



## 3º Encontro Internacional de Política Social 10º Encontro Nacional de Política Social

Tema: “Capitalismo contemporâneo: tendências e desafios da política social”

Vitória (ES, Brasil), 22 a 25 de junho de 2015

---

**Eixo: Serviço Social: fundamentos, formação e trabalho profissional.**

### **O processo ensino-aprendizagem na residência multiprofissional em saúde: preceptores**

**Luciana da Conceição e Silva<sup>1</sup>**

#### **Resumo**

O tema deste trabalho é o processo ensino-aprendizagem na Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher a partir da análise dos relatos de preceptores. Envolveu as seguintes estratégias metodológicas: revisão bibliográfica; análise documental; observação de campo e entrevista semi-estruturada. Para a análise dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo Temática. Os resultados apresentaram profissionais com dificuldades para a formação e a organização do trabalho sob a perspectiva multiprofissional. Foram observadas fragilidades em relação à participação dos preceptores na construção e revisão do Projeto Político Pedagógico bem quanto aos processos de planejamento do ensino e avaliação do curso. **Palavras-chave:** Ensino-Aprendizagem; Saúde; Residência Multiprofissional; educação; trabalho.

#### **Abstract**

The theme of this work is the teaching-learning process in the Multidisciplinary Residency in Women's Health from the analysis of preceptors reports. Involved the following methodological strategies: literature review, document analysis; field observation and semi-structured interview. For analysis we used the qualitative analysis. The results showed professionals with difficulties for formation and the organization of work under the multi-perspective. Weaknesses were observed in relation to the participation of tutors in the construction and revision of Project Political well as to educational planning and evaluation processes of the course.

### **INTRODUÇÃO**

O exercício da preceptoria, a partir da supervisão da prática, mostra-se como estratégia principal deste processo. Esta mediação exige do preceptor conhecimento, bom senso, criatividade e formação continuada. Implica, ainda, em compreensão da dinâmica do processo ensino-aprendizagem a partir da prática, das especificidades que caracterizam o trabalho em saúde e do entendimento da complexidade do trabalho multiprofissional. Muito importante também é a compreensão acerca das transformações

---

<sup>1</sup> Mestranda da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ). Assistente Social da Secretaria de saúde do Município de Carapebus/RJ.

do mundo do trabalho e das políticas sociais públicas e do exercício profissional na saúde (SANTOS, 2010).

Assim, elencou-se como questão norteadora dessa pesquisa: como tem sido a contribuição dos preceptores para a formação multiprofissional em saúde dos residentes, por meio do processo de ensino no e pelo trabalho e que objetiva a construção de uma formação crítica para o SUS?

Dessa forma, o tema deste trabalho é a formação em saúde na Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher do Instituto São Francisco de Assis (HESFA)/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) a partir da análise que os preceptores possuem a respeito do processo ensino-aprendizagem, interesse de investigação construído a partir da inserção como residente nesta universidade.

O objetivo geral foi analisar o processo ensino-aprendizagem na Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher HESFA/UFRJ, a partir do relato dos preceptores. Os objetivos específicos foram: identificar as características de formação cultural, social e profissional dos profissionais preceptores e concepções teóricas na saúde; destacar as contribuições dos preceptores para a construção do Projeto Político Pedagógico da RMSM. É importante pesquisar aspectos relacionados à formação em saúde na modalidade de RMS a fim de compreender seus limites e possibilidades para o fortalecimento do SUS dentro de uma realidade que se contradiz com o modelo proposto por esse sistema e, que privatiza os serviços e focaliza as necessidades sociais da população.

## **METODOLOGIA**

A metodologia do estudo foi a pesquisa qualitativa e realizou-se a partir dos relatos dos preceptores do HESFA/UFRJ que pertencem às seguintes áreas de conhecimento: Serviço Social, Psicologia e Enfermagem. Segundo Minayo (2010), a relevância de dados qualitativos está na amostra de pelo menos 30% de um universo. Assim, do total de 41 preceptores, 12 foram entrevistados, dos quais: 4 assistentes sociais, 4 enfermeiros e 4 psicólogos. O critério de escolha foi o sorteio aleatório. Utilizou-se o Roteiro de Entrevista Semi-estruturada e a Análise de Conteúdo Temática para a coleta e tratamento dos dados.

O estudo está de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que traz diretrizes e normas regulamentadoras que devem ser cumpridas nos projetos de pesquisa envolvendo seres humanos.

## **DESENVOLVIMENTO**

As mudanças contemporâneas mais gerais – a contrarreforma do Estado, a reestruturação produtiva e a financeirização do capital – têm péssimos impactos nas condições cotidianas de trabalho inclusive na saúde (DRAIBE 1993). O processo de implementação dos direitos sociais na Constituição de 1988 e o Sistema Único de Saúde e, a proposta de fortalecimento de uma formação em saúde que seja pautada nos princípios e diretrizes desse sistema de universalidade, integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade, dentre outros, é acompanhada por uma realidade de contradições, próprias da sociedade capitalista. De acordo com Chesnais (1996) a mundialização do capital, tem profundas repercussões na órbita das políticas públicas, com suas diretrizes de focalização, descentralização, desfinanciamento e regressão dos direitos do trabalho. A precarização se reflete na falta de reajuste salarial e principalmente nas diversas formas de contratos que muitas vezes são temporários e sem garantias trabalhistas, o que inviabiliza a construção e continuidade de um projeto de atuação e a participação em formação (BRAVO, 2006).

O início da década de 1990 foi marcado pela discussão sobre Recursos Humanos e formação profissional nas Conferências e Conselhos de Saúde. Assim, encaminhou-se como direcionamento a realização da II Conferência de Recursos Humanos em Saúde, em 1993. No entanto, o cenário político caracterizava-se por uma crise instalada no país a partir do Governo Collor/Itamar e as intervenções de viés neoliberal e que atingiu consideravelmente a área de recursos humanos, inclusive na saúde pública, o que impediu a efetivação de uma política de recursos humanos compatível com a concepção da Reforma Sanitária Brasileira (PINTO ET AL., 2012). A partir dos anos 2000 tem início a proposição de um debate nacional entre gestores, trabalhadores e formadores de recursos humanos, para implementar, aperfeiçoar e adequar a NOB/RH– SUS. A área de Recursos Humanos ganha o status de Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, objetivando implementar uma política de valorização do trabalho no SUS. A partir disso, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) torna-se uma estratégia do SUS para a formação e o

desenvolvimento de seus trabalhadores. Isto permitiu uma interlocução do setor saúde na formulação de projetos político-pedagógicos para a formação dos trabalhadores condizente com os princípios do SUS. (BRASIL, 2004). Nesse cenário, uma das políticas desenvolvidas pela SGTES é a de fomento das Residências Multiprofissionais em Saúde com o objetivo de ser uma pós-graduação para formar profissionais em campos de atuação estratégicos para SUS e em regiões prioritárias do país (SILVA, 2013).

Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) foram pensados para formar um novo perfil de profissional de saúde apto a responder às reais necessidades de saúde dos usuários, família e comunidade, considerando as premissas do modelo assistencial da atenção básica brasileira, a Estratégia Saúde da Família (ESF). Assim, há uma demanda por um perfil profissional diferente do que tem sido formado nas graduações, geralmente, muito especializadas, o que induz a um investimento governamental na formação de profissionais mais capacitados quanto à atuação multiprofissional (RAMOS, 2006). A multiprofissionalidade é o termo utilizado pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde e se constitui a principal diretriz para a formação do residente. Sobre a prática multiprofissional, utilizamos o conceito apontado por Minayo (2010), “multiprofissionalidade diz respeito à múltipla articulação, agora, de áreas profissionais. Ela acontece, geralmente quando, para solucionar um problema complexo da prática, são necessários conhecimentos de vários especialistas” (p. 436).

De acordo com Vasconcelos (2009), tão importante quanto apreender as profissões no contexto da contraditória sociedade do capital é deixar claro que é na própria contradição de interesses entre capital/trabalho que está a possibilidade de uma prática social - a prática dos profissionais como sua parte e expressão - que fortaleça os interesses da saúde da população. Contudo, Iamamoto (2008) aponta que a condição de venda e compra da força de trabalho restringe, em graus variados, a autonomia profissional na direção social desse exercício, com incidências na sua configuração técnico-profissional. Assim, as exigências impostas pelos distintos empregadores também incidem nas requisições feitas ao profissional e estabelecem limites e possibilidades à realização dos propósitos profissionais. Segundo Netto (2006), os projetos profissionais são projetos societários que, em sociedades como a nossa, são necessariamente projetos de classe, mesmo que o sujeito da ação não tenha consciência.

Diante do enfrentamento de uma política de contra-reformas, a afirmação de um projeto profissional e político-pedagógico voltado para uma formação crítica, reflexiva, teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política é de extrema importância para a formação dos profissionais e fortalecimento do SUS. Nesse sentido, discutir questões conjunturais, pedagógicas e políticas do programa de Residência Multiprofissional em Saúde é importante, principalmente quando se considera a ótica dos preceptores, profissional de saúde que também é formador. Acredita-se que uma melhor compreensão desse processo poderá contribuir para a formação de profissionais críticos e consonantes com os princípios e diretrizes do SUS.

## **RESULTADOS**

A maioria dos preceptores é do sexo feminino (92%), contra 8% do Sexo masculino. Segundo PIERANTONI (2012), um dos traços estruturais do setor de serviços de saúde é a preponderância da força de trabalho feminino principalmente as que envolvem o cuidado, um fenômeno observado em todos os países. O processo de feminização é um aspecto a ser considerado neste trabalho, apesar de não ser aprofundado, tendo em vista que a questão do gênero, nos seus aspectos sociais e culturais, tais como a carga de trabalho exigido da mulher e a própria desvalorização do trabalho na saúde vêm sendo observados na área. Assim, as realidades do mundo do trabalho e das relações de gênero vão interferir também no processo de ensino e de formação na residência, tendo em vista que a feminização da força de trabalho é acompanhada pela desvalorização econômica e social da atividade.

Observou-se que a maioria dos profissionais preceptores possui mais de 40 anos de idade, trabalha há mais de 20 anos na instituição, está na Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher desde o início e tem vínculo estatutário com Carga horária de 40 horas semanais.

Quanto à categoria de análise sobre as referências teórico-metodológicas e posicionamento político ideológico dos preceptores verificou-se que 50% dos preceptores citaram a concepção da Organização Mundial da Saúde e, assim, percebem a saúde como bem-estar físico, mental e social, distanciando-se dos determinantes assegurados na Constituição Brasileira de 1988. De qualquer forma, 25% citou a concepção da Reforma Sanitária Brasileira (RBS) que abarca os determinantes concretos na saúde. No

entanto, 17% tem concepção eclética citando várias teorias sobre saúde e 8% apontou a saúde apenas como ausência de doença, concepção considerada mais defasada na saúde por ser mais voltada às compreensões biologicista e curativista.

É fato a existência de diversas concepções de saúde, isto porque decorrem de diversos aspectos da conjuntura social, política e econômica. Desta forma, cada concepção de saúde decorre da maneira que o sujeito social vê o mundo. Neste trabalho, essas concepções foram de três tipos: a de modelo Flexneriano (biomédico) – que centra o estudo na doença individual e concretamente, no qual as relações sociais vivenciadas pela sociedade não contam para o ensino médico e não são consideradas no processo de saúde-doença; a da OMS – que coloca a saúde como um completo bem estar físico, mental, e social e não apenas ausência de doença. Este conceito é bastante avançado devido ao período histórico de pós-Segunda Guerra Mundial, contudo, ainda é um conceito idealista que coloca a saúde como algo a ser alcançado e a concepção do Movimento de RSB que apresenta um conceito ampliado de saúde e assegurado na Constituição Federal de 1988, tornando-se base teórico-metodológica da Saúde Coletiva brasileira.

Quanto à visão que os preceptores têm sobre o SUS os dados estão apresentados na Tabela 2.

**Tabela II – Viabilidade do SUS e concepções sobre seus princípios**

Descentralização/Regionalização	35%
Formal mas não é efetivo	20%
Destaca um programa ou Política Atual (Clínica da Família, CAPS)	15%
Defende, mas aponta dificuldades.	15%
Integralidade/Universalidade/Acessibilidade	10%
Não acredita na viabilidade do SUS	5%

Procurou-se verificar como o SUS é visto pelos sujeitos que podem transformá-lo em realidade, tal como está definido nas legislações de saúde e diante dos desafios postos pela sociedade capitalista e as intervenções neoliberais. Uma postura de entendimento sobre a importância da construção do SUS e sua defesa crítica é essencial para o profissional formador. É importante que estes profissionais consigam apreender a

grandeza e o significado que a criação do sistema representou quanto à extensão de direitos à saúde dos cidadãos, uniformização do atendimento, universalização e integralidade.

Referente à defesa e posicionamento do Projeto de Universidade que os preceptores defendem, verificou-se que 67% são favoráveis à Universidade Pública; 17% apontaram a qualidade da pública em relação à privada e 16% defendeu a Universidade Pública e Universal. Quando indagados sobre a privatização na saúde, 83% dos preceptores foram contrários à Gestão Privada na Universidade Pública, 9% se disseram Contra a gestão privada, mas criticam a estabilidade do servidor público e 8% se disseram a favor da privatização em algumas instituições de saúde.

Considera-se que os preceptores tem um espaço de trabalho privilegiado visto que é no Hospital Universitário que pode surgir questões importantes da Saúde Coletiva, com a possibilidade de produção do conhecimento, de críticas às práticas vigentes e de formação de multiplicadores na busca da implementação e ampliação do Sistema Único de Saúde, tal como é assegurada nas legislações de saúde. Assim, é importante que estes profissionais defendam um projeto de Universidade Pública e sem a interferência da gestão privada, tal como os dados apresentados neste trabalho. Isto é muito relevante quanto ao tipo de referência de formação e crítica que a residência possibilitará. (Vasconcelos, 2010).

Outra variável foi a produção de Relatos de Experiência, em que 33% não produz relatos; 25% produz relatos e publica; 17% publicava, mas atualmente não publica e 25% produziu conhecimento relacionado à pesquisas e/ou resultados de mestrado. Ou seja, 50% atualmente, não produzem relatos de experiência, ainda que vinculado a um curso de pós graduação. Isto pode mostrar como os diferentes profissionais de saúde pensam e agem diante dos principais instrumentos existentes para dirigir uma ação contra-hegemônica na instituição, seu lugar de trabalho. Ao produzir relatos e publicar, os sujeitos podem ter voz contrária ao pensamento e às práticas neoliberais na saúde e na educação, tendo em vista que o campo de investigação e ação são HU's onde estão presentes os campos da saúde e educação públicas.

No que diz respeito ao conhecimento dos profissionais sobre a importância dos conselhos de política e de direitos na atenção à saúde da população, observou-se um distanciamento dos profissionais com estes espaços já que 42% nunca participaram dos conselhos e 25% não participam mais, apenas 33% participam ativamente. Quando

perguntados se participam de outros espaços coletivos, 50% afirmam que não participam atualmente, mas já participaram; 42% nunca participaram e apenas 8% participam ativamente. Indagou-se sobre a importância dos espaços coletivos, fóruns e conselhos para a formação do Residente do SUS e a maioria (83%) afirmou que sim. Porém, 9% desconhecem esses espaços e ainda tiveram aqueles que criticaram esses espaços (8%). De qualquer forma, mesmo os que não incorporaram a participação nesses espaços em sua prática social na saúde, a maioria reconhece a relevância da inserção dos residentes nesses espaços políticos.

Na categoria de análise sobre formação e trabalho multiprofissional buscou-se apreender como os preceptores pensam e articulam o multiprofissional na formação dos residentes. Sobre a organização do exercício multiprofissional na unidade, 54% dos profissionais consideraram positivo e exitoso e 50% afirmaram que a forma como está organizada esta prática no setor contribui para a efetivação dos objetivos de formação multiprofissional da RMSM. Entretanto, ao serem indagados sobre o planejamento multiprofissional do ensino na preceptoria, 6% dos profissionais afirmaram que não ocorre esta ação nos setores. Sobre a prática multiprofissional na unidade, os preceptores encontram dificuldades (25%) por questões estruturais; outros afirmaram que não há integração multiprofissional (25%) e outros não conseguiram avaliar (25%) tendo em vista que não conheciam todos os setores do HESFA/UFRJ. Esses dados demonstram que apesar dos preceptores considerarem que exista um avanço na projeção e nas práticas multiprofissionais do Instituto, os profissionais ainda possuem dificuldades em integrar essas práticas ao cotidiano bem como destacá-la como um exemplo de planejamento da realidade de todos os setores do HESFA. Como pode-se observar mais detalhadamente na tabela a seguir:

A respeito das dificuldades e das vantagens que os profissionais percebem na preceptoria multiprofissional, especialmente quando recebem residentes de outras profissões, destaca-se que citaram dificuldades em compartilhar o conhecimento de outras áreas (42%). Porém, 50% afirmam que não sentem dificuldades, outros 17% não responderam, ainda 17% afirmam dificuldades de comunicação e compreender as competências de outras profissões, e 8% destaca a falta de treinamento e conhecimento da proposta da residência que possuem. Em relação às vantagens percebidas na preceptoria de outras profissões, destaca-se que os profissionais consideraram importante a oportunidade de integração e trocas de saberes com outras profissões (50%), 42% não respondeu e 8% afirmaram que é a oportunidade de ir além da sua especialidade.



Sobre estes dados é importante destacar ainda que os preceptores sinalizaram que a maior preocupação não é a possibilidade de invadir o núcleo de atuação de outras profissões, mas sim, compartilhar ações de saúde entre estas. Assim, é possível refletir que a prática desses preceptores pode estar oportunizando se colocarem no lugar das fronteiras com as outras profissões e oportunizando que seus lugares sejam invadidos com responsabilidade para que a troca de saberes seja consolidada tal como aponta Ceccim (2010). Ainda nesse sentido, esta realidade pode estar contribuindo para a multidisciplinaridade, tal como diz Luz (2009), redefinindo saberes disciplinares e suas lógicas de aplicação política ou de intervenção na ordem da vida coletiva. Pode ainda resultar em soma de “olhares” e métodos ancorados pelos profissionais de diferentes disciplinas ou práticas e reforçar a interdisciplinaridade neste serviço de saúde.

É importante refletir que este será um conflito para preceptores e também residentes, visto a proposta da Residência Multiprofissional ser diferenciada de suas formações. Porém, a formação multiprofissional tem um papel importante na construção do SUS, pois pode produzir impacto na maneira de pensar e de agir dos profissionais de saúde, potencializando a reflexão nos processos de trabalho bem como na viabilização de uma atenção integral em saúde aos usuários do sistema. Conforme diz Ceccim (2005b,p.163) “sempre seremos poucos, sempre estaremos desatualizados, nunca dominaremos tudo o que se requer em situações complexas de necessidades em/direitos à saúde”, por isso a importância da constituição de equipes multiprofissionais e profissionais conhecedores e executores de práticas de saúde multidisciplinares, proposta de formação evidente nos programas das RMS.

Os resultados seguintes referem-se à categoria Ensino e Formação da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher. Indagou-se aos preceptores, profissionais formadores, sobre seu envolvimento no Projeto Político Pedagógico da RMSM. Verificou-se que 67% desconheciam seu conteúdo e outros 33% afirmam conhecer; 42% não participaram da construção do projeto e 42% tiveram uma participação não substancial e 17% afirmam terem uma participação substancial. Estes dados sobre a participação são instigantes, considerando que 67% dos preceptores entrevistados estão inseridos desde o início da residência no HESFA. Sobre isto, é importante refletir que as possibilidades de materialização de uma formação multiprofissional devem ser expressas pelos projetos político-pedagógicos dos programas, com o objetivo de formar sujeitos capazes de compreender os desafios colocados pelo SUS e intervir diante destas questões com autonomia, conforme discute SANTOS (2010).

Nesse sentido, concorda-se com Santos (2010) sobre o fato de que o Projeto Político-pedagógico não se resume a um conjunto de planos de capacitação e nem deve simplesmente ser arquivado depois de pronto ou encaminhado às autoridades interessadas, como prova de cumprimento de uma atribuição. Deve ser visto como uma construção coletiva, a ser vivenciada em todo o processo educativo e por todos os sujeitos nele inseridos. A construção de uma proposta pedagógica não é uma questão meramente formal, mas é, essencialmente, uma questão política e ideológica, na qual são confrontados valores, objetivos e concepções sobre educação e sociedade.

Além do caráter pedagógico, todo Projeto de Ensino é político, na medida em que exhibe um compromisso com a formação de um cidadão, constituído de determinados valores e conceitos, pactuados por um grupo majoritário, concretizados como prática pedagógica. As dimensões política e pedagógica possuem um significado indissociável, definido como um processo permanente de reflexão em busca da efetivação das intenções do Projeto. A exigência de revisão de suas escolhas, de avaliação, registro e reformulação dos planos traçados provoca o movimento constante e desejável de transformação das relações de poder estabelecidas podendo conduzir a instituição à busca de identificação política externa ou por meio de relações com outros espaços educativos formais. Quando construído coletivamente, o projeto é capaz de alimentar e amadurecer a discussão sobre a democracia no cotidiano institucional, dando voz ativa aos sujeitos envolvidos.

Em relação ao processo de avaliação, incluindo o instrumento utilizado pelos preceptores para avaliar os residentes, observou-se que a maioria não participou da construção do instrumento de avaliação (92%). Quanto às críticas ou sugestões a respeito do instrumento avaliativo, apareceram respostas relacionadas ao intervalo de tempo de avaliação que deveria ser maior (13%); critérios do instrumento que não conseguem avaliar (13%); sugestões de questões mais abertas e qualitativas (19%); instrumento satisfatório (19%); e alguns preceptores afirmaram que nunca utilizaram o instrumento avaliativo (13%). Destacam-se, ainda, algumas propostas dos preceptores quanto a estratégias mais coletivas de avaliação em que envolvessem mais os sujeitos preceptores e residentes (6%).

Neste trabalho, considerou-se o sistema de avaliação como a gama de recursos disponíveis para o planejamento, execução e análise dos processos avaliativos implementados (SILVA, 2013). Não se pretendeu, somente, conhecer os instrumentos formais de avaliação criados, mas, principalmente, compreender a concepção dos preceptores acerca da avaliação e o esforço institucional e pessoal direcionado às ações desta ordem. Perguntados sobre como

é o processo de avaliação, os entrevistados se remeteram com mais frequência aos instrumentos formais de avaliação.

### **Considerações Finais**

Neste trabalho verificou-se que os preceptores possuem algumas dificuldades para potencializar a formação multiprofissional crítica em saúde dos residentes, por meio do processo de ensino no e pelo trabalho. Assim, os dados sugerem que os preceptores não estão desenvolvendo, planejando e protagonizando um trabalho que venha a contribuir para um processo ensino-aprendizagem condizente com uma formação profissional voltada aos objetivos propostos pela Residência Multiprofissional. Isto pode estar acontecendo devido à falta de participação mais efetiva dos preceptores na construção e discussão do projeto Político Pedagógico do curso; pela organização do trabalho que se desenvolve distanciada do molde multiprofissional assim como pela inexistência e fragmentação do planejamento das atividades de ensino.

A falta de protagonismo dos formadores preceptores na construção do Projeto Político Pedagógico aponta para uma possibilidade de se repensar a participação mais satisfatória destes profissionais no planejamento pedagógico do curso tendo em vista que são centrais na formação do curso com ênfase prática. Destaca-se que a maior parte do processo de ensino-aprendizagem se realizará nos cenários de prática com a supervisão profissional dos preceptores.

Percebeu-se também, que os profissionais não conseguem planejar e definir objetivos claros para a ação profissional, o que pode estar impedindo a utilização de sua relativa autonomia para sustentarem princípios éticos-políticos progressistas nos atendimentos, direcionando os instrumentos utilizados a partir de seu referencial e dos objetivos propostos. Outra tendência observada é de que os profissionais, por não planejarem e nem refletirem sobre o exercício profissional, acabam por não destacarem as prioridades de atendimento para a formação dos residentes, reiterando, dessa forma, o que o cotidiano impõe como prioridade. Salientando-se que este cotidiano apresenta hegemonia do capital financeiro e preconiza práticas meramente curativas e fragmentadas na saúde, além de uma defesa cada vez maior da privatização do setor.

Desta forma, destaca-se o planejamento, individual e coletivo<sup>2</sup> da prática assistencial; destacando-se, as ações relacionadas à preparação para a realização das atividades, tendo em vista os fins desejados – o planejamento. Na sociedade capitalista, o planejamento é um instrumento que pode ser utilizado para diversos fins. Entretanto, ao profissional que opta por um projeto de profissão voltado para fortalecer a saúde coletiva na perspectiva da Reforma Sanitária, coloca-se a exigência de planejamento do exercício profissional. Sem planejamento as demandas dos usuários são abordadas como “problemas” a serem resolvidos de modo pontual, sem que sejam apreendidas como expressões da dinâmica da sociedade capitalista. Desta forma, o planejamento torna-se um instrumento essencial que permite estabelecer metas, prioridades e ações necessárias, tendo em vista assegurar uma prática institucional que se reverta em ganhos para a população (VASCONCELOS, 2010). A falta de planejamento dificulta, ainda, a avaliação da prática profissional e a avaliação dos alunos residentes, uma vez que não se estabeleceram parâmetros, metas e prioridades. Isto influencia na qualidade dos serviços prestados e impede uma prática avaliada nas suas conseqüências.

Outra constatação refere-se ao fato de que há ainda a prevalência de uma concepção abstrata sobre saúde e falta de participação dos preceptores nos espaços coletivos e políticos do SUS, essa falta de participação pode ser parte e expressão da não apreensão do significado da concepção ampliada e política de saúde do Movimento de Reforma Sanitária apesar da alta qualificação dos preceptores (especialistas sendo alguns já mestres) e trabalhando em serviços de referência, a maioria em uma Universidade Federal e estando a mais de três anos envolvido na formação de um curso de residência multiprofissional. Fato este que faz perceber que a RMSM poderia potencializar sua possibilidade de espaço Educação Permanente para estes profissionais. Também se associa a constatação, acima descrita, aos processos de vida ligada a feminização do trabalho em saúde e exploração da força de trabalho feminino na sociedade o que pode afastá-las da participação motivadas pela falta de tempo e cultura de inserção da mulher nas atividades públicas, com isso também associa-se a pouca cultura de participação política do brasileiro.

Segundo Santos (2010), a Residência Multiprofissional tem sido vista por aqueles que a consideram uma estratégia de formação promissora, desde as primeiras discussões acerca de

---

<sup>2</sup>Coletivo aqui referente também às equipes multiprofissionais.

sua regulamentação, como um dispositivo de Educação Permanente para os profissionais do SUS. Sob essa ótica, o objetivo da Residência Multiprofissional não é o de preencher espaços vazios deixados pelas etapas anteriores de formação, mas sim promover a continuidade do processo. A Residência em Saúde não só se articula aos saberes anteriormente construídos, como depende de boas bases formativas para obter êxito, compreendendo que a proposta da Residência é promover a aquisição de competências de outra ordem que, quando incorporadas, se aliarão ao conhecimento específico de cada área. Neste trabalho, concorda-se com CECCIM (2005) quando este se posiciona a favor da Residência como escolha pedagógica importante para a consolidação do SUS e acrescenta que tal modelo deve dialogar, permanentemente, com o controle social, a integralidade e o trabalho em equipe.

## REFERÊNCIAS

BARDIN. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 1997.

BRASIL. **Constituição Federal, de 05 de outubro de 1988**. Atualizada com as Emendas Constitucionais Promulgadas.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, 2004. 68 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. IN: In Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. Ana Elizabeth Mota [et. al.], (orgs). São Paulo: Cortez, OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r219.pdf>>. Acesso em 15 set. 2014.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p.41- 65, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

CHESNAIS, François. **A Mundialização do Capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

GADOTTI M. Pressupostos do projeto pedagógico. In. CONFERÊNCIA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PARA TODOS. Brasília, Ministério da Educação e Cultura, 1994.

DRAIBE, Sônia M. As Políticas Sociais e o Neoliberalismo. **Revista da USP**, São Paulo, n. 17, 1993.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo. Cortez: 2008.

LOBATO, C. P. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família**: uma cartografia da dimensão política. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)-Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

NOGUEIRA, V.M.R; MIOTO, R.C.T. Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde. In: SERVIÇO Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Disponível em: <[http://www.fnepas.org.br/pdf/servico\\_social\\_saude/texto2-6.pdf](http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-6.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2015.

PIERANTONI, C.R. Formação, regulação profissional e mercado de trabalho em saúde. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ et al. (Orgs.). 22. ed. **A Saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. p. 157-168.

RAMOS, A. S. et al Introdução: a trajetória da residência multiprofissional em Saúde no Brasil. In: \_\_\_\_\_. **RESIDÊNCIA multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)>. Acesso: 15 fev. 2006.

SANTOS, Fernanda Almeida dos. **Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Dissertação em maio de 2010. ENSP/Fiocruz.

SILVA, Cristiane Trivisiolda. **Educação Permanente em saúde como um espaço interseção de uma residência multiprofissional**: estudo de caso. Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil 2013.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Posfácio: A saúde como negócio. As profissões de Saúde como instrumento do complexo médico industrial. In: A PRÁTICA do Serviço Social. Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. 8. ed. São Paulo: Cortez. 2013.

\_\_\_\_\_. **A Prática dos Profissionais de Saúde no Município do Rio de Janeiro. Hospitais Universitários**. Projeto de Pesquisa. FSS/UERJ/FAPERJ/CNPq, 2010.