controlado por médicos disciplinadores que, conforme Catão (2011, p. 105):

(...) defendiam o isolamento dos pacientes, especialmente no caso dos portadores de enfermidades mais graves ou contagiosas; além disso, também procuravam controlar os registros dos enfermos (entrada, saída, cura ou morte, diagnóstico e tratamento etc.) e faziam treinamentos com revisões periódicas dos tratamentos oferecidos, entre outras medidas.

Salienta-se, com isso, a mudança na forma de dar assistência às pessoas enfermas, numa perspectiva não mais caridosa, e sim voltada para a efetivação de uma medicina que “atendia a população em geral, agora sob os estatutos de um Estado essencialmente disciplinador” (CATÃO, 2011, p.105).

A concepção de um lugar de ensino nasce dessa nova organização hospitalar. O hospital passa a ser um espaço onde acontecem as aulas práticas de medicina e os profissionais médicos além de serem fundamentais na assistência aos enfermos, tornam-se “reconhecidamente os profissionais com competência para o ensino médico” (ARAÚJO e LETA, 2013, p. 1264). Sendo assim, conforme observações das referidas autoras,

Nesse sentido, o hospital passa a ser visto não mais como um espaço de morte dos excluídos e de doentes de guerra, mas, cada vez mais, como um espaço de cura e formação de profissionais. A partir daí, o conceito de hospital médico se espalhou por todos os continentes, o que estreitou a relação entre as escolas médicas e os hospitais (ARAÚJO e LETA, 2013, p. 1265).

A publicação do Relatório Flexner, em 1910, através da Fundação Carnegie<sup>11</sup>, resultado de um estudo avaliativo realizado por Abraham Flexner, que é considerado o grande propulsor da mais importante reforma das escolas médicas de todos os tempos nos Estados Unidos da América (EUA), implicou numa mudança nos processos de formação médica mundial, inclusive no Brasil (SILVA, 2016).

As escolas de medicina, entre o final do século XIX e início do século XX, tinham a influência de dois tipos de modelo: o francês e o alemão. No que diz respeito à proposta francesa, o modelo adotado era o anatomoclínico, onde os estudantes aprendiam ao lado do leito do paciente e, nos anfiteatros anatômicos no hospital, treinavam as técnicas diagnósticas e terapêuticas, e faziam pesquisas clínicas na faculdade de Medicina. Já o modelo de atividade médica alemã se centrava nas pesquisas em laboratórios, na hierarquia e na especialização (SILVA e CASTRO, 2020, p. 48-49).

---

<sup>11</sup> A Fundação Carnegie (*Carnegie Foundation*) é uma entidade privada. Foi criada por Andrew Carnegie (em 1905), reconhecido como “o pai da filantropia moderna”. Em 1906, a fundação é reconhecida pelo Congresso Estadunidense como referência para estudos e pesquisas educacionais, inclusive produzindo o instrumento de avaliação do ensino superior nos EUA (*Educational Testing Service*). Atualmente a Fundação é atuante, dentre outros campos, nas políticas de ensino em medicina, enfermagem, direito e engenharia. Disponível em: <https://www.carnegie.org/>. Acesso em: 20 novembro 2021.

No estudo realizado por Flexner, no ano de 1908, com duração de 180 (cento e oitenta dias), foram avaliadas 155 (cento e cinquenta e cinco) escolas de medicina nos EUA e no Canadá. E desse número de escolas avaliadas, apenas 31 (trinta e uma) tinham condições de funcionamento (SILVA, 2016). De acordo com a descrição realizada:

O relatório identificou uma série de problemas relacionados ao ensino médico desses países, entre eles, a falta de relação entre a formação científica e o trabalho clínico e a falta de controle administrativo e organizacional das escolas médicas sobre os hospitais de ensino, que serviam de campo prático para seus alunos (...) O relatório propunha algumas recomendações que visavam não somente uma mudança curricular, mas também mudanças estruturais, como a construção de um hospital próprio e a integração da missão pesquisa às missões tradicionais de ensino e assistência (ARAÚJO e LETA, 2013, p. 1265).

Seguindo a análise de Silva e Castro (2020), é evidente no relatório de Flexner a preocupação de “elevar” (grifo das autoras) a formação e a prática médica a um caráter estritamente científico e diferenciado das demais formações no campo da saúde, demonstrando a influência do modelo alemão de formação e prática médica nas propostas de Flexner. Nesse sentido, Silva e Castro pontuam que,

Ao médico é oferecido um lugar de destaque e reconhecimento como se este fosse, em si, o único sujeito autônomo a ser considerado no processo de cuidado em saúde. Está presente também o protagonismo do laboratório para a realização dos ensaios clínicos (SILVA e CATRO, 2020, p.117).

É importante salientar que Flexner defendeu, em seu relatório, que as instituições de ensino deveriam ser públicas, mas sem ser obrigatoriamente estatais. O referido público que ele defende é definido como filantrópico. Nesse contexto, Pagliosa e Ros (2008) identificam a associação entre a corporação médica e o grande capital, que passa a exercer forte pressão sobre as instituições e os governos para a implantação e extensão da "medicina científica".

Seguindo, outra questão importante refere-se ao momento, a partir do final do século XIX, do crescimento da indústria farmacêutica, que passa a comprar espaços para propaganda nas publicações da *American Medical Association*, fundada em 1847, e em outras publicações ortodoxas (PAGLIOSA e ROS, 2008). Essa constatação expressa um processo de concentração econômica, onde a medicina científica e a recente indústria farmacêutica eram protagonistas (SILVA, 2016).

É importante pontuar que o estudo de Flexner pouco considerou os aspectos sociais, culturais e econômicos no processo saúde-doença, no contexto da formação médica e no cuidado em saúde de uma população. Em síntese, desconsidera as dimensões sociais, econômicas e subjetivas do adoecimento e da produção em saúde.

Por isso, o Relatório Flexner<sup>12</sup> é considerado um marco histórico e público do processo de reordenamento da formação e prática médica ocidental, uma vez que “deixa de herança a lógica de que o ensino médico deve ser centrado na doença de forma individual e concreta, e, para tanto, foi adotado o modelo saúde-doença unicausal e biologicista” (SILVA, 2016, p. 120).

Retomando a reflexão sobre o novo conceito de hospital, como um espaço de ensino médico, segundo Araújo e Leta (2013), pode-se dizer que esse novo conceito formaliza a vinculação das unidades hospitalares às escolas de medicina, pressupondo a integração da pesquisa, do ensino e da assistência em saúde, sendo difundido pelo mundo, inclusive, coexistindo com o modelo anterior.

Por fim, conforme as recomendações do relatório Flexner, que inclui a criação de hospitais próprios vinculados às escolas de medicina, origina-se um novo conceito de hospital, o hospital de ensino médico que, “quando vinculada à uma universidade, é também denominado hospital universitário” (ARAUJO e LETA, 2013, p.1262).

Em termos gerais, como foi possível observar, o hospital moderno (da viragem do século XIX ao XX) fundamenta-se na medicina com base científica, na centralidade na figura do médico, na medicina como intervenção pelo disciplinamento dos hábitos da população. É no bojo dessas transformações que surge a residência como modalidade de aperfeiçoamento técnico-científico. Como assinalado por Silva e Castro:

É nesse processo de transição das funções apregoadas à medicina e ao hospital que surgem as residências médicas. Do ponto de vista metodológico, a residência, como nova modalidade de “treinamento”, propunha o aumento progressivo da responsabilidade do médico recém-formado – o residente – com os cuidados para com o paciente (BARBOSA, 1984). Essas experiências difundiram a residência nos EUA e, posteriormente, em outros países (SILVA e CASTRO, 2020, p. 48).

No Brasil a primeira residência médica foi do Departamento de Ortopedia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo no ano de 1944, a segunda, do Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro, em 1948. (SILVA; CASTRO, 2020, p. 48).

### **3.2 A Modalidade Residência no Brasil: alguns apontamentos históricos**

No contexto brasileiro, houve uma reestruturação geral do ensino médico, resultando inicialmente na implantação dos programas de residência médica em São Paulo e no Rio de Janeiro, como já apontado. O modelo de residência médica implementado no Brasil teve como

---

<sup>12</sup> As recomendações contidas no documento produzido por Flexner serviram de referência para a estruturação dos currículos em medicina no mundo, incluindo o Brasil (SILVA, 2016).

parâmetro o modelo americano, que buscava uma estratégia para viabilizar um ensino médico “no serviço”, para a “aplicação” da teoria no campo prático.

Ressalta-se que essa concepção de “ensino em serviço”, que chamamos de “residência”, surgiu nos EUA no final do século XIX, na área da medicina. Foi no ano de 1889 que Willian Stewart Halsted iniciou o programa de residência cirúrgica e, na sequência, em 1890 Willian Osler implementou o programa de residência clínica, ambos no Hospital John Hopkins<sup>13</sup>. “A novidade do ensino através da residência estava no fato de que os alunos residiam no hospital e seu tempo estava integralmente à disposição do mesmo”. (SILVA, 2016, p. 113-114).

Segundo Botti (2009), a residência, nos seus primeiros anos de existência, não era considerada como necessária para o “treinamento” e especialização profissional. Ficava restrita a hospitais públicos tradicionais e hospitais vinculados às universidades públicas. O autor sinaliza que os graduados em medicina optavam por um modelo profissional liberal clássico, atuando em consultórios particulares. No entanto, destaca que um número pequeno de médicos recém-formados, que almejavam uma formação de alto nível, optavam pela residência, mesmo recebendo uma bolsa cujo valor era muito abaixo daqueles que optavam pela inserção imediata no mercado de trabalho.

De modo que, com o passar do tempo, a residência médica tornou-se uma escolha por muitos dos egressos da graduação, pois ela tornou-se essencial no aprimoramento profissional, resultando numa expansão dos programas de residência médica nas décadas de 1960 e 1970. Ressalta-se que, nesse período, foram implantados 479 (quatrocentos e setenta e nove) novos programas (SILVA, 2016; BOTTI, 2009).

Nesse sentido, no Brasil, o desenvolvimento dessa modalidade de “treinamento em serviço”, denominado residência médica, e da pós graduação em geral,

(...) está vinculado ao percurso histórico da política de educação superior e essa, por sua vez, ao projeto social hegemônico vigente naquele momento – o golpe empresarial-militar de 1º de abril de 1964. O golpe instaurado no Brasil cerceou manifestações sociais, dentre elas o movimento estudantil pela reforma universitária. Mesmo em meio a forte repressão, o movimento estudantil brasileiro saiu às ruas em 1968 por mais financiamento para a educação e mais vagas universitárias e ocupou as principais universidades (ROTHEN, 2008 apud SILVA, 2016, p. 121).

Foi um período<sup>14</sup> com ações militares extremamente violentas contra toda forma de manifestação, levando a morte e o desaparecimento de diversos estudantes.

---

<sup>13</sup> “Hospital da Escola de Medicina da Universidade John Hopkins, fundada em 1876” (SILVA, 2016, p. 114).

<sup>14</sup> Como aponta Silva: “Em 13 de dezembro de 1968 foi instituído o Ato Institucional nº 5 (AI-5), o quinto de uma série de atos institucionais da ditadura empresarial-militar, proibindo manifestações e vetando o habeas corpus em ‘crimes políticos’” (SILVA, 2016, p. 121).

Como asseveram Silva e Castro (2020, p. 56), é nesse contexto que acontece a reforma universitária, que através da Lei nº 5.540/68 (de 28 de novembro de 1968), instituindo mudanças na organização e funcionamento do ensino superior. Nesse contexto de reforma, são colocadas duas demandas conflitantes, uma delas, por parte dos estudantes e professores, busca a autonomia universitária, com mais incentivo financeiro e aumento da oferta de vagas, visando o desenvolvimento de pesquisas e ampliação da atuação universitária. Já a outra demanda, que é colocada pelas elites, visa uma vinculação do ensino superior aos ditames do mercado e ao projeto político de modernização (SAVIANI, 1988).

Segundo Leher (2010), foram as pressões dos movimentos sociais mais progressistas que fizeram resultar na aprovação da Carta Magna de 1988, destacando como um importante avanço o capítulo destinado à educação, que, em relação ao ensino superior, salienta-se a autonomia universitária e a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. No entanto, houve um acelerado crescimento da educação superior privada, operacionalizada através de incentivos tributários por parte do Estado.

Nessa esteira, Botti (2009) coloca que a desordenada expansão do ensino superior, nela incluída os cursos de medicina, ao mesmo tempo que produz avanços no desenvolvimento técnico-científico e a própria capacidade da medicina de produzir e acumular conhecimentos, também leva a uma intensa especialização médica, que resulta numa formação médica excessivamente fragmentada e especializada, além de tornar o ensino médico de alto custo e pouco acessível. Segundo Silva (2016, p.122), “tratava-se de uma formação que atendia a um modelo de atenção à saúde baseado no hospital, na tecnologia e na especialização do profissional médico”.

Oliveira e Teixeira (1985), ao analisar a conjuntura, tomando por referência as políticas de previdência social e saúde no período de 1966 a 1973, destacam que num contexto de articulações das políticas de saúde durante a ditadura empresarial-militar, a questão da formação médica especializada, realizada por meio de programas de residência, tornou-se central.

Após intensa luta política dos residentes pela regulamentação da residência como uma formação em serviço, mesmo numa conjuntura política marcada pelo autoritarismo, nos anos de 1977 a residência médica é regulamentada, através de Decreto nº 80.281, como ensino de pós-graduação destinado a médicos, sob a forma de especialização e por meio de “treinamento em serviço”. E no mesmo decreto foi criada a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que passou a regulamentar os programas de residência médica, no sentido de

credenciamento de instituições de saúde, fiscalização e avaliação desses programas (BRASIL, 1977; BOTTI, 2009).

Em 7 de julho de 1981 é sancionada a Lei nº 6.932, que dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Nesta lei consta a obrigatoriedade de processo de seleção para admissão de residentes, a equiparação do valor das bolsas e a definição do cumprimento da carga horária, sendo estipulado 60 (sessenta) horas semanais, nelas incluídas 24 (vinte e quatro) horas de plantão, 1 (um) dia de folga semanal e 30 (trinta) dias consecutivos de repouso, por ano de atividade. Ainda dispõe que nos programas de Residência Médica a carga horária de atividades teórico-práticas terá no mínimo de 10% (dez por cento) e no máximo de 20% (vinte por cento) de sua carga horária total (BRASIL, 1981; SILVA, 2018).

Sobre a residência multiprofissional, Silva (2018) ressalta que 1976 é o ano da primeira experiência no Brasil, na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS), vinculada à Secretaria Estadual de Saúde e desenvolvida no Centro de Saúde Escola Murialdo, na cidade de Porto Alegre. Essa forma de organizar o ensino vinculado ao campo prático, era desenvolvida na atenção básica, denominada Residência Integrada em Saúde Coletiva, que tinha como diferencial a formação integrada de profissões da saúde, como assistentes sociais, médicos, enfermeiros, dentre outras.

Como já dito, é no ano de 2005, Lei 11.129/2005, que a residência multiprofissional e em área é instituída legalmente como modalidade de formação para o Sistema Único de Saúde (SUS). Na definição desta Lei, os programas de residência são cooperações intersetoriais que visam favorecer a inserção qualificada de jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do SUS.

Entretanto, a questão da formação está posta desde 1988, na Constituição Federal, capítulo 200, sendo atribuição do SUS: “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. As residências como modalidades de formação são apontadas em 2002, na NOB/RH-SUS/2002<sup>15</sup> nos “Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS”, quando estes tratam das atribuições e responsabilidades do MEC sobre a Política de Desenvolvimento do Trabalhador para o SUS. A NOB/RH-SUS afirma ser atribuição do MEC:

Regulamentar, manter, reestruturar e ampliar as residências já existentes na área da Saúde e criar novos programas adequados às necessidades do SUS e das equipes multi e transdisciplinares de saúde. As propostas de cada curso devem ser apresentadas e deliberadas pelos Conselhos de Saúde da respectiva área de abrangência (do município ou do Estado), de acordo com as necessidades locais (BRASIL, 2002, p. 61).

---

<sup>15</sup> Na 3ª versão da NOB/RH-SUS permanece presente a mesma indicação acerca da residência.

Outro marco importante que antecedeu a regulamentação das residências multiprofissionais e em área da saúde, foi em 2004, a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde<sup>16</sup>.

Complementar à Lei 11.129/2005 e vigente no momento, a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.077/2009<sup>17</sup> de 12 de novembro, revogou a Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007. A nova portaria promoveu, dentre outras mudanças, a alteração da carga horária da residência (antes de 40 a 60 horas semanais para 60 horas semanais).

Resgatamos a síntese realizada por Silva (2016) sobre as principais problemáticas envolvendo a residência multiprofissional em saúde, a autora aponta:

- a) A modalidade RMS é uma conquista e uma inovação em termos da formação em saúde. Contudo, suas possibilidades como estratégia de formação para o trabalho em saúde são esvaziadas quando o residente se insere nos processos como um trabalhador precarizado e não como um trabalhador/sujeito em formação.
- b) Enquanto proposta, a RMS supera a lógica fragmentada e intra-especializada característica do surgimento da modalidade residência – a residência médica. Entendemos que esse potencial processo de “desfragmentação” pode ser percebido na integração de diferentes áreas profissionais da saúde, assim como na proposta da realização do trabalho e da formação em saúde a partir da interdisciplinaridade.
- c) A proposta inscrita no surgimento das RMS pauta-se nas necessidades de saúde e não em demandas de categorias profissionais por “especialização”, e dessa forma, atua no sentido do princípio da integralidade no SUS. Entendemos que o princípio da integralidade, dentro do aporte possível de um programa de residência, se materializa justamente a partir da análise crítica acerca das necessidades de saúde como produções históricas e sociais. Ou seja, se a base de análise são as necessidades de saúde, tendencialmente, a ação se desdobrará na afirmação da importância dos diferentes saberes oriundos das áreas que atuam na saúde e outras áreas afins, assim como na construção de ações que integrem os diferentes níveis de atenção – da atenção básica à alta complexidade. Nessa lógica, entendemos que, potencialmente, o foco da atenção sai do cumprimento de protocolos que atendem às patologias e volta-se às múltiplas dimensões das necessidades de saúde.
- d) Há um descompasso entre as análises críticas e as propostas inscritas na NOB/RH-SUS. No nosso entendimento esse “descompasso” não caracteriza uma contradição, mas sim as disputas em torno do trabalho no SUS. Essas disputas entre interesses privados e públicos/coletivos no Estado brasileiro também se manifestam diretamente na RMS, especialmente através dos “cenários de prática” como as OSs e a EBSERH.
- e) Especialmente a partir de 2010 pode ser constatada a exponencial evolução do financiamento de bolsas, tal fato aponta o caráter estratégico dessa modalidade de formação. Contudo, essa expansão não significa, a priori, uma expansão no sentido de

---

<sup>16</sup> A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde foi instituída pela Portaria nº 198/GM/MS de 13 de fevereiro de 2004. Declara a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, dá outras providências e estabelece critérios para repasse de recursos financeiros para os Projetos dos Polos. Em 2007, através da Portaria nº 1.996/GM/MS, são lançadas as diretrizes de implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Em 2014 a Portaria nº 278/GM/MS institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do MS. É ainda importante destacar as ações que foram desdobramentos da Política de Educação Permanente, dentre outras: o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), em 2007; o Programa Nacional de Telessaúde, hoje nomeado Programa Telessaúde Brasil Redes, iniciado em 2007; o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), em 2008.

<sup>17</sup> Nesta Portaria é também instituído o Programa Nacional de Bolsas.

garantir uma formação de qualidade. São necessários estudos qualitativos para a compreensão do significado dessa expansão.

- f) Ainda que a proposta da RMS estivesse sendo continuamente aprimorada no sentido de atender aos princípios basilares do SUS, ela sozinha não alterará o sentido da formação em saúde, tão pouco a realidade dos serviços de saúde onde se insere.
- g) E, por fim, entendemos que uma carga horária de 60 (sessenta) horas semanais é incondizente com a proposta de formação inscrita na RMS. Na lógica de uma formação crítica, criativa, política e pedagógica, o argumento de equiparação com a carga horária do residente médico teria sido operacionalizado em 40 (quarenta) horas semanais para todos os residentes. Entendemos que uma carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, ainda que associe atividades práticas e teórico-práticas, é altamente desgastante e obviamente contraindicada. (SILVA, 2016, p.153-154).

Concordamos com a autora no sentido de apontar que a proposta inicial da residência multiprofissional é a possibilidade de construção de uma formação em saúde conectada às necessidades de saúde postas no cotidiano do SUS. Contudo, esta proposta não pode ser confundida com trabalho precário nem do residente nem do preceptor.

## **4 REFORMA SANITÁRIA, CONSTITUIÇÃO DO SUS E A QUESTÃO DA PRECEPTORIA**

O propósito deste capítulo é resgatar elementos da Reforma Sanitária, assim como da constituição do SUS a fim de que possamos destacar alguns avanços, retrocessos e desafios ao processo de trabalho em saúde e a preceptoria.

### **4.1 Reforma Sanitária e a Constituição do SUS: algumas ponderações**

No sentido de se contextualizar o significado do movimento da Reforma Sanitária brasileira, torna-se importante resgatar aspectos históricos e políticos da década de 1970, que se caracteriza como o período de surgimento do então movimento, num contexto de lutas sociais contra o regime político ditatorial, assim como, o resgate de fatos importantes situados na década de 1980, década esta que marca historicamente o processo de redemocratização do país.

Segundo Baptista (2007), durante todo o regime de ditadura militar os investimentos no setor da saúde pública foram poucos e precários, o que permitiu o crescimento da pobreza e da desigualdade social. Ao final da década de 1970, o país se encontrava num contexto de crise política, institucional e econômica, em decorrência de longos anos de um governo de ditadura militar e este, no intuito de garantir a manutenção do governo, definiu novas estratégias, dentre elas, destaca-se o II Plano Nacional de Desenvolvimento (II PND) e a política de abertura do governo.

O II PND significou a composição de uma política de desenvolvimento que tinha como meta básica a formulação de estratégias de desenvolvimento social, buscando a integração e a interdependência das políticas estatais - um avanço na política de Estado, pois selava o compromisso de conjugação da política econômica e social. O processo de abertura, em outra medida, possibilitou a expansão e expressão gradativa dos movimentos sociais, até então, sob forte repressão e sem espaço para vocalizar as demandas (BAPTISTA, 2007, p. 42).

Para Paiva e Teixeira (2014), se encerrava, naquele momento, o ciclo de forte crescimento econômico, situação essa que favoreceu a acirramento das tensões sociais e o surgimento de mobilizações populares que buscavam transformações políticas e sociais. “Esse caldo de cultura daria origem aos primeiros movimentos pelas reformas no campo da saúde” (p. 19).

No campo político, os anos 1970 marcam um momento de grande repressão, mas também originam iniciativas de distensão nos primeiros passos rumo à abertura democrática. Eleições para o Senado (1974, 1976 e 1978), o abrandamento da censura (1975 e 1979), a lei da anistia (1979), a volta ao pluripartidarismo e o fim do AI-5

(1979) dariam o tom às transformações do regime no que se convencionou chamar de abertura lenta e gradual (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 20).

No tocante aos movimentos sociais, conforme Baptista (2007), para a saúde esse contexto permitiu o fortalecimento do ‘movimento sanitário’, estabelecendo “sua base de apoio em instituições acadêmicas com forte respaldo teórico” (idem)<sup>18</sup>. É essa base intelectual do campo saúde que informava sobre os estudos realizados sobre as condições sociais e de saúde, e elaborava críticas precisas à atuação do Estado brasileiro, reivindicando por mudanças na forma desse Estado em conduzir a assistência à saúde.

Nesse período, no que se refere ao acesso aos serviços de saúde, o cenário era de “desassistência”, onde uma parcela significativa da população encontrava-se alijada do direito à assistência à saúde, pois apenas poucos teriam a garantia de acesso à essa assistência, através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Os serviços de saúde ofertados pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias estaduais e municipais não conseguiam dar conta da demanda do restante da população.

No que tange propriamente ao sistema público de saúde, o país vivia sob a duplicidade de um sistema dividido entre a medicina previdenciária e a saúde pública. O primeiro setor tinha ações dirigidas à saúde individual dos trabalhadores formais e voltava-se prioritariamente para as zonas urbanas, estando a cargo dos institutos de pensão. A saúde pública, sob o comando do Ministério da Saúde (MS), era direcionada principalmente às zonas rurais e aos setores mais pobres da população, e tinha como alvo, majoritariamente, atividades de caráter preventivo (PAIVA; TEIXEIRA, 2014, p. 17).

Há de se destacar que até então, no Brasil, não havia uma política de Estado de caráter universalizante no campo da saúde, a assistência à saúde ainda tinha uma vinculação com os postos de trabalho, como afirma Baptista (2007)

Prevalcia a lógica da ‘cidadania regulada’, em que cidadão era aquele que se encontrava localizado em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei. Portanto, a proposta de reforma do setor saúde apresentada pelo movimento sanitário também se inseria em uma lógica maior de reestruturação do próprio Estado e de afirmação de uma cidadania substantiva para o povo brasileiro (Baptista, 2003 apud Baptista, p. 43, 2007).

Naquele momento o movimento sanitário tinha como proposições a garantia de acesso de todos os cidadãos à assistência em saúde, independente de contribuição ou, até mesmo, qualquer outra forma de critérios de discriminação. As ações e serviços em saúde devem estar integrados num sistema único, garantindo o acesso de todas as pessoas que deles necessitem. A

---

<sup>18</sup> A autora cita algumas das instituições de apoio ao ‘movimento sanitário’, dentre elas, a Universidade de São Paulo (USP), a Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/Uerj) e a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Ensp/Fiocruz).

descentralização administrativa e financeira das ações de saúde para os estados e municípios. O incentivo do Estado na participação e no controle social das ações em saúde (BAPTISTA, 2007).

Esse período de antes da Constituição Federal de 1988 foi um período de articulação dos movimentos sociais, a partir da abertura lenta e gradual que a ditadura começou a fazer a partir de 1974. A proposta do SUS sai quase 10 anos antes da Carta Magna de 1988, onde, o SUS, encontra-se reconhecido enquanto política pública de Estado. Em 1976, durante a 32ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, realizada na UNB (Brasília), foi criado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), “trazendo para discussão a questão da democratização da saúde e constituindo-se como um organizador da cultura capaz de reconstruir o pensamento em saúde” (PAIM, 2008, p.78).

E assim as pressões por uma reforma na política de saúde tornava-se cada vez mais urgente e necessária, possibilitando mudanças substanciais ainda na década de 1970, segundo Baptista (2007), “de forma incipiente e resguardando os interesses do Estado autoritário” (p. 43). A mencionada autora destaca algumas delas:

- a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), em 1974, que distribuiu recursos para o financiamento de programas sociais;
- a formação do Conselho de Desenvolvimento Social (CDS), em 1974, que organizou as áreas a serem implementadas pelos diversos ministérios da área social;
- a instituição do Plano de Pronto Ação (PPA), em 1974, que consistiu em uma medida para viabilização da expansão da cobertura em saúde e desenhou uma clara tendência para o projeto de universalização da saúde;
- a formação do Sistema Nacional de Saúde (SNS), em 1975, primeiro modelo político de saúde de âmbito nacional, que desenvolveu ineditamente um conjunto integrado de ações nos três níveis de governo;
- a promoção do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), em 1976, que estendeu serviços de atenção básica à saúde no Nordeste do país e se configurou como a primeira medida de universalização do acesso à saúde;
- a constituição do Sistema Nacional da Previdência e Assistência Social (Sinpas), em 1977, com mecanismos de articulação entre saúde, previdência e assistência no , âmbito do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que passou a ser o órgão coordenador de todas as ações de saúde no nível médico-assistencial da previdência social (BAPTISTA, 2007, p. 43-44).

Esse conjunto de medidas favoreceu a construção de políticas mais universalistas na área da saúde, priorizando a extensão da oferta de serviços básicos e fortalecendo a perspectiva de reforma no setor. E na perspectiva de uma ampliação do debate sobre o direito à saúde há necessidade de uma construção mais ampla do próprio conceito de saúde, passando a assumir

um sentido mais amplo, sendo resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde, dentre outras condições. Para Baptista (2007, p.45), “a proposta de reforma para saúde era também uma proposta de reforma de Estado, Estado este que se havia constituído sob uma base fundada no patrimonialismo, política de clientela, centralização decisória e exclusão social”.

A década de 1980 foi marcada pelo processo de redemocratização do país, com o fim de longos anos do regime ditatorial instaurado em 1964, porém também vivenciou uma intensa crise econômica, que persiste na atualidade. “As decepções com a transição democrática ocorreram, principalmente, com seu giro conservador após 1988, não se traduzindo em ganhos materiais para a massa da população” (BRAVO, 2008, p. 95).

Baptista (2007) ressalta que os anos de 1980 foram iniciados com crise política, social e institucional do Estado Nacional. Na área social, especificamente, a previdência social, vivenciava uma crise profunda, “assumindo medidas de racionalização e reestruturação do sistema”. Na área da saúde, o movimento da Reforma Sanitária apontava propostas na área da assistência médica, no sentido de expandir essa assistência, o que provocou uma intensificação dos “conflitos de interesse com a previdência social e envolvendo poder institucional e pressões do setor privado” (BAPTISTA, 2007, p. 45-46).

Segundo Bravo (2008), esse período foi marcado pela participação de novos sujeitos sociais na discussão das condições de vida da população brasileira, assim como, por propostas governamentais para o setor saúde, o que contribuiu para um amplo debate da sociedade civil. A saúde deixou de ser área de interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política, vinculada às práticas democráticas.

Dos personagens que entraram em cena nesta conjuntura, destaca-se: os profissionais de saúde, representados pelas suas entidades, que ultrapassaram o corporativismo, defendendo questões mais gerais como a melhoria da situação saúde e o fortalecimento do setor público; o movimento sanitário, tendo o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como veículo de difusão e ampliação do debate em torno da Saúde e Democracia e elaboração de contrapropostas; os partidos políticos de oposição, que começaram a colocar nos seus programas a temática e viabilizaram debates no Congresso para discussão da política do setor e os movimentos sociais urbanos, que realizaram eventos em articulação com outras entidades da sociedade civil (BRAVO, 2008, p. 95-96).

Conforme a autora, a inserção desses novos sujeitos coletivos propiciou o debate de propostas, estando entres elas, a universalização do acesso à saúde; a concepção de saúde como um direito de todos e um dever do Estado; a reestruturação do setor, por meio de um sistema

unificado de saúde; a descentralização administrativa para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local através dos Conselhos de Saúde (BRAVO, 2008).

Nesse contexto, a Reforma Sanitária, para Paim,

(...) organiza-se como ‘proposta’, ou seja, um conjunto articulado de princípios e proposições políticas. O documento A questão democrática na área da saúde, apresentado pelo Cebes durante o 1º Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, registra esse momento da proposta (Cebes, 1980 apud PAIM, 2009, p. 31).

Assim, em 1979, surge a proposição de criação do SUS, retomada e ampliada na 8ª Conferência Nacional de Saúde. Na sequência, segundo Paim (2002, p. 125 apud Paim, 2009), é “a partir dessa Conferência de 1986 que a Reforma Sanitária configura - se como um ‘projeto’ em seu Relatório Final, ou seja, como um conjunto de políticas articuladas”, onde parte da formalização desse projeto encontra-se inscrita na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8080 de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Em relação à 8ª Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), é importante destacar que esta aconteceu em março de 1986, no Distrito Federal/Brasília. Considerada um marco histórico da política de saúde brasileira e fundamental para a discussão da questão da saúde no Brasil. Apresentou como temática central: “I A Saúde como direito inerente a personalidade e à cidadania; II Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, III Financiamento setorial” (BRAVO, 2008, p.96).

A 8ª CNS teve, ao contrário das experiências anteriores, uma participação ampla da sociedade nas discussões da saúde. Os debates saíram dos seus fóruns específicos como a ABRASCO, CEBES, Medicina Preventiva, Saúde Pública, assumindo outra dimensão com a participação das entidades representativas da sociedade: usuários, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais, dentre outros. “A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo-se não somente o Sistema Único, mas a Reforma Sanitária” (ibidem).

Segundo Baptista (2007) “a conferência reuniu cerca de 4.000 pessoas nos debates, e aprovou, por unanimidade, a diretriz da universalização da saúde e o controle social efetivo com relação às práticas de saúde estabelecidas” (p. 49). No relatório final constam a saúde como direito social, garantido pelo Estado, que deve oferecer condições dignas de vida e o acesso

universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, ofertada à toda população do território nacional.

Este relatório, com todas as afirmações nele contidas, serviu como instrumento de pressão política no contexto da Nova República. E mais: serviu de referência na discussão da Assembleia Nacional Constituinte em 1987/88, sendo reconhecido como um documento de expressão social (...) As propostas da VIII CNS não foram concretizadas de imediato. Após a conferência, por iniciativa do MPAS/Inamps, foi constituído o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que se apresentou como estratégia-ponte na construção do SUS (BAPTISTA, 2007, p. 50).

Sobre o Suds, conforme Baptista (2007), surge em julho de 1987, como proposta política formulada no interior da burocracia do Inamps<sup>19</sup> e com o apoio dos Ministros da Previdência, da Saúde e da Educação. O Suds avançou no processo da descentralização da saúde e do orçamento, viabilizando a autonomia dos estados na programação dos serviços e ações no setor e avanços nas estratégias de hierarquização, regionalização e universalização da rede de saúde e “retirou do Inamps a soma de poder que ele centralizava” (p. 50).

No processo de implantação do Suds também estava acontecendo, concomitantemente, a discussão da Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88 (Constituição Federal de 1988). Nessa Assembleia, o relatório da 8ª CNS serviu como referência para a discussão da reforma do setor, e, finalmente, o SUS foi aprovado (BAPTISTA, 2007).

Conforme considerações de Bravo,

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visaram o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987 e depois, em 1988, SUS (Sistema Único de Saúde), passo mais avançado na reformulação administrativa no setor. Estas medidas tiveram, no entanto, pouco impacto na melhoria das condições de saúde da população, pois era necessária a sua operacionalização, que não ocorreu. Além dos limites estruturais que envolvem um processo de tal ordem, as forças progressistas comprometidas com a Reforma Sanitária passaram, a partir de 1988, a perder espaços na coalizão governante e, conseqüentemente, no interior dos aparelhos institucionais. O retrocesso político do governo da transição democrática repercute na saúde, tanto no aspecto econômico quanto no político (BRAVO, 2008, p. 98-99).

É importante destacar que toda a discussão relacionada à constituinte foi permeada por tensões, inclusive resistências reveladas pelo setor privado da saúde e da medicina autônoma,

---

<sup>19</sup> O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), se constituía como a política pública de saúde que vigorava antes da criação do SUS e foi extinto pela lei federal 8.689, em 1993. O antigo Instituto era responsável pela assistência médica aos trabalhadores que contribuíam com a previdência social. Os setores da população que não faziam esta contribuição não podiam acessar estes serviços. Com a criação do SUS, o atendimento passou a ser universal, ou seja, qualquer pessoa pode acessar o serviço público de saúde em qualquer parte do país. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>. Acesso em: setembro de 2021.

além de disputas de interesses entre os reformistas do Ministério da Saúde e os reformistas da previdência social. Todas essas disputas e conflitos de interesse não impediram a aprovação do SUS e de seus princípios, todavia não possibilitaram a “definição de algumas políticas importantes para o processo de implementação da reforma, tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, dentre outras” (FARIA, 1997 apud BAPTISTA, 2007, p. 50-51).

Finalmente, com a legalização do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1988, foi possível a constituição de leis, decretos, regulamentações e portarias, a fim de organizar os serviços e ações em saúde em todo o território nacional. É a partir da promulgação da Constituição Federal brasileira de 1988, que consolida - se a universalização do atendimento à saúde, através da criação do SUS.

O SUS insere-se em um contexto mais amplo da política pública, a Seguridade Social, que integra as políticas de saúde, assistência social e previdência social (BAPTISTA, 2007). Para Paim (2009), com base na Seguridade Social, “o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e equidade, sem discriminações ou privilégios” (p. 43).

A saúde passou a ser reconhecida como direito social, direito esse que vincula - se à condição de cidadão, cabendo ao poder público a obrigação de garanti-lo. Assim, a saúde enquanto política pública e direito social, passa a ter uma seção específica na Constituição de 1988, com cinco artigos que versam sobre sua organização e funcionamento (PAIM, 2009).

Pelo caráter democrático, participativo e voltado para o reforço da cidadania, a Constituição de 1988 tem sido reconhecida como *Constituição Cidadã*. Antes mesmo de estabelecer artigos relacionados com a saúde, apresentava como fundamental o princípio da dignidade da pessoa humana. Isso significa que a dignidade da pessoa humana deve anteceder quaisquer questões na sociedade brasileira, sejam econômicas, políticas ou ideológicas. Nesse contexto, a saúde foi concebida como um direito social, inerente à condição da cidadania (ibidem, p. 51).

O SUS como produto de um processo de luta e de movimentos sociais é criado para se garantir um atendimento universal, no sentido de contemplar toda a população do território brasileiro. Com a instituição do SUS, o Estado passa a assumir a saúde como um direito de todos e um dever do Estado “garantido mediante políticas sociais e econômicas<sup>20</sup> que visem à

---

<sup>20</sup> “A Carta Magna aponta as políticas econômicas e sociais como intervenções fundamentais para a garantia do direito à saúde. Questões como a produção e a distribuição da riqueza e da renda, emprego, salário, acesso à terra para plantar e morar, ambiente, entre outras, influem sobre a saúde dos indivíduos e das comunidades, embora integrem as *políticas econômicas*. A educação, cultura, esporte, lazer, segurança pública, previdência e assistência

redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196, CF. 1988).

Segundo Paim (2009), o SUS se apresenta como um conjunto de ações e serviços públicos de saúde, estruturado em uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. Nesse sentido, “é uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes” (p. 51).

Na esfera legal, o SUS, além de estar inscrito na Constituição de 1988, precisava de criação de lei específica para organização e regulamentação das ações e serviços de saúde no território nacional. Nesse caso, trata-se da Lei 8080/90 – a Lei Orgânica da Saúde. Também, nesse contexto, foi criada a Lei 8142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (Brasil, 1990). Segundo Paim (2009), como a Lei 8080/90 “sofreu diversos vetos do presidente da República, foi complementada, em 28 de dezembro do mesmo ano, pela Lei 8142/90” (p. 52).

Para além desses três documentos referenciados (Constituição Federal de 1988, Lei 8080/90 e Lei 8142/90), existem “normatizações, decretos, portarias e medidas provisórias, que atualizam, alteram ou revisam aspectos organizacionais e operacionais do sistema” (MATTA, 2007, p. 62).

A implementação do SUS tem como referência princípios e diretrizes que são as bases “para o funcionamento e organização do sistema de saúde em nosso país, afirmando direitos conquistados historicamente pelo povo brasileiro e o formato democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua materialização” (ibidem, p. 61).

Os princípios do SUS, por definição, são os valores, “as bandeiras de luta que sustentam o sistema de saúde” (MATTA, 2007, p. 64) que escolhemos para orientar as ações e políticas de saúde em nosso país. Já as diretrizes, de forma conceitual, são as estratégias que organizam o SUS, pois apontam caminhos e meios para atingir os objetivos do SUS, estando articuladas com seus princípios.

---

social são capazes de reduzir o risco às doenças e a agravos, compondo as *políticas sociais*” (PAIM, 2009, p. 44, grifos do autor).

Nesse contexto, são princípios do SUS: a universalidade, que supõe o direito de acesso à saúde das pessoas no território brasileiro (acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência); a integralidade, que é entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; a equidade, que tem uma relação direta com os conceitos de igualdade e justiça social. É um princípio que preza pelo respeito às necessidades, diversidades e especificidades de cada pessoa (oferecendo mais a quem mais precisa e menos a quem requer menos cuidado, proporcionando atendimento desigual às necessidades desiguais), incluindo o reconhecimento dos determinantes sociais, considerando as condições de vida de cada indivíduo ou um grupo populacional, determinantes esses que impactam diretamente na saúde.

Sobre o princípio da equidade, destaca-se algumas considerações,

O princípio da equidade é fruto de um dos maiores e históricos problemas da nação: as iniquidades sociais e econômicas. Essas iniquidades levam a desigualdades no acesso, na gestão e na produção de serviços de saúde. Portanto, o princípio da equidade, para alguns autores, não implica a noção de igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentar para as necessidades coletivas e individuais, procurando investir onde a iniquidade é maior (...) O princípio da equidade identifica o espaço da diferença, não o espaço da igualdade. É a concepção de um espaço regulador das diferenças, no sentido de reduzir ou atentar para as iniquidades ou diferenças. Isto é reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e nas suas potencialidades (MATTA, 2007, p. 69).

Em relação às diretrizes do SUS, ao se analisar a sua legislação e os textos que tematizam sua organização, identificam-se três diretrizes que devem se articular com os princípios do SUS, sendo elas: a descentralização, a regionalização e hierarquização e participação da comunidade (MATTA, 2007).

A diretriz da descentralização presume que o poder e a responsabilidade pela organização da oferta de assistência em saúde devem ser distribuídos entre as três esferas governamentais (federal, estadual e municipal), objetivando uma prestação de serviços com mais eficiência e qualidade e também a fiscalização e o controle por parte da sociedade<sup>21</sup>.

A regionalização e hierarquização supõem que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, planejados a partir de critérios epidemiológicos e com definição e conhecimento da população

---

<sup>21</sup> Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/>. Acesso em outubro de 2021.

a ser atendida<sup>22</sup>. Já a participação da comunidade, ressalta a importância da participação social na implementação e execução dos serviços que compõe o SUS. Nesse sentido, são criados os Conselhos e as Conferências de Saúde, que têm por objetivo o controle e a avaliação da execução da política de saúde, por parte da sociedade.

#### **4.2 Implementação do SUS: dialogando com avanços, retrocessos e desafios**

Segundo Bravo (2008), nos anos de 1990, apesar da Carta Magna de 1988 conter avanços importantes no reconhecimento dos direitos sociais como política de Estado, incluindo nesses o direito à saúde, vivencia-se um redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela Política de Ajuste Neoliberal. Vem se desconstruindo a proposta de política de saúde da década de 1980.

Com relação ao Sistema Único de Saúde (SUS),

(...) apesar das declarações oficiais de adesão ao mesmo, verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral (...) Algumas questões comprometeram a possibilidade de avanço do SUS como política social, cabendo destacar: o desrespeito ao princípio da equidade na alocação dos recursos públicos pela não unificação dos orçamentos federal, estaduais e municipais; afastamento do princípio da integralidade ou seja, indissolubilidade entre prevenção e atenção curativa havendo prioridade para a assistência médico – hospitalar em detrimento das ações de promoção e proteção da saúde. A proposta de Reforma do Estado para o setor saúde ou contrarreforma propunha separar o SUS em dois: o hospitalar e o básico (BRAVO, 2008, p. 100-101).

No passo da não concretude de uma reforma no setor saúde que pudesse superar as desigualdades sociais existentes, muito pela pressão do grande capital, visando a saúde como possibilidade de sua ampliação, tornando-se acessível via mercado, podemos considerar a existência de dois projetos que convivem em tensão: o projeto da reforma sanitária, que foi construído na década de 1980 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 1990 (BRAVO, 2008).

Embora a implantação do SUS tenha conseguido avanços significativos, ao mesmo tempo reflete o tensionamento desses dois projetos em disputa, com interesses antagônicos, no tocante à consolidação da política pública de saúde enquanto direito, tendo como base os princípios e diretrizes por este preconizado, como a universalidade, a integralidade e a participação social, “quanto na implantação de um modelo de saúde que tenha como

---

<sup>22</sup> Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>. Acesso em outubro de 2021.

pressupostos a concepção ampliada de saúde, assim como os princípios e diretrizes do próprio SUS” (OLIVEIRA, 2012, p. 76-77).

Segundo Bravo (2008), o projeto de saúde articulado ao mercado ou “a reatualização do modelo médico assistencial privatista”, pauta-se numa “Política de Ajuste”, que visa a contenção dos gastos públicos com a racionalização da oferta. No caso, o papel do Estado, nesse projeto, se daria na garantia de um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o mercado (setor privado) o atendimento para os que têm como pagar.

Fleury<sup>23</sup>, em entrevista publicada na página virtual “*Outras Palavras*”, em junho de 2021, identifica três processos, sucessivos e em parte entrecruzados, na construção do SUS. O primeiro, que coincide com a emergência do movimento pela Reforma Sanitária, a autora define como “subjetivação”, que envolve toda a articulação de pensadores e estudiosos da área da saúde no Cebes (relacionavam-se com os movimentos sociais da época), em meados da década de 1970, numa reflexão sobre a saúde como conceito em disputa, em torno da qual era possível construir uma nova hegemonia cultural e questionar as relações sociais.

Os pioneiros da Reforma Sanitária orientavam-se por um marxismo renovado, que bebia de Gramsci, Nicos Poulantzas, Giovanni Berlinguer e outros autores. Criaram conceitos próprios, como é caso de Saúde Coletiva, e uma forma peculiar de ação política. Em 1985, com a ditadura chegando ao seu fim, havia em favor da Reforma Sanitária, um movimento influente, sólido no ponto de vista teórico e capilarizado.

O segundo processo, refere – se ao que a autora aponta como a fase de “*constitucionalização*” do SUS, que “abre-se com a queda do regime e se fecha em 1988.” Fleury (2021) discorda dos defensores da hipótese de um “*pacto da governabilidade*”, que estabeleceu - se no país (cuja duração se deu até o golpe de Estado de 2016). Uma vez que o capítulo dos Direitos Sociais da Constituição de 1988 contém conquistas inéditas, a concepção da Ordem Econômica é liberal. O próprio financiamento destinado às políticas públicas para a concretização dos direitos sociais (novos direitos) é precário. O presidente da República na época, José Sarney, afirmou que a nova Constituição tornou o país “ingovernável”. Nesse sentido, Fleury (2021) afirma que, em vez de grande acordo, abre-se uma disputa permanente, e esta não terminou.

---

<sup>23</sup> Entrevista de Sônia Fleury a Antonio Martins como parte do projeto Resgate *publicado originalmente no site Outras Palavras*. Disponível em: <http://cebes.org.br/2021/06/sonia-fleury-resgata-a-historia-sus-e-aponta-riscos-privatizacao>. Acesso em outubro de 2021.

Segundo Fleury (2021), o terceiro processo refere-se à “*institucionalização*” do SUS, que vai se dar nesse ambiente de enfrentamentos. Conforme a autora, o processo de descentralização do sistema, enquanto importante concepção da reforma sanitária, permite conquistar aliados, pois os governos estaduais e, em especial as prefeituras, que sofrem pressão direta dos eleitores, são resistência real às tentativas de desmonte da saúde pública.

No SUS real, para Fleury, estão presentes contradições que persistem há décadas. A *privatização* da rede de atendimento é uma delas. A autora relembra que, no Brasil, ela começou ainda durante a ditadura, com o estímulo aos hospitais privados. Foi se ampliando nos anos de democracia de baixa intensidade, quando o Estado passou a conceder benefícios aos planos privados de saúde.

Nesse contexto de crescimento do mercado de planos privados, impulsionado pelas políticas neoliberais, o processo de privatização da saúde se intensifica. O Estado se desvia de seu papel como responsável legal (pois é previsto pela CF de 1988) pela garantia do direito de assistência à saúde, assim como sua organização e gestão. É assim que entram em cena os “novos modelos de gestão”, processo esse que se dá pela transferência de gestão de instituições públicas de assistência à saúde (hospitais, clínicas etc), antes geridas pelo poder público, à iniciativa privada, como Organizações Sociais (OS). A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), hoje responsável pela gestão dos hospitais universitários federais, é um exemplo claro dessa realidade, pois as Universidades Federais estabelecem um “contrato de gestão” com a referida empresa para assumir a gestão de seus hospitais universitários.

Bravo (2008) afirma que a conformação da hegemonia neoliberal, no contexto brasileiro, “tem sido responsável pela redução dos direitos sociais e trabalhistas, desemprego estrutural, precarização do trabalho, desmonte da previdência pública, sucateamento da saúde e educação” (p. 100).

O SUS enquanto materialização da política pública de saúde possibilitou a construção de uma base técnica e institucional que sustentam a própria política, fundamentado no marco legal (constitucional), que reconhece a saúde como direito e nas regulamentações específicas. Também ancora - se no financiamento público (mesmo longe de ser suficiente), e na ampliação dos insumos, ações e serviços. No entanto, embora os avanços com a instituição e implantação do SUS, os mesmos foram “contrabalançados pelas dificuldades de assegurar as transformações políticas, sociais e econômicas necessárias para a redução efetiva das desigualdades, a garantia

da justiça social e a materialização da universalidade do direito à saúde no Brasil” (LIMA et al., 2018, p. 1-2).

O fato de existir interesses e agendas conflitantes, a não prioridade de se efetivar a política pública de saúde pelos governos nacionais (desde 1990), a dualidade da atuação do Estado, que de um lado investe no público e de outro apoia e financia o privado, por meio de incentivos e isenções fiscais, são entraves à realização das mudanças necessárias importantes para a efetivação do Sistema Único de Saúde.

Nesses tempos, em meio a uma intensa crise política e social, com o sucateamento dos serviços públicos e o crescente desmonte dos direitos sociais, urge a construção de propostas e vontade política que realmente promova essas mudanças, almejando a superação das desigualdades sociais, em suas múltiplas determinações.

### **4.3 Processo de Trabalho em Saúde e Preceptoría**

Segundo Teixeira et al (2018, p. 72) “a preceptoría em saúde é uma atividade desenvolvida pelos profissionais de saúde junto aos alunos de graduação e nas diversas modalidades (médicas, multiprofissionais e uniprofissionais)”. Sendo que este preceptor se queixa por não saber ao certo a sua função no processo de formação e muitas vezes é confundido com o tutor, orientador, professor. Embora muitos autores tenham se debruçado na tarefa de buscar uma definição do papel do preceptor, ainda não há um consenso sobre essa definição.

Baseado na pesquisa realizada por Teixeira et al (2018, p.72), que selecionaram artigos publicados entre os anos de 2012 e 2017, “com o objetivo de buscar na literatura nacional definições sobre o papel do preceptor em saúde para identificar um consenso entre os autores”, compreende-se que foi permitido aos pesquisadores em questão elaborar um consenso sobre a definição do preceptor, que descrevesse seu papel, elaborada pelos autores pesquisados. Sendo este:

(...) profissional de serviço que necessita ter competências para servir como elo de ligação entre o ensino e o serviço, atuando como um facilitador do processo de aprendizagem do aluno para que este possa formar competências para a prática profissional (TEIXEIRA et al, 2018, p.72).

Porém, estando esse preceptor e a própria formação onde atua, inseridos nos processos de trabalho em saúde, torna-se importante apontar algumas considerações sobre essa temática.

Cabe ressaltar que o preceptor, para além de atuar nos processos de formação, é um trabalhador da assistência, atuando no atendimento aos usuários e famílias nos serviços de saúde.

Donnangelo (1975, 1976), nos anos de 1960, iniciou estudos sobre a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social. Construiu análises sobre as relações entre saúde e sociedade e entre profissão médica e práticas sociais no país, “rompendo com a visão que o modo de executar a prática médica e as relações entre os indivíduos envolvidos (usuários, médicos e demais profissionais de saúde) seriam independentes da vida social” (MOTA, SILVA & SCHRAIBER, 2004; SCHRAIBER, 1997 apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p. 320).

Esses estudos, com desdobramentos no Brasil e na América Latina, tanto na área médica como nas demais áreas profissionais da saúde, são referenciais importantes para o estudo no campo da saúde, especialmente em duas áreas grandes áreas temáticas: as políticas e estruturação da assistência e o estudo sobre o mercado, as profissões e as práticas de saúde. A primeira temática, relaciona-se com estudos do sistema de saúde brasileiro, até a constituição do atual Sistema Único de Saúde (SUS). Já a segunda colaborou na construção de dois conceitos importantes: força de trabalho em saúde e “processo de trabalho em saúde” (SCHRAIBER, 1997, apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p. 321).

Mendes-Gonçalves foi o autor que formulou o conceito de “processo de trabalho em saúde”, tomando como referência de análise, o trabalho médico. Mendes-Gonçalves (1979, 1992) estuda a aplicação da teoria marxista<sup>24</sup> do trabalho ao processo de trabalho em saúde, analisando quatro componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, a finalidade e os agentes, “e destaca que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um dado processo de trabalho específico” (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p. 321).

O objeto representa o que vai ser transformado, no caso, a matéria prima, que no setor saúde são as necessidades humanas de saúde. O objeto é aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador. Os instrumentos de trabalho são constituídos “historicamente pelos sujeitos que, assim, ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto”. Peduzzi e Schraiber (2009, p.

---

<sup>24</sup> Segundo Marx (1994 apud Peduzzi; Schraiber, 2009, p. 321), “no processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Portanto, os três elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho”.

322), destacam a presença de instrumentos materiais e não-materiais no processo de trabalho em saúde, conforme as análises de Mendes-Gonçalves (1979, 1992, 1994). Para o autor, os primeiros se referem aos “equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, outros”. Os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos, os agentes do processo de trabalho e os instrumentos materiais. Atenta-se para o fato, segundo o autor, “que esses saberes são também os que permitem a apreensão do objeto de trabalho”.

Peduzzi (1998 apud Peduzzi e Schraiber, 2009, p. 322) salienta que:

Objeto e instrumentos de trabalho só podem ser configurados por referência à sua posição relacional, intermediada pela presença do agente do trabalho que lhe imprime uma dada finalidade. Por meio da presença e ação do agente do trabalho torna-se possível o processo de trabalho – a dinâmica entre objeto, instrumentos e atividade. Portanto, o agente pode ser interpretado, ele próprio, como instrumento do trabalho e, imediatamente sujeito da ação na medida em que traz, para dentro do processo de trabalho, além do projeto prévio e sua finalidade, outros projetos de caráter coletivo e pessoal, dentro de um certo campo de possíveis.

A definição de processo de trabalho em saúde está associada “à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde”, trabalho este desempenhado pelos profissionais de saúde “inseridos na produção e consumo de serviços de saúde”. E, embora o conceito de processo de trabalho em saúde tenha se desenvolvido a partir do trabalho médico, desde a década de 1980 passa a ser utilizado para o estudo de processos de trabalho específicos de outras áreas profissionais em saúde (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p. 321).

O estudo do processo de trabalho em saúde representa, desde o início, uma importante abordagem teórico-conceitual para as questões sobre a força de trabalho em saúde. A partir do ano de 1990, segundo Nogueira (2002 apud Peduzzi e Schraiber, 2009, p. 325):

Um conjunto de questões novas estabelece um divisor de águas para a reflexão e pesquisa sobre o ‘processo de trabalho em saúde’: por um lado, aparecem questões relacionadas às novas formas de trabalho flexível e/ou informal e da regulação realizada pelo Estado, com foco nos mecanismos institucionais de gestão do trabalho; por outro, as questões da integralidade do cuidado e da autonomia dos sujeitos, cujo foco de análise se desloca para o plano da interação envolvendo a relação profissional - usuário ou as relações entre os profissionais.

Peduzzi e Schraiber (2009, p. 326), ressaltam que, atualmente, o conceito processo de trabalho em saúde é utilizado no estudo dos processos de trabalho específicos das diferentes áreas que compõem o campo da saúde, “permitindo sua abordagem como práticas sociais para além de áreas profissionais especializadas”. Esse mesmo conceito “também é utilizado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros temas”, o que permite uma abordagem

dos aspectos estruturais e dos aspectos relacionados aos sujeitos da ação, “pois é nesta dinâmica que se configuram os processos de trabalho”.

As mudanças no mundo do trabalho (a partir de meados da década de 1970) também impactaram o setor saúde, particularmente, a crescente incorporação tecnológica, o desemprego estrutural, a flexibilização e a precarização do trabalho, “entre outros fenômenos que ocorrem no mundo do trabalho em geral e se reproduzem no setor saúde com especificidades” (PEDUZZI, 2003; NOGUEIRA, BARALDI & RODRIGUES, 2004; ANTUNES, 2005B apud PEDUZZI; SCHRAIBER, 2009, p. 326).

Sobre a questão do trabalho em equipe de saúde, especificamente, o trabalho em equipe multiprofissional em saúde, Peduzzi (1998), partindo da definição de uma tipologia que distingue equipe agrupamento e equipe integração, e analisando como se configuram os aspectos de complementaridade e interdependência dos trabalhos especializados, de articulação desses trabalhos, da autonomia técnica e da interação dos agentes, através de uma pesquisa realizada, constatou que nas quatro situações estudadas os profissionais projetam a perspectiva da equipe integração, embora encontrem-se em situações de agrupamento. Também foi observado pela autora que a diferença técnica dos trabalhos especializados transmuta - se em desigualdade valorativa dos mesmos.

A partir desse contexto, que destacou aspectos importantes para a reflexão sobre o processo de trabalho em saúde, retomamos a discussão do trabalho do preceptor. Fajardo e Medeiros (2018, p. 102) enfatizam que, conforme “tradição” oriunda dos programas de residência médica, “a responsabilidade pela formação de residentes em programas de outras áreas profissionais ou multiprofissionais em saúde também costuma ser exercida na condição de preceptoria”. Os autores acrescentam ainda o acúmulo de atividades exercidas pelo agente dessa função nos programas de residência, pois esse mesmo agente também tem a responsabilidade com as ações de atenção em saúde.

Segundo os autores, o preceptor é aquele que desempenha a função de acompanhar e orientar de forma aproximada do residente em seu cotidiano de trabalho, no serviço de saúde onde encontra-se lotado e durante o tempo de sua formação. Nesse sentido, “a palavra preceptor designa o indivíduo que precedeu outro em determinada tarefa ou posto. É um lugar a ser ocupado por alguém que supostamente teve alguma experiência pregressa com aquilo que o residente deverá, a seu turno, provar”. (FAJARDO; MEDEIROS, 2018, p. 102).

Conforme Fajardo (2011 apud Fajardo e Medeiros, 2018, p. 102), a formação para o exercício da preceptoria ainda não é algo instituído. Assim como também não é definido o tempo de experiência necessário na mesma função que o residente irá realizar sua formação no serviço de saúde. “Trata-se, em muitos casos, de uma disposição ou disponibilidade para o ensino, nem sempre espontânea, o que decide a capacitação inicial para o desempenho da preceptoria”.

Salienta-se para o fato que a prática de acompanhamento da formação do outro profissional, no caso o residente, evidencie no preceptor as suas próprias necessidades de formação, para atuar nessa função, principalmente as do campo acadêmico, na orientação de trabalhos de conclusão ou pesquisas. Segundo Fajardo e Medeiros (2018), a instituição coordenadora ou apoiadora de uma residência, no atendimento à essas demandas, costuma realizar cursos rápidos de capacitação. Desse modo, conforme os autores:

Estratégias pedagógicas que se arrogam a verdade sobre a boa conduta em cada caso, estabelecendo medidas de julgamento ao prescreverem como o bom orientador deve agir em cada um dos âmbitos, arbitrariamente, privilegiados de sua tarefa de orientar e formar. Entretanto, por mais que as estratégias de capacitação técnica suponham atingir a homogeneização das habilidades desse público-alvo, visto que se ocupam em definir aspectos pedagógicos apropriados e condizentes com as hipóteses cognitivas a respeito do intelecto humano e das necessidades práticas e acadêmicas, há sempre elementos que produzem efeitos diferentes de preceptoria, nem sempre considerados no âmbito das capacitações: o fato de cada preceptor acabar realizando seus atos formadores de modo singular, insubmisso aos modelos e, por conseguinte, incontrolável para as estratégias de padronização de uma suposta boa prática preceptora (FAJARDO e MEDEIROS, 2018, p. 103).

Fajardo e Medeiros (2018) sinalizam para o fato de alguns preceptores realizarem essa função “do lugar do mestre”, que se emprenha em transmitir o “saber total” que foi construído “em seus anos de precedência em relação ao residente”. Outros podem exercer a função como um “herói trágico”, que coloca todos os esforços ou riscos para mostrar sua atuação no campo de trabalho. E ainda há aqueles que se mostram como companheiros, presentes e sensíveis, “que acaba por proteger o residente de todos os sofrimentos e perigos, transmitindo-lhe mais sua afeição e empatia do que qualquer outra coisa que o auxilie a assumir limitações ou a andar com suas próprias pernas”. Assim, os autores chamam a atenção para a importância do preceptor agir com moderação (com cuidado e atenção) e autoanálise “para não acabar roubando a cena ao acompanhar o ator principal: o residente em sua experiência de formação”.

Destacam-se, dentre as atividades desenvolvidas na preceptoria, quatro âmbitos que compõem a jornada de trabalho e indicam os desafios resultantes do uso desse tempo de trabalho para o desenvolvimento de tarefas diversificadas: “atividades de cunho administrativo

(voltadas para o Programa em si), assistencial (relacionadas à atenção à saúde de pacientes, usuários, familiares e cuidadores), docente (focadas na relação com residentes, estagiários e outros educandos) e institucional.

É importante que o preceptor, no exercício de sua função, se utilize da escuta e do acolhimento na relação com o residente, que pode acontecer em muitos espaços e situações de residência, é algo que não pode ser desconsiderado pelo preceptor. Nesse sentido, a escuta também é uma forma de acompanhamento, pois além do conhecimento teórico e técnico de sua área e da “interface dela com outras do cada vez mais amplo campo da saúde, da habilidade comunicativa, da aptidão para o ensino e espírito questionador”, é essencial que o preceptor, através da escuta, demonstre sensibilidade em acolher a “emergência da subjetividade do residente, “expressa, na maioria dos casos, na forma de problemas ao funcionamento harmônico do projeto da residência” (FAJARDO; MEDEIROS, 2018, p. 104). A preceptoria é uma função que, em muitas vezes, extrapola a carga horária e vai além das atividades formais.

O profissional, na condição de residente, é impedido de assumir toda a responsabilidade profissional sobre seus atos, assim como, ao preceptor é delegada a tarefa de supervisão. Fajardo e Medeiros (2018, p. 106) destacam que embora os distintos núcleos profissionais da área da saúde (medicina, enfermagem, serviço social, psicologia, dentre outras) tenham suas particularidades, “o padrão do que acontece no momento da supervisão, é semelhante”. É comum e aceitável que os preceptores acabem atuando de forma semelhante, sejam quais forem as particularidades do trabalho em cada núcleo profissional (MERHY, 2007, apud FAJARDO; MEDEIROS, 2018, p. 106).

Os referidos autores ressaltam que a possibilidade da precariedade da preceptoria está na ausência de recursos pedagógicos que orientem seu papel enquanto preceptor, na relação estabelecida, no processo de formação, com o residente. “Nenhuma técnica parece suficiente” (FAJARDO; MEDEIROS, 2018, p. 107). Importa também que o preceptor, nesse processo de acompanhamento do residente, seja retirado do lugar em que se localize todo o saber, que julga ser necessário à prática profissional.

## 5 PRECEPTORIA EM SAÚDE E CONCEPÇÕES PEDAGÓGICAS

Neste capítulo apresentaremos os resultados e a discussão da revisão integrativa realizada.

### 5.1 Uma revisão integrativa sobre preceptoria em saúde e concepções pedagógicas: mapeando tendências

Como destacado por Souza, Silva e Carvalho, a revisão integrativa “determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados de estudos independentes sobre o mesmo assunto [...]” (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010, p.103-104). Nesse sentido, a revisão integrativa é uma estratégia metodológica que pode possibilitar a síntese de conhecimentos sobre determinada temática e enfoque.

Nossas perguntas norteadoras foram: Há processos de formação de preceptores? Quais as concepções acerca das práticas pedagógicas na preceptoria em saúde?

A revisão foi realizada a partir da base de dados *on-line* SciELO<sup>25</sup>, no idioma português. O período utilizado para a pesquisa foram os anos entre 2010 e 2020. A opção por esta base de dados se deu em função de aproximação à temática em tela. Para a pesquisa foram utilizados os descritores: “preceptoria em saúde” e “preceptoria e residência em saúde”. Na etapa de seleção inicial dos resultados foram encontrados 62 artigos.

Após a seleção realizada, o primeiro momento da pesquisa foi a leitura de título e resumo de todos os textos, a fim de aplicarmos quatro critérios de exclusão frente aos resultados iniciais. Foram eles: os textos não estarem disponíveis na íntegra; não serem artigos; não tratarem diretamente da preceptoria em residência em saúde; e textos duplicados.

Nesta etapa, a partir da aplicação dos critérios de exclusão, foram identificados 10 (dez) artigos que abordavam a preceptoria conforme o quadro 1 a seguir, tendo sido consideradas a referência às práticas pedagógicas e/ou a formação dos preceptores.

No quadro, os artigos estão apresentados com a identificação “A”, seguido da referência numérica, de forma decrescente dos anos de publicação, estão referenciados os títulos e autores, e, na sequência, a divisão em eixos, um relacionado às considerações sobre práticas pedagógicas

---

<sup>25</sup> SciELO opera coleções temáticas em saúde pública, ciências sociais e biodiversidade, abrangendo periódicos científicos nacionais nos países da América Latina e Caribe, Espanha, Portugal e África do Sul.

e o outro relacionado às considerações sobre processos de formação de preceptores. É importante ressaltar que as informações apresentadas no quadro foram extraídas dos artigos pesquisados.

Quadro 1 - Publicação de artigos sobre o tema preceptorial em residência em saúde em SciELO, 2010-2020

<b>Artigo</b>	<b>Ano</b>	<b>Título</b>	<b>Autores</b>	<b>Considerações sobre práticas pedagógicas (extraídas dos artigos)</b>	<b>Considerações sobre processos de formação de preceptores (extraídas dos artigos)</b>
A1	2020	As concepções de preceptores do SUS sobre metodologias ativas na formação do profissional da saúde	Chianca-Neves, Mary Glauy Brito; Lauer-Leite, Iani Dias; Priante, Priscila Tavares.	Verificou-se que para o preceptor de saúde as metodologias ativas são formas de facilitar o aprendizado, são técnicas, instrumentalização, que fazem pensar e raciocinar, possibilitando mudanças na sua prática pedagógica, e na sua maneira de agir frente ao cotidiano da preceptorial.	Este artigo relata a concepção de 15 preceptores de saúde da região Oeste do Pará - que concluíram o Curso de Especialização para Preceptores do SUS - sobre as metodologias ativas de ensino aprendizagem como estratégia de formação do profissional.
A2	2020	Estratégias Didáticas Ativas de Ensino-Aprendizagem para Preceptores de Medicina de Família e Comunidade no EURACT	Barreiros, Bárbara Cristina; Diercks, Margarita Silva; Biffi, Maríndia; Fajardo, Ananyr Porto	O preceptor pedagogicamente bem formado consegue atuar no processo de aprendizado do residente para que desenvolva as competências necessárias para seu futuro exercício profissional. O artigo faz referência às metodologias ativas de aprendizagem.	Este artigo relata os efeitos de um curso de formação para preceptores na área da Medicina de Família e Comunidade (MFC) no uso de dinâmicas ativas de ensino e ações para o ensino ativo no processo de preceptorial em programas de residência em MFC.
A3	2020	Preceptores de Residência Médica: Perfil Epidemiológico e Capacitação Pedagógica	Carvalho Filho, Aderval de Melo; Santos, Almira Alves dos; Wyszomirska, Rozangela Maria de Almeida Fernandes; Medeiros, Isabella Costa Figueiredo.	NÃO HÁ.	Como ainda não há definição dos principais requisitos para o preceptor, nem sobre a preparação para o exercício, percebe-se relativo despreparo quanto aos aspectos pedagógicos e de capacitação.

A4	2019	Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: Compreendendo Significados no Processo de Formação.	Silva, Robson Mechel Berto da; Moreira, Simone da Nóbrega Tomaz.	É indispensável elaborar políticas públicas a fim de aprimorar os projetos pedagógicos dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), contribuindo para a saúde física e mental dos residentes.	A capacitação dos preceptores é muito importante para a atuação na residência.
A5	2017	Preceptorial em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção	Izecksohn, Mellina Marques Vieira; Teixeira Junior, Jorge Esteves; Stelet, Bruno Pereira; Jantsch, Adelson Guaraci.	Os autores mencionam a construção de oficinas baseadas em metodologias ativas como estratégia para a substituição às antigas aulas teóricas tradicionais.	Investimentos permanentes no fortalecimento dos Programas de Residência Médica e na capacitação de preceptores são essenciais para consolidar a reforma na Atenção Primária em Saúde em todo o Brasil.
A6	2015	Uma análise crítica do discurso de preceptores em processo de formação pedagógica	Correa, Guilherme Torres; Carbone, Teresa Rachel Junqueira; Rosa, Mariana Freitas de Assis Pereira; Marinho, Gabriel Dória; Ribeiro, Victoria Maria Brant; Motta, José Inacio Jardim.	Os preceptores quando adotam uma pedagogia problematizadora compreendem a necessidade de transformação que sentem em sua prática.	Neste trabalho é analisada a construção coletiva de um discurso pedagógico realizado por preceptores do campo da saúde que passaram por um processo de formação pedagógica.
A7	2015	Desafios e possibilidades no exercício da preceptorial do Pró-PET-Saúde	Lima, Patrícia Acioli de Barros; Rozendo, Célia Alves.	Os resultados indicam que as possibilidades seriam: o trabalho interprofissional, reavaliar as práticas e a contribuição com a formação. Entre os desafios, estão: o despreparo pedagógico, trabalho interprofissional e a deficiência na infraestrutura.	Os preceptores entrevistados assumiram a preceptorial, mas não passaram por nenhuma capacitação pedagógica.
A8	2015	A Preceptorial na Formação Médica e Multiprofissional	Autonomo, Francine Ramos de Oliveira	Analisar quais conceitos e atividades da preceptorial são apresentados pelas	Pensar a formação do preceptor é fundamental para garantir a

		com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras	Moura; Hortale, Virginia Alonso; Santos, Gideon Borges dos; Botti, Sergio Henrique de Oliveira.	publicações brasileiras em saúde, entre os anos de 2002 e 2012, que tratam da preceptoria médica e multiprofissional.	transformação da Educação em Saúde.
A9	2012	Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico	Jesus, Josyane Cardoso Maciel de; Ribeiro, Victoria Maria Brant.	Os preceptores foram estimulados a construir redes de suporte pedagógico com outros atores nos seus cenários de prática.	O estudo sobre a avaliação do curso pelos preceptores possibilitou não só a análise das concepções de educação e de saúde assumidas por esses profissionais, mas a maneira com a qual eles se apropriam desses conteúdos em seus discursos e as relações que constroem em suas vidas pessoais.
A10	2011	A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009	Missaka, Herbert; Ribeiro, Victoria Maria Brant.	O preceptor tem importante papel na formação médica, ao integrar a teoria e a prática no contexto da assistência durante o período do internato, mas esta atividade de ensino é pouco considerada.	A formação e capacitação dos preceptores é um tema pouco discutido, embora esteja cada vez mais presente nos congressos.

### 5.1.1 Considerações sobre a formação de preceptores

Na leitura dos artigos pode-se apontar: [A1] Chianca-Neves et al. (2020), ao sintetizar as discussões colocadas por meio dos discursos, observou-se que um dos pontos mais representativos relativos às percepções dos ganhos advindos do Curso de Especialização em Educação na Saúde para Preceptores do SUS foi que os entrevistados (preceptores em saúde) perceberam que a formação trouxe novas possibilidades para as práticas pedagógicas, “vistas agora como mais dinâmicas e flexíveis, trazendo uma atuação mais ativa do aluno” (p.17).

[A2] Segundo Barreiros et al. (2020), os preceptores (médicos de família e comunidade) que realizaram o curso Leonardo EURACT nível 1 demonstraram maior conhecimento sobre o uso das estratégias didáticas de aprendizagem, especificamente dinâmicas ativas de ensino aprendizagem e ações para o ensino ativo, promovendo o aprendizado dos residentes de forma crítica e estimulando a autonomia. Além disso, foi possível perceber mudanças na prática de

ensino dos preceptores que o cursaram, pois demonstram maior uso e domínio das ferramentas na sua prática pedagógica, em comparação aos preceptores que não participaram do curso.

[A3] Carvalho Filho et al. (2020) trazem como resultado de uma pesquisa/estudo realizado com 200 (duzentos) preceptores, de ambos os sexos, de Programas de Residência Médica em Maceió, em Alagoas, que apenas a minoria dos preceptores entrevistados declarou ter realizado alguma capacitação/formação pedagógica para o exercício da preceptoria, fato que vem a refletir sobre a preparação/capacitação pedagógica do preceptor para o exercício de suas atividades de ensino na Residência Médica (RM). Com isso, enfatizam a importância da capacitação para a preceptoria na RM.

[A4] Conforme Silva et al. (2019), o artigo destaca que os preceptores podem não receber a formação didático-pedagógica necessária ao desenvolvimento das atividades relacionadas à preceptoria. Ressalta que a capacitação dos preceptores é muito importante para a atuação na residência, pois, nesse processo, possibilita tanto o ensino dos residentes, como também, pode fazer refletir sobre as questões de saúde no contexto dos serviços em que se está inserido.

[A5] Izecksohn et al. (2017) apontam que, com a necessidade de inserção de novos preceptores, na área de formação de Medicina da Família e Comunidade (MFC), também se tornou fundamental a capacitação desses profissionais para o exercício da docência. Nesse sentido, foi necessária a oferta de cursos da Academia Europeia de Professores em Medicina de Família (EURACT) e ações locais permanentes, no contexto dos Programas de Residência Médica.

[A6] Conforme Correa et al. (2015), “o curso de formação pedagógica não é a chave para todos os problemas que envolvem a preceptoria, mas, com certeza, pode colaborar e muito para a estruturação dessa prática” (p. 183).

[A7] A pesquisa realizada pelas autoras Lima e Rozendo (2015) ressalta que os preceptores entrevistados assumiram a preceptoria, mas não passaram por nenhuma capacitação pedagógica. O trabalho contribui para “a sensibilização dos profissionais e gestores em relação à importância da formação, condições de trabalho e capacitação profissional” (p. 788).

[A8] Autonomo et al. (2015) consideram importante pensar, “para além da definição de preceptor, a sua formação” (p. 325). Destacam que pensar a formação do preceptor é fundamental para garantir a transformação da Educação em Saúde.

[A9] Foi central no estudo dos autores Jesus e Ribeiro (2012) avaliar a relação “formação-ação”. Nesse sentido, a experiência de formação pedagógica apresentada pelo artigo pretendeu, fundamentalmente, “ampliar o compromisso dos preceptores com a educação e com

a transformação dos processos de trabalho, por meio da problematização das práticas em saúde, incluindo seus aspectos técnicos, políticos, sociais e afetivos” (p. 160).

[A10] Missaka e Ribeiro (2011) consideram que “a reflexão crítica sobre os processos de trabalho, um dos princípios da Educação Permanente, é condição necessária para ampliar as dimensões realizadoras do trabalho na saúde” (p. 308).

De modo geral todos os textos analisados consideram a formação dos preceptores uma questão chave para o desenvolvimento da preceptoria em saúde, contudo, a referência de formação é para o uso das metodologias ativas. Há nos artigos analisados uma certa aposta de que o uso das metodologias ativas é promotor de transformações nos processos de trabalho e formação. Os artigos [A6], [A9] e [A10] foram exceções, pois apontaram a importância da problematização das práticas em saúde no contexto de formação. Os demais artigos analisados não traziam em seus escopos uma discussão de formação em preceptoria que contemplasse, por exemplo, a discussão acerca da precarização do SUS, relações sociais e saúde, ou das condições de trabalho em seu interior.

Entendemos que há questões postas nessa ausência, o reforço da importância da formação do preceptor está focado numa metodologia, em certas competências que o preceptor precisa ter para desenvolver a “metodologia”, entretanto para pensar e realizar o trabalho em saúde – entendida a preceptoria como uma ação do trabalho em saúde – exige também a discussão de temas transversais ao processo de trabalho que conectam o cotidiano das instituições com a questão social<sup>26</sup> e a sociedade em geral.

### **5.1.2 Considerações sobre as práticas pedagógicas**

[A1] Chianca-Neves et al. (2020) ressaltam o significado das metodologias ativas para o grupo de preceptores entrevistados, pensadas como uma estratégia que pode facilitar o aprendizado, permite pensar e estimula a busca por conhecimento, assim, “as metodologias ativas trazem novas perspectivas e possibilidades para as práticas pedagógicas de formação, ensino e atuação na preceptoria” (p.21). Também foi colocada uma comparação realizada entre metodologias tradicional e ativa, fato que foi citado em muitos relatos dos preceptores, que, em decorrência disso, resultou numa mudança na forma de atuar na preceptoria, como exemplo, a

---

<sup>26</sup> Para Yamamoto (2003, p. 27), a questão social é o: “[...] conjunto de expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade”.

“forma de avaliar e de aprender, de entusiasmar e de ministrar aula, ser um facilitador do processo de aprendizagem” (idem).

[A2] Segundo Barreiros et al. (2020), o preceptor pedagogicamente bem formado consegue atuar no processo de aprendizado do residente para que desenvolva as competências necessárias para seu futuro exercício profissional. As metodologias ativas de aprendizagem (MAP) ancoram-se na pedagogia crítica e trabalham com problemas para o desenvolvimento dos processos de ensino-aprendizagem. Nesse sentido, a pesquisa mostrou que o curso para preceptores Leonardo EURACT nível 1 tem efeitos positivos no processo de preceptoria dos participantes (médicos de família e comunidade), já que eles incorporam à sua prática estratégias ativas de ensino que qualificam suas habilidades e atitudes como formadores, tornando-se profissionais com maior arcabouço de competências necessárias para o desenvolvimento do processo de preceptoria.

[A4] Segundo Silva et al. (2019), no que se refere à preceptoria, a pesquisa mostra que os residentes relatam que, muitas vezes, o preceptor não apresenta o preparo necessário para atuar no programa, o que pode dificultar o processo de ensino-aprendizagem.

[A5] Izecksohn et al. (2017) demonstram o exemplo, no campo de formação da Medicina de Família e Comunidade (MFC), de um encontro de preceptores que ocorre mensalmente e conta com a participação dos preceptores de duas Unidades de Saúde. Nesses encontros são discutidas questões como a rotina da preceptoria, ferramentas pedagógicas para facilitar o processo de ensino-aprendizagem, identificação de residentes com dificuldades de desenvolvimento e debates sobre estratégias pedagógicas e avaliativas. Outra questão importante é a possibilidade de os residentes avaliarem a atuação pedagógica de seus preceptores. Há a devolutiva dessas avaliações aos preceptores, fato que os auxilia no crescimento enquanto profissionais educadores. Os autores também mencionam a construção de oficinas baseadas em metodologias ativas como estratégia para a substituição às antigas aulas teóricas tradicionais. Uma vez que, antes, todas as atividades eram realizadas em salas com um grupo grande de alunos, onde a única metodologia possível eram as tradicionais aulas expositivas.

[A6] Correa et al. (2015) colocam que os preceptores, quando adotam uma pedagogia problematizadora, compreendem a necessidade de transformação que sentem em sua prática, fato que motiva esses preceptores a buscar formação, de forma voluntária, com o objetivo de mudar suas atuações na preceptoria.

[A7] Lima e Rozendo (2015) destacam as dificuldades e desafios postos pelos preceptores, no exercício da preceptoria, sendo estes, o despreparo pedagógico para planejar e

avaliar atividades educativas, assim como, trabalhar com grupos com metodologias ativas, desenvolver pesquisas e ações em conjunto com outras áreas profissionais. Vincula-se esse “despreparo” a formação acadêmica “baseada em um modelo curricular voltado para as especialidades e no modo fragmentado e desarticulado de agir em saúde” (p. 783).

[A8] Segundo Autonomo et al. (2015), o estudo realizado possibilitou compreender que o profissional que assume as atividades de preceptoria necessita conhecer e compreender previamente o programa de formação, seus objetivos e as atividades que esperam que esse preceptor realize, no sentido de organizar e planejar com a equipe a inserção dos residentes. Outro aspecto destacado pelos autores é em relação à importância de se estimular a participação dos residentes no planejamento e execução do processo de trabalho da equipe e que seja reservado um horário para as atividades de preceptoria.

[A9] Jesus e Ribeiro (2012) colocam que, segundo relataram os preceptores, foi a partir do curso realizado, que mudanças vêm sendo implementadas no processo de formação de residentes. “Os preceptores foram estimulados a construir redes de suporte pedagógico com outros atores nos seus cenários de prática, para que possam se manter ativos na busca pela transformação dos processos de trabalho, por meio da discussão coletiva de suas ações” (p.160).

[A10] Missaka e Ribeiro (2011) compreendem que o preceptor realiza uma mediação entre os aspectos teóricos e práticos da formação. Assim, nesse momento, “a dissociação entre teoria e prática é rompida”, pois os preceptores praticam as atividades de assistência aos pacientes na presença de alunos, “decodificando conceitos adquiridos durante a graduação”. Para além de se aplicar a teoria na prática, “a função do preceptor se caracteriza pelo exercício de uma prática clínica que levanta problemas e provoca a busca de explicações ou soluções” (p. 305).

Os achados revelam que a profissão médica é a que mais tem produções acadêmicas relacionadas às atividades de preceptoria no campo da saúde.

Os artigos [A6] e [10] buscam travar uma discussão sobre práticas pedagógicas ancorando-se em uma perspectiva problematizadora e de discussão sobre a relação entre teoria e prática no contexto da assistência em saúde. Berbel (1998, 2012) destaca que a metodologia da problematização é amplamente disseminada por portar grande potencial pedagógico conectando profissional, cidadão e as transformações societárias.

Na maioria dos artigos analisados há uma discussão sobre as práticas pedagógicas focada principalmente nas metodologias ativas. Entretanto, os trabalhos analisados ressaltam, em sua maioria e de forma a-histórica, a utilização da lógica das competências e as

metodologias ativas como estratégias para uma mudança das práticas pedagógicas e os processos de aprendizagem no contexto da residência.

Essa perspectiva dá às chamadas metodologias ativas uma certa autonomização do processo social e histórico, como se fosse possível através do uso de certas técnicas neutralizar ou suprimir a realidade contraditória do trabalho e da formação no SUS.

Conforme destacam autores como Berbel (1998, 2011, 2012) e Diesel, Baldez e Martins (2017), as metodologias ativas têm como foco e traço constitutivo a centralidade do saber no aluno, sendo ele visto como um agente primordial na relação ensino-aprendizagem, tal perspectiva se opondo a metodologia tradicional centrada na figura do docente e na transmissão de conteúdo. Em termos de oposição à lógica tradicional as metodologias ativas podem ser tidas como avanços, entretanto nossa proposta de análise vai no sentido de considerá-las à luz do debate de crítica à lógica do capital humano e das competências.

## **5.2 Dialogando com os achados: a teoria do capital humano e a pedagogia das competências**

Para uma melhor compreensão das mudanças ocorridas na relação do sistema educacional com o mundo do trabalho, faz -se necessário a problematização de conceitos e/ ou noções que estão implicados nesse processo. É nesse sentido que destaca - se “a pedagogia das competências”, que tem sua origem na lógica do “capital humano”. Segundo Frigotto (2011, p. 20), noções como “capital humano”, “pedagogia das competências”, “empregabilidade”, “empreendedorismo”, dentre outras, “apareceram no ideário pedagógico muito recentemente”, estando associadas às transformações ocorridas no sistema produtivo capitalista e no mercado de trabalho.

O “capital humano”, conforme Frigotto (2011), refere-se ao estoque de conhecimentos e práticas que o trabalhador adquire através de investimentos na educação/formação. O referido autor destaca que a noção de capital humano surge na década de 1950. Ao longo da referida década, Theodore Willian Schultz<sup>27</sup>, nos Estados Unidos, defendeu a tese que o investimento em educação pelos países, famílias e/ou indivíduos resultariam em retorno igual ou maior que outros investimentos produtivos. Seria essa a alternativa para diminuir as desigualdades entre nações, grupos sociais e indivíduos<sup>28</sup>. “Trata-se de uma perspectiva integradora da educação

---

<sup>27</sup> Doutor em Economia estadunidense e vencedor do prêmio Nobel de Economia em 1979.

<sup>28</sup> A questão central que dirigentes e intelectuais do sistema capitalista se ocupavam era como, após a Segunda Guerra Mundial, poderia se reduzir a desigualdade entre nações e entre indivíduos. O temor era que o socialismo

escolar ao mundo do emprego e de uma estratégia para evitar a penetração do ideário socialista, bem como o risco de sua expansão” (SCHULTZ, 1973 apud FRIGOTTO, 2011, p. 22).

Para Schultz (1973), o “capital humano” está relacionado ao acúmulo de conhecimentos, habilidades e atitudes que possam contribuir para o sistema produtivo. Investimentos na educação e na saúde (considera a atenção à saúde também importante, para se ter trabalhadores saudáveis) tornam os indivíduos mais produtivos. “Assim as habilidades inatas e os conhecimentos adquiridos são, nitidamente, uma forma de capital. A formação de capital é um dos principais requisitos para o progresso econômico” (CARVALHO, 2012, p. 42).

Segundo Carvalho (2012), a teoria do capital humano tem como foco a educação enquanto produto de mercado, que serve tão somente ao desenvolvimento econômico. Nesse sentido, a perspectiva de Schultz, sobre o “capital humano”, “se tornou um estorvo no campo das discussões que visam abordar a educação na perspectiva da emancipação” (p. 43).

Frigotto (2011) ressalta que a noção de “capital humano”:

(...) falseia o sentido real do capital, pois esse não se traduz numa “coisa”, mas é uma relação social e historicamente construída. Uma relação cujo fundamento é a exploração e expropriação, pela classe detentora privada dos meios e instrumentos de produção, dos que necessitam vender, para sobreviver, sua força de trabalho física e intelectual, a classe trabalhadora (p. 22).

De acordo com o referido autor, trata-se de uma teoria elaborada por intelectuais da classe burguesa mundial para explicar a desigualdade existente entre países, grupos sociais e indivíduos, sem que se revelem as razões reais que produzem essa desigualdade. Essas razões se situam na propriedade privada dos meios de produção (sendo a classe burguesa a detentora dos instrumentos de produção) e na compra da força de trabalho (numa relação desigual), que é a única mercadoria da qual dispõem os trabalhadores para proverem seu próprio sustento e de sua família, ou seja, para isso, os trabalhadores acabam por precisar vender sua força de trabalho, à classe capitalista, para sua subsistência.

No contexto brasileiro, a teoria do capital humano, diretamente relacionada ao ideário neoliberal, ganha destaque na década de 1980, com as mesmas intencionalidades desde o seu surgimento, na década de 1950, influenciadas pelas ideias de Theodore Schultz (1973), “num momento em que a economia da educação ganhou maior importância no período pós-guerra em

---

se expandisse em regiões pobres, pois se tratava de um contexto de luta crescente da classe trabalhadora e, ao mesmo tempo, um acirramento da crise do sistema capitalista, com o aumento da desigualdade entre nações, regiões e entre grupos sociais e a radicalização do desemprego estrutural (FRIGOTTO, 2011).

conexão com o peso adquirido pela educação como fator de desenvolvimento” (PAIVA, 2001 apud Carvalho, 2012, p. 41-42).

Segundo Motta (2008), a teoria do capital humano se efetivou mais profundamente na década de 1970, como um dos elementos que compunham as bases ideológicas do “desenvolvimentismo” que sustenta - se num modelo de desenvolvimento concentrador e associado ao “capital internacional”.

E serviu para justificar e legitimar políticas do Estado (ditadura militar), na medida em que estas estariam situadas na ideia de democratização das oportunidades educacionais como forma de distribuição de renda e de desenvolvimento social – vivia-se a era do ‘pleno emprego’ e do ‘milagre econômico’. Nos anos 80 e 90, a ‘teoria do capital humano’ sofre ajustes em decorrência da mudança do regime de acumulação do capital – globalização – e da inserção do novo padrão tecnológico de produção e de organização do trabalho – reestruturação produtiva (p. 3-4).

Sobre o processo de reestruturação produtiva do capital no Brasil, conforme Antunes (2014), foi a partir dos anos de 1990 que o mesmo intensificou -se. A introdução de inovações tecnológicas nos processos produtivos resultou em mudanças organizacionais dos processos de trabalho nas empresas privadas. O autor ressalta que há, nesse contexto, uma combinação de elementos do fordismo e de uma nova forma de acumulação flexível, de inspiração toyotista.

A fase atual do capitalismo brasileiro é marcada pela expressiva diminuição da força de trabalho, combinada com as mudanças sociotécnicas no processo produtivo e na organização do controle social do trabalho. Consequentemente, temos a flexibilização, a terceirização e as novas formas de gestão do trabalho, assim como, a desregulamentação dos direitos sociais e trabalhistas (ANTUNES, 2014).

Segundo Souza (2013), a crise estrutural do capitalismo na contemporaneidade, que podemos traduzir como a crise do modelo de desenvolvimento taylorista-fordista, é a evidência e a confirmação da tese marxista da queda tendencial das taxas de lucro como uma marca inerente ao processo de desenvolvimento do capital. É nesse contexto que se acelera o processo de reestruturação do regime de acumulação taylorista-fordista, em busca de condições de flexibilidade do trabalho e da produção (p. 5).

Esse processo de recomposição do capital, conforme o referido autor, tem configurado uma nova definição do papel do Estado<sup>29</sup>, fomenta-se uma cultura baseada no individualismo e

---

<sup>29</sup> Souza (2013, p. 6) ressalta que, em resposta à crise estrutural do capital, “seus intelectuais orgânicos mantêm-se na superfície do problema, agindo na dimensão fenomênica da crise, sem atingir os pilares essenciais do modo de produção e reprodução social da vida material. A preocupação central desses intelectuais é reestruturar o regime de acumulação taylorista-fordista em busca de condições de flexibilidade do trabalho e da produção, bem como romper com o modo de regulação social próprio do Estado de Bem-Estar Social e redefinir o papel do Estado,

na competitividade, cuja regulação é realizada por uma “lógica mercadológica”, composta pela formação de um “novo industrialismo”, “um novo tipo de metabolismo do capital”. Tornam-se cada vez mais frequentes as iniciativas de formação e qualificação do trabalhador para atender as novas demandas ocupacionais (SOUZA, 2013).

No entanto, enquanto categoria privilegiada, a burguesia impõe limites aos processos de formação/qualificação profissional da classe trabalhadora. Uma vez que os conhecimentos científicos e tecnológicos tornam - se necessários aos processos de acumulação da classe burguesa e, ao mesmo tempo, existe também um aumento na procura por qualificação pela classe trabalhadora, a burguesia busca redefinir sua política de formação/qualificação profissional. Segundo Souza (2013):

Esta redefinição tem como objetivo limitar o acesso ao conhecimento técnico-científico a um seletor contingente da força de trabalho, enquanto a grande maioria é atendida por um tipo de qualificação profissional fragmentada, em caráter de treinamento. Embora este tipo de qualificação fragmentada não prepare uma parcela significativa da força de trabalho para apropriar-se da ciência e da tecnologia aplicada na produção, pelo menos tem o efeito de conformação ético-política deste segmento da força de trabalho na nova conjuntura excludente do mercado de trabalho. Funciona como uma espécie de educação para o desemprego, na medida em que prepara parcelas significativas da força de trabalho para permanecerem à margem do mercado formal de trabalho, contentadas com subempregos, trabalhos precários, “bicos” ou trabalhos temporários. Mais que isto, prepara estas parcelas da classe trabalhadora para encararem com naturalidade tal situação e conformar-se a ela (p. 7).

Historicamente, a burguesia teve acesso privilegiado à educação. À classe burguesa é destinada uma educação integral, com conteúdos científicos, tecnológicos e culturais que não são ofertados às classes dominadas, o que revela, além do privilegiamento da classe burguesa, a manutenção de uma sociedade dividida em classes sociais distintas, burguesa e proletária, classe que explora e classe que é explorada. Assim, nesse contexto, é importante situar o surgimento e a constituição da escola, segundo Frigotto (2011):

A escola, tal como a conhecemos, como a sociedade que a constitui, não é fato natural, mas resultantes de processos históricos. A gênese histórica da escola se dá, especialmente, ao longo do século XVIII, dentro do mesmo processo de emergência da ciência moderna, da ascensão da burguesia como classe social hegemônica e como necessidade da crescente divisão do trabalho e do conhecimento vinculado na base dos processos produtivos (p. 20).

A escola surge num momento em que a burguesia se revela como classe revolucionária, que detém o poder. Ideologicamente, a escola é concebida como uma instituição pública, gratuita, universal e laica, que tem por função desenvolver uma nova cultura, integrar os

---

especialmente no que concerne às questões sociais, enxugando a aparelhagem estatal, com vistas no controle do déficit público, uma marca registrada do esgotamento desse modelo de regulação social”.

indivíduos na sociedade moderna e socializar, sistematicamente, o conhecimento científico (FRIGOTTO, 2011).

Trata-se de uma instituição que tinha uma clara dupla função: contrapor-se ao pensamento metafísico dominante na sociedade feudal, dominado pela igreja, daí a defesa da laicidade, e reproduzir os conhecimentos, valores, atitudes necessárias à construção do sistema capitalista (idem, p. 21).

Frigotto (2011) salienta que, desde a sua origem, a escola burguesa não cumpriu uma educação universal e igualitária, pois precisava manter a divisão da sociedade em classes, a que é detentora dos meios de produção e a que apenas tem sua força de trabalho para ser vendida.

Assim, a escola burguesa foi organizada, sobretudo, para aqueles que não precisam vender sua força de trabalho e que têm tempo de viver a infância e adolescência fruindo o ócio. Mesmo em sociedades que atingiram elevado grau de democratização da escolaridade desenvolveu-se a dualidade. Uma escola mais complexa, rica e que desenvolve conhecimentos, valores e atitudes para dirigir, organizar, comandar, etc. e uma escola mais prática, restrita, adestradora para os que se destinam ao trabalho manual ou de execução (idem, p. 21).

Assim, embora a dualidade apresentada, a escola é concebida como um importante espaço de produção e reprodução de conhecimentos, valores e comportamentos. E é a partir da sua função, enquanto instituição cultural e social, que desenvolve a formação científica, conforme o referido autor, “se estruturam os mais sólidos sistemas educacionais nos países de capitalismo central”. Frigotto (2011) enfatiza que em países de capitalismo dependente, como é o caso do Brasil, não há, até a atualidade, um sistema educacional efetivo e “chegamos ao final do século XX sem conseguirmos a universalização da escola elementar”. “A dualidade, em nosso caso, se expande em todos os níveis de ensino, inclusive na pós-graduação” (p. 21-22).

No contexto da crise de acumulação do capital, a partir dos anos de 1990, surge “a cartilha do Consenso de Washington”, que significou uma série de recomendações para o ajuste de economias, principalmente os países endividados. No Brasil, baseada nessas recomendações de cunho neoliberal, no intuito de se controlar o crescimento da dívida pública, houve o controle das contas primárias, especialmente na forma dos gastos sociais, que segundo Ramos (2011), “fundamentou os processos de privatização dos serviços públicos, inclusive a educação (...) a educação tornou-se uma mercadoria tão necessária quanto descartável, frente a supremacia e a instabilidade do mercado (p. 57).

Nesse contexto, Motta (2008) destaca:

No período 1980-1990, época de implementação das políticas neoliberais, de acomodação das polaridades ideológicas e de intensificação do avanço tecnológico, os argumentos passam a residir no aumento da competitividade como condição de

inserção no mercado, agora, ‘livre’ e mundializado. No Brasil e em outros países latino-americanos de ‘capitalismo dependente’, a abertura dos mercados foi condicionada à renegociação da dívida externa e aos princípios e regras estipulados no Consenso de Washington, inserindo mudanças significativas (e ‘modernizadoras’) nas bases institucional, política e econômica.

Sobre a pressão imposta pelos organismos internacionais sobre os países endividados, em relação aos ajustes na política econômica, no sentido de realizar a reestruturação e a abertura das economias desses países (em desenvolvimento), para fins de perpetuação do capitalismo mundial e globalizado, Paranhos (2013) destaca que nos anos 1990,

(...) os governos e instituições ocuparam o centro do debate. As mudanças de orientação em relação às funções e responsabilidades do Estado, segundo os discursos presentes nos documentos dos organismos internacionais, justificavam-se a partir das novas necessidades da economia mundial globalizada (p.30).

Sobre os impactos dessas mudanças no campo educacional, segundo Motta (2008), a “nova ordem mundial”, impulsionada pelo Banco Mundial, foi de ampliação da escolaridade dos trabalhadores, sendo estratégia de melhoria da qualificação destes, como condição para a “inserção no mercado de trabalho” (p. 5).

Esse processo de ajuste neoliberal, na educação, manifestou -se através do “rejuvenescimento da teoria do capital humano” (FRIGOTTO, 2003), incorporando elementos da “teoria do capital social” (MOTTA, 2008, p. 2). Segundo Paranhos (2013), noções relacionadas “à agenda mercantil e econômica ou desprovidos de sentidos políticos”, como sociedade do conhecimento, qualidade total, pedagogia das competências, empregabilidade e empreendedorismo, “ganham espaço no discurso educacional, relegando a planos secundários categorias ligadas às lutas políticas dos trabalhadores” (p. 31).

A associação direta entre escolarização, produtividade, desenvolvimento e riqueza e o investimento em educação como meio de superar o subdesenvolvimento ou obter retornos ou posição mais elevada na escala salarial, elemento fundante da ideologia do desenvolvimento e da teoria do capital humano, tornou-se frágil frente ao mercado de trabalho em constante decadência, gerando a necessidade de um discurso no qual o indivíduo fosse categoria central (PARANHOS, 2013, p. 31).

Nesse contexto de agravamento da pobreza, aumento do desemprego e precarização das condições de vida da classe trabalhadora, e visto a necessidade de “alteração” na “teoria do capital humano”, a escola perde sua função de preparação dos indivíduos para integração ao mercado de trabalho. Conforme Motta (2008), há um “deslocamento da, em tese, ‘função econômica integradora’ atribuída à escola, enfatizada no contexto do ‘pleno emprego’ ou do ‘desenvolvimentismo’, para a ‘função econômica de inserção’, no contexto da mundialização (p. 5)”.

A ineficiência da escola na sua “função econômica integradora”, segundo a referida autora,

(...) poderia comprometer o desenvolvimento efetivo dos indivíduos e das nações, isto é, poderia impedir o pleno desenvolvimento das capacidades produtivas, o crescimento econômico, o desenvolvimento social do país e, conseqüentemente, a melhoria do bem-estar dos indivíduos (ibidem).

Sobre a “função de inserção econômica” da escola, Motta (2008) ainda aponta que, “no contexto da ideologia da globalização, esse vínculo entre o ‘capital humano individual’ e o ‘capital humano social’ foi rompido”. Nesse sentido, a escola permanece como fundamental no desenvolvimento do ‘capital humano individual’, porém com potencial de inserção no mercado (ibidem). A escola passa a “prometer” as condições para a “empregabilidade” (Gentilli, 1998 apud Motta, 2008, p. 6).

Segundo Motta (2008), nesse processo, o trabalhador deve buscar no “mercado educacional” as competências necessárias para obter melhores “condições de disputa e melhor posição no mercado de trabalho” (MOTTA, 2008, p. 6). A autora, ao citar Gentilli (1998), sobre a perda da garantia do emprego como direito social, enfatiza que não basta educar para o emprego, é necessário também educar para a ausência dele.

Paranhos (2013) destaca que:

A associação direta entre escolarização, produtividade, desenvolvimento e riqueza e o investimento em educação como meio de superar o subdesenvolvimento ou obter retornos ou posição mais elevada na escala salarial, elemento fundante da ideologia do desenvolvimento e da teoria do capital humano, tornou-se frágil frente ao mercado de trabalho em constante decadência, gerando a necessidade de um discurso no qual o indivíduo fosse categoria central (p. 31).

Contudo, ainda na década de 1990, mesmo com a expansão do acesso à educação, não houve melhorias nas condições de vida para a maioria dos trabalhadores, intensificando a pobreza destes, inclusive há o aumento do desemprego. Tal fato se contrapõe à “teoria do capital humano” e à “tese da empregabilidade”, de acordo com Motta (2008):

(...) logo nos primeiros anos de implementação da ‘doutrina’ neoliberal os dados da realidade iriam denunciar o caráter ideológico do conjunto de orientações técnicas do Banco Mundial para o sistema educacional dos países de ‘capitalismo dependente’. Contrapondo a ‘teoria do capital humano’ e a tese da ‘empregabilidade’ constatou-se ainda na década de 1990 que ao mesmo tempo em que houve a expansão do acesso à educação, a pobreza de uma parcela significativa da classe trabalhadora intensificou, os índices de desemprego e de trabalho informal aumentaram e o ‘índice de desenvolvimento humano’ (IDH) manteve-se praticamente inalterado (p. 6-7).

A citada autora coloca que, em meados da mesma década em questão, os intelectuais orgânicos do capital concluem que não é o bastante “educar para o desemprego”, torna-se

necessário “educar para sobreviver”, portanto, à escola não é apenas atribuída a função de “atender as demandas do capital, qualificando e modernizando as forças produtivas para aumentar a capacidade produtiva”, nem tampouco “atender a demanda do trabalhador de inserção no mercado de trabalho”. Nesse sentido, “é necessário atribuir outras funções à escola”. Motta (2008) destaca que é implementada “uma outra etapa de ‘rejuvenescimento’ da ‘teoria do capital humano’ introduzindo elementos da ‘teoria do capital social’<sup>30</sup> de Robert Putnam” (p. 7).

Sobre o capital social, é entendido como a capacidade que pessoas e grupos sociais têm de pautar-se por normas coletivas, construir e preservar redes e laços de confiança, reforçar a ação coletiva e assentar bases de reciprocidade no tratamento que se estendem progressivamente ao conjunto da sociedade (CEPAL, 2007, p.24). Paranhos (2013), ressalta que a “ideologia do capital social” torna ainda mais distante do indivíduo a sua integração através do mercado de trabalho, ao contrário das noções como capital humano, a empregabilidade e as competências<sup>31</sup>, que apostam na capacitação profissional do sujeito, “seja para a vida ou para o emprego” (p. 35).

Relacionando-se à estrutura de relações entre indivíduos e nos próprios indivíduos, o capital social é empregado para designar o desenvolvimento do espírito empreendedor, da autoconfiança e da capacidade das pessoas em administrar os riscos e as incertezas (ibidem).

Segundo Motta (2008), a “intensificação do pauperismo”, “na virada do novo milênio”, é tida como um obstáculo encontrado pelos setores políticos e econômicos dominantes no processo de reprodução das políticas econômicas neoliberais, visando a garantia de sua legitimidade. A “pobreza” torna -se uma ameaça, no nível mundial, à estabilidade econômica e política. A ideia de gerar “capital social” torna-se a saída mais acertada, como estratégia de promover ajustes nas dimensões culturais e sociais, incorporando a “dimensão humana no processo econômico<sup>32</sup>” (p. 7 - 8).

---

<sup>30</sup> Sobre a “teoria do capital social”, numa tentativa de definição, segundo Putnam (1996), diz respeito a características da organização social, como confiança, normas e sistemas, que contribuam para aumentar a eficiência da sociedade, facilitando as ações coordenadas” (PUTNAM, 1996, p. 177).

<sup>31</sup> “Ao ser utilizada no âmbito do trabalho, essa noção (competência) torna-se plural – competências -, buscando designar os conteúdos particulares de cada função em uma organização de trabalho. A transferência desses conteúdos para a formação, orientada pelas competências que se pretende desenvolver nos educandos, dá origem ao que chamamos de ‘pedagogia das competências’, isto é, uma pedagogia definida por seus objetivos e validada pelas competências que produz” (RAMOS, 2008, p. 299).

<sup>32</sup> (NUNES, 2005 apud Motta, 2008, p. 8). Motta (2008), em seu artigo, cita Tarson Nunes (historiador e especialista em sociologia, da Usina Instituto de Políticas Públicas de Gestão Local, Porto Alegre, RS), pois segundo o então autor, “o desenvolvimento do ‘capital social’ permite introduzir essa dimensão mais humanizada nas políticas econômicas. Uma opção que vem crescendo, tornar o capitalismo menos selvagem. Como se fosse possível introduzir uma dimensão mais humana na lógica do capitalismo, que prioriza o capital na relação de

No intuito de gerar oportunidades à classe trabalhadora (principalmente os mais pobres) é necessário promover o “desenvolvimento humano”, não sendo uma tarefa apenas do mercado. Segundo o Banco Mundial, insere-se no processo a atuação da sociedade civil (no nível local/nacional e global), agindo solidariamente no estímulo à “participação dos pobres nos ativos sociais disponíveis na sociedade, necessários ao ‘desenvolvimento humano’, e capacitá-los ao ingresso no mercado, tornando-os produtivos” (MOTTA, 2008, p. 8).

Assim, à dimensão econômica devem ser agregadas as dimensões cultural e social e à estabilidade econômica deve-se somar a estabilidade política criando, dessa forma, condições favoráveis à manutenção das políticas neoliberais no novo milênio. Para superar os obstáculos políticos e culturais e ‘combater’ a pobreza no contexto da globalização, não basta investir em capital humano, mas fundamentalmente em capital social (ibidem, p. 8-9).

Segundo Paranhos (2013), é nesse processo que surgem categorias como “solidariedade, respeito, relações sociais duráveis, participação política, cidadania, igualdade”, postas como orientações dos organismos internacionais relacionadas às ideias como a reconstrução do Estado e a governança, possibilitando “um cenário livre de conflitos para o funcionamento do mercado” (p. 34). Almeja-se a participação ativa da sociedade, onde seus membros possam atuar como colaboradores e beneficiários, “mesmo aqueles que estejam permanentemente às suas margens, em decorrência do aumento do desemprego estrutural e do emprego precário” (p. 34-35).

Na esteira das mudanças ocorridas no mundo produtivo, a partir dos anos de 1980, ganha também destaque a “noção de competência” que, segundo Ramos (2006), constitui-se como base das políticas de formação e capacitação de trabalhadores, principalmente em países industrializados com dificuldades em associar o sistema educacional com o produtivo, “o que se explica pela ênfase que este conceito coloca nos resultados e nas ações” (p. 233).

Para Chinelli et al. (2013), o conceito de qualificação é objeto de reflexão e debate sistemáticos na sociologia do trabalho desde o pós-guerra, sendo tributário do taylorismo/fordismo em seus sentidos de organização de padrões de formação, produção e modo de regulação social. Segundo Paranhos (2013, p.33), esse conceito de qualificação “é tensionado pela noção de competência pessoal”, baseada nas aprendizagens: “aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser”. Nas palavras de Ramos, “são

---

produção; onde as atividades e produtos humanos se convertem em mercadoria, não para satisfazer as necessidades mais elementares da população, mas para criar necessidades ampliadas de consumo” (p. 19-20).

as capacidades de ordem psicológica, muito mais que as de ordem técnica, aquelas intensamente solicitadas” (2006, p. 250).

Nesse contexto, em que a questão volta - se para o tipo de formação necessária ao novo trabalhador, passam a ser utilizados conceitos relacionados à reorganização da produção e à formação para o trabalho, como competências, empregabilidade<sup>33</sup>, empreendedorismo<sup>34</sup>, especialização flexível etc. Tal argumento é utilizado para sustentar a ideia que o país necessitava elevar suas taxas de produtividade afim de competir de maneira adequada no mercado mundializado (CHINELLI et al., 2013).

De acordo com Ramos (2006; 2008), o conceito de qualificação consolidou-se como uma referência para a classificação dos empregos, modelos de formação, organização de carreiras e remunerações, baseando-se especificamente, embora sem rigidez, na formação inicial recebida. Ao contrário disso, as competências aparecem destacando os atributos individuais do trabalhador, implicando a relação subjetiva deste com o trabalho, no caso, por meio dos esquemas cognitivos e socioafetivos, aos quais esse trabalhador recorre no enfrentamento de situações apresentadas no trabalho.

Nesse sentido, são requeridas do trabalhador competências que já não estão mais atreladas à formação inicial. O campo empresarial contemporâneo passa a requisitar práticas cognitivas desse trabalhador, que podem não estar mais representadas pelas classificações e/ou certificados profissionais. Tais competências requeridas pelo emprego podem ter sido adquiridas em experiências anteriores, como exemplos, segundo Ramos (2008), “empregos anteriores, em estágios, longos ou breves, de formação contínua, mas também em atividades lúdicas, de interesse público fora da profissão, atividades familiares etc.” (p. 300). Destaca-se, a partir das colocações da referida autora, que as potencialidades ou atributos pessoais são postos como questões centrais nas políticas das empresas.

O desenvolvimento das forças produtivas alteraria a relação capital-trabalho, que ao democratizar as relações de poder nas unidades produtivas, exigindo novas qualificações,

---

<sup>33</sup> “A noção de empregabilidade surge num contexto de desregulamentação e desformalização das relações de trabalho, como estratégias para amenizar a crise dos empregos e para aumentar os ganhos de produtividade das empresas. Esse contexto se configura pela perda dos direitos trabalhistas e redução de gastos com a força de trabalho, somadas à adoção de novos métodos organizacionais da produção e do trabalho, que incluem a terceirização de atividades não estratégicas” (RAMOS, 2006, p. 253).

<sup>34</sup> Segundo Frigotto (2011), “a ênfase no empreendedorismo desloca a responsabilidade para a grande massa de trabalhadores, que por diferentes razões não são necessários ou não se enquadram nas exigências do mercado, para que busquem a sobrevivência por conta própria. Para a grande maioria, trata-se de um convite ao trabalho informal e precário, totalmente desprotegido dos direitos sociais” (p. 27).

emergindo um novo tipo de sujeito individual e coletivo, com espírito empreendedor. Demandando um trabalhador ‘colaborador’ que compartilharia espontaneamente dos objetivos da empresa, aliando para tanto, níveis elevados de qualificação técnica – saber-fazer – a atributos de caráter subjetivo – saber – ser (CHINELLI et al., 2013).

Uma vez que, no plano de trabalho, houve o deslocamento da qualificação para as competências, tal fato também efetivou um deslocamento no plano pedagógico. Segundo Ramos (2008), o deslocamento ocorre na mudança de um ensino centrado em saberes disciplinares para um ensino definido pela “produção de competências verificáveis em situações e tarefas específicas e que visa a essa produção, que caracteriza a pedagogia das competências” (p. 301).

A pedagogia das competências passa a exigir noções como saber, saber-fazer, objetivos, que sejam associadas às explicitações de tarefas em que as mesmas podem ser materializadas, fazendo assim, serem compreendidas. Conforme Ramos (ibidem), “explicitação esta que revela a impossibilidade de dar uma definição a essas noções separadamente das tarefas nas quais elas se materializam”.

Segundo Ramos, a “emergência da pedagogia das competências” está relacionada às mudanças ocorridas no mundo produtivo, sendo elas, “a eliminação de postos de trabalho e redefinição de seus conteúdos de trabalho à luz do avanço tecnológico, promovendo um reordenamento social das qualificações” (2011, p. 64). Objetiva, além de reordenar a relação entre escola e emprego, o desenvolvimento de novas práticas direcionadas à educação dos trabalhadores, considerando o contexto político e econômico neoliberal e o estabelecimento da cultura pós moderna. Assim, segundo a autora:

Enquanto o conceito de qualificação se consolidou como um dos conceitos-chave para a classificação dos empregos, por sua multidimensionalidade social e coletiva, apoiando-se especialmente na formação recebida inicialmente, as competências aparecem destacando os atributos individuais do trabalhador (2011, p. 64).

Salienta-se, nesse processo, o caráter pragmático da pedagogia das competências, constituído por processos pedagógicos fragmentados, que visam a adaptação do trabalhador na gestão das incertezas, na intensificação e exploração do trabalho, considerando as mudanças de ordem técnica e tecnológica e a organização dos processos de trabalho, na qual esse mesmo trabalhador deverá se ajustar (RAMOS, 2011).

Parte-se do pressuposto de que ‘o mercado’, a configuração do emprego e a capacitação dos trabalhadores não podem ser considerados com uma lógica independente das relações

sociais presentes em um dado momento histórico. As competências e a empregabilidade estão sempre referidas à mobilização de um conjunto de atributos da força de trabalho. Sendo ao mesmo tempo inseparáveis das políticas econômicas, pois são acionadas ao debate sobre as formas individualizadas de superar o desemprego, e é nesse contexto que adquirem relevância simbólica e política (CHINELLI et al., 2013).

Conforme Ramos (2008), os atributos psicológicos dos indivíduos tomam importância para o funcionamento integrado e flexível das organizações. Vivencia-se, de um lado, um processo de aumento da demanda do mercado por trabalhadores com competências para executar tarefas mais simples e, por outro, a dispensa de trabalhadores qualificados.

Confirma-se que a pedagogia das competências é um processo cultural pela qual visa não produzir ou transmitir conhecimentos, mas sim formar personalidades flexíveis e adaptáveis às instabilidades contemporâneas. É, enfim, a pedagogia da pós-modernidade (RAMOS, 2011, p. 68).

Desse modo, no processo de reconfiguração do papel da escola, orientada por uma cultura pós moderna, ressalta-se o papel das instituições escolares como mediadoras da constituição nos sujeitos de identidades autônomas e flexíveis, contribuindo na elaboração dos “projetos subjetivos”, no sentido de torná-los flexíveis para transformá-los em “projetos possíveis”, frente às incertezas encontradas na contemporaneidade (RAMOS, 2008).

Destaca-se que a elaboração de “projetos possíveis” é construir um novo profissionalismo que implica preparar os trabalhadores para ocuparem diversificadas ocupações “numa mesma empresa, entre diferentes empresas, para o subemprego, para o trabalho autônomo e para o não trabalho” (ibidem, p. 304).

Conforme Chinelli et al. (2013), as propostas empresariais e as políticas educacionais se orientam por uma perspectiva ideológica baseada na autoconstrução de um tipo de trabalhador considerado adequado às novas formas de organização da produção na chamada sociedade do conhecimento, na qual o emprego assalariado cederia cada vez mais espaço a formas de inserção não assalariadas no mercado de trabalho, aí incluído o autoemprego.

Atenta-se para a questão dos processos de desmobilização da luta social dos trabalhadores, atrelada a um consenso social no qual todos fazem parte de uma única classe, no caso, a capitalista. O capitalismo é tido como o único modo de produção capaz de manter o equilíbrio e a justiça social. “A flexibilidade econômica vem acompanhada da psicologização

da questão social” (RAMOS, 2008, p.303). As razões da desigualdade deveriam ser procuradas na incapacidade dos indivíduos em adquirir as competências necessárias para disputar no mercado de trabalho (CHINELLI et al., 2013).

Cabe ressaltar que a crítica à pedagogia das competências tem sido construída desde seu surgimento e difusão na educação brasileira. No entanto, mesmo em meio às críticas, o arcabouço legal da educação e, principalmente, as diretrizes curriculares nacionais tomam a noção de competências como norte para a organização curricular.

Para a superação de problemas encontrados no campo educacional é preciso que haja uma compreensão da relação entre educação e o processo histórico de produção da existência humana, no sentido de se viabilizar a reconstrução da unidade entre educação e prática social, sendo evidenciados, nessa relação, o caráter sócio-histórico do conhecimento científico e as determinações políticas e econômicas da educação (RAMOS, 2011).

### **5.3 A Pedagogia Histórico Crítica: educação e formação numa perspectiva histórica e social**

A pedagogia histórico-crítica tem como idealizador Dermeval Saviani, porém o autor enfatiza o caráter coletivo da construção dessa pedagogia. É uma teoria construída a partir da concepção dialética baseada na vertente marxista. Saviani (2012) acrescenta que no processo de construção de uma pedagogia inspirada no marxismo implica o entendimento da “concepção de fundo”, que situa - se na ordem ontológica, epistemológica e metodológica, caracterizando o materialismo histórico.

O referido autor destaca que ao tomar essa concepção como referência nos processos pedagógicos, objetiva-se reconstruir suas características objetivas e formular as diretrizes pedagógicas que possibilitarão uma nova organização do trabalho educativo, “sob os aspectos das finalidades e objetivos da educação, das instituições formadoras, dos agentes educativos, dos conteúdos curriculares e dos procedimentos pedagógico-didáticos” (p. 7), na perspectiva de se construir um trabalho educativo voltado à construção de uma nova sociedade, com uma nova cultura e um novo homem.

A partir da concepção dialética de ciência, salienta Saviani (2012), tal como “explicitou Marx no método da economia política”, apreende-se que

(...) o movimento que vai da síntese (‘a visão caótica do todo’) à síntese (‘uma rica totalidade de determinações e relações numerosas’) pela mediação da análise (‘as

abstrações e determinações mais simples’) constitui uma orientação segura tanto para o processo de descoberta de novos conhecimentos (o método científico) como para o processo de transmissão-assimilação de conhecimentos (o método de ensino)” (SAVIANI, 2007, p.74 apud SAVIANI, 2012, p. 8, *grifos do autor*).

Por meio de mediações de análise é possível uma passagem da síntese à síntese. Sendo a síntese, vista como uma “visão caótica do todo”, e a síntese, que é a articulação sistemática de saberes relacionados à prática social. Constituindo assim, uma possibilidade de descoberta de novos conhecimentos, através do método científico, e a transmissão/ assimilação de conhecimentos, por meio do método de ensino.

Saviani acrescenta que Gramsci, dentre os teóricos marxistas, foi o que mais desenvolveu discussões sobre a questão escolar. Foi baseado nas concepções gramscianas sobre a educação que o autor se apropriou da categoria “catarse” para caracterizar o “quarto passo do método da pedagogia histórico-crítica, constitutivo do momento culminante do processo educativo, quando o educando ascende à expressão elaborada da nova forma de entendimento da prática social” (ibidem).

Pareceu-me que a acepção gramsciana do termo “catarse”, entendendo-a como a “elaboração superior da estrutura em superestrutura na consciência dos homens” (GRAMSCI, 1978, p. 53) se revelava perfeitamente adequada para exprimir o momento da efetiva incorporação dos instrumentos culturais, transformados, pela mediação do trabalho pedagógico, em elementos ativos de transformação social (SAVIANI, 2007, p. 72 apud SAVIANI, 2012, p. 8).

Interessa à pedagogia histórico-crítica a articulação entre a escola e as necessidades da classe trabalhadora, por isso empenha-se em desenvolver métodos de ensino eficazes. Nesse sentido, os métodos utilizados visam o estímulo à atividade e iniciativa dos alunos, com a iniciativa do professor. Também visa favorecer o diálogo dos alunos entre si e com o professor, considerando e valorizando o diálogo com a cultura acumulada historicamente. Segundo Saviani, para além disso, importa considerar “os interesses dos alunos, os ritmos de aprendizagem e o desenvolvimento psicológico”, como também, “a sistematização lógica dos conhecimentos, sua ordenação e gradação para efeitos do processo de transmissão-assimilação dos conteúdos cognitivos” (SAVIANI, 2007, p. 69 apud SAVIANI, 2012, p. 8-9).

A pedagogia histórico-crítica procurou construir uma metodologia que tem como ponto de partida e ponto de chegada a própria prática social. O trabalho pedagógico se configura num processo de mediação, permitindo “a passagem dos educandos de uma inserção acrítica e inintencional, no âmbito da sociedade, a uma inserção crítica e intencional” (ibidem).

Segundo Saviani, essa mediação acontece “nos momentos intermediários do método”, que referem - se à problematização, à instrumentalização e à catarse. O primeiro, corresponde

a tomada de consciência dos problemas enfrentados na prática social pelos educandos; o segundo, remete – se à apropriação dos instrumentos teóricos e práticos necessários para o entendimento e solução dos problemas constatados; o terceiro e último, corresponde à “incorporação na própria vida dos alunos dos elementos constitutivos do trabalho pedagógico” (ibidem).

O referido autor estrutura a metodologia da pedagogia histórico-crítica “em cinco passos”. O ponto de partida metodológico dessa pedagogia é a prática social, sendo este o primeiro passo. A prática social é comum tanto para os alunos como para os professores, porém é vivenciada de forma diferente entre ambos. “Enquanto o professor tem uma visão sintética da prática social, ainda que na forma de síntese precária, a compreensão dos alunos manifesta-se na forma sincrética”.

O segundo passo é a problematização, que é a identificação, no âmbito da prática social, das questões que necessitam de solução e de que forma “a educação poderá encaminhar as devidas soluções”. Conseqüentemente, o terceiro passo se situa no processo de instrumentalização, fase de apropriação dos instrumentos teóricos e práticos necessários à resolução dos problemas identificados na prática social.

O quarto passo é a catarse, que conforme Saviani (2012), “é o ponto culminante do processo pedagógico”, definido pelo momento em que ocorre “a efetiva incorporação dos instrumentos culturais, transformados em elementos ativos de transformação social”. Por fim, o quinto passo, é definido como o “ponto de chegada”, que é a própria prática social, “compreendida agora não mais em termos sincréticos pelos alunos”. Existe um movimento de elevação dos alunos ao nível sintético “em que já se encontrava o professor no ponto de partida, reduz-se a precariedade da síntese do professor, cuja compreensão se torna cada vez mais orgânica” (p. 9-10).

Pode-se afirmar, conforme Lavoura e Ramos (2020), que não existe prática social sem contradições, “sem níveis de desenvolvimento que carregam problemas sociais e que necessitam de instrumentos culturais para sua contínua superação”. Nesse sentido, a partir da identificação dos problemas e tomando os “instrumentos culturais”, com o objetivo de buscar a solução dos mesmos, esta somente será possível através da “compreensão radical, sistemática e de conjunto da própria prática global”, exigindo a “articulação dialética dos momentos do método pedagógico histórico-crítico de problematização, instrumentalização e prática social” (p. 51).

Em suma, acredita-se que por meio do desenvolvimento do trabalho pedagógico, a compreensão e a vivência da prática social são modificadas de forma qualitativa,

(...) o que nos permite observar que a prática social no ponto de partida da relação educativa (primeiro passo) em confronto com a prática social no ponto de chegada (quinto passo) é e não é a mesma. É a mesma porque é ela própria que constitui ao mesmo tempo o suporte e o contexto, o pressuposto e o alvo, o fundamento e a finalidade da prática pedagógica. E não é a mesma, se considerarmos que o modo de nos situarmos em seu interior se alterou qualitativamente pela mediação da ação pedagógica. E uma vez que somos, enquanto agentes sociais, elementos objetivamente constitutivos da prática social, é lícito concluir que a própria prática se alterou qualitativamente (SAVIANI, 2012, p. 10).

É por meio dessa metodologia posta em prática pela pedagogia histórico-crítica que resgata - se a unidade da atividade educativa na prática social, articulando suas dimensões teóricas e práticas, sistematizadas na pedagogia referida, “ao mesmo tempo como teoria e prática da educação” (ibidem).

Lavoura e Ramos (2020), defendem a ideia que a “célula do método pedagógico da pedagogia histórico-crítica é a categoria de transmissão dos conteúdos escolares”. Os autores expõem o entendimento que a transmissão de conteúdos de ensino configura-se “como essência universal do método pedagógico”, visando produzir, em cada indivíduo, a humanidade que é produzida pelos seres humanos ao longo da história (p. 54).

É ela a unidade indecomponível nuclearmente existindo em todos os momentos objetivos desse método pedagógico. E mais, diríamos que é ela, a transmissão, a célula essencial que determina a passagem, a mudança e o trânsito de um momento do método para outro na prática pedagógica histórico-crítica. É ela, portanto, que dá concretude ao método pedagógico (ibidem).

Conforme o ressaltado por Lavoura e Ramos (2020), há um grande equívoco das pedagogias hegemônicas contemporâneas, “do aprender a aprender”, com seus tão disseminados métodos ativos de aprendizagem. Esse equívoco se revela no posicionamento contrário à transmissão do conhecimento, alegando ser um “processo passivo e de coerção para o desenvolvimento autônomo dos alunos”, entendendo a transmissão, nesse caso, como se fosse um “deslocamento físico-espacial” dos conhecimentos, traduzida numa concepção “mecanicista e antidialética” de transmissão de conhecimentos (p.54-55).

Considerar que toda transmissão de conhecimento é mecanicista e ignorar seu caráter dialético é um artifício útil à burguesia para evitar que a classe trabalhadora ascenda no nível mais elaborado da ciência em um dado tempo histórico, ainda que seja essa mesma classe que contribua para a sua produção mediante atividade prática real. Com a negação, os conhecimentos sistematizados continuam sendo propriedade privada a serviço da classe dominante (LAVOURA; RAMOS, 2020, p. 55).

A situação apresentada justifica a dificuldade encontrada pela classe trabalhadora no acesso à escola. A burguesia só reconheceu a necessidade por conta dos seus processos de

produção, porém o acesso da classe trabalhadora se dava através de escolas diferenciadas. E “quando não foi mais possível continuar negando a universalização da educação básica, a classe dominante procurou diferenciá-las no seu conteúdo, para manter a separação entre dirigentes e dirigidos” (ibidem).

Saviani (2012) afirma que o movimento que parte das observações empíricas ao concreto, através da mediação do abstrato, “constitui uma orientação segura tanto para o método científico como para o processo de ensino (o método pedagógico)”. A partir dessa colocação, chega-se a uma “pedagogia concreta”, que, conforme o autor, é por meio desta que se abre a possibilidade de superação da “pedagogia tradicional” e “da pedagogia moderna”<sup>35</sup>(p. 11).

Em relação à pedagogia concreta, esta toma como princípio que os educandos são sujeitos concretos, segundo Saviani, “como sínteses de relações sociais”. Cabe destacar que a pedagogia histórico-crítica também considera essa premissa. O que interessa aos educandos (concretos) está relacionado às condições que já estão postas, não foram nem criadas nem escolhidas por eles, porém estes sintetizam “as relações sociais que não escolheram”. O processo criativo desses alunos se realiza “na forma como assimilam essas relações e as transforma” (ibidem).

O conhecimento sistematizado, produzido historicamente e integrante do conjunto dos meios de produção, corresponde diretamente aos interesses do aluno concreto, pois enquanto síntese das relações sociais, o aluno está situado numa sociedade que coloca a exigência do domínio deste tipo de conhecimento. Dessa forma, torna-se uma tarefa fundamental da escola viabilizar o acesso a este tipo de saber.

Para Duarte (2020), “o conceito de ‘socialização do saber sistematizado’ contém duas noções igualmente importantes: a de socialização e a de saber sistematizado”. O autor se refere ao conceito de socialização no sentido como Saviani emprega como oposição ao de “privatização”, ou seja, no caso, a socialização se refere ao processo através do qual um bem torna-se uma propriedade socializada, “incorporando-se às atividades e à vida de todas as pessoas, não se limitando a beneficiar apenas uma parte da sociedade” (p. 36).

Nesse sentido, a educação cumprindo sua tarefa “socializadora de conhecimentos”, ela deve ser, na sua essência, universalizante, democrática e não discriminadora.

---

<sup>35</sup> Ver Saviani (2012): Origem e desenvolvimento da pedagogia histórico-crítica. Exposição na Mesa Redonda “Marxismo e Educação: Fundamentos Marxistas da Pedagogia Histórico-Crítica” realizada no VII Colóquio Internacional Marx e Engels, no IFCH-UNICAMP em julho de 2012.

Não é objetivo da educação escolar democrática a seleção de alguns poucos indivíduos que farão parte de uma elite. Os sistemas escolares não deveriam existir com a finalidade de ‘selecionar os melhores’, mas sim de promover o pleno desenvolvimento de todas as pessoas (DUARTE, 2020, p. 36-37).

Duarte (2020), também enfatiza que a educação democrática necessita ser pensada como um sistema público, gratuito, universal e laico que possibilite que todas as crianças e jovens tenham acesso aos conhecimentos produzidos pela humanidade, ao longo da história, nos campos da ciência, da arte e da filosofia, sendo este, “o segundo aspecto do conceito de socialização do saber sistematizado” (p. 37).

(...) a tarefa da escola não é a socialização de qualquer saber, de qualquer tipo de conhecimento, mas sim a do saber em suas formas sistematizadas, que superem o caráter fragmentário, assistemático e pragmático do pensamento cotidiano (ibidem).

A realidade só pode ser compreendida pelas pessoas quando estas se apropriam do saber sistematizado “que ultrapassa os limites do manejo pragmático das coisas e alcança os processos de movimento da realidade em sua forma mais ampla e mais profunda”. Isso significa que os ensinamentos da escola não podem apenas visar a preparação dos sujeitos para as “demandas prático-utilitárias da cotidianidade”. É dever da escola socializar a ciência, as artes e a filosofia, possibilitando às pessoas “a compreensão da realidade e de si próprias como parte dessa mesma realidade” (ibidem).

Segundo Lavoura e Ramos (2020):

No caso da educação escolar, considera-se o saber sistematizado das ciências, das artes e da filosofia expressões dos instrumentos culturais que, convertidos em saber escolar e conteúdos de ensino, devem ser transmitidos e assimilados por meio do trabalho educativo (RAMOS, 2020, p. 51).

No contexto de disputa de projetos societários<sup>36</sup>, no modo de produção capitalista, que reverbera nos sistemas educacionais, no que refere à organização e às teorias que norteiam o trabalho pedagógico, Saviani (2013), salienta que a pedagogia histórico-crítica entende a prática educativa como uma atividade mediadora no interior da prática social. Nesse sentido, parte-se da necessidade de se conhecer como se encontra estruturada a sociedade onde se desenvolve a prática educativa. No caso, atualmente no mundo e no Brasil, a sociedade é dominada pelo sistema capitalista, no qual os meios de produção foram concentrados na forma de capital. Ou seja, uma sociedade dividida em duas classes fundamentais, onde uma detém os meios

---

<sup>36</sup> Netto (2008) enfatiza que, na ordem do capital, a experiência histórica demonstrou que, “por razões econômico-sociais e culturais, mesmo num quadro de democracia política, os projetos societários que respondem aos interesses das classes trabalhadoras e subalternas sempre dispõem de condições menos favoráveis para enfrentar os projetos das classes proprietárias e politicamente dominantes” (p. 143).

necessários à produção (classe burguesa/capitalista) e uma outra que vende sua força de trabalho para sobreviver (classe trabalhadora).

O autor destaca que os princípios que regem essa sociedade e “que foram teorizados pelo liberalismo são a liberdade, a igualdade e a propriedade” (p. 26). Como pressuposto dessa organização social temos a “existência de proprietários formalmente iguais entre si que dispõem livremente de seus bens” (p. 26). No entanto, o que existe são proprietários que na “aparência são iguais”, porém, de fato, são desiguais, “realizando, sob a aparência da liberdade, a escravização do trabalho ao capital” (p. 26).

Tendo a sociedade capitalista como característica fundamental a divisão da mesma em duas classes com interesses antagônicos, o papel da escola coloca-se como de atender aos interesses da classe dominada, pois é impossível uma neutralidade nesse processo. Nesse sentido, é possível afirmar que a educação é um ato político, posto que ela é determinada pela sociedade na qual está inserida.

Saviani salienta que a pedagogia histórico-crítica apresenta como uma de suas características fundamentais o posicionamento a favor dos interesses da classe trabalhadora no contexto da sociedade capitalista. Desse modo, é uma pedagogia contra-hegemônica, que insere - se na luta pela transformação da sociedade atual.

Para a classe dominante interessa a manutenção da forma social existente, caminhando no sentido de evitar que as contradições da estrutura social apareçam. Ao contrário, à classe trabalhadora interessa a não manutenção dessa estrutura, nesse sentido, a luta é pela sua transformação, com vistas à construção de uma sociedade que os liberte da condição de classe dominada (explorada).

Segundo Saviani, na perspectiva da classe trabalhadora, as crises de conjuntura são tidas como manifestação das contradições da estrutura. “Sua ação vai na direção de explorar os elementos de conjuntura no sentido de que eles possam vir a alterar a própria estrutura” (p. 27).

Consequentemente, os elementos de conjuntura são vistos como instrumentos para trazer à tona, para pôr em evidência as contradições de estruturas e, nesse sentido, mudar a correlação de forças para a transformação da própria sociedade (SAVIANI, 2013, p. 27)

Situada nesse contexto está a educação escolar. Saviani destaca a possibilidade de os professores de integrarem, mesmo não intencionalmente, na luta da classe burguesa, desempenhando o papel de impedir que tais contradições societárias ganhem visibilidade. Porém, de outro lado, também podem desempenhar um importante papel na explicitação das

contradições estruturais, integrando-se na luta da classe dominada (trabalhadora), contribuindo para a transformação estrutural da sociedade.

Interessa à classe dominante a difusão de uma ideia de colaboração entre as classes, com vistas a manter a classe trabalhadora subordinada e buscando o convencimento desta mesma classe que é melhor adaptar-se à ordem vigente do que lutar para transformá-la.

Conforme Saviani (2013),

O liberalismo pode se apresentar como uma concepção que interpreta a sociedade capitalista como composta por indivíduos igualmente livres e emancipados que acumulam bens por força de sua capacidade empreendedora, justificando as diferenças e desigualdades de posses pelas diferenças de talento e de empenho, ocultando a violência que sustenta estruturalmente a exploração do trabalho pelo capital, estendendo-se para o conjunto das manifestações da vida social (SAVIANI, 2013, p. 30).

Duarte (2020), sobre a contribuição da educação para a “liberdade humana”, ressalta a necessidade de uma educação que vise a oferta de conhecimentos científicos e filosóficos, para que as pessoas tenham a possibilidade de se apropriarem desses conhecimentos e possam compreender a realidade social, de modo que não busquem a “adaptação” ao contexto em que encontram - se inseridas.

Ocorre que as pessoas não serão realmente livres se a vida delas limitar-se a processos de adaptação à sociedade tal como ela apresenta-se em estruturas e modos de funcionamento. É preciso compreender porque as coisas são do jeito que são, porque a vida humana assumiu as formas que hoje predominam e quais são as possibilidades que se apresentam para o futuro próximo e distante da humanidade (p. 37).

Conforme todas as argumentações postas, é possível acreditar numa articulação da escola com os interesses da classe trabalhadora. A pedagogia histórico-crítica colocou como tarefa fundamental da escola a organização e o desenvolvimento do processo de transmissão/assimilação dos conhecimentos sistematizados pela humanidade ao longo da história. Apenas com pessoas bem instrumentalizadas, teoricamente e eticamente, torna – se viável a transformação social pretendida.

#### **5.4 Contribuições da Pedagogia Histórico Crítica para Pensar a Residência em Saúde**

Conforme as considerações realizadas, baseadas na análise dos artigos selecionados, no que se refere às práticas pedagógicas, torna-se evidente que as metodologias ativas de aprendizado são tidas como uma importante ferramenta nos processos de formação no campo saúde. Os profissionais envolvidos com a formação em saúde, no caso, os preceptores e as

instituições, têm um entendimento que essas “metodologias” podem resultar em mudanças significativas nas práticas pedagógicas, formando residentes mais reflexivos.

No entanto, trazendo à tona toda a discussão já problematizada, referente às concepções pedagógicas, essas metodologias demonstram, na aparência, como progressistas, mas na essência se revelam como a reprodução da pedagogia das competências.

Salienta-se, segundo Ramos (2017), que a “problematização” está no cerne das metodologias ativas, baseando – se nas situações vividas, em busca de soluções de problemas e no sentido de promover mudanças nas práticas cotidianas ou do trabalho. Desse modo, entende-se o motivo pelo qual a pedagogia das competências e outras afins, alicerçadas no pragmatismo, defendem como proposta um ensino voltado para o “aprender a aprender”, ou, conforme a referida autora, pelo desenvolvimento de competências necessárias ao desempenho de ações eficazes frente às situações reais.

Na verdade, o que interessa é a capacidade de gerar resultados, de resolver problemas e não a compreensão das determinações desses problemas. Explicamos, com isto, que não basta defender e adotar a problematização como um momento didático, mas é necessário discutir o que se problematiza, com que finalidades e orientados por qual concepção de mundo. Ademais, importa, ainda, o significado adquirido pelos conteúdos de ensino, pois isto depende da compreensão que se tem sobre o que é a realidade, assim como o que é e como se poder chegar ao conhecimento da realidade. Se a proposta das metodologias ativas não enfrentarem essa questão, reitera-se, como temos insistido, o metodologismo (RAMOS, 2017, p.48).

É importante ressaltar que as próprias legislações, decretos e resoluções que embasam e orientam a organização dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde reforçam ainda práticas pedagógicas baseadas no treinamento em serviço, como podemos observar na resolução nº 5, de 07 de novembro de 2014, no primeiro parágrafo do artigo 2º:

§ 1º Estratégias educacionais práticas são aquelas relacionadas ao treinamento em serviço para a prática profissional, de acordo com as especificidades das áreas de concentração e das categorias profissionais da saúde, obrigatoriamente sob supervisão do corpo docente assistencial.

Além disso, os Programas de Residência Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde devem contemplar a integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas para a consolidação da educação permanente, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de trabalho e de gestão na saúde (BRASIL, 2009b).

Conforme citado, há um destaque para a construção de um trabalho pedagógico que visa a consolidação da educação permanente. Esta também, enquanto política (Política Nacional de Educação Permanente em Saúde - PNEPS), instituída pela Portaria GM/MS nº 198/ 2004, toma

como concepção de formação e de práticas pedagógicas, baseada na Portaria GM/MS nº 1.996/2007 (publicação das diretrizes de implementação):

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. A educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm (BRASIL, 2009a, p. 20).

Baseado nesses apontamentos realizados, sobre as concepções pedagógicas hegemônicas no campo da formação em saúde e, neste, destacando a Residência Multiprofissional e Uniprofissional em Saúde, pode – se afirmar que a formação pretendida se aproxima da pedagogia das competências, que conforme Lavoura e Ramos (2020, p. 57), é baseado no entendimento que a competência “orquestraria um conjunto de esquemas mentais, tais como percepção, avaliação, ação”<sup>37</sup>. Nesse sentido, a aprendizagem aconteceria através do “pensamento reflexivo”, que se formaria no momento em que “o sujeito desenvolve respostas originais e eficazes para problemas novos”.

Na pedagogia das competências, o conteúdo de ensino é reduzido a recurso ou insumo para o desenvolvimento de competências, enquanto os campos de referência de seleção dos conteúdos passam a ser as situações cotidianas, de vida ou de trabalho, em vez das ciências clássicas (ibidem).

Segundo Ramos (2011) a competência, nesses processos de formação e de trabalho, está associada à capacidade do sujeito “desempenhar – se satisfatoriamente em situações reais” (p. 66), mobilizando além dos conhecimentos técnicos, os recursos cognitivos e socioafetivos na realização de suas atividades profissionais e nos processos educacionais.

Utiliza-se como argumento mais frequente, em defesa da utilização do conceito de competência, das características consideradas mais específicas do trabalho em saúde, pelo fato de lidar com a vida humana e de não dispensar o uso intensivo do trabalho vivo. Assim, a atividade produtiva requer do trabalhador “habilidades subjetivas para resolver imprevistos que surgem no cotidiano do trabalho” (VIEIRA et al., 2011 apud CHINELLI; VIEIRA; DELUIZ, 2013, p. 36). Tal fato possibilitou “a incorporação acrítica desse conceito no campo da formação profissional em saúde” (LIMA, 2011 apud CHINELLI; VIEIRA; DELUIZ, 2013, p. 36).

O conceito de competência está associado “à formulação de políticas de gestão do trabalho e da educação na saúde que privilegiam o processo de trabalho centrado no usuário” e

---

<sup>37</sup> Lavoura e Ramos (2020) ressaltam que esse é o entendimento que Phillipe Perrenoud tem sobre “competências”.

que, por isso, vem a demandar do trabalhador solidariedade, humanização, capacidade de trabalhar em equipe, dentre outras características. (CHINELLI; VIEIRA; DELUIZ, 2013, p. 36 - 37).

Nesse contexto, também podemos entender como vem ocorrendo os processos de formação dos preceptores no campo saúde. Conforme os resultados obtidos, através da seleção e avaliação dos artigos, observa-se que quando essas formações acontecem, os cursos realizados estimulam nos preceptores a utilização das metodologias ativas de aprendizagem nos processos de formação. Apostam na adoção dessas metodologias, pois podem ser um “diferencial” nas práticas pedagógicas, uma vez que podem formar residentes para ser tornarem profissionais mais críticos, qualificados e “autônomos”.

Seguem a lógica de formação que vem sendo expressa na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, que como demonstrado é orientado pela concepção pedagógica baseada na noção de competências. Segundo Ramos (2011, p. 65):

(...) a noção de competência vem compor o conjunto de novos signos e significados talhados na cultura expressiva do estágio de acumulação flexível do capital, desempenhando um papel específico na representação dos processos de formação e de comportamento do trabalhador na sociedade.

A pedagogia das competências, nesse contexto, é caracterizada por uma concepção pragmática, sendo capaz de gerir as incertezas, considerando mudanças técnicas e na organização do trabalho que o sujeito deverá se ajustar. Ou seja, conforme Ramos (2011, p.68):

Confirma-se, então, que a pedagogia das competências é um processo cultural pela qual se visa não produzir ou transmitir conhecimentos, mas sim formar personalidades flexíveis e adaptáveis às instabilidades e incertezas contemporâneas. É, enfim, a pedagogia da pós-modernidade.

De um modo geral, tanto as considerações sobre as práticas pedagógicas no cotidiano do trabalho do preceptor, na relação com o residente, como as considerações sobre a formação desses preceptores, revelam a importância que é dada à pedagogia das competências, quando se valoriza o emprego das “metodologias ativas de aprendizagem”, sem vinculação teórica, se baseando numa formação que se espera como resultados que o residente finalize a mesma tendo desenvolvido “as competências necessárias” para atuar no campo saúde. Tais competências dizem respeito não só às técnico-operativas, porém, se incluem também, as socioemocionais.

Nesse contexto, torna -se um desafio a construção de um trabalho pedagógico de preceptoria nas residências em saúde que seja orientada pela pedagogia histórico-crítica, “formulada à luz de seu fundamento filosófico nuclear, a lógica dialética” (LAVOURA e RAMOS, 2020, p. 51).

Segundo Saviani (2020), ao considerar os saberes envolvidos na educação, há de se colocar os sujeitos envolvidos nesse processo, que no caso dos programas de residência em saúde, destaca-se a relação existente entre o (a) preceptor e o (a) residente. Estes se posicionam numa relação prática determinada socialmente como momento da prática social global, “tendo nesta, portanto, o seu ponto de partida e seu ponto de chegada” (p.18).

Nesse sentido, o trabalho pedagógico desse preceptor se realizará num processo de mediação, atuando no sentido de possibilitar ao/à residente uma mudança na inserção social, antes tida como acrítica e sem intencionalidades, para uma inserção social crítica e com intencionalidades. Assim, se pode afirmar que a prática social posta no ponto de partida e a do ponto de chegada são e não são a mesma, uma vez que esta prática passa por uma alteração qualitativa.

Em relação à mediação, ela ocorre nos momentos da problematização, instrumentalização e da catarse, que Saviani (2012) define como “momentos intermediários do método” (p. 8-9). Nesse processo, através da intervenção pedagógica do (a) preceptor, o (a) residente toma consciência dos problemas enfrentados na prática social, no caso, no campo de saúde, para logo após se apropriar dos instrumentos teóricos e práticos necessários para a compreensão e intervenção, de modo a solucionar os problemas identificados e, por fim, ocorre a incorporação, nesses residentes, dos elementos que constituem o trabalho pedagógico.

Como já colocado anteriormente, é através dessa metodologia posta em prática pela pedagogia histórico-crítica que é resgatada a unidade educativa na prática social, processo este que possibilita a articulação (ou mediação) das dimensões teóricas e práticas, sistematizadas na então pedagogia, como teoria e prática da educação no campo da saúde. Lavoura e Ramos (2020, p 57) salientam:

Ao contrário da pedagogia das competências, a pedagogia histórico-crítica compreende os conhecimentos como mediações que possibilitam ao ser humano apreender a realidade para si, consequência da finalidade da educação.

Outra contribuição importante da pedagogia histórico-crítica para a residência em saúde é a categoria de transmissão dos saberes sistematizados, que conforme Lavoura e Ramos (2020), essa categoria de transmissão dos conteúdos teóricos (de ensino) é uma importante característica do método pedagógico da referida pedagogia, que visa produzir, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida pelo conjunto dos seres humanos ao longo da história.

Se fosse possível anularmos a transmissão dos conteúdos escolares na atividade de ensino na educação escolar, cancelaríamos toda possibilidade de concretização do

trânsito ou da passagem da universalidade da *prática social* à singularidade *catártica* nos indivíduos, bem como a construção de cada uma dessas singularidades no interior da universalidade da prática social por meio da mediação da *problematização* e da *instrumentalização* (LAVOURAS E RAMOS, 2020, p. 54).

Saviani (2020), ao analisar e identificar as características comuns no processo educativo, chega “a uma categorização dos saberes que, com uma boa margem de consenso, se entende que todo educador deve dominar e, por consequência, devem integrar o processo de sua formação” (p. 15 - 17). Sendo eles:

- Saber atitudinal: compreende o domínio dos comportamentos e vivências consideradas adequadas ao trabalho educativo. Diz respeito às atitudes e posturas inerentes ao papel atribuído ao educador, tais como disciplina, pontualidade, coerência, clareza, justiça e equidade, diálogo, respeito às pessoas dos educandos, atenção às suas dificuldades etc.
- Saber crítico-contextual: é o saber que está relacionado à compreensão das condições sócio-históricas que determinam a tarefa educativa. Uma vez entendido que os educandos irão integrar a vida em sociedade, onde estão inseridos, busca -se um desempenho de papéis de forma ativa e inovadora (o quanto possível). Salienta-se que a formação do educador deverá envolver a compreensão do contexto onde o trabalho educativo se desenvolve.
- Saberes específicos: aqui se incluem os saberes correspondentes às disciplinas em que se recorta o conhecimento socialmente produzido e que integram os currículos escolares, no caso em questão, trata-se do currículo da residência multiprofissional em saúde. Relacionam -se com os conhecimentos oriundos das diversas ciências, da natureza, humanas, das artes, das técnicas, e mais específico do campo da saúde, as ciências da saúde. Esses saberes devem integrar o processo de formação dos educadores, desse modo, estes não poderão desconsiderá-los.
- Saber pedagógico: refere-se aos conhecimentos produzidos pelas ciências da educação e sintetizados nas teorias educacionais, objetivando articular os fundamentos da educação com as orientações que se imprimem ao trabalho educativo. Esse tipo de saber confere a base de construção da perspectiva especificamente educativa, definindo a identidade do educador, que é diferente dos demais profissionais, estejam eles ou não ligados ao campo educacional.
- Saber didático-curricular: é o saber relacionado aos conhecimentos que dizem respeito às formas de organização e realização da atividade educativa, na relação

entre educador e educando. É o domínio do “saber fazer”, implicando neste processo não apenas os procedimentos técnicos-operativos, “mas a dinâmica do trabalho pedagógico enquanto uma estrutura articulada de agentes, conteúdos, instrumentos e procedimentos que se movimentam no espaço e tempo pedagógicos”, buscando alcançar as finalidades formuladas.

Desse modo, sinaliza-se para a necessidade de processos de formação voltados para os preceptores, porém tendo como orientação pedagógica, a pedagogia histórico crítica. O conjunto de saberes que “todo o educador deve dominar” (ibidem) necessita integrar o processo de formação dos preceptores. Também deverá orientar a organização e funcionamento do currículo da residência multiprofissional em saúde. Destaca-se a necessidade de uma formação direcionada aos preceptores que inclua, para além dos conhecimentos específicos de cada profissão, os conhecimentos pertinentes à área das ciências da educação.

Como já posto, o papel do preceptor é fundamental nos processos de formação da residência em saúde, pois cabe a ele orientar os (as) residentes nas suas atividades profissionais. Faz parte dessa formação a problematização dos processos de trabalho em saúde, articulando teoria e prática, no sentido de refletir e discutir sobre às questões postas no cotidiano dos serviços, relacionadas ao fazer profissional. Assim, podemos dizer, que além de atuar na assistência aos usuários (as) do SUS, esse preceptor também desempenha um papel pedagógico fundamental no ensino-aprendizagem pelo trabalho em saúde.

Ressaltamos a importância, na formação em saúde, da construção da relação entre preceptor e residente baseada na perspectiva crítico-dialética e que o trabalho em saúde não se realize como mera petição, puramente mecânica, na aplicação de técnicas. Nesse sentido, torna-se necessário considerar que esta formação se dá num contexto político, social e econômico (capitalista) <sup>38</sup>que defende uma formação nos moldes de um “treinamento em serviço”, uma vez que o que importa para esse sistema é qualificar trabalhadores para atender as demandas do mercado. Ao contrário disso, o programa de residência multiprofissional em saúde deverá defender uma formação problematizadora, baseada na reflexão crítica e teórico-prática dos processos de trabalho em saúde, o que permite a produção de conhecimentos sistematizados.

---

<sup>38</sup> A qualificação para o trabalho, historicamente construída, é condicionada pelo contexto econômico, social e político e não se constitui como ‘desdobramento natural’ das tecnologias e das novas formas de organização do trabalho. As relações de poder entre capital e trabalho e os fatores socioculturais que influenciam o julgamento da sociedade dependem da conduta e estratégias empresariais e da consciência e organização dos trabalhadores na busca de maior decisão e intervenção no processo produtivo (CHINELLI; VIEIRA; DELUIZ, 2013).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo, ao refletir sobre as práticas pedagógicas no trabalho de preceptoría nas residências em saúde (sendo a residência definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*), buscou realizar uma análise das concepções pedagógicas que norteiam os processos de ensino-aprendizagem em programas de residência em saúde.

É importante reafirmar que, embora o SUS seja um avanço em matéria de política pública de saúde, que reconhece como direito constitucional o acesso universal aos serviços de saúde públicos existentes, ele se realiza em meio a contradições. Lima et al. (2018, p. 1-2) relacionam os fatores explicativos, de acordo com as análises sobre a política de saúde de 1990 a 2016, que enfatizam a diversidade dos condicionantes que tiveram efeito limitador na materialização da universalidade do direito à saúde no Brasil:

(...) a existência de interesses e agendas conflitantes, a não priorização da consolidação de um sistema de saúde universal pelos sucessivos governos nacionais eleitos, a dualidade da atuação do Estado (que fomenta o público, mas principalmente o produtor privado por meio de incentivos diversos), a marcante estratificação social e o caráter das relações Estado-mercado no capitalismo brasileiro e na saúde.

Com a pretensão de situar historicamente e socialmente os processos de trabalho em saúde, onde tanto os processos de formação quanto o trabalho do preceptor se encontram inseridos, esse estudo lançou mão do regate histórico da origem do trabalho em saúde, atrelado à constituição do hospital moderno, pois a concepção de um lugar de ensino surge a partir dessa configuração do hospital como espaço terapêutico.

Outro elemento importante foi a problematização trazida sobre a categoria trabalho, que ofereceu subsídios necessários para pensar os processos de trabalho em saúde com suas especificidades, elemento essencial para entender a dinâmica e a organização dos serviços de saúde e as complexas relações existentes nestes. A problematização realizada também foi importante para a compreensão do trabalho desenvolvido pelo preceptor nas residências em saúde.

O aprofundamento da precarização das relações de trabalho, trouxe impactos importantes para o campo da saúde. Com a flexibilização dos contratos e direitos trabalhistas, vivencia-se um contexto de rotatividade de profissionais, contratados para atuarem no SUS por tempo determinado de trabalho. No que diz respeito aos processos de formação, é um entrave à elaboração de projetos de serviço vinculados ao ensino, no caso específico, às residências em saúde, pois inviabiliza a construção coletiva, de forma sólida, de planos de trabalho sistematizados e com a garantia de que sejam implementados de forma continuada.

Visto que, para um ensino em serviço que tenha o compromisso ético e político com a formação dos residentes no âmbito do SUS, é necessário um corpo técnico de profissionais (preceptores) para acompanhar o processo de ensino-aprendizagem dos residentes no campo prático. A realidade observada é que há uma escassez nos quadros de profissionais permanentes, inviabilizando um trabalho de preceptoria com a qualidade esperada.

O compromisso ético e político com a formação também deve considerar o perfil socioeconômico e cultural da população usuária atendida, ou seja, identificar quem é esse público que vem sendo assistido. Uma vez que os residentes estão sendo formados no SUS e para atuar no SUS, é importante que compreendam o contexto social desses indivíduos e famílias, onde muitos encontra-se alijados das condições mínimas de sobrevivência, em decorrência da extrema desigualdade social produzida pelo modo de produção capitalista. Torna-se importante ressaltar, nesse sentido, o contexto pandêmico causado pelo novo coronavírus (COVID-19), que agravou a precarização das condições de vida de grande parcela da população brasileira, trazendo impactos importantes, inclusive, no processo saúde-doença.

Além disso, a entrada da iniciativa privada no setor saúde, com os novos modelos de gestão, constitui-se uma ameaça aos processos de formação, uma vez que, no que se refere ao ensino e à produção de pesquisas no campo da saúde, há possibilidade de conflitos de interesses, com pesquisas voltadas para as exigências do mercado desconsiderando as que visam à melhoria dos serviços de saúde e das necessidades da população atendida, priorizando as que oferecessem melhor retorno financeiro.

Outra questão discutida nessa dissertação, foi em relação à formação dos preceptores. É crucial que haja oferta de cursos específicos para instrumentalizar teoricamente e pedagogicamente esses preceptores no seu trabalho com os residentes. Sendo importante também que essa formação seja de forma continuada. Infelizmente, nota-se a falta desses cursos direcionados aos preceptores, e muitos destes, em decorrência disso, acabam por “aprenderem” a função pedagógica na prática profissional.

Busca-se uma formação de residentes no campo da saúde que não reproduza e não compactue com práticas pedagógicas que vise o desenvolvimento de competências para o atendimento das exigências mercantis. Ressaltando que os processos de formação, que de fato se preocupe com a qualificação dos sujeitos, não podem ser reduzidos à lógica do treinamento em serviço. Desse modo, reforçamos a crítica às pedagogias hegemônicas, com destaque para a pedagogia das competências, que conforme Lavoura e Ramos (2020, p. 57)):

(...) na pedagogia das competências, o conteúdo de ensino é reduzido a recurso ou insumo para o desenvolvimento de competências, enquanto os campos de referência de seleção dos conteúdos passam a ser as situações cotidianas, de vida ou de trabalho, em vez de ciências clássicas. Trata-se de uma concepção distinta e antagônica sobre o que são os conteúdos de ensino na compreensão da pedagogia histórico-crítica.

Para Saviani (2020), na pedagogia histórico-crítica, os saberes mobilizados pelos educadores articulam-se em função do objetivo pedagógico, que é o desenvolvimento do educando, resultando na transformação qualitativa no modo de se inserir na prática social.

Os saberes historicamente produzidos, no ponto de vista da educação não interessam por si mesmos, mas enquanto elementos por meio dos quais cada indivíduo singular sintetiza, em si próprios a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens (SAVIANI, 2020, p. 20).

Ainda de acordo com o autor, acredita-se que será possível construir currículos que incorporem as contribuições dos diferentes saberes que trazem em seu bojo o conhecimento socialmente produzido, a partir do momento que se toma como base o processo educativo “como ponto de partida e ponto de chegada”.

A problemática educativa será, pois, a referência para se determinar o conteúdo dos currículos, tanto no que se refere à formação de educadores quanto no que diz respeito à organização do ensino nos diferentes níveis e modalidades educativas. Dessa forma, o trabalho educativo estará capacitado a responder adequadamente aos problemas postos pela prática social que se desenvolve na sociedade contemporânea (SAVIANI, 2020, p. 22).

Diante dessa realidade posta, torna-se um desafio a concretização de um trabalho vinculado ao ensino e à pesquisa que priorize uma formação em serviço com vistas à qualificação dos trabalhadores residentes para lidarem com a complexidade das ações de cuidado em saúde (CHINELLI; LACERDA; VIEIRA, 2011). Evidencia-se a centralidade do trabalho na produção da realidade material e intelectual, na produção do conhecimento e da cultura, aproximando-se da perspectiva gramsciana do princípio educativo do trabalho (MOURA; LIMA FILHO; SILVA, 2015).

## REFERÊNCIAS

- ANTUNES, Ricardo – A nova morfologia do trabalho e as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil dos anos 1990 Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Vol. XXVII, 2014, pág. 11-25.
- ARAÚJO, Kizi Mendonça; LETA, Jacqueline. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. História, Ciências, Saúde - Manguinhos, v. 21, n. 4, p. 1261–1281, 2014.
- BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. História das políticas de saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 29-60.
- BARROCO, Maria Lúcia Silva. Trabalho, ser social e ética. In: Ética e Serviço Social: fundamentos ontológicos. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- BERBEL, Neusi Aparecida Navas. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface — Comunicação, Saúde, Educação, v.2, n.2, 1998.
- \_\_\_\_\_. As metodologias ativas e a promoção da autonomia dos estudantes. Semina: Ciências Sociais e Humanas, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25 40, jan./jun. 2011.
- \_\_\_\_\_. A metodologia da problematização em três versões no contexto da didática e da formação de professores. Revista Diálogo Educacional, Curitiba, v. 12, n.35, p. 103-120, jan./abr. 2012.
- BOTTI, Sergio. Henrique de Oliveira. O Papel do Preceptor na Formação de Médicos Residentes: um estudo de residências em especialidades clínicas de um hospital de ensino. 2009. 104 f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.
- BRASIL. Lei 5540/68. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Brasília, 1968.
- \_\_\_\_\_. Decreto 80.281. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, 1977.

\_\_\_\_\_. Lei 6932/81. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, 1981.

\_\_\_\_\_. Lei 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília, 1990;

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 287 de 08 de outubro de 1998. Relaciona 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 out. 1998. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_98.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm)>. Acesso em: 21 jan. 2017.

**Erro! A referência de hiperlink não é válida.**

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS), 2ª ed.* Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política de Formação e Desenvolvimento de Trabalhadores para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, Brasília: Departamento de Gestão da Educação na Saúde, 2003;

\_\_\_\_\_. Portaria 198/GM. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília, 2004.

\_\_\_\_\_. Lei 11.129/05. Institui as residências multiprofissionais e em área profissional da saúde. Brasília, 2005;

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial no 2.117/2005. Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a Residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2005;

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS nº 1.996. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, 2009a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Portaria MEC/MS nº 1.077, de 12 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde, e institui o

Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde e a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Brasília, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília, 2014.

BRAVO, Maria Inês Bravo. Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, A. E. et al. (Orgs.). Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2008, p. 88-110.

CARMO, Maria do; ANDRADE, Eli Iôla Gurgel; MOTA, Joaquim Antônio César. Hospital Universitário e Gestão do Sistema de Saúde – Uma trajetória positiva de integração. REME – Rev. Min. Enf.;11(4):387-394, out./dez., 2007. Disponível em:

<https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v11n4a07.pdf>. Acesso em 18 de junho de 2021.

CARVALHO. Giane Carmem Alves de. Por uma crítica ao capital humano: utopia e distopias na formação dos jovens estudantes de Ensino Médio na Grande Florianópolis. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Florianópolis, 2012

CATÃO, Marconi do Ó. Estrutura hospitalar moderna. Genealogia do Direito à Saúde: uma reconstrução de saberes e práticas na modernidade, p. 101–138, 2011.

CEPAL. Coesão Social - Inclusão e Sentido de Pertencer na América Latina e no Caribe. Síntese. Santiago do Chile: Nações Unidas, 2007.

CHINELLI F. LACERDA A. VIEIRA M. A reconfiguração gerencial do Estado brasileiro e os trabalhadores da saúde nos anos 1990. In: Vieira et al (Orgs.). Para além da comunidade: trabalho e qualificação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.

CHINELLI, F.; VIEIRA, M; DELUIZ, N. “Conceito de qualificação e a formação para o trabalho em Saúde”. In: MOROSINI et alli (org.). Trabalhadores técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/1231.pdf>

CNRMS. Resolução CNRMS no 2/2012. Institui as diretrizes gerais para a criação e operacionalização dos Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde. Brasília, 2012;

CNS. Resolução CNS nº 287/1998. Dispõe sobre as profissões da saúde. Brasília, 1998;

DIESEL, Aline; BALDEZ, Alda Leila Santos; MARTINS, Silvana Neumann. Os princípios das metodologias ativas de ensino: uma abordagem teórica. Revista Thema. Ciências Humanas, v. 14, n. 1, p. 268-288, 2017.

DONNANGELO, Maria Cecília Ferro; PEREIRA, Luiz. Saúde e Sociedade. 2 ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DUARTE, Newton. “Um montão de amontoado de muita coisa escrita”. Sobre o alvo oculto dos ataques obscurantistas ao currículo escolar. In: MALANCHEN, Julia.; MATOS, Neide da Silveira Duarte de.; ORSO, Paulino. José (orgs.) A Pedagogia Histórico-Crítica, as Políticas Educacionais e a Base Nacional Comum Curricular. Campinas: Autores Associados, 2020, p. 31-46.

FAJARDO, Ananyr Porto; MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Função Preceptoria. EnSiQlopedia das residências em saúde [recurso eletrônico] / Ricardo Burg Ceccim ... [et al.] organizadores. – Porto Alegre: Rede UNIDA, 2018. 366 p.: il. – (Série Vivências em Educação na Saúde), p. 102-108. Disponível em:  
<http://historico.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital/serie-vivencias-em-educacao-na-saude/ensiqlopedia-das-residencias-em-saude-pdf>

FERREIRA. Carolina Góis. O conceito de clássico e a pedagogia histórico-crítica. In: MALANCHEN, Julia.; MATOS, Neide da Silveira Duarte de.; ORSO, Paulino. José (orgs.) A Pedagogia Histórico-Crítica, as Políticas Educacionais e a Base Nacional Comum Curricular. Campinas: Autores Associados, 2020, p. 63-80.

FERREIRA, Ricardo Corrêa.; VARGA, Cassia Regina Rodrigues; SILVA, Roseli Ferreira da. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.14, supl. 1, p. 1421-1428, set./out. 2009.

FLEURY. Sônia. *Entrevista de Sônia Fleury a Antonio Martins como parte do projeto Resgate publicado originalmente no site Outras Palavras*. Disponível em:  
<http://cebes.org.br/2021/06/sonia-fleury-resgata-a-historia-sus-e-aponta-riscos-privatizacao>. Acesso em outubro de 2021.

FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. O processo histórico do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FRIGOTTO, Gaudêncio. Novos fetiches da pseudoteoria do capital humano no contexto do capitalismo tardio. In: ANDRADE, Juarez de; PAIVA, Lauriana Gonçalves de. (Org.). As Políticas Públicas para a Educação no Brasil Contemporâneo. 1ª ed. Juiz de Fora: Editora da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011, v. 1, p. 18-35. Disponível em <https://oebiear.wordpress.com/2015/03/30/livro-as-politicas-publicas-para-a-educacao-no-brasil-contemporaneo/>

GOMES, Rogério. Humanização e Desumanização no trabalho em saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

HORA, Senir Santos da et al. A precarização do trabalho do assistente social nos hospitais universitários: uma análise sobre o novo modelo privatista de gestão na saúde pública. In: XVI Encontro Nacional de Pesquisadoras/res em Serviço Social. Vitória - ES, 2018.

IAMAMOTO, Marilda. O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 2003.

KRIEGER. Eduardo Moacyr. O saber integrado no hospital universitário – Debate com Eduardo Moacyr Krieger, 2014. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/fsp/opiniaofz1807200408.htm>. Acesso em 10 de junho de 2020.

LAVOURA. Tiago; RAMOS, Marise Nogueira. A dialética como fundamento didático da pedagogia histórico-crítica em contraposição ao pragmatismo das pedagogias hegemônicas. In: LEHER, Roberto. 25 anos de Educação Pública: notas para um balanço do período. GUIMARÃES, Cátia; PEREIRA, Isabel Brasil; MOROSINI, Márcia Valéria (Org.). Trabalho, educação e saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010, p. 29-72.

LIMA, Júlio César França. Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros (Org.). O processo histórico do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 57-96.

LIMA, Luciana Dias de; CARVALHO, Marília Sá; COELI, Cláudia Medina. Sistema Único de Saúde: 30 anos de avanços e desafios. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 7 [Acessado 4 Junho 2022], e00117118. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102->

311X00117118>. Epub 06 Ago 2018. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00117118>

LISBOA, Teresinha Covas. Breve História dos Hospitais: da Antiguidade à Idade Contemporânea. Encarte especial da revista notícias hospitalares, edição nº 37, 2002.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.12, n.4, p.871-877. 2007.

MALANCHEN, Julia.; MATOS, Neide da Silveira Duarte de.; ORSO, Paulino. José (orgs.) *A Pedagogia Histórico-Crítica, as Políticas Educacionais e a Base Nacional Comum Curricular*. Campinas: Autores Associados, 2020, p. 47-62.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. *A ideologia alemã*. SP, Boitempo, 2007.

MARX, Karl. *O Capital. Crítica da Economia Política. Livro 1 – O Processo de Produção do Capital. Volume 1. 10ª Edição*. DIFEL Difusão Editorial S.A., 1985.

MATTA, Gustavo Corrêa. Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde. In: MATTA, Gustavo Corrêa; PONTES, Ana Lucia de Moura (Org.). *Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007, p. 61-80.

MEDICI, A.C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Revista da Associação Médica Brasileira* [online]. 2001, v. 47, n. 2 [Acessado 3 Junho 2022], pp. 149-156.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-42302001000200034>>. Epub 19 Jul 2001. ISSN 1806-9282. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302001000200034>

MINAYO, Maria Cecília de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 5 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOTTA, Vânia Cardoso da. Ideologias do capital humano e do capital social: da integração à inserção e ao conformismo. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2008, v. 6, n. 3 [Acessado 4 junho 2022], pp. 549-572. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300009>>. Epub 23 Out 2012. ISSN 1981-7746. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300009>.

MOURA, D. H.; LIMA FILHO, D. L.; SILVA, M. R. Politecnicidade e educação integrada: confrontos conceituais, projetos políticos e contradições históricas da educação brasileira.

*Rev. Bras. Educ.* [online]. 2015, vol.20, n.63, pp.1057-1080. ISSN 1809-449X. <https://doi.org/10.1590/S1413-24782015206313>.

NETTO, José Paulo. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

\_\_\_\_\_. José Paulo; BRAZ, Marcelo. Economia política: uma introdução crítica. 8a. edição, Cortez, 2012.

OLIVEIRA, Andréia de. Atenção primária à saúde: qual o lugar da participação da sociedade? 2012. 260f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012.

OLIVEIRA, Jaime A. de Araújo.; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. (In) *Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes/ABRASCO, 1985.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Carta da Organização Mundial de Saúde, 1946. Disponível em <http://www.onuportugal.pt/oms.doc>. Acesso em: 10 fevereiro 2021.

PAGLIOSA, Fernando Luiz; ROS, Marco Aurélio Da. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 356 p. ISBN 978-85-7541-359-3. Available from SciELO Books.

\_\_\_\_\_. O que é o SUS. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. In: *Saúde em Debate*, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Rio de Janeiro, Brasil. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341772004>

\_\_\_\_\_. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2018, v. 23, n. 6 [Acessado 4 junho 2022], pp. 1723-1728. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.15-35.

PARANHOS, Michelle. Organismos Internacionais e a Política de Educação Profissional Brasileira. SEMINÁRIO DE PESQUISA, IV., 2009, Rio de Janeiro. Anais / Seminário de Pesquisa: a crise da sociabilidade do capital e a produção do conhecimento. Rio de Janeiro: UFF; UERJ; EPJIV, 2013, p. 27-42.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2000, v. 4, n. 6 [Acessado 12 junho 2022] pp. 151. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000100016>>. Epub 29 Jun 2009. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832000000100016>.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lília Blima. Processos de Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 199-206

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume, 1998.

PUTNAM, Robert. D. Comunidade e Democracia: a experiência da Itália moderna. Trad. Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro. Editora Fundação Getúlio Vargas, 1996.

RAMOS, Marise Nogueira. A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação. São Paulo: Cortez, 2001

\_\_\_\_\_. É possível uma pedagogia das competências contra-hegemônica? Relações entre pedagogia das competências, Construtivismo e neopragmatismo. Trabalho, Educação e Saúde. Rio de Janeiro. v.1, p.93-114, 2003

\_\_\_\_\_. Conceitos Básicos sobre Trabalho. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros (Org.). O processo histórico do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 27-56.

\_\_\_\_\_. Pedagogia das Competências. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio Cesar França. (Orgs.). Dicionário da educação profissional em saúde. 2a .ed., Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

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

\_\_\_\_\_. A pedagogia das competências a partir das reformas educacionais dos anos de 1990: relações entre o (neo)pragmatismo e o (neo)tecnicismo. In: ANDRADE, Juarez de; PAIVA, Lauriana Gonçalves de. (Org.). *As Políticas Públicas para a Educação no Brasil Contemporâneo*. 1ª ed. Juiz de Fora: Editora da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011, p. 56-71. Disponível em <https://oebiear.wordpress.com/2015/03/30/livro-as-politicas-publicas-para-a-educacao-no-brasil-contemporaneo/>

\_\_\_\_\_. Filosofia da práxis e práticas pedagógicas de formação de trabalhadores. *Revista Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, v. 23, n.1, p. 207-218, jan/abr 2014.

\_\_\_\_\_. "Metodologias ativas": entre movimentos, possibilidades e propostas. In: Rosa Maria Pinheiro Souza; Patrícia Pol Costa. (Org.). *REDESCOLA E A NOVA FORMAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA*. 1ed. Rio de Janeiro: ENSP/REDESCOLA, 2017, v. 1, p. 43-66.

SANTOS, Camille Correia. *O precariado escondido sob o véu da formação profissional: o caso das residências em área profissional da saúde / Camille Correia Santos*. (Dissertação de Mestrado) – Rio de Janeiro, 2018. 169 f.

SAVIANI, Dermerval. *Política e educação no Brasil: o papel do Congresso Nacional na legislação do ensino*. São Paulo: Cortez; Campinas: Autores Associados, 1988.

\_\_\_\_\_. *Educação: do senso comum à consciência filosófica*. São Paulo: Cortez, 1991.

\_\_\_\_\_. Exposição na Mesa Redonda “Marxismo e Educação: Fundamentos Marxistas da Pedagogia Histórico-Crítica” realizada no VII Colóquio Internacional Marx e Engels, no IFCH-UNICAMP em julho de 2012. Disponível em:

[https://www.ifch.unicamp.br/formulario\\_cemarx/selecao/2012/trabalhos/Demerval%20Saviani.pdf](https://www.ifch.unicamp.br/formulario_cemarx/selecao/2012/trabalhos/Demerval%20Saviani.pdf)

\_\_\_\_\_. A pedagogia histórico-crítica, as lutas de classe e a educação escolar. **Germinal: marxismo e educação em debate**, [S. l.], v. 5, n. 2, p. 25–46, 2013. DOI:

10.9771/gmed.v5i2.9697. Disponível em:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/9697>. Acesso em: 4 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Educação escolar, currículo e sociedade: o problema da Base Nacional Comum Curricular. In: MALANCHEN, Julia.; MATOS, Neide da Silveira Duarte de.; ORSO, Paulino. José (orgs.) *A Pedagogia Histórico-Crítica, as Políticas Educacionais e a Base Nacional Comum Curricular*. Campinas: Autores Associados, 2020, p. 7-30.

SILVA, Letícia Batista; CAPAZ, Raphael. Preceptoria: uma interface entre educação e saúde no SUS. Serviço social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional/ organizadoras: Letícia Batista da Silva e Adriana Ramos; prefácio Maria Inês de Souza Bravo. Campinas, SP: Papel Social, 2013.

\_\_\_\_\_. Trabalho em saúde e residência multiprofissional: problematizações Marxistas. Tese (doutorado) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Serviço Social, 2016.

\_\_\_\_\_. Trabalho: notas sobre fundamentos ontológicos e históricos. Revista Trabalho, Política e Sociedade, v. 2, n. 2, p. p. 187-201, 30 jun. 2017. Disponível em: <http://costalima.ufrjr.br/index.php/RTPS/article/view/354> Acesso em: 10 dezembro 2020.

\_\_\_\_\_. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. Rev. Katálysis [online]. 2018, vol.21, n.1, pp.200-209. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/BpFH8ttww34qhgm9LSW6n84d/abstract/?lang=pt> Acesso em: 30 março 2021.

\_\_\_\_\_. CASTRO, Marina Monteiro de Castro. Serviço Social e Residência em Saúde: trabalho e formação. Campinas: Papel Social, 2020.

SOUZA, José dos Santos. A Educação Profissional no Contexto da Reengenharia Institucional da Política Pública de Trabalho, Qualificação e Geração de Renda: novos e velhos mecanismos de manutenção da hegemonia burguesa no governo FHC. In: rev. 'on line' Trabalho Necessário, ano 11, nº 16, 2013. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/trabalhonecessario/article/view/8446/6046>. Acesso em agosto de 2021.

SOUZA, Marcela Tavares de; SILVA, Michelly Dias da; CARVALHO, Rachel de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8:102-6. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 maio 2021.

TEIXEIRA, Renato da Costa; DOMINGUES, Robson José de Souza; KIETZER, Katia Simone; ARAÚJO, Renilce Machado dos Santos; GONÇALVES, Keven Lorena de Paula. Preceptoria em saúde: Definição do papel do preceptor. Cadernos de Educação, Saúde e Fisioterapia. v. 5 n. 10 (2018): Supl - Anais do XXVIII Fórum Nacional de Ensino em Fisioterapia, V Congresso Brasileiro de Educação em Fisioterapia. Disponível em:

<http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/cadernos-educacao-saude-fisioter/article/view/2011>

TORO, Ivan Felizardo Contrera. O papel dos hospitais universitários no SUS: avanços e retrocessos. *Serviço Social e Saúde*, Campinas, SP, v. 4, n. 1, p. 55–60, 2015. DOI: 10.20396/sss.v4i1.8634978. Disponível em:

<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634978>. Acesso em: 13 jun. 2021.

TRAD, Leny Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 19 [3]: 777-796, 2009. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/gGZ7wXtGXqDHNCHv7gm3srw/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 14 junho 2021.

UFF. Regulamento do Curso de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Antônio Pedro – HUAP. Disponível em <http://www.huap.uff.br/residmultiprof/content/regulamento-interno>

VÁZQUEZ, Adolfo Sánchez. O que é a práxis. In: *Filosofia da práxis*. 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1990.

VECCHIA, Marcelo D. O processo de trabalho e o trabalho coletivo em saúde. In: VECCHIA, Marcelo D. *Trabalho em equipe na Atenção Primária à Saúde: Fundamentos histórico-políticos*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

### **Artigos analisados na revisão integrativa**

AUTONOMO, Francine Ramos de Oliveira Moura et al. A Preceptorial na Formação Médica e Multiprofissional com Ênfase na Atenção Primária – Análise das Publicações Brasileiras. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2015, v. 39, n. 2 [Acessado 15 Junho 2022], pp. 316-327. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e02602014>>. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-52712015v39n2e02602014>.

BARREIROS, Bárbara Cristina et al. Active Teaching-Learning Strategies for Family Medicine Preceptors in the EURACT. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2020, v. 44, n. 03 [Acessado 15 Junho 2022], e102. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981->

5271v44.3-20190328.ING <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190328>>. Epub 14 Ago 2020. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.3-20190328.ING>.

CARVALHO, Aderval de Melo et al. Preceptors in Medical Residency Programs: Epidemiological Profile and Pedagogic Training. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2020, v. 44, n. 04 [Acessado 15 junho 2022], e159. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200131.ING> <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200131>>. Epub 02 Nov 2020. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.4-20200131.ING>.

CHIANCA-NEVES, Mary Glaucy Brito; LAUER-LEITE, Iani Dias; PRIANTE, Priscila Tavares. AS CONCEPÇÕES DE PRECEPTORES DO SUS SOBRE METODOLOGIAS ATIVAS NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL DA SAÚDE. *Educação em Revista* [online]. 2020, v. 36 [Acessado 15 junho 2022], e207303. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-4698207303>>. Epub 14 Ago 2020. ISSN 1982-6621. <https://doi.org/10.1590/0102-4698207303>.

CORREA, Guilherme Torres et al. Uma análise crítica do discurso de preceptores em processo de formação pedagógica. *Pro-Posições* [online]. 2015, v. 26, n. 3 [Acessado 15 junho 2022], pp. 167-184. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-7307201507808>>. ISSN 1980-6248. <https://doi.org/10.1590/0103-7307201507808>.

IZECKSOHN, Mellina Marques Vieira et al. Preceptoría em Medicina de Família e Comunidade: desafios e realizações em uma Atenção Primária à Saúde em construção. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 3 [Acessado 15 junho 2022], pp. 737-746. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.332372016>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017223.332372016>.

JESUS, Josyane Cardoso Maciel de; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. Uma avaliação do processo de formação pedagógica de preceptores do internato médico. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2012, v. 36, n. 2 [Acessado 15 junho 2022], pp. 153-161. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000400002>>. Epub 28 Ago 2012. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022012000400002>.

LIMA, Patrícia Acioli de Barros; ROZENDO, Célia Alves. Desafios e possibilidades no exercício da preceptoría do Pró-PET-Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* [online]. 2015, v. 19, suppl 1 [Acessado 15 junho 2022], pp. 779-791. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0542>>. Epub Ago 2015. ISSN 1807-5762.  
<https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0542>.

MISSAKA, Herbert; RIBEIRO, Victoria Maria Brant. A preceptoria na formação médica: o que dizem os trabalhos nos congressos Brasileiros de educação médica 2007-2009. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2011, v. 35, n. 3 [Acessado 15 Junho 2022], pp. 303-310. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000300002>>. Epub 29 Ago 2011. ISSN 1981-5271. <https://doi.org/10.1590/S0100-55022011000300002>.

SILVA, Robson Mechel Berto da; MOREIRA, Simone da Nóbrega Tomaz. Estresse e Residência Multiprofissional em Saúde: Compreendendo Significados no Processo de Formação. *Revista Brasileira de Educação Médica* [online]. 2019, v. 43, n. 4 [Acessado 15 junho 2022], pp. 157-166. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20190031>>. Epub 14 Out 2019. ISSN 1981-5271.  
<https://doi.org/10.1590/1981-52712015v43n4RB20190031>.