



**4º Encontro Internacional de Política Social**  
**11º Encontro Nacional de Política Social**  
**Tema: Mobilidade do capital e barreiras às migrações:**  
**desafios à Política Social**  
Vitória (ES, Brasil), 6 a 9 de junho de 2016

---

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

**PERFIL E CONCEPÇÕES DE SAÚDE DOS PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: HESFA/UFRJ**

**Luciana da Conceição e Silva<sup>1</sup>**  
**Marcio Eduardo Brotto<sup>2</sup>**

**Resumo**

O tema é a formação da Residência Multiprofissional em Saúde através da preceptoria. Metodologia: revisão bibliográfica; e entrevista semi-estruturada. Utilizou-se a Análise de Conteúdo. O objetivo foi analisar perfil e concepções dos preceptores. Constatamos, dentre outros, prevalência da concepção de saúde da Organização Mundial de Saúde e fraca atuação nos espaços coletivos do SUS.

**Palavras-chave:** Saúde. Educação. Residência.

**PROFILE AND CONCEPTIONS OF HEALTH OF THE PRECEPTORS OF THE  
MULTIDISCIPLINARY RESIDENCY IN HEALTH: HESFA / UFRJ**

**Abstract**

This study is about the formation of the Multidisciplinary Residency in Health through preceptorship. Methodology: Literature review; and semi-structured interview. We used the Content Analysis. The objective was to analyze and profile views of preceptors. We find, among others, prevalence of the concept of health of the World Health Organization and poor performance in SUS collective spaces.

**Keywords:** Health. Education. Residence.

**1 - Introdução**

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). Neste estudo mostraremos o resultado do estudo que fizemos com os preceptores.

O exercício da preceptoria, a partir da supervisão da prática, mostra-se como estratégia principal do processo de ensino na residência. 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

---

<sup>1</sup> Assistente Social/Pós-graduanda em Serviço Social na Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ). E-mail: <lucyesilva@hotmail.com>.

<sup>2</sup> Doutor em Serviço Social. Professor no Departamento de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. E-mail: <meb.brotto@uol.com.br>.

especificidades que caracterizam o trabalho em saúde e do entendimento da complexidade do trabalho multiprofissional. Muito importante também é a compreensão acerca das transformações 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 e que objetiva a construção de uma formação crítica para o Sistema Único de Saúde (SUS)?

Este trabalho é parte do estudo realizado para o Trabalho de Conclusão da Residência apresentado em fevereiro de 2015 portanto dos eixos temáticos utilizados no roteiro de entrevista escolhemos para este trabalho somente os que se referem ao perfil e às referências de conhecimento e concepções dos preceptores.

O objetivo geral foi analisar as concepções teóricas e ética-política dos preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher do Instituto de atenção a saúde São Francisco de Assis (HESFA) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Os objetivos específicos foram; conhecer o perfil dos preceptores; identificar as características de formação cultural, social e profissional dos profissionais preceptores e concepções teóricas na saúde

A metodologia do estudo foi a pesquisa quanti-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.

## **2 – Desenvolvimento**

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.

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).

No campo da saúde, a educação pelo trabalho é considerada uma possibilidade para o desenvolvimento de novos perfis profissionais que visem à integralidade da atenção, princípio que norteia o SUS (FERLA; CECCIM, 2003). Além disso, a presença permanente nos locais de “produção de ações e o estabelecimento de estratégias de aprendizagem coletiva, em equipe multiprofissional, podem ser eficientes na formação dos trabalhadores para a integralidade” (LOBATO, 2010, p. 33).

Assim, a RMS tem como objetivo, a formação de profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, constituída como estratégia de mudança da formação dos trabalhadores da saúde, com construção interdisciplinar, trabalho em equipe, educação permanente e, portanto, de reorientação das lógicas assistenciais (LOBATO, 2010). O que se agrega a esta nova modalidade de formação resultam em ações educativas centradas nas necessidades de saúde da população, na equipe multiprofissional e uma possibilidade de maior institucionalização da Reforma Sanitária Brasileira, que vem ao encontro do que preconiza os princípios do SUS (LOBATO, 2010).

Consideramos que no contexto avesso ao SUS universal e de qualidade a alternativa para resistir aos ditames do capital é formar profissionais/intelectuais críticos e consonantes com os princípios e diretrizes do SUS para que a relativa autonomia reservada aos profissionais de nível superior possa ser aproveitada a favor da luta pela saúde coletiva.

Entendendo o protagonismo dos intelectuais/profissionais da saúde dentro da contradição da sociedade, nesta pesquisa, os preceptores (profissionais formadores), serão os atores-chave para a análise das expressões de sua atuação junto aos residentes, como um modo de interrogar o objeto de estudo por meio dos sujeitos que dele participa.

Segundo a Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS Nº 2 de 13 abril de 2012 - o papel do preceptor é de supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista.

Tal resolução demarca a importância do preceptor na formação em saúde ao estabelecer para este sujeito as seguintes competências: exercer a função de orientador de referência para os residentes no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde; orientar e acompanhar, com suporte dos tutores

o desenvolvimento do plano de atividades teórico-prática e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do Projeto Político pedagógico (PP); facilitar a integração dos residentes com a equipe de saúde, usuários, outros residentes e com estudantes dos diferentes níveis de formação profissional na saúde que atuam no campo de prática; participar, junto com os residentes 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; identificar dificuldades e problemas de qualificação dos residentes relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as aos tutores quando se fizer necessário; participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelos residentes sob sua supervisão; proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral; participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento; orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU), respeitada a exigência mínima de titulação de mestre.

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, levando em consideração os dilemas entre causalidade e teleologia (IAMAMOTO, 2008) na realidade capitalista e os projetos profissionais e societários. Por isso consideramos importante conhecer qual a referência de conceitos assumidos pelos profissionais formadores na Residência Multiprofissional cuja tendência é se reproduzir na formação de novos profissionais.

Ora, o perfil dos profissionais de saúde, ao explicitar dados da realidade, pode fornecer informações sobre a qualidade e direção social da formação e da prática na saúde, possibilitando, no âmbito dos HU's, a apreensão das tendências da prática na universidade e no âmbito Sistema Único de Saúde. Do mesmo modo, as referências ético-políticas dos profissionais constituem um dos determinantes da prática na saúde. E assim, a diversidade de referências podem demonstrar as possibilidades e os limites dos profissionais para a realização de ações na saúde, que levem em conta, antes de tudo, os princípios socializantes do SUS e as necessidades sociais de saúde.

Observamos como dados da nossa pesquisa que maioria dos preceptores é do sexo feminino (92%), contra 8% do Sexo masculino. 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. 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.

O conceito ampliado de saúde e dos seus determinantes assumido pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), incorporado pela Constituição de 1988 e a legislação da saúde, fundamenta-se em parte da produção teórico-crítico da saúde coletiva no Brasil com os princípios relativos ao direito à saúde, à cidadania, à universalização, à democracia e a descentralização. Na politização do debate sobre as condições de saúde o movimento sanitarista reforçou a relação entre saúde e democracia em oposição ao regime militar e o conceito de saúde como resultado das condições de vida e organização da população, apontando fatores concretos.

A Constituição de 1988 estabeleceu que a saúde é gratuita e universal sendo responsabilidade estatal e direito do cidadão, substituindo o modelo de seguro social. As leis posteriores à Constituição, as Leis Orgânicas de Saúde, Lei 8.080, que dispõe sobre

condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e outras providências, e a Lei 8142 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e outras providências, ambas de 1990, complementaram a letra constitucional e moldaram o processo de implantação da política gerada pelo sistema. Estabeleceu-se que as ações de saúde deveriam estar submetidas a organismos do executivo com representação paritária entre usuários e demais representantes – do governo, dos profissionais de saúde e do setor privado (LOS, Art. 9º). Firmaram-se os princípios norteadores do SUS: universalidade, integralidade, participação e descentralização (8080/90, Art. 7º).

É fato a existência de diversas concepções de saúde. 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 Reforma Sanitária de Saúde 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 revelam que 35% destacam a importância da Descentralização/Regionalização; 20% considera o SUS Formal, mas não se efetiva na realidade; 15% Destacam um programa ou Política Atual (Clínica da Família, CAPS); 15% Defende, mas aponta dificuldades; outros 10% destaca o avanço em relação a Integralidade/Universalidade/Acessibilidade; ainda 5% não acreditam na viabilidade do SUS.

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. Diante destes dados é interessante ressaltar que para que o SUS tenha participação efetiva da população, novos esforços devem ser feitos no campo

político, dando-se ênfase para as condições de saúde e seus determinantes. As práticas na saúde que constituem uma prática social e apresentam uma dimensão social (econômica, política e ideológica) requer um movimento de luta contra-hegemônica, pois, parte significativa da Reforma Sanitária se realiza no encontro de cidadãos com a burocracia e com os profissionais de saúde e na formação de outros profissionais.

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. Consideramos 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.

A política de universalização tem se transformado em focalização, a igualdade se deformado em um sistema altamente segmentado e com crescente articulação descontrolada entre o público e privado. O acúmulo de informações fragmentadas responde aos interesses do poder decisório hegemônico, com dados que justificam as ações seletivas e pontuais do governo que organiza as ações em programas e projetos e focalistas. Por isso tornou-se interessante identificar como os diferentes profissionais de saúde pensam e agem diante sobre a Universidade Pública, seu lugar de trabalho. Dessa forma, constatar que a maioria dos preceptores entrevistados defendem a universidade pública (67%) e são contrários a privatização da saúde (83%) é dado relevante no que se refere ao tipo de referência de formação e crítica que a residência possibilitará.

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.

Constatamos 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.

### **3 - Considerações finais**

As concepções de saúde, posição ética e política irão definir as informações em saúde que serão consideradas e os objetivos da prática profissional. Pode-se concluir que esses conceitos irão se projetar nas posições e escolhas no processo de trabalho. Assim os conceitos e referências podem demonstrar as possibilidades e os limites dos profissionais para a realização de ações que levem em conta, sobretudo, as necessidades de saúde em favor dos direitos da população usuária. Se, no entanto, esta noção se reduz à conceitos abstratos e individualizantes de saúde associados ao consumo apenas de serviços curativos, exames e medicamentos, é uma evidência de que a prática necessita encontrar a sua dimensão sanitária e colocar em discussão, na prática profissional, uma avaliação sobre o papel e a utilização de nossa legislação que possui conceito de saúde como produção social, portanto uma concepção ampliada e progressista. A utilização de mecanismos que favorecem essa prática é essencial, como também um perfil

profissional que priorize o exercício de relações democráticas com a sociedade em geral e com os profissionais de sua e demais categorias.

Na sociedade capitalista todos os sujeitos, e especialmente os intelectuais, precisam ter clareza do projeto que lutam, defendem e escolhem, tendo em vista que na ignorância a tendência natural é a reprodução acrítica e fortalecimento da sociedade vigente.

Ao observarmos a historicidade da existência das diversas concepções de saúde, notamos que tais concepções estão estritamente relacionadas a conjuntura social, política e econômica da época de sua emergência. Mas a despeito disto, tais concepções, podem coexistir socialmente e perpassar o tempo histórico, fazendo parte nos dias atuais, como referência teórico-metodológica, norteando a prática dos profissionais de saúde.

Se o conceito de saúde de maior expressão dentre os demais profissionais, não é o utilizado pelo Movimento de Reforma Sanitária, este também não é o que norteia, tão pouco o que está mediando, a prática destes profissionais que estão inseridos nos HU's e integrados ao SUS, o que acaba por fortalecer o modelo privativo de saúde, ao passo que enfraquece as bases do SUS de forma endógena. Os dados mostram que a concepção de saúde abstrata da OMS continua orientando a prática destes profissionais em detrimento da discussão dos determinantes sociais e econômicos da saúde.

As profissões de saúde possuem estatutos legais e éticos que prescrevem uma autonomia teórico-metodológica, técnica e ético-política à condução do exercício profissional. Toda a prática social tem uma direção política e é orientada por um projeto de classe, mesmo que o sujeito da ação não tenha consciência. Em se tratando de profissões estamos nos referindo a sujeitos coletivos que se organizam para defender assuntos referidos a determinada categoria e não estão isentos de escolha e fortalecimento de um determinado projeto societal. Segundo NETTO (2006), Os projetos coletivos são projetos societários que, em sociedades como a nossa, são necessariamente projetos de classe, fortalecendo aos interesses da classe trabalhadora ou da classe capitalista. No marco dos projetos coletivos se inscrevem os projetos profissionais que apresentarão a auto-imagem da profissão, contendo dimensões políticas. O projeto profissional é construído pela organização do conjunto dos membros que dão efetividade à profissão. Tendo em vista que a prática profissional atua no

movimento contraditório das classes, as ações mais simples até as mais complexas imprimem uma direção social e política.

Entretanto o exercício da profissão é tensionado pela condição de trabalhador assalariado que é um fundamental determinante na autonomia do profissional. Segundo Yamamoto (2010), essa 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. A condição assalariada – seja como funcionário público ou assalariado de empregadores privados, empresariais ou não – envolve, necessariamente, a incorporação de parâmetros institucionais e trabalhistas que regulam as relações de trabalho e recortam as expressões da “questão social” que podem se tornar matéria da atividade 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. Portanto, é imprescindível a apreensão da vinculação com o projeto societário de superação da ordem capitalista, pois nesta sociedade não se efetiva plenamente direitos e nem se garante liberdade e igualdade como afirmados no projeto profissional hegemônico do Serviço Social.

. A Reforma do Ensino Superior vem repercutindo, ainda mais negativamente, na formação, na produção de conhecimento e no exercício das profissões de saúde, visto que tem resultado na destruição da concepção de universidade que se caracteriza pela indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Os princípios do SUS, em tempos neoliberais, são contra-hegemônicos e os profissionais de saúde estão, mesmo num contexto político e econômico desfavorável a ele, inserido nos espaços que contêm um amplo potencial para reverter as tendências de enfraquecimento e desqualificação deste projeto. No caso dos profissionais de saúde observamos pelos dados apresentados em nossa pesquisa uma fraca apreensão dos referenciais teóricos que direcionam o projeto de saúde do movimento da Reforma Sanitária que, articulados à um projeto de sociedade de emancipação humana, tiveram como conquista a implementação do SUS.

A formação permanente e orientada por uma visão ampla da saúde pode contribuir para a eliminação de barreiras para uma prática voltada aos interesses das classes trabalhadoras, entretanto se os profissionais não conseguiram superar a cultura acumulada relativa à concepção de saúde em sua formação e não a buscam superar através da formação continuada, a prática profissional não tem capacidade de captar as

possibilidades contidas na realidade cotidiana a fim de contribuir na formação em saúde (à estagiários, residentes, outros) crítica em relação a realidade social e na defesa e ampliação dos direitos da população usuária dos serviços de saúde.

## Referências

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. *In*: MOTA, Ana Elizabeth *et al.* (orgs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 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.

CHESNAIS, François. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

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

IAMAMOTO, Marilda Vilella **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

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.

NETTO. J. P. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social**. *In*: MOTA, Ana Elizabeth *et al.* (orgs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez; OPAS; OMS; Ministério da Saúde, 2006.

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 (DF): Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/residencia\\_multiprofissional.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf)>. Acesso em: 15 fev. 2006.

SANTOS, Fernanda Almeida dos. **Análise crítica dos Projetos Político-pedagógicos de dois Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. 2010. Dissertação (Mestrado em Ciências em Saúde Pública)-Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, Cristiane Trivisiolda. **Educação Permanente em saúde como um espaço interseção de uma residência multiprofissional**: estudo de caso. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), Santa Maria, 2013.

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

PINTO, Isabela Cardoso de Matos; *et al.* Produção Científica sobre trabalho e educação na saúde no Brasil, 1990-2010. *In: PINTO, Isabela Cardoso de Matos et al. (orgs.). Trabalho e educação na saúde: a produção técnico científica*. Rio de Janeiro : Abrasco, 2012.

PINTO, Isabela Cardoso de Matos; BELISÁRIO, Soraya Almeida; CASTRO, Janete Lima. Políticas na área de trabalho e educação na saúde depois do SUS. *In: PINTO, Isabela Cardoso de Matos; NUNES, Tânia Celeste Matos; FAGUNDES, Terezinha de Lisieux Quesado ; BELISÁRIO, Soraya Almeida (orgs.). Trabalho e Educação na Saúde: a produção técnico científica*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2012.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do Serviço Social. Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

\_\_\_\_\_. Serviço social e práticas democráticas na saúde. *In: SERVIÇO social e saúde: Formação e Trabalho Profissional*. FNEPAS, 2006.

\_\_\_\_\_. 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, [20--?].

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