

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS HUMANAS  
Programa de Pós-Graduação em Educação

SORAYA DINIZ ROSA

**TECENDO OS FIOS ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE:**

A Formação Profissional na Residência Multiprofissional em Saúde

São Carlos

2012

## **TECENDO OS FIOS ENTRE EDUCAÇÃO E SAÚDE:**

A Formação Profissional na Residência Multiprofissional em Saúde

Texto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Educação, Área de Concentração em Fundamentos da Educação da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutora em Educação, sob a orientação da Professora Doutora Roseli Esquerdo Lopes.

São Carlos

2012

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

R788tf

Rosa, Soraya Diniz.

Tecendo os fios entre educação e saúde : a formação profissional na residência multiprofissional em saúde / Soraya Diniz Rosa. -- São Carlos : UFSCar, 2012. 219 f.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

1. Ensino superior. 2. Profissionais da saúde - formação profissional. 3. Residência multiprofissional em saúde. 4. Curso *Lato sensu*. I. Título.

CDD: 378 (20<sup>a</sup>)

**BANCA EXAMINADORA**

Profª Drª Roseli Esquerdo Lopes

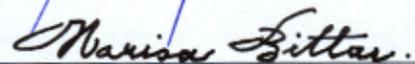
Profª. Drª. Marisa Bittar

Profª. Drª. Michelle Selma Hahn

Profª. Drª. Fátima Correa Oliver

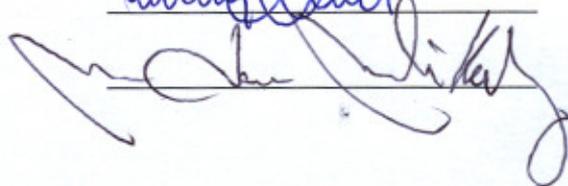
Profª. Drª. Maria Teresa M. Kerbaury











## **Dedico**

À memória de meu pai e  
à minha mãe.

A Cícero, Carol e Júlia,  
que me ajudam a trilhar  
todos os caminhos.

*É necessário construir reflexões que questionem os dispositivos e as estratégias de dominação, produzindo assim outros valores e subjetividades, outras visões de mundo, como dizia Gramsci. Por isso, nosso investimento no surgimento de outros agentes sociais: os usuários, os familiares, os trabalhadores não reduzidos a técnicos, mas sujeitos. Dito de outra forma, a importância do surgimento de sujeitos coletivos conscientes e ativos, que resistam aos processos de anulação de suas identidades.*

*Paulo Amarante*

## Agradecimentos

Tomara eu, pudesse agradecer todas as pessoas, inclusive as que não conheço e só as conheci pelos livros, que me auxiliam a construir percursos e trajetórias para compreender a complexidade da experiência humana.

São inúmeros os agradecimentos, mas sinto que tenho de agradecer imensamente por ter chegado até aqui, não necessariamente pela produção desta tese, mas especialmente porque este trabalho, que é fruto de muitos caminhos e que contém a participação de várias pessoas, me fez uma pessoa melhor.

A verdade é que este trabalho está revelado, com a ajuda de inúmeros participantes e legítima um processo inscrito num tempo muito especial: de conhecimento, descoberta e muitos encontros.

Portanto, gostaria de agradecer todos os companheiros desta viagem, sem os não teria conseguido realizar esta tarefa concreta e revelar um processo inscrito num tempo muito especial.

À professora Roseli Esquerdo Lopes, pela oportunidade, pelo acolhimento e pelas inúmeras ajudas.

Aos professores do curso de pós-graduação em Educação, na Área de Concentração em Fundamentos da Educação da UFSCar, pela competência profissional na socialização do conhecimento.

Aos professores do curso de pós-graduação em Educação da Universidade de Sorocaba pela ajuda na construção de um caminho.

Aos professores do curso de pós-graduação em saúde coletiva da Universidade Estadual de Campinas, pelas inúmeras provocações.

Aos residentes, por terem permitido o compartilhar de vários temas que deram concretude a este estudo. A todas as pessoas que participaram das entrevistas, nas idas e vindas dos debates, de encontros e desencontros.

Aos colegas de trabalho da Universidade de Sorocaba e aos que passaram por lá e partiram para realizar outros projetos. Aos colegas que deixei na UFSCar, mas que guardo uma imensa saudade dos tempos em que lá passei.

À Tatiana Doval, que me acompanhou em várias entrevistas, no início da tese e me ajudou a desfrutar as paisagens das viagens cansativas.

Aos meus alunos, com os quais socializo meu conhecimento.

À minha família, pela solidariedade e pela compreensão da minha pressa e da ausência em muitas ocasiões, mas com quem compartilho a vida e a alegria das conquistas.

Ao Cícero, pelo apoio e incentivo, sempre ao meu lado, me socorrendo nas viagens mais difíceis.

À Carol, minha filha e grande parceira, que me ajuda a transformar os momentos de angústias, dúvidas e perdições, em momentos cheios de sentido.

À Júlia, que me instiga o desejo de reconhecer o mundo, antes no tempo da infância, agora, da adolescência.

À Sheila e ao Donizete, pelo apoio e pelo afeto.

Ao Felipe, doce companheiro de tantas brincadeiras.

## SUMÁRIO

<b>Resumo</b> .....	09
<b>Introdução</b> .....	10
<b>Procedimentos da Pesquisa</b> .....	16
<b>Sessão I – Políticas Públicas de Educação e de Saúde no Brasil</b> .....	20
1.1. Um breve histórico da Educação .....	20
1.2. A Educação Superior no Brasil .....	33
1.3. A Formação profissional na modalidade da pós-graduação .....	39
1.3.1. A pós-graduação <i>lato sensu</i> .....	41
1.4. O processo histórico da saúde e o Sistema Único de Saúde – SUS .....	47
1.4.1. Atenção Básica na Saúde e a estratégia de Saúde da Família .....	57
<b>Sessão II – A Residência Multiprofissional em Saúde</b> .....	63
2.1. Contextualização do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde .....	63
2.2. A Formação de Recursos Humanos em Saúde e a Residência Multiprofissional..	68
<b>Sessão III – O Programa da Residência Multiprofissional do município de São Carlos</b> .....	75
3.1. Políticas de saúde no município de São Carlos .....	75
3.2. A Estrutura Curricular do Programa da Residência Multiprofissional do município de São Carlos/SP .....	80
<b>Sessão IV – Recursos Humanos: Preceptores, Tutores e Gestores do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município de São Carlos</b> .....	87
4.1. Os Preceptores .....	87
4.2. Os Tutores .....	90
4.3. Os Gestores .....	93

**Sessão V– A Formação profissional dos residentes do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município de São Carlos/SP**

.....	97
5.1. Descrição das turmas da Residência Multiprofissional .....	97
5.2. Os residentes participantes da Pesquisa .....	99
5.3. Análise das turmas .....	107

**Sessão VI – Políticas de Formação de Recursos Humanos e o Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade: a Experiência do Residente no Município de São Carlos/SP .....**

.....	114
6.1. Opção pela Residência Multiprofissional .....	114
6.2. Política de formação profissional .....	124
6.3. Processo de vivência na implantação dessa política no município de São Carlos/SP.....	136
6.4. A Formação Profissional .....	152
6.4.1. As atividades de ensino .....	153
6.4.2. As atividades de treinamento em serviço .....	170
6.5. O alcance e a permanência dessa proposição de política para a formação pós-graduada em saúde .....	179

<b>Conclusão .....</b>	<b>189</b>
------------------------	------------

<b>Referências .....</b>	<b>199</b>
--------------------------	------------

**Anexos**

<b>Anexo I .....</b>	<b>213</b>
----------------------	------------

<b>Anexo II.....</b>	<b>215</b>
----------------------	------------

<b>Anexo III.....</b>	<b>216</b>
-----------------------	------------

## Resumo

Esta pesquisa trata da discussão sobre a educação superior brasileira, especificamente a formação dos profissionais da saúde, tomando-se como parâmetro a especialização no conjunto da pós-graduação, a partir da análise do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde, reconhecido como pós-graduação *lato sensu*. Tomamos como estudo empírico o programa implantado pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, em parceria com a Prefeitura Municipal de São Carlos – SP, denominado Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, criado em 2006, que foi apresentado como estratégia para implementação do Sistema Único de Saúde no município, para a consolidação do Programa de Saúde da Família. Este programa foi instituído como uma proposta de cogestão institucional, com a UFSCar e ofertado aos profissionais da área da saúde, com exceção da categoria médica, que contemplou ampliar a qualidade e a eficiência dos serviços municipais de saúde. Foi feita uma pesquisa histórica e documental e, posteriormente, utilizou-se o depoimento dos residentes a respeito dessa experiência de formação profissional, como instrumento para análise dos problemas, levando em consideração o mapeamento de todos os demais segmentos envolvidos no processo da pesquisa de campo. Os resultados alcançados permitem afirmar a importância da pós-graduação *lato sensu* no âmbito da educação em saúde. Contudo, sua oferta descontínua e, na maioria dos casos, não acadêmica, tem caracterizado um modelo limitado pela lógica mercantil, evidenciando a falta de políticas públicas que assegurem a devida qualificação profissional. A partir de todos os elementos apresentados para análise, concluímos que a Residência Multiprofissional, implantada no município de São Carlos, pretendida como uma nova estratégia para políticas de educação permanente, favorecendo a produção das condições necessárias para mudanças no modelo médico-assistencial restritivo, ainda hegemônico, de atenção em saúde, restringiu-se à estruturação da rede de serviços públicos, por meio da oferta de um campo de trabalho precarizado.

**Palavras-chave:** formação profissional em saúde; residência multiprofissional em saúde; educação superior; pós-graduação *lato sensu*.

## Introdução

Neste trabalho objetivamos estudar a formação dos profissionais da saúde no Brasil, na modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, especificamente o Programa da Residência Multiprofissional em Saúde, a partir da análise das perspectivas que se abrem no processo de construção e implementação de políticas públicas, apresentadas atualmente para a formação superior na área.

A residência multiprofissional em saúde é um programa que se viabiliza por meio de um curso de pós-graduação *lato-sensu* e pretende qualificar a formação superior dos profissionais da saúde para enfrentar as dificuldades da implantação/organização do Sistema Único de Saúde – SUS.

Foi lançado no ano de 2005 pelos ministérios da Saúde e da Educação com a intenção de modificar o modelo de saúde vigente. Foram priorizadas as categorias profissionais que integram a área da saúde e áreas afins<sup>1</sup>, com exceção da categoria médica, com destaque para as seguintes profissões: biomedicina, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, serviço social e terapia ocupacional (BRASIL, 2009).

A residência se caracteriza pela educação em serviço nas instituições de saúde, preferencialmente aquelas vinculadas à atenção básica em saúde. É desenvolvida em regime de dedicação exclusiva e realizada sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde. O período de formação mínima é de dois anos, com carga horária de 60 horas semanais, totalizando uma carga horária mínima total de 5.760 horas.

O programa prevê que 80% da carga horária total seja sob a forma de atividades práticas, disponibilizadas para a aprendizagem no serviço, e 20% sob a forma de atividades teóricas ou teórico-práticas. A orientação curricular está fundamentada pelas metodologias ativas de aprendizagem, tanto para a formação do residente, quanto para a capacitação dos tutores e preceptores, que são os orientadores e compõem o quadro dos profissionais do programa.

Nesta pesquisa pretende-se colocar em evidência esta modalidade de especialização, fazendo uma análise documental e, posteriormente, do discurso dos residentes a respeito dessa

---

<sup>1</sup> Definidas como: Educação Física, Psicologia e Serviço Social.

experiência de formação profissional, levando em consideração o mapeamento de todos os demais segmentos envolvidos no processo da pesquisa de campo.

Partimos dos seguintes questionamentos: quais resultados a política indutória para a capacitação profissional na área da saúde têm alcançado? Que conhecimento especializado e sistematizado a residência pode trazer? Por que para a mudança do modelo de saúde vigente é preciso induzir a metodologia de ensino? Denomina-se residência multiprofissional em saúde, mas exclui-se a categoria médica dessa formação, então como se justifica o trabalho em equipe? Será preciso induzir o modelo educacional ou sistematizar a assistência na rede de saúde?

Outras questões permearam o projeto desta pesquisa, como, por exemplo, a carga horária do curso, que se diferencia dos demais cursos de pós-graduação implantados no País, mas é equivalente à da residência médica, que, por sua vez, garante um determinado *status* para os demais profissionais da saúde, não médicos, especialmente no que se refere ao valor da bolsa. No entanto, não se tem clareza de qual é a formação prevista. No caso da medicina, a residência pode ser considerada uma formação exclusivamente em serviço, em que o estudante dará continuidade às suas atividades práticas, sem muita exigência do seu processo educativo. E na residência multiprofissional? Quanto será destinado para a formação e quanto para o serviço? Há maior sobreposição das atividades práticas, o que no currículo planejado está definido como processo ensino-aprendizagem-trabalho. Neste caso, é ensino ou é trabalho? Ou quanto é ensino e quanto é trabalho?

A atividade de plantão determinada na grade curricular está definida, quase exclusivamente, para as categorias médicas e de enfermagem, ficando desfocada para as demais profissões. Porém, na residência multiprofissional é uma atividade prevista. Assim como a pesquisa, exigência da pós-graduação *stricto sensu*, que está caracterizada nesse programa e prevê: “identificar os passos da pesquisa bibliográfica, formular o projeto de pesquisa e executá-lo” (UFSCar, 2009, p. 24). Como essas atividades podem contribuir na formação do residente?

Uma outra questão diz respeito à alocação do projeto da residência na UFSCar. Este curso ficou alocado na Pró-Reitoria de Extensão e não na Pró-Reitoria de Pós-Graduação, conforme a definição oficial do curso: Residência Multiprofissional em Saúde, na modalidade de pós-graduação. Todavia, se o curso é definido como especialização *lato sensu*, não deveria fazer parte da Pró-Reitoria de Pós-Graduação?

Na tentativa de valorizar a totalidade da carga horária e a proposta da elaboração do projeto de pesquisa, a UFSCar encaminhou o pedido para criar o mestrado profissional a partir da residência, conforme apontou a coordenadora atual do projeto. Nesse viés, um curso que tem a finalidade de capacitar o profissional, visando a um aprimoramento da formação profissional básica, num sentido eminentemente prático-profissional, poderia ser transformado em pós-graduação *stricto sensu*, cujo objetivo principal é o de formar pesquisadores?

Frente a esses questionamentos, levantamos a hipótese de que o Programa da Residência Multiprofissional em Saúde se aproxima da residência médica no sentido de garantir, de forma isonômica, a bolsa para educação pelo trabalho e a duração mínima do programa, estabelecida pela equivalência da carga horária nas duas residências. Porém, diferentemente da maioria das residências médicas, a residência multiprofissional em saúde pretende ser uma nova estratégia para políticas de educação permanente que, enfocando categorias profissionais não médicas da área, favoreça a produção das condições necessárias para mudanças no modelo médico-assistencial restritivo, ainda hegemônico, de atenção em saúde. Resta saber se essa interferência no modelo educacional vai contribuir para uma melhor ação profissional ou se restringe a estruturação da rede de serviços públicos, através da oferta de um campo de trabalho precarizado.

A justificativa do tema se dá pela importância da implantação de políticas de formação dos profissionais da saúde, especialmente para as categorias multiprofissionais não médicas, que compõem a equipe de saúde e têm sido pouco valorizadas no sentido da capacitação profissional, bem como pela necessidade do debate sobre a desvalorização do ensino de pós-graduação *lato sensu* no Brasil.

Embora a discussão sobre a formação profissional na saúde tenha sido indicada nas primeiras conferências nacionais de saúde, na década de 1960, essa questão continua em pauta e o Programa da Residência Multiprofissional tem sido apresentado como estratégia do governo federal para retomar esse debate. Além de objetivar a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no campo do trabalho com o propósito de formar recursos humanos para modificar as práticas atuais da saúde, particularmente para a construção do SUS, há um discurso sobre a necessidade de ampliar o campo de trabalho, no setor público, para as diversas áreas da saúde.

É inegável a prioridade de formular e executar políticas de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde, assim como as condições para a emergência da necessidade de produzir mudanças no modelo de atenção à saúde vêm se caracterizando como uma exigência social. Desse modo, a residência multiprofissional pode ser uma política assertiva.

Compreendemos que é preciso formular políticas públicas com o propósito de possibilitar mudanças no campo da saúde pública, pois vários fatores concorrem para a sua mercantilização. Os serviços públicos são constantemente criticados pelos usuários, pela mídia, pela academia e por diversas outras instituições, focando a ineficiência do serviço e a desqualificação do profissional. Em diferentes períodos, as iniciativas vão sendo criadas, algumas com a perspectiva de induzir o modelo para a privatização do sistema, outras exigem a responsabilização do Estado para garantir a saúde como direito público, constitucionalmente previsto, e ainda a possibilidade de transformar o direito universal à saúde e o SUS em real política de estado, não vulnerável às mudanças das políticas econômicas dos governos nacionais.

Dentre essas experiências, no ano de 1976, a Secretaria de Saúde do estado do Rio Grande do Sul criou a primeira residência em medicina comunitária no Brasil, que depois de dois anos se tornou residência multiprofissional, servindo de referência para outros municípios. Porém, diante da conjuntura política em consonância com a hegemonia institucional dos interesses privados, a Atenção Básica em saúde foi descartada, e os programas das residências também foram desabilitados.

Mais de 30 anos depois, a preocupação com a formação dos profissionais da saúde voltou a ser colocada em destaque, e o Brasil retomou esse debate. Porém, sob forte influência de organismos internacionais, inclusive diante da proposta de financiamento dos programas da Atenção Básica, o governo criou o Programa de Saúde da Família – PSF, considerando também as experiências exitosas dos estados do Ceará e da Paraíba com o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – Pacs.

Diante desses fatos, apostou-se no investimento no nível primário de atenção à saúde e, a partir do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, criada pelo Ministério da Saúde no ano de 2003, passou a desenvolver suas ações na política nacional de formação para o SUS e, com o apoio

de vários grupos, criou o Programa da Residência Multiprofissional em Saúde, com o acordo de poder receber apoio de instituições externas.

A formação profissional na residência multiprofissional pretende, portanto, qualificar a formação superior dos profissionais da saúde para que eles sejam capazes de enfrentar as dificuldades da implantação/organização do SUS.

Nesta pesquisa, tomamos como estudo empírico o programa implantado pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar, em parceria com a Prefeitura Municipal de São Carlos (SP), denominado Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade. Este programa foi criado no ano de 2006 e está em funcionamento desde o ano de 2007.

O programa foi apresentado como estratégia para implementação do Sistema Único de Saúde no município, para a consolidação do Programa de Saúde da Família e objetivou ampliar a qualidade e a eficiência dos serviços municipais de saúde.

O projeto inicial da residência multiprofissional ocorreu no ano de 2006, e a proposta dessa modalidade de formação foi ofertada aos profissionais da área da saúde, com exceção da categoria médica. O objetivo apresentado foi o de capacitar os profissionais para “compreender e operacionalizar as mudanças necessárias na organização do cuidado à saúde da população de São Carlos e região, bem como influenciar na construção de “novos modelos educacionais” (UFSCar, 2007-2009, p. 5).

Este programa está vinculado à Secretaria Municipal de Saúde e foi instituído como uma proposta de cogestão institucional, com a UFSCar. Assim, firmaram-se a competência e a responsabilidade dessas instituições nos processos da formação superior em saúde.

O objetivo desta pesquisa foi o de analisar a formação superior dos profissionais da saúde, particularmente dos residentes vinculados ao Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade no município de São Carlos (SP), considerando a necessidade da compreensão de todo o contexto da sua implantação. Tomamos como ponto de partida essa determinada realidade e fizemos um percurso para as decomposições sucessivas dessa mesma realidade concreta. Assim, partimos da análise de como a residência multiprofissional foi implantada e qual a relação de uma política nacional com a política municipal, considerando ainda quais interesses políticos atuaram na implementação do programa. Posteriormente, investigamos o processo de estruturação dessa

política na UFSCar e no serviço público municipal, levando em conta o aspecto de formação de recursos humanos na saúde.

Para abordar essas questões, procuramos, inicialmente, estudar o contexto dos temas teóricos no campo da educação superior e da saúde, na realidade objetiva que os cercava e buscamos fundamentar a análise de nosso objeto de estudo nas fontes documentais. Mapeamos os segmentos envolvidos no programa e iniciamos um extenso trabalho de campo, que teve como procedimento a tomada de depoimentos dos gestores, preceptores (docentes vinculados à Universidade Federal de São Carlos e instituições parceiras), tutores (profissionais de saúde vinculados à Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos) e dos próprios residentes.

O levantamento bibliográfico e documental, no campo da educação, ocorreu a partir da realização de um estudo apoiado em autores que tivessem aprofundado a reflexão a respeito das políticas públicas educacionais estabelecidas no Brasil, destacando o eixo da pós-graduação *lato sensu*. No campo da saúde, estabelecemos o balizamento teórico considerando a implantação das políticas de saúde para a formação profissional.

A pesquisa de campo objetivou entender a formação superior dos profissionais de saúde, particularmente aqueles vinculados ao Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município de São Carlos.

Nesse processo utilizamos o recurso da entrevista e investigamos, particularmente, os residentes. Tomamos como foco para análise a sua avaliação sobre o processo da formação profissional nesse programa, de modo que a entrevista ficou direcionada para a discussão das seguintes temáticas: opção pelo Programa da Residência Multiprofissional, expectativas geradas, formação profissional e o resultado alcançado a partir da análise das políticas implantadas pelos ministérios da Saúde e da Educação, bem como pela gestão municipal.

O depoimento dos outros participantes foi considerado para balizamento das questões apresentadas pelo residente.

Esta pesquisa, portanto, caracteriza-se como um estudo focal que pretendeu identificar como ocorre a formação profissional do residente, a partir da análise do processo de implantação dessa política de formação de recursos humanos para o SUS, no município de São Carlos.

## PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

O município de São Carlos (SP) foi escolhido como campo para o estudo empírico desta pesquisa, que pretende identificar e analisar as políticas que vem sendo implantadas pelos ministérios da Saúde e da Educação, para a formação superior dos profissionais da saúde no Brasil, por meio do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde.

Dada a importância do tema e frente a importância de analisarmos as críticas constantes que são produzidas a respeito do SUS, escolhemos a Universidade Federal de São Carlos – UFSCar e a Prefeitura Municipal de São Carlos (SP), como instituições para o desenvolvimento deste processo de investigação.

Foi estudado o período de proposição e criação do programa, estruturado com as três primeiras turmas da residência multiprofissional, no período de 2007 a 2010, sendo que a coleta de dados foi feita no período de fevereiro do ano de 2009 até o mês de abril de 2010. Nesse período a primeira turma havia se formado e estava se desligando do programa; a segunda turma se encontrava no segundo ano de formação; a terceira turma estava no primeiro ano. Com os tutores, preceptores e gestores, o período das entrevistas se prolongou até o mês de agosto do ano de 2010.

Na tentativa de melhor elucidar o processo deste trabalho de pesquisa, organizamos as etapas, subdividindo-as em três partes, que se constituem em: a pesquisa documental e a composição do referencial teórico para análise; a pesquisa de campo; os elementos para análise do material coletado.

### A) Pesquisa documental e composição do referencial teórico para análise

Este processo desenvolveu-se da seguinte forma:

a. levantamento da documentação e de textos oficiais a respeito das políticas públicas educacionais estabelecidas no Brasil, especificamente do ensino superior relacionado à pós-graduação *lato sensu*;

b. análise das modificações jurídico-legislativas no âmbito da educação: as Leis de Diretrizes e Bases e outras leis referentes à educação, portarias, decretos, pareceres, resoluções, medidas provisórias, que fundamentaram a educação, particularmente as direcionadas às instituições de ensino superior relacionadas à pós-graduação *lato sensu*;

c. levantamento da documentação e textos oficiais relacionados às políticas de saúde implantadas no Brasil, com enfoque no SUS;

d. análise das modificações jurídico-legislativas no âmbito da saúde: a Constituição Federal de 1988, leis, portarias, decretos que fundamentam o sistema de saúde, especialmente relacionados à formação de recursos humanos em saúde;

e. sistematização e análise da legislação que regulamenta a residência multiprofissional em saúde;

f. levantamento e análise do referencial teórico e das produções científicas relacionadas ao Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, implantado no município de São Carlos/SP.

#### B) Pesquisa de campo

Iniciamos a pesquisa de campo a partir da elaboração dos roteiros das entrevistas e do mapeamento de todos os segmentos envolvidos no Programa da Residência Multiprofissional, no município de São Carlos (SP). Definimos nossos sujeitos como sendo:

a. residentes da primeira, segunda e terceira turmas, cuja capacitação se deu no período de 2007 a 2011;

b. preceptores (docentes da universidade vinculados ao programa);

c. tutores (profissionais da saúde, funcionários da Secretaria Municipal da Saúde destinados a essa função);

e. coordenadoras do programa da residência;

f. gestores da Universidade Federal de São Carlos;

g. gestores do município;

Para a elaboração dos roteiros das entrevistas, selecionamos as temáticas que pudessem melhor elucidar o problema desta pesquisa, ou seja, como se deu a formação profissional do residente, considerando tanto o contexto da política nacional de capacitação dos profissionais da saúde para a organização/estruturação do SUS, quanto a política implantada no município.

Levantamos algumas temáticas como eixo da discussão, porém cada entrevista foi particularizada, na medida em que cada participante pôde explicitar melhor os temas que eram relevantes para ele.

Considerando os documentos disponibilizados pela coordenação do programa (Anexo 2), identificamos os sujeitos da pesquisa e priorizamos entrevistar todos os profissionais envolvidos. No entanto, nem sempre isso foi possível, pelos seguintes motivos: os endereços

não estavam atualizados, os profissionais não responderam as mensagens enviadas e alguns deles não aceitaram participar deste trabalho. Dessa forma, a participação dos segmentos ocorreu na medida da sua disponibilidade e do seu interesse com este estudo.

Primeiramente, tentamos entrar em contato com o grupo dos residentes das três primeiras turmas, que perfazia um total de 116 profissionais. Desse grupo, 68 esteve disponível, tendo sido possível agendar as entrevistas. Posteriormente, entrevistamos os preceptores, tutores, coordenadores e os gestores.

Temos que considerar que as entrevistas realizadas com os residentes se deu numa diferença de tempo em relação à etapa do curso em que cada turma se encontrava. A primeira turma tinha terminando o programa, a segunda turma cursava o segundo ano ~~da Residência~~ e a terceira turma estava no meio do primeiro ano.

Embora, a realidade em que executamos a pesquisa de campo possa não apresentar a mesma situação para as três turmas, no que concerne ao momento do seu processo de formação profissional, o resultado desses depoimentos não trouxe divergências nesse aspecto e o nosso interesse foi entrevistar o maior número de segmentos envolvidos com o programa, buscando compreender a realidade experimentada, concretamente.

De fato, foram realizadas 95 entrevistas, que duraram em média uma hora e meia, entre o mês de fevereiro de 2009 a agosto de 2010, conforme consta no Anexo 3. Elas foram gravadas, transcritas, digitadas e, posteriormente, enviadas aos entrevistados para conhecimento e eventuais correções. O trabalho de correção foi finalizado no mês de fevereiro de 2011.

### C) Elementos para análise

Ao delimitarmos nosso objeto de estudo, consideramos que o residente é o principal interlocutor dessa proposta, pois é o profissional que vivencia o seu próprio processo de formação e pode relatar as diversas situações vivenciadas nessa experiência. Os demais segmentos assumem papéis diferenciados, seja como orientadores do processo de capacitação profissional, seja como gestores do programa.

O trabalho analítico foi o de compreender as relações que se estabeleceram entre os discursos de todos os participantes, assim como a análise dos documentos e de outros elementos que compuseram o estudo teórico. Fizemos um percurso para as decomposições sucessivas dessa realidade concreta, com a intenção de chegar aos objetivos propostos da

pesquisa, que dizem respeito aos resultados e à avaliação dessa modalidade de formação profissional.

Elencamos as seguintes categorias de análise: opinião sobre a política implantada pelos ministérios a respeito do Programa da Residência Multiprofissional, opção em participar do projeto, vivência na implantação e durante o processo de estruturação dessa política na universidade e/ou no serviço, avaliação do processo de parceria universidade/serviço, avaliação desse modelo de formação profissional e parecer sobre a permanência dessa proposição de política para a formação superior em saúde, conforme demonstrado no Anexo 1.

Identificamos nos relatos das experiências apresentadas pelos residentes as categorias mais simples e abstratas da interpretação da realidade analisada, considerando suas representações mentais da realidade com base na prática social concreta. Posteriormente, procuramos compreender essas categorias, por meio da análise das relações que se estabelecem entre as temáticas apresentadas nos outros relatos, contextualizando os elementos contraditórios.

Finalmente, consideramos a relação entre todas as unidades observadas até atingirmos, novamente, a complexidade e a concreticidade do todo, ou seja, a realidade da formação superior dos profissionais de saúde, particularmente aqueles vinculados ao Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município de São Carlos, no período de 2006 a 2010.

## Sessão I – POLÍTICAS PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO E DE SAÚDE NO BRASIL

### 1.1. Um breve histórico da educação

Neste texto pretendemos fazer um debate sobre a história da educação brasileira, em particular da educação superior, considerando o engendramento que se estabelece, e se estabeleceram, entre as condições estruturais da base econômica da sociedade, as ideias pedagógicas e as políticas adotadas pelo Estado na construção da educação.

Este estudo objetiva, portanto, relacionar as concepções pedagógicas que caracterizaram os marcos históricos da educação superior brasileira, na perspectiva de que o conhecimento acumulado pela humanidade e que se constitui em condições superestruturais está estreitamente ligado ao movimento do capital, numa concepção marxista de mundo<sup>2</sup>.

Levando em conta as transformações ocorridas no mundo capitalista, sobretudo a questão do processo produtivo e da organização do trabalho, fundamentou-se uma sociedade em que as relações sociais vigentes foram fundamentadas na apropriação privada dos meios de produção (MARX, 1983), e a educação também foi colocada nessa determinação. Nessas condições de funcionamento do mercado capitalista, a educação foi concebida num modelo “produtivista” (SAVIANI, 2002, p. 22) dificultando as objetivações produzidas, historicamente, em relação à cultura humana (DUARTE, 2008, p. 37).

Ao compreender a educação como produção do saber no sentido do trabalho não material<sup>3</sup>, estaríamos definindo que a escola tem um papel fundamental para garantir a socialização dos elementos culturais produzidos pelos homens. O trabalho educativo seria, então, a possibilidade de o professor propiciar ao aluno a aquisição desses elementos, isto é, responsabilizaria o professor a identificar os elementos culturais indispensáveis à humanização do indivíduo (SAVIANI, 1997; LOMBARDI; SAVIANI; SANFELICE, 2002; DUARTE, 2008).

---

<sup>2</sup> A educação não foi o tema central de Marx e Engels, mas aparece na obra *Manifesto Comunista* (1848), como uma das suas preocupações ao apresentar a tese da construção plena do homem e não subordinado ao domínio do capital.

<sup>3</sup> Trabalho não material, entendido como a produção de ideias, conceitos, valores, símbolos, no sentido da produção das necessidades mais elevadas para o indivíduo, ou seja, da apropriação plena de todo conhecimento já produzido pela humanidade e que torna o homem mais humanizado (MARX, 1983).

Portanto, para abordar a história da educação superior no Brasil, tomamos como referência os teóricos que defendem a tese de que: nós nos desenvolvemos como seres humanos se nos apropriarmos da riqueza do conhecimento humano acumulado na cultura<sup>4</sup>.

Na análise da base econômica do Brasil até o século XIX, vamos encontrar uma sociedade excludente em suas condições estruturais desde a Colônia, pois seu principal traço foi a escravidão, o que não se modificou com a Independência e, segundo Prado Junior (1991), foi um arranjo feito “pelo alto”, com interesses da Coroa aliados aos da aristocracia agrária. A proclamação da República também não alterou a infraestrutura da sociedade brasileira; o movimento progressista apenas eliminou os elementos contestadores, produzindo as ideologias e as organizações sociais a partir de uma acomodação das forças políticas das classes dominantes (PRADO Jr., 1991).

A educação até então era uma “cultura de verniz” e de privilégio, voltada somente para a minoria da população: os filhos da aristocracia rural que tinham a obrigação de aprender para parecer inteligentes e capazes de manter as condições estruturais da sociedade brasileira. Não era necessária para formar mão de obra numa cultura de privilégios e não de direitos. O pensamento pedagógico misturava-se entre o padrão religioso, herança dos jesuítas, e o início de uma concepção laica (BITTAR; FERREIRA Jr., 2007).

Alguns marcos do período monárquico comprovaram essa condição e reforçaram a educação de elite, com a criação das escolas normais (1835), do Colégio Pedro II (1837) e dos grupos escolares (1870).

A partir da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) e da Revolução Russa (1917), evidenciou-se o processo de identificação política da sociedade brasileira no âmbito da educação, “através de alguns aportes do capitalismo, do socialismo” (BUFFA; NOSELLA, 1991, p. 60), e as reformas educacionais aconteceram em vários estados (São Paulo, Ceará, Distrito Federal, Bahia, Rio Grande do Sul e Paraná) sob as lideranças dos intelectuais: Sampaio Dória, Lourenço Filho, Carneiro Leão, Anísio Teixeira, Bezerra de Menezes e Lisímaco da Costa (NAGLE, 1985, p. 264). Em 1920, fundou-se a Associação Brasileira de Educação – ABE e uma série de conferências foi realizada (desde 1927) intensificando o debate institucional e a autonomia do movimento, que teve seu apogeu em 1932.

---

<sup>4</sup> Conceito de objetivação (MARX, 1983). A cultura contém prática humana acumulada, diferentemente dos animais, que não acumulam práticas. No conhecimento, há uma riqueza de práticas sociais acumuladas, é conteúdo acumulado, que também carrega alienação. O conhecimento traz tudo o que foi acumulado historicamente, positiva ou negativamente.

O cenário da sociedade na década de 1930, a partir do fim da Primeira República, é o de um Brasil que começa a urbanizar-se e a apresentar-se como um país agrário-industrial. Os projetos políticos de educação estavam voltados para a nacionalização e o progresso, diferentemente das décadas anteriores, em que o país era “descolarizado” e com poucas demandas para o aparelhamento escolar. Com a persistência das condições estruturais sustentadas pelo tripé econômico e social determinado pelo latifúndio e pela permanência do sistema coronelista, pelo escravismo (não mais somente escravos negros, mas também escravos brancos e pobres) e pela produção voltada para o mercado externo, o campo da educação foi ajustado (NAGLE, 1985).

As tentativas efetuadas na Primeira República para desenvolver um sistema escolar brasileiro distanciaram-se das necessidades reais do país, pois as medidas tomadas pelas próprias elites em disputa pela hegemonia da educação dificultaram a aproximação com a realidade educacional, pois o que estava em jogo era a visão de mundo, a questão ideológica, e não, propriamente, a questão educacional.

No cenário mundial, apontava-se a possibilidade da revolução socialista e várias correntes de ideias e movimentos políticos sociais foram sustentados para subverter a ordem vigente (como, por exemplo, o levante comunista de 1933, a atuação do Partido Comunista do Brasil – PCB, as ligas camponesas, o movimento operário), o que vinha interferindo nas propostas e ideologias da burguesia em ascensão.

Enquanto no plano internacional crescia o confronto ideológico entre EUA e URSS, a sociedade brasileira foi capaz de não só criar uma série de partidos políticos de caráter nacional e regional, mas também sustentar “partidos ideológicos” por meio das igrejas e dos vários órgãos de comunicação (a imprensa escrita e a rádio). Na base estrutural, a economia agroexportadora começou a ser desfocada, devido à decadência e aos sucessivos fracassos na política de exportação do café. A indústria seria uma nova concorrente, de tal forma que o país deixaria de ter uma estrutura basicamente agrícola para colocar-se nos moldes dos grandes centros urbanos industrializados.

De 1935 a 1945, com a ditadura do Estado Novo, as diretrizes políticas nortearam o modelo nacionalista com base em uma política populista, o que permitiu a conjugação de forças políticas burguesas e proletárias, constituindo, desse modo, as bases da democracia populista. Com o fim da Segunda Guerra Mundial, houve uma tendência na Europa para a

constituição de governos populares, o que não foi diferente no Brasil, com o governo populista de Vargas (1951-1954) e, posteriormente, de João Goulart (1961-1964).

Na educação, em relação aos investimentos orçamentários, houve uma mudança significativa. A Constituição de 1934 previa um incremento da União e dos municípios nunca menor de 10%, ao passo que caberia ao Estado 20% da arrecadação para “manutenção e desenvolvimento dos sistemas educacionais” (BRASIL, 1934, art. 156), enquanto na Constituição de 1937 essa vinculação foi retirada (BRASIL, 1937) e somente retomada na Carta de 1946 (BRASIL, 1946).

Octávio Ianni (1985) faz uma análise sobre as instituições educacionais que Getúlio Vargas criou, concluindo que houve uma centralização autoritária sobre a escola, especificamente sobre a profissionalização do ensino e o interesse em formar mão de obra para o trabalho. Assim, o Senai (1942) e o Sesi (1946) apareceram como escolas profissionalizantes e foram colocados sob a direção de empresários. Dessa maneira, o processo de profissionalização no Brasil foi uma tentativa de cristalizar as classificações sociais por meio da educação, criando dois tipos de escolas, uma para treinar trabalhadores, a outra para formar dirigentes (BUFFA; NOSELLA, 1991).

Na década de 1940, o Brasil passava por uma conjuntura de efervescência política. No espaço do Congresso, a participação do movimento comunista na elaboração da Constituição de 1946 foi uma garantia relativa da participação política da sociedade civil, que tentou representar os anseios da sociedade brasileira da época. Porém, o reflexo da política externa, com a vitória dos Estados Unidos da América, determinou o controle econômico e político nos países dependentes. O governo de Eurico Gaspar Dutra (1946-1950) associou-se a esse modelo, abrindo as “portas” ao capital internacional. O bloco capitalista estava afinado com as políticas norte-americanas, que interferiram nos países da América Latina, fomentando os golpes, amortecendo as forças progressistas e colocando o movimento comunista na clandestinidade (IANNI, 1968).

Getúlio Vargas, eleito para substituir Dutra, apresentando-se novamente como defensor do capital nacional e combatendo a política anterior, teria que resolver o problema da desvalorização salarial frente ao forte crescimento da inflação. No entanto, encontrou várias oposições, e seu discurso nacionalista não foi capaz de estimular as instituições sociais para enfrentar o monopólio internacional, devido a suas contradições entre avançar para um projeto popular, ou para o capitalismo internacional (IANNI, 1968, p. 122).

Para Saviani (2002, p. 22) após 1930, a base econômica da sociedade brasileira foi produzida por um modelo de economia de escala, na lógica da produtividade e da competitividade, garantindo a produção em série para o consumo da massa. Nesse cenário, a organização do trabalho exigiu um contingente de mão de obra, o que facilitou a estruturação dos grupos em associações e sindicatos, traduzindo os movimentos de base popular. A educação também começou a ser colocada nesse modelo do mercado capitalista e numa visão “produtivista passou a ser concebida como dotada de um valor econômico próprio e considerada um bem de produção”.

Na década de 1960, a taxa de analfabetismo no Brasil era de 39,35%, e a população, predominantemente rural, com uma taxa de urbanização de 45,2%, justificavam a falta de acesso à educação e um forte obstáculo à escolarização, uma vez que as escolas rurais eram escassas. Nesse período, as questões pedagógicas estavam impregnadas de questões políticas, seja pelos movimentos sociais, seja pelo governo populista de João Goulart. Os movimentos sociais de educação popular, por um lado, operavam não apenas numa perspectiva técnico-didática, mas tinham uma preocupação ideológica revolucionária. Por outro lado, aos governantes populistas interessava, prioritariamente, o aspecto eleitoral: o voto que era representado pelo cidadão que soubesse, ao menos, assinar seu nome. Nesse contexto, surgiram as iniciativas de educação popular, entre as quais destacou-se o método de alfabetização de adultos de Paulo Freire, de início incentivado pelo governo, que esperava um enorme número de adultos alfabetizados.

Nosella (2007) relata a visão que Paulo Freire tinha com relação à ambiguidade dos governos populistas que, se por um lado tentavam manipular as massas populares, por outro serviu de estímulo para a população vir às ruas ensinando ao povo brasileiro o caminho da escola e a organização político-sindical. Paulo Freire foi exilado logo após o golpe de 64.

O governo militar, a partir de 1964, esteve ancorado no pensamento tecnocrático e autoritário (NOSELLA, 1998). Sanfelice (1986) considera que o movimento de 64, o golpe e o que se considerou ditadura política, foi resultante do agravamento da crise econômica e do crescimento dos movimentos populares que reivindicavam as reformas. Entretanto, havia a insatisfação das classes dominantes porque a taxa de seus lucros não foi mantida em níveis desejados. Com o golpe, a burguesia, associada ao imperialismo e ao latifúndio, conseguiu restabelecer o controle sobre as instituições, procurando conter as classes trabalhadoras pelas Forças Armadas, com o objetivo da manutenção das taxas de lucro.

O golpe de 64 representou o fim de um modelo que tinha uma certa autonomia e possibilitava uma relativa participação popular, o que, de certa forma, favoreceu “uma significativa politização da sociedade brasileira. Com o golpe militar esta ascensão da cidadania foi estrangulada” (SANFELICE, 1986, p. 130).

No campo da educação, a escola foi representada como aparelho ideológico do Estado, e as reformas educacionais editadas (a Lei Nº 4.024, Lei de Diretrizes e Bases – LDB de 1961 e a Lei Nº 5.540/68, conhecida como Lei da Reforma Universitária) favoreceram os interesses privados. No entanto, esse Projeto de Lei configurou a exposição de dois grandes embates entre os grupos que lutavam pela hegemonia política e ascensão ao poder (o grupo da política nacional populista e o grupo nacionalista).

É preciso levar em consideração que, embora os dois grupos representassem a ascensão da classe burguesa ao poder, eles eram ideologicamente diferenciados. O grupo da política nacional populista defendia o desenvolvimento e a modernização do capitalismo brasileiro à custa do capital nacional, o que difere do grupo contrário, que propugnava alterar a essência de uma sociedade urbano-industrial moderna por meio do investimento internacional. O grupo vencedor, golpista, também influenciado pelo contexto internacional da Guerra Fria, temia que a liderança dos trabalhadores os levasse ao poder e eles incorporassem as ideias socialistas (FERREIRA Jr.; BITTAR, 2008).

A concepção do grupo nacionalista era transformar o Brasil em uma potência a partir de dois princípios básicos: o primeiro seria combater o analfabetismo, mesmo com a intenção “de acomodar as classes populares emergentes, domesticá-las em algum esquema de poder ao gosto das classes dominantes” (WEFFORT, 1978, p.17). O segundo princípio estava articulado à reforma da universidade brasileira, de tal forma que ela deveria adequar-se ao novo modelo de desenvolvimento econômico previsto pelo regime militar, tirando-a das “influências ideológicas negativas” (BITTAR, 2007, p.35).

Com a vitória deste grupo, a LDB de 1961, de orientação privatista, polarizou as responsabilidades das decisões no campo educacional, uma vez que delegou aos conselhos de educação competências que antes estavam atribuídas aos detentores dos cargos executivos. Assim, as decisões que estavam concentradas no campo das instituições públicas foram disseminadas entre os membros desses conselhos que, nomeados livremente pelo presidente da República e pelos governadores dos estados, ficaram à mercê das articulações das instituições privadas de ensino. Além disso, abriu concessão para a cooperação financeira da

União com a iniciativa privada, com um adendo em que se estabelecia a estes estabelecimentos: o da gratuidade aos estudantes pobres (CUNHA, 2004).

Como resultado, essa lei autorizou o sistema privado a adentrar o campo da educação, desobrigando o Estado de investir gradativamente na educação pública, não se restringindo apenas à diminuição das verbas para a educação escolar pública e gratuita, mas, sobretudo, tratou também de transferir recursos públicos ao capital privado (GERMANO, 1994).

A partir de 1964, as empresas educacionais ganharam expansão considerável (SAVIANI, 1987). Impulsionando os privilégios no campo da educação privada, a reforma constitucional de 1965 trouxe um dispositivo alterando o da Constituição de 1946, que concedia imunidade fiscal às instituições de educação desde que suas rendas fossem integralmente aplicadas para fins educacionais; ao ser retirada a premissa “para fins educacionais”, favoreceu os interesses das instituições privadas de ensino de gozarem de uma “verdadeira imunidade fiscal” (CUNHA, 2007, p. 812).

A Lei Nº 5.540/68, conhecida como Lei da Reforma Universitária, apoiada na “Teoria do Capital Humano” pretendeu subordinar as estruturas de ensino aos interesses do grupo conservador, responsável pelo golpe e atrelados aos ideais da burguesia internacional. Os acordos MEC-Usaid concentraram as acepções de dominação ideológica da política norte-americana em todas as instâncias educacionais dos países periféricos. Ao ensino superior, as medidas denominadas de “modernização da universidade brasileira” deveriam estar pautadas pelas três palavras de ordem: racionalidade, eficiência e produtividade, assemelhando-se administrativamente a uma grande empresa (CUNHA, 1988, p. 203) e deveria tornar-se um instrumento de aceleração do desenvolvimento do país, disciplinando a rebeldia dos estudantes (CHAUI, 1980, p. 34). Com a Lei da Reforma Universitária, o direcionamento foi da racionalização do ensino, da priorização na formação técnica, do modelo de formação acadêmica que estaria estritamente vinculada à produção industrial, por isso o desprezo pelas ciências sociais e humanas.

O ciclo das “reformas educacionais” foi completado com a Lei Nº 5.692/71, que apenas deu nova roupagem à Lei de 1961, mantendo o *status quo* da exaltação do projeto educacional consolidado como o “bem-sucedido” modelo socioeconômico, organizando a educação de acordo com o modelo taylorista-fordista por meio da chamada “pedagogia tecnicista”. Assim, a orientação dada à educação representava a preocupação com o aprimoramento técnico numa interação direta entre formação educacional e mercado de

trabalho, transportando para as escolas “os mecanismos de objetivação do trabalho vigentes nas fábricas” (SAVIANI, 2002, p. 23). Essa legislação admitiu a co-participação das empresas para a realização desse processo educacional (BRASIL, 1971). O objetivo da profissionalização aliviou a pressão dos estudantes para a entrada ao ensino superior e insistiu na ideia da educação como solução para o desemprego.

Durante a vigência do regime militar, a educação foi compreendida como aparelho ideológico do Estado. A exploração capitalista fez-se presente por meio do Estado autoritário e do processo acelerado da expansão do parque industrial, que foi financiado, especialmente, pelas empresas estrangeiras. As relações sociais de produção materializaram-se no avanço tecnológico de tal proporção, dando origem à chamada “revolução microeletrônica – a era das máquinas inteligentes” e, alterando o padrão produtivo, introduziu a acumulação flexível no modelo toyotista. A automatização permitiu liberar a força do trabalho humano, no entanto as condições estruturais vigentes produziram a mais-valia, na lógica de uma maior reorganização para a “maximização da exploração da força de trabalho, ampliando a marginalização social através do desemprego” e da qualificação da mão de obra (SAVIANI, 2002).

Os pressupostos básicos dessa política educacional implantada por esse grupo diziam respeito à reforma da universidade e da escolaridade básica, com a junção dos antigos graus primário e ginasial e, criando o caráter profissionalizante para o segundo grau, diminuiu a pressão pela luta da ampliação de vagas nas universidades. Assim, o modelo de educação nessa concepção passou a garantir a mais-valia, em que a escola deveria qualificar o trabalhador frente às necessidades do capital.

Com relação ao ensino superior, o regime militar também ampliou o número de vagas. As reformas estiveram voltadas para uma visão utilitarista e economicista, dando conta das orientações econômicas do autoritarismo excludente. Entretanto, houve resistências. No fim da década de 1970, os segmentos estudantil e docente da escola pública brasileira acabaram exercendo papel relevante na luta contra a ditadura e atuaram na defesa de políticas educacionais democráticas (SANFELICE, 1986).

Todavia, a década de 1970, marcada pela crença no “milagre econômico”, foi tomada por uma crise estendida pela inflação, pela diminuição das taxas de crescimento econômico e pelo endividamento externo. O ano de 1978 foi caracterizado, no Brasil, por inúmeras greves dos trabalhadores, e esse grupo organizado ampliou suas reivindicações para uma sociedade mais justa, bandeira que também foi defendida pelos estudantes e intelectuais.

A construção do Estado de direito democrático, com o fim da ditadura e as novas contradições inerentes à sociedade brasileira que se reorganizava nos marcos de um capitalismo urbano industrial, deu início à década de 80, com o crescimento da organização popular e a rearticulação dos partidos políticos e ideológicos da sociedade brasileira (CUNHA, 1995).

As eleições diretas para governadores, em 1982, deram um impulso decisivo para a democracia, assim, a vitória de Tancredo Neves (MG), Leonel Brizola (RJ) e Franco Montoro (SP), candidatos de oposição aos governos militares, abriu caminho para um novo protagonismo das secretarias de educação, como ficou patente com Darcy Ribeiro no Rio de Janeiro, Otávio Elísio Alves de Brito e Neidson Rodrigues em Minas Gerais. Para esses gestores da educação, os governos, em vez de transferirem recursos para as instituições privadas, deveriam atuar diretamente mediante suas próprias redes escolares (CUNHA, 1995).

Não obstante, o processo de superação do autoritarismo brasileiro coincidia com a derrocada do socialismo no Leste Europeu, cujos momentos marcantes foram a queda do Muro de Berlim (1989) e o fim da União Soviética (1991), dificultando a organização social, conforme os ideais travados pelos movimentos sociais até então. Dessa forma, houve maior monitoramento das instituições internacionais nas políticas dos países da América Latina; o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, sob a falácia de cooperação técnico-financeira para ajudar o alívio da pobreza, estenderam seu poder político-econômico sobre os países devedores, com o consentimento do governo federal, de parte do estadual e o apoio das elites dirigentes.

No campo da educação, essa intervenção foi direta, pois políticos, economistas e empresários passaram a defender um tipo de formação direcionada ao mercado de trabalho e, diferentemente dos períodos anteriores, criticavam os métodos tradicionais e exigiam a atenção a novas demandas educacionais, de maneira a diminuir as distâncias entre a escola e as necessidades do trabalho.

O cenário político nacional previa as eleições diretas para todos os candidatos a dirigentes ao Executivo, porém a Emenda Dante de Oliveira, que previa eleições diretas para presidente da República, no ano de 1985, foi derrotada pelas elites. A morte de Tancredo Neves colocou no poder José Sarney, que compôs seu governo com forte representação dos ideólogos da ditadura.

Seu governo foi marcado por sucessivos fracassos econômicos e, na sua substituição, Fernando Collor de Melo, apoiado pelo mesmo grupo do Golpe de 64, encaminhou o país ao cenário internacional da globalização. Representando um discurso moderno, entregou o Estado a uma forte ideologia neoliberal da superioridade do mercado sobre o planejamento econômico, no modelo do “Estado Mínimo”, descomprometendo-se com as políticas públicas voltadas à educação, à saúde, etc. Permaneceu no governo até o ano de 1993, quando foi afastado do poder por decreto de impedimento.

Itamar Franco, assumindo o governo, tentou desenfrear a política neoliberal implantada pelo seu sucessor, mas nomeou Fernando Henrique Cardoso como ministro da Fazenda, que criou, sob orientação do imperialismo internacional, o Plano Real. Na eleição seguinte, foi escolhido por voto popular a ocupar o cargo de presidente da República.

O ano de 2002 foi um marco histórico, pois o país conseguiu eleger Luiz Inácio Lula da Silva, representante do Partido dos Trabalhadores-PT, para presidente da República. Na sua campanha à Presidência, declarou que as mudanças políticas que faria em seu governo deveriam alterar a base econômica da sociedade brasileira. Reeleito com a maior votação popular propôs mudanças nas organizações sociais. Todavia, carece de uma análise acerca de como essas políticas interferiram realmente nas condições estruturais da sociedade.

A nova LDB foi promulgada no ano de 1996 (Lei Nº 9.394)<sup>5</sup> e sofreu diversas mudanças do seu projeto original, confirmando as políticas neoliberais. Com base no princípio da teoria do capital humano que busca na formação dos recursos humanos a lógica do capital, a nova LDB representou o descrédito da escola pública, seja no aspecto do subsídio, seja na ampliação de vagas, principalmente nas Instituições de Ensino Superior (IES).

Essa lei reconheceu, pela primeira vez na legislação brasileira, a possibilidade de lucro para as instituições privadas de ensino, entusiasmando a ideia mercadológica de interesses, articuladas às exigências e vantagens do sistema vigente. Nesse modelo, estabeleceu-se uma relação comercial em que o “produto” educação pode ser vendido aos alunos-clientes por meio de todos os artifícios de propaganda. Assim, “vendem-se sonhos e ilusões para pessoas que mal sabem o que poderiam ou deveriam esperar de uma instituição de ensino superior” (GOERGEN, 2006, p. 71).

---

<sup>5</sup> Lei n.º 9.394, assinada pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso e seu ministro da Educação, Paulo Renato Souza.

Entre 1996 e 2004, mais de mil instituições privadas de ensino superior foram criadas no país, com um cenário, em sua grande maioria, marcado pelo número insuficiente de docentes que se submetem a péssimas condições de trabalho, contratados e remunerados por hora trabalhada, o que favorece uma longa peregrinação por diversas escolas para poderem ganhar um salário razoável no fim do mês (GOERGEN, 2006).

O processo generalizado e contínuo de privatização da educação brasileira foi sendo confirmado pela ausência do Estado que, além de não estabelecer políticas públicas com prioridades, furtou-se também de assumir responsabilidades no gerenciamento rígido nesse campo. Assim, certos grupos empresariais ou segmentos sociais de elite são privilegiados e estimulados por meio de atrativos de diversas espécies, como, por exemplo, os subsídios e a imunidade fiscal (CUNHA, 2006).

No ano de 2001, o governo federal definiu no Plano Nacional de Educação (Lei Nº 10.172 de janeiro 2001) a expansão das vagas da educação superior até o fim dessa década, de 12% para 30%, para matrículas de jovens entre 18 e 24 anos, de forma que caberia ao setor público admitir 40% ou mais de seu alunado. O Programa Universidade para Todos – ProUni teve uma dessas incumbências: propôs ampliar o acesso dessa demanda ao ensino superior gratuito, porém esbarrou em interesses dos grupos das instituições privadas de ensino. A Medida Provisória Nº 213/2004 continha a ideia geral desse programa, que era propor a isenção fiscal às instituições privadas sem fins lucrativos, numa contrapartida da oferta de bolsas de gratuidade aos estudantes de famílias de baixa renda, negros, indígenas, pardos, deficientes físicos e professores das redes públicas de ensino<sup>6</sup>, para cursarem a graduação e os cursos sequenciais de formação específica.

O projeto foi aprovado em 2005, com várias modificações: ampliou a adesão às instituições privadas particulares; alterou a condição de renda per capita para um salário mínimo e meio ou até três salários mínimos para os beneficiados com bolsa parcial; diminuiu as possibilidades de oferta de cursos aos professores das escolas públicas, sendo somente ofertados os de licenciatura e pedagogia; determinou as obrigações para as entidades filantrópicas e as particulares, favorecendo estas últimas. Ficou determinado que as instituições particulares de ensino possam ser declaradas como “com fins lucrativos, pagando

---

<sup>6</sup> Para o grupo de professores, não constaria os requisitos situação financeira e racial.

os impostos e contribuições a que estão sujeitas as empresas de serviços e distribuir os lucros abertamente aos seus proprietários e acionistas” (CUNHA, 2007, p. 820).

Não obstante, a intenção de favorecer o acesso aos concluintes do ensino médio das classes populares ficou atrelada às escolas privadas de ensino superior, o que caracteriza ainda a desigualdade na concorrência do ensino de melhor qualidade. Nesse caldeirão pela busca de maior qualificação por meio do curso superior, favoreceu-se a política dos cursinhos pré-vestibulares, que pretendem preencher a lacuna da formação básica.

Para tornar-se mais competitivos, os jovens dispostos a investir em sua formação fazem esforços consideráveis para pagar a mensalidade do cursinho, geralmente frequentado em período noturno e em instituições com taxas mais condizentes às suas possibilidades financeiras, ou em cursos pré-vestibulares gratuitos. Essa formação é bastante desigual entre os candidatos do vestibular (ZAGO, 2006, p. 231).

O ensino superior representa, para esses estudantes, uma oportunidade no mercado de trabalho, que, na maioria das vezes, é incentivada pelos familiares por não terem conseguido alcançar essa formação. Dessa maneira, a procura pela formação superior aumenta a expectativa de obter um novo status social e, nessa concorrência para o acesso ao ensino público, reforça a lógica do mercado, que inclui informalmente uma nova modalidade de ensino, mas não está instituído como processo educacional.

Parece que a base econômica da sociedade vem sendo confirmada pelas políticas atuais, embora com um discurso para construir políticas sociais, que ainda convive com os modelos herdados, como, por exemplo, o Projeto de Lei Nº 920/97<sup>7</sup>, que prevê a possibilidade de as instituições que tiverem dívidas com a União, particularmente com a Receita Federal, abatê-las com a concessão de bolsas de estudo, segundo os critérios do Pro Uni. Esta medida beneficiará os grandes grupos econômicos nacionais e internacionais que tomaram a educação como mercadoria, como se não bastassem as concessões que já estão previstas a essas entidades lucrativas (CUNHA, 2007).

As iniciativas educacionais recentes apresentam algumas ações governamentais, que propõem resolver as questões ligadas à qualidade de ensino no país. A Lei Nº 11.129/2005

---

<sup>7</sup> Este Projeto de Lei foi apresentado em 29/04/2007 e está em tramitação.

criou o Programa Nacional de Inclusão de Jovens (ProJovem)<sup>8</sup>, prevendo uma intervenção de caráter emergencial, para favorecer a continuidade do acesso dessa população que não conseguiu dar continuidade à sua formação escolar. O ProJovem é destinado a jovens de 15 a 29 anos, com o objetivo de promover sua reintegração ao processo educacional, sua qualificação profissional e seu desenvolvimento humano.

O Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema de Saúde do Brasil (VER-SUS)<sup>9</sup> e o AprenderSUS<sup>10</sup> foram criados com a finalidade de aproximar o sistema de saúde das instituições formadoras, por meio dos Polos de Educação Permanente em Saúde e do processo de certificação dos hospitais de ensino. Desse modo, o Fórum Nacional de Entidades Profissionais da Área da Saúde – Fnepas, a formação de capacitadores, o apoio às reformas curriculares, o refinanciamento das residências e a articulação com a Rede Unida e com o Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (Lappis) se desenvolveram com o objetivo de investir nessa área de formação e de capacitação profissional (BRASÍLIA, 2006).

Uma outra iniciativa diz respeito à expansão de vagas para o ensino universitário público. O Decreto Nº 6.096, de 24 de abril de 2007, constituiu o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – Reuni, com interesse em financiar projetos das escolas federais com o objetivo de aumentar as vagas de ingresso, principalmente no período noturno, bem como de preencher vagas ociosas e reduzir as taxas de evasão dos cursos.

---

<sup>8</sup> A Lei N.º 11.129/2005 foi revogada pela Lei N.º 11.692 de 10 de junho de 2008, que dispõe sobre o ProJovem. Este programa será desenvolvido por meio das seguintes modalidades: I ProJovem Adolescente – Serviço Socioeducativo; II- ProJovem Urbano; III- ProJovem Campo – Saberes da Terra; e IV- ProJovem Trabalhador (BRASIL, 2008).

<sup>9</sup> VER-SUS foi um projeto criado pelo Ministério da Saúde, por meio da SGTES e objetivou oferecer aos estudantes dos cursos de saúde uma experiência integrada dos diversos setores do SUS, para o aprendizado *in loco*, com duração de 15 a 20 dias. Este projeto foi desenvolvido pelo Ministério da Saúde, em conjunto com as entidades estudantis dos cursos da área da saúde e as secretarias municipais de saúde, principalmente durante os anos de 2003 a 2005.

<sup>10</sup> Com o AprenderSUS, o Ministério da Saúde pretende dar mais um passo essencial na construção de relações de *cooperação* entre o sistema de saúde e as instituições de educação superior. As estratégias contemplam convocar a academia para demonstrar as experiências sobre saberes e práticas da integralidade em saúde; oferecer curso de educação a distância para a formação de ativadores de processos de mudança na graduação; possibilitar a implementação de oficinas regionais para a análise crítica das estratégias e processos de mudança, apoiar a produção de conhecimento sobre processos de mudança, além de criar um trabalho articulado com o Ministério da Educação e desenvolver uma linha adicional de financiamento aos Polos de Educação Permanente em Saúde (BRASÍLIA, 2006).

A Portaria Interministerial N.º 1.802/2008 instituiu o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde<sup>11</sup>, com o propósito de direcionar as ações para o fortalecimento de áreas estratégicas para a implantação/reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS). O programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE, em implementação no país desde 2005.

Resta saber quais medidas vão garantir uma escola pública de qualidade, gratuita e laica, para todos e em todos os níveis, comprometida com a igualdade e a justiça social.

### **3.2. A Educação Superior no Brasil**

Destacando a temática da avaliação da educação superior no Brasil, um dos aspectos importantes a ser considerado é o fator quantitativo. A expansão quantitativa de Instituições de Educação Superior (IES) que se deu no Brasil, principalmente a partir da década de 1990, em função não só da intensificação das demandas de formação, mas também das novas conformações capitalistas referendadas e produzidas pelo mercado de trabalho, são dados objetivos ao considerar a evolução do alunado no ensino superior, conforme o gráfico demonstrativo:

---

<sup>11</sup> O PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade, e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde – SVS, do Ministério da Saúde, a Secretaria de Educação Superior – SESu, do Ministério da Educação, e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (BRASIL, 2008).

Quadro 1: Evolução do alunado no Ensino Superior (1990-2008), por setor

Ano	IFES	IEES	IMES	Total Público	I.Privadas	IES (total)	% Público	% Privado
1990	308.867	194.417	75.341	578.625	961.455	<b>1.540.080</b>	38%	62%
1991	320.135	202.315	83.286	605.736	959.320	<b>1.565.056</b>	39%	61%
1992	325.884	210.133	93.645	629.662	906.126	<b>1.535.788</b>	41%	59%
1993	344.387	216.535	92.594	653.516	941.152	<b>1.594.668</b>	41%	59%
1994	363.543	231.936	94.971	690.450	970.584	<b>1.661.034</b>	42%	58%
1995	367.531	239.215	93.794	700.540	1.059.163	<b>1.759.703</b>	40%	60%
1996	388.987	243.101	103.339	735.427	1.133.102	<b>1.868.529</b>	39%	61%
1997	395.833	253.678	109.671	759.182	1.186.433	<b>1.945.615</b>	39%	61%
1998	408.640	274.934	121.155	804.729	1.321.229	<b>2.125.958</b>	38%	62%
1999	442.562	302.380	87.080	832.022	1.537.923	<b>2.369.945</b>	35%	65%
2000	482.750	332.104	72.172	887.026	1.807.219	<b>2.694.245</b>	33%	67%
2001	502.960	357.015	79.250	939.225	2.091.529	<b>3.030.754</b>	31%	69%
2002	531.634	415.569	104.452	1.051.655	2.428.258	<b>3.479.913</b>	30%	70%
2003	567.101	442.706	126.563	1.136.370	2.750.652	<b>3.887.022</b>	29%	71%
2004	574.584	471.661	132.083	1.178.328	2.985.405	<b>4.163.733</b>	28%	72%
2005	579.587	477.349	135.253	1.192.189	3.260.967	<b>4.453.156</b>	27%	73%
2006	589.581	481.756	137.727	1.209.404	3.467.342	<b>4.676.646</b>	26%	74%
2007	615.542	482.814	142.612	1.240.968	3.639.413	<b>4.880.381</b>	25%	75%
2008	643.101	490.235	140.629	1.273.965	3.806.091	<b>5.080.056</b>	25%	75%

Fonte: FIGUEIREDO, 2010, p. 31

Nesse aspecto quantitativo de análise, observa-se uma linha crescente no número de alunos, no período de 1990 a 2008, nas Instituições Federais de Ensino Superior – Ifes e nas Instituições Estaduais de Ensino Superior – IEES, embora com menor número de vagas do que nas escolas federais. Porém, há uma diminuição de alunos, a partir do ano de 1999 até o ano de 2001, nas Instituições Municipais de Ensino Superior, voltando a crescer somente no ano de 2003.

As Instituições de Ensino Superior Público, que no ano de 1960 constituíam-se de 56% de alunos, vão sendo ultrapassadas pelas instituições de ensino privado desde o ano de 1971 (45% do público para 55% do privado), chegando no ano de 2008 com a grande maioria de alunos compondo essa rede, num total de 75%. O crescimento quantitativo do aluno nessas instituições, no período de 18 anos (1990 a 2008), foi de 3.539.976, ou seja, mais de três milhões de alunos estiveram inseridos no ensino superior.

Vale ressaltar, contudo, que nesses dados não estão sendo consideradas as mudanças trazidas pelo Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Escolas Federais

– Reuni, no período de 2007 a 2012, que deu continuidade “a um ciclo de expansão das Ifes iniciado em 2003, com a consolidação de duas (2) Universidades Federais, a criação de outras dez (10) e a ampliação das existentes, através de sessenta e nove (69) novos campi”. Após o lançamento do Reuni foram implantados cento e nove (109) campi e criadas mais quatro (4) universidades, com objetivo de integração internacional (FIGUEIREDO, 2010, p. 33).

Para o ano de 2014 está prevista a abertura de 250 mil vagas nas universidades federais, definindo a terceira fase de expansão universitária. Esta fase compreenderá a criação de 4 universidades federais que serão instaladas no Pará, no Ceará e na Bahia e a abertura de 47 campi universitários. Desses campi, 20 serão instalados até o ano de 2012, e os outros 27), até 2014, conforme anunciou a presidente Dilma Rousseff (portal.mec, 2011).

Para Riveros et al (2008), durante o período de 2003 a 2007, a demanda pela educação superior na América Latina e no Caribe está sendo influenciada por dois importantes fatores: pela expansão da renda per capita no último quinquênio e pela necessidade de produzir pessoas de alta qualificação e com maior conhecimento científico e tecnológico, para poder sustentar os ideais econômicos desses países. Ambos os fatores têm levado a uma crescente cobertura da educação superior, principalmente para os jovens entre 18 e 24 anos. A taxa bruta de matrícula na educação terciária tem crescido, entre 1985 a 2005, de 17% a 31% (Unesco).

Para estes autores o crescimento se dá em quatro perspectivas:

- o aumento das matrículas é observado tanto nas instituições públicas como nas particulares, ainda que, nestas últimas, o número tenha sido bem maior;

- o acesso acelerado à educação superior tem significado um grande esforço de financiamento, por parte da maioria das famílias, já na década de 1990 a renda per capita estava praticamente congelada;

- o maior acesso da educação superior na América Latina tem sido acompanhado por uma menor seletividade nos processos de admissão;

- na medida em que há debilidades acadêmicas na formação dos estudantes, nos níveis de educação secundária, a massificação da educação superior gera uma demanda de estudantes com maiores carências acadêmicas, levando a uma maior heterogeneidade na qualidade das instituições de ensino superior.

O quadro abaixo apresenta a taxa matrícula bruta nas Instituições de Educação Superior no período de 1985 a 2005.

Quadro 2: Porcentagem de alunos matriculados nas IES nos países da América Latina e no Caribe

País	Ano 1985	Ano 2005
ARGENTINA	35,7%	65%
BARBADOS	27,6%	38,2%
BOLÍVIA	19,2%	40,5%
BRASIL	11,3%	23,8%
CHILE	15,6%	47,8%
COLOMBIA	10,9%	29,3%
COSTA RICA	22%	25,3%
CUBA	20,1%	61,5%
EL SALVADOR	16,9%	19%
GUATEMALA	8,6%	9,6%
HONDURAS	8,8%	16,4%
JAMAICA	4,4%	19%
MEXICO	15,9%	24%
NICARAGUA	8,8%	17,9%
PANAMA	24,5%	43,9%
PARAGUAI	9,1%	24,5%
PERU	22,4%	33,5%
R. DOMINICANA	18%	32,9%
TRIN e TOBAGO	5,3%	12,1%
URUGUAI	30,7%	40,5%
VENEZUELA	25,3%	41,2%
AMÉRICA LATINA	17,2%	31,7%

Fonte: RIVEROS, 2008.

Observa-se que vários países, como Argentina, Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá, Uruguai e Venezuela, têm alcançado taxas de cobertura de sua educação superior maiores que 40% da população entre 18 e 24 anos, muito próximo do nível observado nos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico-OCDE<sup>12</sup>. Como resultado dessa tendência, os autores afirmam a necessidade de redefinir políticas públicas e instrumentos de financiamento para enfrentar os novos desafios (RIVIEROS et al., 2008; GOERGEN, 2006).

Outro aspecto a ser avaliado diz respeito ao investimento público para o ensino superior. Com relação ao investimento público no ensino superior federal, o Reuni representa, substancialmente, a destinação de verbas de custeio, investimento e pessoal nas IFES, numa perspectiva da produção do conhecimento e da formação de profissionais qualificados para o desenvolvimento científico, tecnológico e social do país (Figueiredo, 2010). Não obstante, é importante que se pontue que o Reuni tem um prazo determinado, 2012, sendo, portanto, necessário conhecer o efetivo investimento a ser pela atual gestão federal. Essa política de investimento na educação superior confirma a falta de um “sistema nacional de educação”

<sup>12</sup> (OCDE) Education at a Glance ([www.oecd.org/edu/eag\\_2009](http://www.oecd.org/edu/eag_2009)). Países da OCDE: Alemanha, Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, EUA, Eslováquia, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Holanda, Hungria, Islândia, Irlanda, Itália, Japão, Luxemburgo, México, Noruega, Nova Zelândia, Polónia, Portugal, República da Coreia, República Checa, Reino Unido, Suécia, Suíça, Turquia.

(Saviani, 2008), uma vez que o seu financiamento se dá por meio de recursos destinados aos programas específicos.

Outros elementos indicados por Figueiredo (2010) dizem respeito aos eixos centrais da formulação do programa:

\*É necessário rever as fórmulas que determinam o cálculo dos indicadores exigidos, posto que, atualmente, as Universidades com pós-graduação mais frágil não são incentivadas pelo REUNI a desenvolvê-las, precisando, ao mesmo tempo, elevar de forma acentuada seu esforço de graduação, o que, no longo prazo, poderá induzir a formação de dois blocos distintos de instituições: as de ensino – na maioria – com pouca expressão em pós-graduação e pesquisa, e os Centros de Excelência – essa situação é indesejável para o país, que precisa, ao contrário, reduzir as diferenças regionais, embora contemplando suas especificidades, e elevar de forma homogênea sua capacidade de produzir conhecimento;

\*É igualmente preciso introduzir no REUNI formulação que contemple o esforço de extensão feito pela Universidade, do contrário esse esforço será relegado a um segundo plano;

\*Deve ser levado em conta com cuidado o histórico e as características de cada IFES, como o perfil dos cursos oferecidos, suas dimensões e outros fatores; e, por último,

\*É crucial incluir no modelo um indicador de qualidade dos cursos de graduação, sem o que a exigência de ampliação do número de conclusões pode induzir perda de qualidade (FIGUEIREDO, 2010, p. 34).

Uma outra observação, apontada pelo autor, é a oferta de cursos noturnos no Ensino Superior público, que precisa ser acompanhada da infra-estrutura necessária, como “transporte, segurança, funcionamento administrativo adequado das instituições à noite” e demais recursos que viabilizem a frequência e participação dos alunos trabalhadores (FIGUEIREDO, 2010, p. 35).

Tomando como referência o percentual de investimento público direto<sup>13</sup>, por aluno, em relação à renda per capita, temos, em 2000, o valor de 129,6 e, em 2007, 92,5, conforme os dados apresentados a seguir.

Quadro 3: Percentual de Investimento Público Direto, por aluno

Ano	Educação Básica	Educação Infantil	Ensino Fundamental (1.ª/4.ª séries)	Ensino Fundamental (5.ª/8.ª séries)	Ensino Médio	Educação Terciária
2000	11,7	13,4	11,5	11,8	11,2	129,6
2007	15,1	12,3	17,8	19,5	11,8	92,5

Fonte: FIGUEIREDO, 2010, p.12

<sup>13</sup> Segundo metodologia do Inep, investimento público direto corresponde aos recursos aplicados diretamente nas instituições de ensino, como pagamento de professores, obras, instalações, etc. Disponível em <http://www.inep.gov.br>. Acesso em 16 de janeiro de 2011.

Segundo Figueiredo (2010), nos países da OCDE, a média do percentual per capita gasto por aluno/ano é de 18% na Pré-Escola, 20% no Ensino Fundamental, 25% no Ensino Médio e 40% no Ensino Superior. Todavia, podemos considerar que no Brasil o investimento na educação terciária é mais do que o dobro do que em outros países. O sistema universitário tem recebido maiores incentivos financeiros, compondo um sistema altamente estratificado e elitizado, o que tem favorecido a classe burguesa no acesso à escola pública, estatal e gratuita, mesmo considerando a tentativa de reparação e da justiça compensatória, através da implantação da política de cotas.

Enquanto o investimento na educação tem priorizado o ensino universitário, a escola básica é estruturada no modelo de apropriação privada dos meios de produção. O ensino fundamental, ao ser analisado no contexto da história da educação brasileira, apresenta-se como uma cultura de privilégios, pois se na Colônia os interesses da aristocracia não alteraram a infraestrutura da sociedade brasileira, essa concepção escravista foi sendo enraizada em nossa sociedade. De tal forma que “os traços estruturais da formação societária brasileira- escravidão, latifúndio e monocultura, determinaram uma cultura de privilégios e não de direitos”, o que caracteriza uma sociedade sem escolas (Bittar, 2007, p. 25-29).

A LDB de 1961 desobrigou o Estado de investir gradativamente na educação pública e gratuita e, a partir de 1964, as empresas educacionais passaram a ter que funcionar nos moldes do mercado capitalista, privilegiando certos grupos empresariais ou segmentos sociais com o repasse de subsídios e a imunidade fiscal; não se trata apenas de financiamento público para o setor privado, mas de uma tendência da desresponsabilização do Estado pelo bens sociais.

As escolas para as camadas populares que se ampliaram nos anos da ditadura se constituíram na precariedade, pois eram mal aparelhadas, mal mobiliadas, mal construídas, sem bibliotecas e com poucos recursos, inclusive oferecendo um salário para os professores incompatível com a sua jornada de trabalho e com a sua titulação. Essa expansão quantitativa, no entanto, não foi acompanhada das condições indispensáveis para propiciar a aprendizagem ao aluno, pelo contrário, a expansão se fez com o rebaixamento da qualidade de ensino numa lógica que presidia o regime da sociedade urbano-industrial para ingressarmos no “Brasil potência”.

A política educacional da ditadura militar se consignou nos períodos posteriores com a adoção de medidas neoliberais e o resultado dessas políticas pode ser medido por meio de alguns estudos oficiais: uma política de aprovação onde a maioria das crianças da 4ª série não

sabe ler direito e o estudante que termina o ensino médio sabe quase o mesmo que um aluno da 8ª série sabia em 1995 (BITTAR, 2007, p. 40-41).

Considerando o percentual de investimento público direto, por aluno, apresentado na tabela 3, verificamos que na educação terciária é investido 92,5%, contra aproximadamente, 17% a 19% na educação fundamental. Assim, concluímos que o déficit não está no ensino superior, mas é bem anterior a ele: a maior defasagem está na educação infantil.

Tomando o eixo de análise, no aspecto qualitativo, temos que considerar o nível de conhecimento com que os alunos ingressam nas IES, uma vez que tem havido uma desqualificação do ensino público desde a educação infantil, o ensino fundamental e o ensino médio (BITTAR, 2007; SAVIANI, 2008; FIGUEIREDO, 2010). Nesse sentido, o aumento indiscriminado de instituições e matrículas no ensino superior, não assegura a democratização do acesso, com garantia da permanência e da qualidade do ensino, pois há uma forte tendência das IES em preocuparem-se com a lógica do mercado, em contraposição à formação de profissionais que defendam o compromisso do Estado com as políticas públicas educacionais e priorizem a educação básica como um direito e não como um serviço mercantil.

### **1.3. A Formação Profissional na modalidade da pós-graduação**

O documento fundador da primeira pós-graduação sistemática no Brasil foi o Parecer Nº 977/65, emitido pela Câmara de Ensino Superior do Conselho Federal de Educação-CFE, em 3 de dezembro de 1965, relatado pelo conselheiro e professor Newton Sucupira. A preocupação do então ministro da Educação, ao encomendar o estudo ao CFE, era que ele definisse e regulamentasse os novos cursos recém-criados pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei Nº 4.024/61), a qual previa que a universidade deveria organizar os cursos de pós-graduação.

O cenário da pós-graduação no Brasil nesse período histórico era de alguns cursos funcionando de forma simplista, tendo que submeter a formação dos cientistas e tecnólogos às universidades estrangeiras. A base econômica de uma sociedade de formação colonial não poderia formar pesquisadores e intelectuais autônomos e críticos, senão pelas condições externas a que esses grupos se propuseram. As condições estruturais internas possibilitaram a seletividade sociopolítica para o acesso ao ensino superior. Por essa razão, a necessidade de estruturar a pós-graduação em âmbito nacional.

O conselheiro Newton Sucupira, no preâmbulo ao parecer CFE n.º 977/65, informa que a iniciativa de solicitar a manifestação do CFE partiu de aviso ministerial que pedia um pronunciamento do conselho no sentido de definir e, se possível, regulamentar os cursos de pós-graduação previstos na letra b do artigo 69 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) de 1961 (SAVIANI, 2005, p.30).

Saviani (2005) considera que a pós-graduação constituiu-se como um espaço privilegiado na educação brasileira, na medida em que favoreceu a tendência de uma produção científica crítica, alimentando as aspirações de um movimento de contra-ideologia que sistematicamente organizou denúncias acerca da pedagogia dominante. Embora tivesse sido implantada em plena ditadura, quando a política estava voltada para a construção de um país subordinado ao capitalismo de mercado, o “Parecer” emitido por Sucupira “é acimado de ser devedor do modelo norte-americano de pós-graduação” (CURY, 2005, p. 18).

A Lei de Diretrizes e Bases – LDB, de 1961, Lei Nº 4.024/61, em seu art. 66, apresentou o seguinte teor: “o ensino superior tem por objetivo a pesquisa, o desenvolvimento das ciências, letras e artes, e a formação de profissionais de nível universitário”. No art. 69, *alínea b*, reconheceu os cursos de pós-graduação “nos estabelecimentos de ensino superior para os estudantes que tenham concluído o curso de graduação e a obtenção do respectivo diploma” e na *alínea c* considerou “os cursos de especialização, aperfeiçoamento e extensão ou quaisquer outros, a juízo do respectivo instituto de ensino abertos aos candidatos com o preparo e os requisitos que vierem a ser exigidos” (BRASIL, 1961).

O então ministro da Educação e Cultura, objetivando regulamentar a pós-graduação, solicitou ao Conselho de Educação Superior a definição dos cursos, recomendando uma conceituação precisa, de caráter mais operacional que doutrinária.

O Sr. Ministro da Educação e Cultura, considerando a necessidade de implantar e desenvolver o regime de cursos de pós-graduação em nosso ensino superior e tendo em vista a imprecisão, que reina entre nós, sobre a natureza desses cursos, solicita ao Conselho pronunciamento sobre a matéria que defina e, se for o caso, regulamente os cursos de pós-graduação a que se refere a letra b do art. 69 da Lei de Diretrizes e Bases (BRASIL, 1965).

Esse documento mostrou uma diferença específica entre os cursos de pós-graduação assinalados por Sucupira, pois parece que a lei considerou a pós-graduação *stricto sensu* com maior rigor e, conferindo-lhe o requisito de matrícula, atribuiu um status especial, deixando os cursos de especialização, aperfeiçoamento e extensão a critério dos estabelecimentos de ensino.

Com efeito, o exame dos estatutos e regimentos nos tem mostrado que, de modo geral, falta às escolas uma concepção exata da natureza e fins da pós-graduação, confundindo-se frequentemente seus cursos com os de simples especialização. O Sr. Ministro, que se propõe a desenvolver uma política eficaz de estímulo à realização dos cursos pós-graduados, encarece a definição do Conselho por entender, com razão, que se faz necessário clarear e disciplinar o que o legislador deixou expresso em forma algo nebulosa (BRASIL, 1965).

A natureza da solicitação do então ministro Flávio Suplicy de Lacerda, no governo Castelo Branco, era da necessidade de definir a pós-graduação *stricto sensu*, em que o interesse de formar pesquisadores e docentes para os cursos superiores deveria possibilitar a formação de pesquisadores responsáveis pela ampliação dos programas de pesquisa no país, como assinala Ludke (2005, p. 222):

É interessante notar que, entre as especificidades dos cursos do novo nível (pós-graduação), ele [parecer] ressaltava a preparação do professorado para atender à expansão do ensino superior (...). Essa função passou, de fato, a integrar as atribuições de nossos programas de pós-graduação, em todas as áreas, entretanto, sem a necessária discussão sobre como tal preparação precisaria integrar outros aspectos, além do estrito aprofundamento em determinada área de conhecimento.

A pós-graduação *stricto sensu* surgiu com a incumbência de estimular e aperfeiçoar o conhecimento no sentido da pesquisa (Parecer Nº 77/69), uma vez que os cursos de graduação não seriam suficientes para preparar o pesquisador e é nesse contexto que ela foi reconhecida e considerada como pós-graduação propriamente dita (Cunha, 1988). Mas houve uma tensão na academia, e alguns pesquisadores questionam a forma como ela foi trazida para dentro da universidade (LUDKE, 2005; CURY, 2004; 2010).

Podemos apontar que, a partir da LDB de 1961, a pós-graduação tomou um lugar de destaque na universidade brasileira, seja pela intenção de alcançar elevado padrão de competência científica ou técnico-profissional, seja pelo incentivo à realização da investigação científica.

### **1.3.1. – A pós-graduação *lato sensu***

Saviani (2007, p.182) define que “os cursos de pós-graduação *lato sensu*, embora oferecidos em alguns casos sob a forma de extensão, assumem predominantemente as formas de aperfeiçoamento e especialização” tendo como elemento definidor o ensino, o qual determina

o objetivo a ser alcançado. O autor considera que essa modalidade está diretamente ligada a uma espécie de prolongamento da graduação, visando a um aprimoramento ou aprofundamento da formação profissional básica.

O Parecer do Conselho Federal da Educação – CFE Nº 977/65 reconheceu a pós-graduação *lato sensu* como extensão do ensino, objetivando a qualificação profissional de outros quadros técnico-administrativos necessários ao desenvolvimento do país, os “tecnólogos”. Essa formação era justificada pela estrutura econômica do país que, em plena fase de crescimento industrial, necessitaria de profissionais criadores e capazes de desenvolver novas técnicas e processos. O relatório desta legislação conferiu a necessidade da estruturação e organização desse nível de ensino:

Daí a urgência de se promover a implantação sistemática dos cursos pós-graduados a fim de que possamos formar os nossos próprios cientistas e tecnólogos, sobretudo tendo em vista que a expansão da indústria brasileira requer número crescente de profissionais criadores, capazes de desenvolver novas técnicas e processos, e para cuja formação não basta a simples graduação (BRASIL, 1965).

A natureza dessa modalidade de pós-graduação ficou designada como cursos de especialização que se destinam ao treinamento de um ramo profissional ou científico, a fim de tornar o profissional especializado, sem abranger o campo total do saber em que se insere a especialidade, mas num sentido eminentemente prático-profissional.

Na década de 1960, a pós-graduação tornou-se, na universidade brasileira, um sistema especial de cursos exigido pelas condições da pesquisa científica e pelas necessidades do treinamento avançado, determinadamente focado nesse documento. Porém, o rumo da pós-graduação *lato sensu* já estava definido.

Podemos considerar que de 1965 a 1983 não houve nenhuma mudança legal com relação à pós-graduação *lato sensu*, exceto a Resolução do Conselho Federal de Educação – CFE Nº 14/1977, revogada em 1983, pela Resolução CFE Nº 12/1983. A Resolução CFE Nº 14/77, do extinto Conselho Federal de Educação, regulamentou os cursos de pós-graduação *lato sensu*, definindo-os como cursos de especialização e de aperfeiçoamento. Considerou a carga horária mínima de 360 horas, estabeleceu em 85% o percentual de frequência a todas as atividades programadas, bem como o aproveitamento em processo formal de avaliação, como requisitos para a expedição do correspondente certificado (BRASIL, 1977).

A nova Resolução do Conselho Federal de Educação (Nº 12/1983) reconsiderou a frequência para 75%, definiu o percentual do rendimento acadêmico para aprovação em 70% e fixou as condições de validade de cursos de aperfeiçoamento e especialização para o magistério superior do Sistema Federal de Ensino (BRASIL, 1983).

O direcionamento da pós-graduação foi restabelecido no inciso 3.º, do art. 44, no Capítulo IV – Da Educação Superior, da nova LDB (Lei Nº 9.394/1996), definindo os cursos e programas em quatro categorias: sequenciais, de graduação, de pós-graduação e de extensão:

Art. 44. A educação superior abrangerá os seguintes cursos e programas: I- cursos sequenciais por campo de saber, de diferentes níveis de abrangência, abertos a candidatos que atendam aos requisitos estabelecidos pelas instituições de ensino; II- de graduação, abertos a candidatos que tenham concluído o ensino médio ou equivalente e tenham sido classificados em processo seletivo; III- de pós-graduação, compreendendo programas de mestrado e doutorado, cursos de especialização, aperfeiçoamento e outros, abertos a candidatos diplomados em cursos de graduação e que atendam às exigências das instituições de ensino; IV- de extensão, abertos a candidatos que tenham concluído o ensino médio ou equivalente e tenham sido classificados em processo seletivo (Brasil, 1996).

Essa lei considerou que a educação superior poderia ser ministrada em IES, públicas ou privadas, desde que credenciadas pelo respectivo sistema de ensino. A autorização, o reconhecimento dos cursos de pós-graduação *stricto sensu* e o credenciamento de instituições de educação superior somente seriam renovados após processo regular de avaliação. Esse processo poderia resultar em desativação de cursos e habilitações, levando à suspensão temporária ou ao desc credenciamento da instituição e, no caso de instituição pública, haveria recursos adicionais para a superação das deficiências. Dessa forma, os programas de mestrado e doutorado seriam acompanhados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Capes, existindo a figura da avaliação e do reconhecimento.

As demais categorias da pós-graduação poderiam ser livremente criadas pelas universidades, centros universitários, faculdades ou institutos específicos, não havendo um sistema de autorização, credenciamento ou regulamentação dos cursos de pós-graduação *lato sensu*.

A nova LDB (Lei Nº 9.394/1996) fez também a distinção entre a pós-graduação, reservando o termo ‘programa’ para a pós-graduação *stricto sensu* e utilizou o termo ‘cursos’ para definir a pós-graduação *lato sensu*, considerando a especialização e o aperfeiçoamento como um prolongamento dos cursos de graduação.

A Resolução CFE Nº 12/1983 foi revogada pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação, por meio da Resolução CNE/CES Nº 03/1999, que regulamentou, principalmente, a qualificação do corpo docente que deveria compor as IES para ministrar os cursos “presenciais de especialização”, prevendo a titulação mínima de mestre, com algumas exceções (art. 1.º e art. 2.º). O inciso 1.º do art. 3.º da lei determinou que, nas áreas profissionais em que há número insuficiente de profissionais titulados, estes poderão ser substituídos, desde que aprovados pelos seus respectivos órgãos colegiados. Já o inciso 3.º fez a recomendação de que o número de docentes sem a devida titulação não poderia ultrapassar um terço do corpo docente, “salvo em casos especiais previamente aprovados pela Câmara de Educação Superior do CNE”. No art. 4.º previam-se as condições de infraestrutura física, biblioteca, equipamentos e laboratórios adequados ao curso proposto, e o art. 5.º dispunha sobre a duração mínima de 360 horas de duração, incluindo a necessidade de elaboração de um trabalho final que poderia ser no modelo de monografia ou de trabalho de conclusão de curso (BRASIL, 1999).

A Resolução CNE/CES Nº 03/1999 foi revogada pela Resolução CNE/CES Nº 01/2001, que definiu, especificamente, a autonomia das IES para criar os cursos de pós-graduação *lato sensu*, oferecidos para matrícula de portadores de diploma de curso superior, ficando sujeitos à fiscalização dos órgãos competentes na ocasião do credenciamento da instituição de ensino. Em relação ao corpo docente, considerou a necessidade de pelo menos 50% dos professores apresentarem a titulação de mestre ou de doutor. Reafirmou a necessidade da monografia ou do trabalho de conclusão de curso como exigência do certificado de conclusão do curso e retirou o percentual de 70% de rendimento acadêmico para aprovação em cada disciplina. Confirmou a possibilidade dos cursos de pós-graduação à distância, seguindo o dispositivo legal (BRASIL, 2001).

Em 28 de março de 2002, o presidente da Capes estabeleceu, por um lado, normas e procedimentos sobre avaliação de proposta de curso novo de pós-graduação *stricto sensu* (Portaria Nº 012/2002); por outro lado, a pós-graduação *lato sensu* ganhou um novo dispositivo, que regulamentou a cobrança de taxas em cursos ministrados pelas Instituições Federais de Ensino Superior – Ifes (Parecer CNE/CES Nº 364/2002).

Embora tenha havido a interferência do Ministério Público Federal questionando essa medida, a Câmara de Educação Superior do Ministério da Educação, com base no art. 90, da LDB, aprovou, por unanimidade, a decisão. Justificou que os cursos de pós-graduação *lato*

*sensu* são, em maioria, eventuais, e a modalidade *lato* confere-lhe o sentido de amplitude ou eventualidade. São caracterizados como ‘especialização’ ou ‘aperfeiçoamento’ e têm objetivo técnico-profissional; sendo assim, mais se adaptam à categoria de extensão e não propriamente à de ensino, diferentemente dos cursos de graduação *stricto sensu*, que, na modalidade *stricto*, reafirmam a noção de “frequência, permanência e regularidade na sua realização” (Brasil, 2002). Esses cursos são caracterizados como atividade acadêmica na dimensão de conhecimentos e de saberes desenvolvidos pela academia, apresentando duas importantes características: a oferta regular e contínua, e o diploma conferindo grau acadêmico.

Nas considerações finais do relatório apresentado pelo CNE, esses contrastes são plenamente observáveis:

De certa maneira, os cursos de especialização em todas as formas previstas, os de aperfeiçoamento e até os de extensão, fazem parte de um mesmo grupo de educação continuada, cujas características principais são a oferta descontínua, episódica e, na maioria dos casos, não acadêmica, conduzindo a certificado. ‘Vale dizer, tais cursos contrastam com definição de ensino, aproximando-se, muito mais, do conceito de extensão’, conforme argumenta a Informação Sesu, número 57, anteriormente mencionado, o que tem levado, por decorrência, à compreensão de que se tratam de cursos livres que independem, exceto no caso de entidades não educacionais, de prévia autorização e de continuada supervisão. Ao contrário dos cursos de especialização que levam a certificado, a oferta dos programas de mestrado e de doutorado, em seguimento à graduação, visa a aprofundar a formação científica ou cultural. São regulados por diversos instrumentos deste Conselho, em consonância com a Capes, e se caracterizam pela regularidade da oferta, pela atividade acadêmica e de pesquisa e conduzem a diploma, conferindo grau acadêmico aos concluintes, e, por estas razões, se inclui no grupo de cursos de pós-graduação, sentido estrito (Brasil, 2002, p. 27).

Em contrapartida, o Parecer CNE/CES Nº 81/2003 conferiu a impossibilidade de cobrança de taxas no ensino de pós-graduação *stricto sensu* para os cursos de mestrado profissionalizante, pelas universidades públicas. A justificativa apresentada pelo CNE/CES foi de que o curso de mestrado profissionalizante não difere de outros mestrados quanto à sua natureza, tendo o mesmo valor legal de qualquer outro certificado de mestre (BRASIL, 2003).

A Resolução CNE/CES Nº 01/2007 estabeleceu normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação *lato sensu*, em nível de especialização, revogando parcialmente a Resolução CNE/CES Nº 01/2001, especialmente os artigos 6.º ao 12.º. A nova resolução definiu a natureza do curso, o credenciamento e a demanda que poderá ser beneficiada por esta modalidade, o processo de avaliação, o funcionamento, a duração mínima e a titulação do

corpo docente. Nos art. 6.º e 7.º reafirmou os cursos de pós-graduação a distância já regulamentados pela LDB, conforme disposto no inciso 1.º, do art. 80 da LDB (BRASIL, 2007).

Até a edição da Resolução CNE/CES Nº 01/2001 a regulamentação da pós-graduação *lato sensu* fazia-se apenas para validade no âmbito do Sistema Federal de Ensino Superior e/ou para qualificação de docentes para o magistério superior e, desde então, independeram de autorização, reconhecimento e renovação de reconhecimento para as IES oferecerem esta modalidade de formação. Dessa forma, os cursos de pós-graduação *lato sensu* passaram a ser proferidos nos formatos de cursos livres.

A Resolução CNE/CES Nº 5/2008 alterou o parágrafo 4.º do art. 1.º da Resolução CNE/CES Nº 01/2007 e estabeleceu que: “Instituições não educacionais, especialmente credenciadas para atuar nesse nível educacional, poderão oferecer cursos de especialização, obedecendo ao disposto em Resolução própria” (BRASIL, 2008). Diferentemente da norma anterior, que previa critérios mais rigorosos para o credenciamento de instituições que pretendessem ofertar cursos de especialização, pois determinava que a oferta poderia ser, única e exclusivamente, na área específica do conhecimento e o endereço da instituição, teria que ser comprovado no ato do seu credenciamento.

A nova lei admitiu, portanto, a oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu* por instituições não educacionais, por meio do credenciamento especial concedido por prazo determinado entre três e cinco anos, podendo ser renovado, desde que comprovado os seguintes requisitos:

Art. 5.º O credenciamento especial de Instituições não Educacionais será admitido em três níveis de atuação:

I- credenciamento válido para uma área de atuação profissional, requerendo comprovação de tempo de atuação ou tradição institucional, padrão de excelência e vocação acadêmica ou de pesquisa;

II-credenciamento válido para uma subárea profissional, requerendo documentação comprobatória da atuação;

III-credenciamento válido para matéria específica requerendo comprovada relação com os fins institucionais (BRASIL, 2008).

Além disso, ampliou a confirmação da oferta de cursos de especialização em outros endereços, senão o da sede da instituição, uma vez comprovado o ambiente de trabalho qualificado. Nesse contexto, a pós-graduação *lato sensu* deslocou-se do campo da educação e

inseriu-se em outros campos, reafirmando a política da formação voltada para o mercado.

A regulamentação do Decreto Nº 6.303/2007 alterou os dispositivos do Decreto Nº 5.522/2005 (que estabeleceu as diretrizes e bases da educação nacional) e do Decreto Nº 5.773/2006 (que dispôs sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de IES e de cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino). A estruturação dessa norma, principalmente no que se refere à regulamentação dos cursos de pós-graduação *lato sensu* a distância, pode gerar uma ampliação desordenada desses cursos, impondo uma inversão na lógica da formação profissional.

A grande maioria dos 8.866 cursos de pós-graduação *lato sensu* existentes no país está sendo organizada em faculdades, totalizando 85,3%, ou seja, 7.567 cursos. A concentração nas universidades é de apenas 10,4% (920 cursos) e nos centros universitários é de 4,3% (379 cursos). Na sua distribuição regional, a Região Sudeste concentra o maior número desses cursos, em contraposição à Região Sul, que não tem incentivado essa oferta (Inep, 2007).

#### **1.4. O processo histórico da saúde e o Sistema Único de Saúde (SUS)**

Dentre o universo de questões que norteiam a discussão da criação/organização do SUS, busca-se apontar outros elementos para melhor inserir a análise das políticas de saúde no Brasil, como, por exemplo, o Movimento da Reforma Sanitária que, encampando a ideia da saúde como direito social de cidadania, exige a responsabilização do Estado, garantindo legalmente esse direito na Constituição Federal, diferentemente dos discursos e das ações de caráter neoliberal, que advogam a necessidade de instalar um amplo programa de atenção à saúde com base nas privatizações de serviços públicos e na abertura do setor para a atuação do mercado.

É preciso demonstrar, a partir de uma memória da Reforma Sanitária Brasileira, o grande avanço trazido pelo SUS, no sentido da mudança de cenário e de atores que são beneficiados desde então; ou seja, milhões de pessoas, reconhecidas como indigentes sanitários, que não tinham direito à saúde porque não possuíam a carteirinha do Inamps<sup>14</sup>, alcancem a cidadania sanitária (MENDES, 2001a; LOPES, 2001).

---

<sup>14</sup> Anteriormente ao SUS, a assistência médica estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps, ficando restrita aos empregados que contribuíssem com a Previdência Social, os demais eram atendidos apenas em serviços privados (filantrópicos ou não).

Durante muitos anos, no Brasil, o atendimento à saúde ficou submetido a concessões caritativas, com a ressalva dos trabalhadores assalariados que, em troca da sua força de trabalho, conseguiam, por meio da contribuição salarial compulsória, acesso ao cuidado à doença. Essa condição da assistência médica individual ser prerrogativa dos assalariados, bem como daqueles que podem pagar via desembolso direto,

Vai gerar uma ideia de que a saúde não é, portanto, um direito de cidadania, a ser usufruído por todo brasileiro e garantido pelo Estado, a assistência médica era vista como um retorno devido, no caso dos inseridos no mercado formal de trabalho, para os demais seria uma dádiva caridosa (LOPES, 2001, p. 24-25).

Todavia, a ideia caritativa esteve presente durante todo o período colonial até meados do século XIX, não só quando as autoridades tinham grande preocupação com as doenças “pestilenciais”, como a varíola, a febre amarela, a malária e a tuberculose, que apontavam o perigo da morbidade e da mortalidade. Dessa forma, os problemas de saúde no Brasil foram tratados como problemas relacionados à higienização e à ordenação do espaço urbano. De responsabilidade das autoridades locais, o objetivo era o de organizar as cidades por meio do policiamento, limpando as ruas e retirando delas as “imundices”, na tentativa de evitar a contaminação dessas doenças (ANDRADE, 2007).

Predominou, nesse período, uma precária organização dos serviços de saúde, em que a assistência à população pobre e indigente ficava sob os cuidados da iniciativa filantrópica de figuras com destaque econômico e social, e de instituições beneficentes ligadas à Igreja Católica, como as Santas Casas de Misericórdia. Apenas um pequeno grupo utilizava-se do serviço médico, a maioria da população estava sob os cuidados de cirurgiões barbeiros, empíricos, curandeiros, benzedeiras, parteiros e curiosos (MACHADO et al, 1978; COSTA, 1985). O Estado incorporou o sistema de proteção liberal não tendo nenhuma prerrogativa de cuidados com o cidadão, era a cidadania da dádiva.

A Primeira República, no início da constituição do seu Estado moderno, foi marcada pelos interesses dos grupos sociais vinculados à agroexportação cafeeira, “foi aí que se deu o nascimento da saúde pública no Brasil, o que representou profunda mudança nas práticas dominantes até então” (ANDRADE, 2007, p. 26). O saber médico-sanitário ficou centrado nos estudos e pesquisas em torno da bacteriologia e da microbiologia, tendo a hegemonia do modelo etiológico baseado no controle dos insetos e animais vetores com forte influência do

Instituto Pasteur, da França, nas instituições científicas do Brasil e de toda América Latina (GARCIA, 1989). Outra mudança importante foi a criação de leis e códigos que davam vida à política de saúde no Brasil (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Na década de 1920, o modelo urbano-industrial contrapõe-se ao modelo agrário e escravista, uma vez que o Brasil começou a urbanizar-se e ter uma nova demanda de trabalhadores: a classe operária com a presença de imigrantes. Nesse novo cenário, começaram a aparecer os movimentos de esquerda que, numa luta ideológica, pregavam a subversão da base estrutural do Estado. A classe operária fez a primeira greve no Brasil em 1917 e deu forma embrionária ao movimento operário, que começou a organizar-se e exigir alguns direitos sociais, como escola para seus filhos e melhores condições de trabalho. O Estado foi forçado a regular as relações de trabalho.

Com base nessa estrutura, a partir de 1920, foi estabelecido um novo modelo de assistência médica de cunho privado, ou seja, exercido igualmente por empregados e empregadores. Inspirado no modelo alemão, implantado por Otto von Bismark, surgiram as Caixas de Aposentadoria e Pensões – CAPs, em 1923.

Em 1926, esse sistema foi estendido às empresas portuárias e marítimas. Assim, o modelo de previdência foi inaugurado com as CAPs, como um sistema de administração civil e privada. O Estado se absteve desse sistema, pois não participou diretamente, nem como executor administrativo, nem como fonte de recursos, apenas manteve seu papel de regulador e subordinou o direito à assistência médica e à previdência estritamente aos participantes das CAPs desobrigando-se de desenvolver sistemas de proteção social e tratando os problemas sociais como “caso de polícia” (LUZ, 1979).

As CAPs trouxeram também uma marca que se tornou tradição da maioria das políticas de saúde no Brasil: a subordinação do direito à assistência médica a um sistema de previdência social. Esse direito, que passou a ser restrito aos trabalhadores/participantes do sistema CAPs, tornou-se uma condição para a maioria dos brasileiros (MELLO, 1977; OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1986).

A emergência de uma política nacional de saúde, e em decorrência das reivindicações operárias pelo estabelecimento de leis protetoras ao trabalho, incluindo o direito à saúde, fez com que Getúlio Vargas consolidasse a medicina previdenciária com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, em 1934. Assim, as Caixas de Aposentadorias e Pensões foram substituídas pelo modelo dos Institutos de Aposentadorias e Pensões – IAPs, numa

tendência acentuada, no sentido de efetivar o poder nacional centralizado. Nesse novo sistema, o Estado passou de regulador-normalizador para assumir o papel de administrador do sistema.

O governo Dutra (1945-1950) foi marcado pelo alinhamento com os americanos na Guerra Fria, apoiou o bloco capitalista, rompeu relações diplomáticas com a União Soviética e tentou descaracterizar os movimentos sociais brasileiros. O Partido Comunista do Brasil foi colocado na ilegalidade, e todos os funcionários públicos filiados a esse partido foram perseguidos por meio da exoneração de seus cargos.

Luz (1979) enfatiza que nessa época teve início a reestruturação do Sistema de Saúde com o modelo denominado sanitarismo campanhista, que predominou do começo do século até meados da década de 1960. Configurava-se também o modelo médico-assistencial privatista<sup>15</sup>, que vigorou hegemônico de meados da década de 60 até meados da década de 1980 (LUZ, 1979; MENDES, 1996).

O Ministério da Saúde, criado em 1956, reforçou as especialidades e a construção de instituições de asilamento, como os grandes leprosários e sanatórios que se espalharam em diversas regiões do país, como forma de afastamento e de segregação dos doentes.

Em 1960, foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social, sob pressão dos trabalhadores, uniformizando os benefícios prestados pelos institutos; a Previdência Social passou a ser responsável pela assistência médica individual de seus beneficiários. Os trabalhadores reivindicavam a unificação nacional dos institutos e exigiam eficiência do sistema (LOPES, 1999, p. 66).

A consciência das condições de vida da maior parte da população brasileira foi tornando-se cada vez mais clara em consequência da impossibilidade de soluções reais por parte das instituições (LUZ, 1991). Essa consciência originou um impasse nas políticas de saúde, e os movimentos sociais reivindicaram reformas de base “imediatas” no fim da década de 1960, os quais aqueceram o debate sobre o papel do Estado nacional na implantação dessas políticas. Discutidas na III Conferência Nacional de Saúde (1963), foi proposta a implantação da municipalização da assistência da saúde no Brasil. No entanto, a reação das forças sociais

---

<sup>15</sup> O modelo médico-assistencial privatista tinha como principais características: a expansão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural; o privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde; a criação, por meio da intervenção estatal, de um complexo médico-industrial; o desenvolvimento de um padrão de organização da prática médica orientada para a lucratividade do setor saúde, propiciando a capitalização da medicina e o privilégio do produtor privado desses serviços (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

conservadoras levou ao golpe de 1964, interrompendo o debate que vinha ocorrendo até então.

Após o golpe militar de 1964, ocorreu a unificação da Previdência Social: foi criado, em 1966, o Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, cujo controle passou a ser integralmente do Estado, “alijados, nas circunstâncias, trabalhadores, empregados e demais componentes da sociedade civil, de mais a mais igualmente afastados de todos os outros âmbitos do cenário político pela ditadura” (LOPES, 1999, p. 66).

No auge da ditadura, instalou-se um poderoso complexo médico-industrial por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – MPAS/Inamps. O modelo adotado nessas instituições, chamado de *flexneriano*<sup>16</sup>, previa tratar todas as doenças, utilizando um complexo de recursos, inclusive hospitalares, onerando o Inamps e acarretando uma série de inversões no campo da saúde pública, como o próprio conceito saúde-doença.

Com a instituição do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS<sup>17</sup>, o governo passou a financiar o sistema privado de saúde, subsidiando complexas instituições hospitalares e privilegiando a prática médica, curativa, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública.

Esse modelo, configurado como médico-assistencial-privatista compactuou com o privilégio da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, tendo investimento estatal para a construção de um complexo industrial com objetivo mercadológico. Nesse contexto, reforçou a lógica da assistência médica assumida pelo setor privado, mas sob o financiamento do Estado, inclusive com grande incentivo do setor internacional. Surgiu, então, a ideia da medicina de grupo e a implantação das empresas médicas no Brasil (CAMPOS, 1997).

A partir de 1973, vários movimentos sociais aglutinaram-se em torno da defesa dos direitos humanos e da liberdade política, contrapondo-se à ditadura militar. Na área da saúde, a luta era pela organização de um sistema de saúde único e hierarquizado, que não dicotomizasse o cuidado à doença e a promoção da saúde, a saúde individual e a saúde coletiva. A crítica que os atores sociais faziam em torno da saúde pública era a de que ela se configurava como uma máquina ineficiente, devido à irracionalidade do sistema que produzia

---

<sup>16</sup> Modelo *flexneriano*, com raízes no modelo norte-americano da fundação Rockefeller, baseava-se na especialização e na fragmentação do conhecimento, colocando a doença como fenômeno estritamente biológico.

<sup>17</sup> Lei Nº 6.168/74.

atuações de baixa eficácia, com gastos exorbitantes, baixa qualidade nos atendimentos, baixos índices de abrangência, evidenciando a precarização da saúde. Contestavam o privilégio da medicina privada, da prática médica curativa, de cunho individual e assistencialista, sendo o Estado o maior financiador das ações e serviços de saúde, assim como dos equipamentos e outros insumos (DA ROS et al., 2006).

As formulações propostas por sanitaristas identificados com as políticas de ações preventivas de interesse coletivo eram rejeitadas. No ano de 1976 foi fundado o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes e a Abrasco, em 1979, representando as instituições que faziam oposição ao modelo imposto.

Na década de 1970, em detrimento de ações no campo da saúde coletiva, a política de saúde acabou por propiciar um processo de corrupção incontrolável por parte dos setores privados, que, na busca do superfaturamento, multiplicavam e desdobravam os atos médicos, optavam por internações mais caras, enfatizavam procedimentos cirúrgicos desnecessários, além de utilizar pouco pessoal técnico e equipamentos obsoletos. As internações cresceram 322%, as consultas médicas 638%, e o serviço de apoio diagnóstico 433% (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1985; SANTOS, 2008; MERHY, 2005).

No Brasil, no início de década de 1980, a partir dos anacronismos na área da saúde, acumulados nas décadas anteriores às políticas do retrocesso do “milagre econômico”, em que o Estado adotou políticas fortemente recessivas, e da nova conjuntura político-econômica, havia espaço objetivo para um movimento de luta por uma reforma sanitária. A par do fortalecimento dos movimentos sociais, alguns já em curso desde a década de 1970, revigorou-se também o sindicalismo (COSTA, 1989, 1994), colocando em xeque o modelo médico-assistencial privatista e as discussões sobre a saúde aconteciam abertamente, de forma organizada e democrática, a partir de conferências municipais e depois estaduais.

No período de 1985 a 1987 parte considerável de atores políticos do Movimento da Reforma Sanitária tiveram acesso ao aparelho de Estado, o MPAS/Inamps passou a ser um grande alavancador da política de descentralização das ações de saúde e na VIII Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986.

As teses centrais da VIII Conferência Nacional de Saúde visaram à construção da cidadania e à garantia da saúde, “para além da atenção médica – como um direito de cada brasileiro e um dever do Estado, tornaram-se poderosos instrumentos de pressão, que

influíram fortemente em dois eventos de grande significado, um no Executivo e outro no Legislativo” (LOPES, 2007).

Em 1988, a Constituição Brasileira criou o Sistema Único de Saúde – SUS, posteriormente regulamentado pelas Leis Nº 8.080 e Nº 8.142, de 1990 (BRASIL, 1990 a, b). Todavia, todo processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde teve maior desdobramento na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, quando se lançaram os princípios da Reforma Sanitária, evidenciando-se que as transformações do setor saúde transcendiam a ideia de uma simples reforma administrativa e financeira. Este evento é considerado o momento mais significativo do processo de construção de uma plataforma e de estratégias do movimento pela democratização da saúde em toda sua história (RODRIGUEZ, 2003).

O novo modelo de saúde para o Brasil, o Sistema Único de Saúde – SUS, foi oficializado no governo Collor, e esse modelo organizacional efetivou a política de saúde no Brasil, qualificando as ações e serviços de saúde como de relevância pública e definiu-o como um sistema complexo que tem a responsabilidade de “articular e coordenar ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação através de serviços e ações de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional” (VASCONCELOS; PACHE, 2006, p. 532).

A Constituição, ao instituir a saúde como relevância pública, determinou-a como dever do Estado e direito de todos os cidadãos brasileiros, rompendo com o padrão anterior de política social na oferta estratificada de serviços, que diferenciava os indivíduos indigentes e segurados da Previdência Social, os moradores do campo e da cidade, os trabalhadores das diferentes regiões do país e os desempregados. Antes relegados à caridade estatal ou à filantropia.

Porém, se por um lado, este foi um dos grandes benefícios das políticas de saúde na década de 1990, por outro, há que se considerar o rebaixamento no nível desse atendimento, acentuado por uma redução progressiva do aporte de verbas públicas federais à saúde (MENDES, 1996).

A Lei Nº 8080/90 pretendeu ampliar o nível de autonomia dos gestores estaduais e municipais, determinou a constituição dos Conselhos de Saúde em âmbito nacional, estadual e municipal, o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems e o Conselho de Secretários Estaduais de Saúde – Conass. Os aspectos operativos foram

regulamentados pelas Normas Operacionais Básicas – NOB, que, entre outras regulamentações, igualou prestadores públicos e privados na obrigatoriedade da prestação de contas e procurou disciplinar a distribuição de recursos de custeio. Os repasses foram condicionados aos Fundos e aos Planos Municipais e Estaduais de Saúde, assim como à aprovação pelos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde. Foi instituída também a realização das Conferências de Saúde.

A NOB Nº 01/96 delineou um projeto de organização, orientação e aperfeiçoamento da rede, considerando um conjunto de ações necessárias para o atendimento dos problemas de saúde da população, definindo como eixo principal a reorganização da Atenção Básica na saúde<sup>18</sup> (BRASIL, 1996).

Starfield (2002) realizou um estudo comparativo, publicado em 1994, entre 12 países ocidentais industrializados, avaliando o funcionamento dos serviços de atenção primária, e os resultados apontaram que os países com uma orientação mais forte para a atenção primária possuem maior probabilidade de ter melhores níveis de saúde e custos mais baixos.

A Norma Operacional da Assistência à Saúde – Noas-SUS, que substituiu a partir de 1996 as NOBs, ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica na saúde, definindo o tipo de gestão do município na co responsabilização do fortalecimento e da capacidade de implantação do SUS (MÉDICI, 1994).

Apesar de introduzir de forma sistemática uma concepção de gestão e gerência, a Norma Operacional “atualmente serve somente como normalizadora, se analisarmos as novas nuances da gestão contemporânea, principalmente, no que concerne à gestão participativa, em que o poder gerencial dilui-se diante da coletividade” (SAMPAIO; TAKEDA, 2007). De tal sorte que na prática as atribuições gerenciais misturam-se com as assistenciais, e a falta de definição macropolítica sanitária do município dificulta as ações das equipes de trabalho. Duas questões estão sendo colocadas em pauta: a primeira diz respeito ao compromisso do gestor referente à responsabilidade em reorganizar a Atenção Básica no seu município; a segunda refere-se, especificamente, ao papel do gerenciador dos serviços. Nesse contexto, depende da implicação dos gestores municipais para a implantação/reorganização do sistema

---

<sup>18</sup> Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção de saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e manutenção da saúde (...). É realizada sob a forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios delimitados, pelos quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006).

de saúde, bem como do apoio e da definição dos gerentes dos serviços com a redução de níveis hierárquicos e burocráticos para facilitar as ações das equipes de saúde na estruturação do SUS.

Para Campos e Aguiar (2006), é indiscutível o reconhecimento da produtividade das ações e das experiências positivas do SUS, em todas as regiões do país, conforme resultados apresentados na I Mostra Nacional de Vivências Inovadoras de Gestão no SUS, realizada em Brasília, em 2006. As políticas desenvolvidas e implantadas como o regulamento do Pacto pela Saúde e a estratégia do Programa de Saúde da Família destacaram o estabelecimento de compromissos entre os gestores e a população brasileira. O SUS foi a maior vitória do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, segundo Mendes (2001 a; 2001b) pela efetivação do princípio da universalidade, confirmado por CARVALHO (2007):

A criação do SUS teve que compatibilizar princípios e estratégias que procuraram criar um sistema de saúde com a participação na luta pelos direitos sociais e políticos. O desenvolvimento do SUS vincula-se organicamente a um processo mais amplo de consolidação da cidadania e de implementação de políticas sociais redistributivas e universalizantes (p. 148-149).

Entretanto, as análises positivas das conquistas da década de 1980 para a estruturação do SUS, por meio de um arcabouço jurídico inovador e progressista, não devem encobrir as lacunas e limitações do sistema. Embora o SUS venha se apresentando como uma política com base em valores solidaristas, que objetiva reverter os modelos de segregação, normalização e medicalização dos problemas sociais, apresenta demandas específicas e inúmeras dificuldades para execução e racionalização dessas políticas (CECILIO, 1994; MENDES, 1996, 2001a.; SANTOS, 2004). O Estado, ao produzir uma política pública nacional para a saúde, propôs diversas mudanças e apropriou-se de novos paradigmas para lidar com esses fenômenos sociais (MERHY; ONOCKO, 1997; ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

A presença de forças políticas nacionais, representadas por grupos de interesse que tinham um projeto político para o Brasil, rejeitou um sistema de saúde único, priorizando estratégias de reação conservadora, como a restrição dos gastos públicos e a expansão do setor suplementar (LUZ, 1994). Assim, se por um lado o SUS qualificou a universalidade no acesso à saúde, por outro não garantiu a melhoria da qualidade dos serviços na mesma velocidade que a ampliação do acesso, levando à “fuga” para o sistema privado de uma parcela da

população, dos setores médios e de trabalhadores qualificados. Esse processo, denominado por Faveret e Oliveira (1989) de “universalização excludente”, contribuiu para a iniquidade da atenção (LOPES, 2001).

Nessa lógica, embora o movimento da Reforma Sanitária lutasse pela busca da superação das raízes estruturais na iniquidade em saúde no Brasil, teve que enfrentar os ditames neoliberais que permeavam a lógica de funcionamento das agências multilaterais. Dessa forma, a tradição dos sistemas públicos de saúde incorporou os dois modelos, sendo que se tenta implantar a política de Atenção Básica em Saúde – ABS como uma das principais portas de entrada no sistema, em contrapartida enfrenta-se a tendência do mundo contemporâneo, industrializado, para a fragmentação e a especialização da atenção (COSTA, 1998).

Apesar dos apontamentos para a prioridade na Atenção Básica na Saúde, o Brasil está longe de oferecer uma ampla cobertura, com eficácia adequada. As políticas desenvolvidas e implantadas, como o regulamento do Pacto pela Saúde e a estratégia de Saúde da Família, destacam o estabelecimento de compromissos entre os gestores e a população brasileira. Assim, o setor saúde é permeado “pela disputa de interesses e pela singularidade do objeto de investimento” (CARVALHO; CUNHA, 2006, p. 864).

Campos et al. (2008) destacam outros problemas para a organização do SUS, como a estrutura física dos equipamentos, o acesso que permanece crítico, as fragilidades na gestão e organização das redes de serviço, a composição e o desempenho das equipes. Referem ainda problemas quanto à política de pessoal (falta de formação adequada e qualificada, com vínculos precários de contratação), financiamento insuficiente e a focalização das políticas em que os gastos sociais públicos chegam, em pequena proporção, aos setores pobres da sociedade.

Portanto, para eles, devem ser dirigidos, prioritariamente, os recursos para os programas sociais. Contudo, a pequena força política desses grupos populacionais, decorrentes de sua desorganização, e a pouca sensibilidade social dos neoliberais com relação a eles fazem com que a política de focalização termine por transformar-se numa neofilantropia (MENDES, 1993, p. 51).

Carvalho (2009) aponta que outros elementos precisam ser contextualizados, como, por exemplo, a disputa das bases ideológicas e programáticas da medicina especializada do conceito de saúde, defendendo a ideia de saúde como contraposta à doença, num modelo

centrado na concepção positivista de sujeito e de mundo, considerando a dimensão biológica do humano. O sistema de saúde vem se caracterizando pela baixa eficácia, pelo predomínio de interesses privatistas e pela existência de mecanismos gerenciais e financeiros que dificultam a sua racionalização.

Outra dificuldade indicada refere-se à questão do financiamento, que Santos (2006, p. 434) denomina como “subfinanciamento” e como “precarização” da gestão dos recursos humanos. Essa questão é discutida pelo autor e evidencia a persistência “dos velhos modelos de atenção e de gestão e seus desperdícios estruturais, ameaçando a efetividade do SUS que segue balizado pelos rumos da macropolítica e macroeconomia dominante no país”.

A mudança desse cenário está tensionada, seja pela insatisfação de algumas categorias profissionais, seja pelo próprio discurso das classes populares, que apresenta descontentamentos com os serviços de saúde no Brasil.

Nessa análise não se podem desconsiderar as forças políticas que estão em jogo, ou seja, as questões ideológicas e culturais a que a população brasileira ficou condicionada; o comprometimento dos recursos financeiros para a saúde; os interesses e o jogo político nesse campo; assim como a questão da formação profissional.

#### **1.4.1. A Atenção Básica na Saúde e a estratégia de Saúde da Família**

A Política Nacional de Atenção Básica – Pnab apresentada pela Portaria GM/MS Nº 648, de 28 de março de 2006, define a Atenção Básica na Saúde como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, bem como a redução de danos ou de sofrimento, que possam comprometer as possibilidades de viver, de modo saudável.

A Atenção Básica desenvolve-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigida à população, em territórios delimitados, pelos quais a equipe assume as responsabilidades sanitárias. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Em relação ao aspecto individual do tratamento e da intervenção, deve-se considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade e inserção cultural (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica na Saúde deve possibilitar maior reorganização e funcionamento de todo o sistema de saúde no país.

Visando à operacionalização da Atenção Básica na Saúde, definiram-se, no ano de 2006, as áreas estratégicas das ações de saúde básica, como sendo: a eliminação da hanseníase; o controle da tuberculose, da pressão arterial, da diabetes mellitus; a eliminação da desnutrição infantil; a saúde da criança, da mulher e do idoso; a saúde bucal; a promoção da saúde. As outras áreas de risco devem ser definidas regionalmente, conforme maior grau de vulnerabilidade, de acordo com as prioridades e pactuações definidas nas Comissões Intergestores Bipartites (BRASIL 2006).

Ficaram determinadas as responsabilidades de cada esfera de governo, definindo a competência dos municípios e do Distrito Federal como gestores dos sistemas locais de saúde, cabendo-lhes o cumprimento dos princípios da Atenção Básica, bem como a organização e a execução das ações em seu território.

O Programa de Saúde da Família – PSF é considerado como uma das principais estratégias, eleita pelo Ministério da Saúde, para a reorganização da Atenção Básica na Saúde, no país. O Programa de Saúde da Família – PSF, criado no ano de 1994, pelo Ministério da Saúde, tem como um dos fundamentos: “possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de qualidade, reafirmando os princípios do SUS<sup>19</sup>”, mediante o cadastramento e a vinculação de usuários (BRASIL, 2006).

O PSF é redefinido como Estratégia Saúde da Família – ESF, com o objetivo de reorientar o modelo assistencial, operacionaliza-se mediante a implantação de equipes multiprofissionais em Unidades Básicas de Saúde – UBS. A equipe multidisciplinar é formada, minimamente, por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde – ACS<sup>20</sup>. Quando ampliada, essa equipe incorpora profissionais de

---

<sup>19</sup> O Cap. II da Lei Nº 8.080/1990 define os princípios e diretrizes do SUS, estabelecendo-os como sendo: da universalidade de acesso aos serviços em todos os níveis de assistência, da integralidade da assistência em todos os níveis do sistema, da equidade da assistência à saúde e da participação social.

<sup>20</sup> O Agente Comunitário de Saúde – ACS é uma pessoa da própria comunidade, que recebe qualificação específica, passando a fazer parte da equipe de saúde local. Atende aos moradores, em cada casa, dando atenção a todas as questões relacionadas à saúde: identifica problemas, orienta, encaminha e acompanha a realização dos procedimentos necessários à proteção, promoção e recuperação/reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade. A Lei Nº 10.505 de 10 de julho de 2002, que cria a profissão do Agente Comunitário de Saúde, foi revogada pela Medida Provisória Nº 297/2006 (BRASIL, 2002; 2006).

outras áreas. Cabe ao gestor municipal a decisão de incluir, ou não, outros profissionais a essas equipes (BRASIL, 2006).

Compete a cada equipe responsabilizar-se pela situação de saúde de determinada área, cuja população deve ser, no máximo, de 4 mil habitantes, sendo a média recomendada, de 3 mil habitantes, com uma jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os integrantes das equipes. O número de Agentes Comunitários de Saúde – ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 habitantes por profissional – ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2006).

A figura do Agente Comunitário de Saúde teve suas primeiras experiências nos estados do Ceará e da Paraíba, no ano de 1990, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS<sup>21</sup>, que foi supervisionado por enfermeiros.

A Atenção Básica na Saúde, executada prioritariamente por meio da estratégia de Saúde da Família, prevê ações descentralizadas e territorializadas, que devem ser organizadas de acordo com a demanda local (BRASIL, Departamento de Atenção Básica, 2004). Dessa forma, as Unidades Básicas de Saúde – UBS devem responsabilizar-se por toda a demanda do território, inclusive os portadores de deficiência física, de transtornos mentais, as crianças em situação de risco, os idosos, enfim, todos devem ter acesso a esse serviço, conforme previsto na Portaria Nº 648, que define a Política Nacional de Atenção Básica<sup>22</sup>.

Todavia, a defesa da necessidade de focalização de recursos e de financiamento tem tido como base o barateamento de custos e as ações de baixa complexidade tecnológica, dirigidas a grupos populacionais excluídos e, muitas vezes, localizados nas regiões mais pobres das cidades (MENDES, 1993). A rede de Atenção Básica em Saúde prevê um modelo incompatível com a ideia de que tudo que é básico é também barato, pobre, primário, o que implica dizer que a equipe de saúde básica, presente na UBS, não dá conta das ações que lhes compete (BRASIL, Portaria Nº 396/2003).

Para Campos (1989, 2008) há a necessidade da incorporação de recursos humanos, estrutura física e material, para promover ações básicas de saúde. O autor argumenta que o Saúde da Família prevê ações de saúde básica, regulamentadas pela complementaridade da

---

<sup>21</sup> A Portaria Nº 1886/97 aprovou as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário de Saúde.

<sup>22</sup> A Portaria Nº 648 de 28 de março de 2006 estabelece ainda a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica da Saúde, para o programa de Saúde da Família – PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde – ACS.

NOB/96, que diz respeito à assistência das problemáticas ou doenças relacionadas aos componentes da saúde clínica, entretanto, ao definir as estratégias do programa, determina que as ações de saúde estão relacionadas com as demandas da população daquele território. Vale dizer que os fatores de risco e algumas enfermidades exigem modelos mais complexos, e as ações devem ser diferenciadas, de acordo com as demandas de cada território.

O autor propõe o “Método Paideia”, como forma de organizar o trabalho em saúde, numa dupla finalidade: “produzir bens e serviços necessários ao público, mas também cuidar da constituição do Sujeito e dos Coletivos”. Ele discute a possibilidade de prever meios e métodos para organizar os processos de trabalho e de gestão, ou seja, “que se ofereçam aos Coletivos Organizados, de maneira sistemática, elementos que os auxiliem a analisar e a operar sistemas de cogestão” (Campos, 2000, p. 220). Considera a gestão como democrática e participativa das equipes de saúde, trabalhando para a construção de sentido nos espaços de trabalho. Para Campos et al (2008), é necessário que haja na UBS a equipe ampliada de saúde, melhor definição do projeto terapêutico, a cogestão de trabalho, a definição do apoiador institucional, entre outras ações que favoreçam os arranjos organizacionais e o trabalho em saúde.

A gestão do município de São Paulo, no período de 1989 a 1992 na Atenção Básica na Saúde, compôs equipes, operacionalizou ações e programas no serviço público. As equipes foram formadas com profissionais das áreas da psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, educadores, médicos, enfermeiros, que desenvolveram ações nas Unidades Básicas de Saúde com uma população de maior risco social (OLIVER, BARROS, LOPES, 2005).

Em relação à ampliação da abrangência na Atenção Básica na Saúde, o Ministério da Saúde criou, pela Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008<sup>23</sup>, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf com o objetivo de:

Art. 1.º Ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como, sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.  
Art 2.º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família compartilhando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade

---

<sup>23</sup> Essa Portaria foi republicada em 4 de março de 2008.

das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF está cadastrado (BRASIL, 2008).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf devem atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde, no trabalho em conjunto com as equipes Saúde da Família e pretende ser uma estratégia para ampliação do número de profissionais nas Equipes de Saúde da Família – ESF.

O Nasf foi proposto com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações de Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização. Deve ser constituído por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que, atuando com os profissionais das Equipes de Saúde da Família, compartilhem práticas em saúde nos territórios e tenham resultados mais eficazes.

Os profissionais que podem participar do Nasf são das áreas de medicina, nas especialidades de ginecologia, pediatria e psiquiatria, da educação física, nutrição, farmácia, serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia e terapia ocupacional, além dos profissionais acupunturistas e homeopatas.

Para a seleção dessas equipes consideram-se duas modalidades:

Tipo I, vinculado no mínimo a 8 Equipes de Saúde da Família e no máximo a 20 Equipes. Este núcleo é composto por ao menos 5 profissionais.

Tipo II, vinculado no mínimo a 3 Equipes Saúde da Família, composto por ao menos 3 profissionais.

Na modalidade do tipo I, o incentivo financeiro é de R\$ 20.000,00 para a implantação e o mesmo valor para o custeio do Núcleo e, na modalidade do tipo II, o valor é de R\$ 6.000,00.

A Portaria Nº 154/08 prevê a competência dos municípios para apresentar o projeto e submetê-lo à aprovação na primeira instância aos órgãos municipais responsáveis. Está previsto que a Secretaria Estadual de Saúde aprecie o pleito do município, juntamente com as comissões competentes e, posteriormente, encaminhe o projeto ao Ministério da Saúde. Após a aprovação do projeto, o município deverá cadastrar os profissionais do Nasf.

Embora tenhamos vivenciado várias iniciativas para a construção de um outro modelo de saúde (Pereima; Coelho; Da Ros, 2003) ainda encontramos diversas dificuldades para a efetivação do SUS. Parece que o modelo centrado na dimensão biológica do humano, na ideia

de saúde contraposto à doença, continua determinando as intervenções e a produção em saúde, bem como a formação de recursos humanos, visto que a maioria dos cursos de graduação e de pós-graduação no Brasil tem ensinado o modelo biologicista (CANESQUI, 2000; ALMEIDA FILHO, 2000; FEUERWERKER, 2002).

Contudo, a estratégia de ampliação das equipes de saúde nos serviços, através do NASF tem como desafio a efetividade das ações para a resolubilidade dos problemas advindos dos usuários e da própria comunidade.

## **Sessão II – A Residência Multiprofissional em Saúde**

Nesta sessão apresentamos as políticas públicas formuladas pelo governo federal para a formação superior de recursos humanos, especificamente analisamos o Programa da Residência Multiprofissional em Saúde.

### **2.1. Contextualização do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde**

As condições para a emergência da necessidade de realizar mudanças no modelo de atenção à saúde vêm se caracterizando como uma exigência social, do ponto de vista dos depoimentos que têm sido produzidos, principalmente pela maioria a população que faz uso do sistema de saúde. Portanto, pode-se considerar que não deixa de ser auspicioso o governo atual incorporar esse debate e criar estratégias para a implementação de políticas que façam esse enfrentamento, na tentativa de instituir uma nova organização dos serviços que possam dar conta das necessidades da população (CECCIM, 2005).

Entre as políticas implantadas para a formação de recursos humanos para a saúde, especialmente para SUS, o Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, propôs, no ano de 2005, a Residência Multiprofissional em Saúde, configurada como cooperação técnica para a formação e o desenvolvimento de recursos humanos nessa área (BRASIL, 2005). O Programa da Residência Multiprofissional em Saúde foi apresentado, então, como estratégia de reorientação da Atenção Básica na Saúde para a implantação e/ou reorganização dos serviços públicos com a intenção de modificar o modelo de saúde vigente.

Vale ressaltar que o Ministério da Saúde vem criando dispositivos para o enfrentamento do problema da formação de recursos humanos em saúde, formulando estratégias de uma política de educação na saúde, em consonância com a Constituição Federal (artigo 200, inciso III) que define: “ao SUS compete ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988).

Esse período foi marcado pelo discurso de uma Política Nacional de Educação na Saúde, com a intenção do governo de oferecer vagas multiprofissionais para o máximo de especialidades, como forma de incentivar o trabalho em equipe e a construção da integralidade do cuidado na formação em saúde (BRASIL, 2007).

A Portaria GM/MS Nº 399/06<sup>24</sup> que publicou o "Pacto pela Saúde 2006 –consolidação do SUS", aprovou como diretriz de operacionalização a formação na Residência Multiprofissional.

Art. 1.º – Define que a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituam-se em ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões que se relacionam com a saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional, com carga horária entre 40 (quarenta) e 60 (sessenta) horas semanais (BRASIL, 2006).

A Residência Multiprofissional em Saúde foi regulamentada como prioridade para a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional. Apresentou-se também como prioridade a necessidade de qualificação de todas as profissões da saúde e a importância para a reorganização do processo de trabalho seguindo os princípios e diretrizes do SUS, afirmando ser fundamental o preparo de profissionais qualificados para a atenção à saúde da população brasileira<sup>25</sup> (BRASIL, 2007).

A Portaria Interministerial Nº 2.177/05, de 03 de novembro de 2005, estabeleceu que a Residência Multiprofissional em Saúde deve constituir-se como um programa de cooperação intersetorial, para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente para a construção do SUS. Entretanto, essa legislação foi revogada pela Portaria Interministerial Nº 1.077, de 12 de novembro de 2009, que dispõe:

Art. 1.º – A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinado às profissões da saúde, sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 2 (dois) anos.

Art. 2.º – Os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde serão orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais (...).

A residência foi definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, caracterizada pela formação em serviço, em regime de dedicação exclusiva e sob supervisão docente-assistencial, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde.

---

<sup>24</sup> Essa portaria divulgou o Pacto pela Saúde e aprovou suas Diretrizes Operacionais, definindo três componentes: I- O Pacto pela Vida; II- O Pacto em defesa do SUS; III- O Pacto de gestão do SUS.

<sup>25</sup> Portaria Interministerial Nº 45/07, de 12 de janeiro de 2007.

Estabeleceu como uma das diretrizes para gestão do SUS a gestão do trabalho e a educação na saúde. Considerou a necessidade da capacitação de recursos humanos para a gestão do trabalho no SUS, por meio da “implementação” da Política Nacional de Educação Permanente, instituída como política de formação e desenvolvimento dos profissionais da saúde para atender às necessidades do SUS. Nas Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde 2006, referentes à gestão do trabalho no SUS, ficaram estabelecidas as competências estaduais e municipais para a criação e o fortalecimento de recursos humanos para o SUS.

As Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem envidar esforços para a criação ou fortalecimento de estruturas de Recursos Humanos, objetivando cumprir um papel indutor de mudanças, tanto no campo da gestão do trabalho, quanto no campo da educação na saúde (BRASIL, 2006).

Foi definida como uma das prioridades na estruturação da Gestão do Trabalho no SUS a capacitação de recursos humanos, ou seja, a qualificação dos gestores e técnicos na perspectiva do fortalecimento da gestão do trabalho em saúde, por da oferta de cursos presenciais ou a distância, realização de oficinas e elaboração de material didático que fundamentem a formação, nesse modelo metodológico, ou seja, por meio das metodologias ativas de ensino-aprendizagem (BRASIL, 2006).

As diretrizes estabelecidas para o trabalho da Educação na Saúde foram definidas, exclusivamente, em torno da Educação Permanente como política de capacitação do profissional da saúde, que pressupõem:

Avançar na implementação da Política Nacional de Educação Permanente por meio da compreensão dos conceitos de formação e Educação Permanente para adequá-los às distintas lógicas e especificidades; Considerar a educação permanente parte essencial de uma política de formação e desenvolvimento dos trabalhadores para a qualificação do SUS e que comporta a adoção de diferentes metodologias e técnicas de ensino-aprendizagem inovadoras, entre outras coisas; Considerar a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, tendo como orientação os princípios da educação permanente (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, esta legislação reforçou os pressupostos previstos na Portaria Interministerial Nº 1.077/09 que, na tentativa de reorganizar o SUS, determinou o referencial pedagógico, compreendido como sendo o mais adequado para a formação de recursos humanos na saúde. Assim, justificando a necessidade de melhorar a formação dos

profissionais da saúde, afirmou ser condicionante a utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizagem para alcançar o objetivo da modificação da prática profissional para a construção do SUS.

Desta forma, a legislação justifica que as intercessões promovidas pela Educação na Saúde<sup>26</sup>, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem, podem garantir uma interlocução entre a formação, gestão, atenção e participação dos profissionais da saúde nessa área específica, “sendo o referencial teórico mais apropriado e mais completo para desenvolver processos de formação crítica e reflexiva” (BRASIL, 2007).

Foram instituídas bolsas para os participantes do programa, denominadas “Bolsas para a Educação pelo Trabalho”, sendo seu financiamento da competência dos Ministérios da Saúde, por intermédio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES e da Educação, por intermédio da Secretaria de Educação Superior – SESu, regulamentada pela Lei Nº. 11.129, art 15 e pela Lei Nº 12.513/11. A Lei Nº 12.513/11, entre outras atribuições, dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior.

Art. 15. É instituído o Programa de Bolsas para a Educação pelo Trabalho, destinado aos estudantes de educação superior, prioritariamente com idade inferior a 29 (vinte e nove) anos, e aos trabalhadores da área da saúde, visando à vivência, ao estágio da área da saúde, à educação profissional técnica de nível médio, ao aperfeiçoamento e à especialização em área profissional, como estratégias para o provimento e a fixação de profissionais em programas, projetos, ações e atividades e em regiões prioritárias para o Sistema Único de Saúde (Redação dada pela Lei Nº 12.513, de 2011).

Essa proposta de incentivo financeiro está contemplada, conjuntamente com o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego – Pronatec e objetiva ampliar a oferta de educação profissional e tecnológica, por meio de programas, projetos e ações de assistência técnica e financeira para os estudantes do ensino médio.

A Portaria Nº 1.077/2009 definiu como eixos norteadores do processo de ensino-aprendizagem o cenário de educação em serviço, a concepção ampliada de saúde, a abordagem pedagógica construtivista, a integração ensino-serviço-comunidade, a política de educação permanente, a integração com as outras residências, a descentralização e

---

<sup>26</sup> O Ministério da Saúde define as intersecções promovidas pela educação na saúde e as competências entre os Ministérios da Educação e da Saúde para a “implementação” de programas de capacitação profissional para a gestão do SUS.

regionalização, e o estabelecimento de sistema de avaliação formativa. A mesma legislação instituiu a Comissão Nacional da Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS<sup>27</sup>.

A Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, em consonância com a Política Nacional de Educação e com a Política Nacional da Saúde, é responsável pelos processos de avaliação, supervisão e regulação de programas de Residência Multiprofissional (...) (BRASIL, 2009).

A organização e o funcionamento da CNRMS estão estruturados por três órgãos: a Secretaria Executiva, as Subcomissões e as Câmaras Técnicas. O primeiro elabora diretrizes para a organização dos programas, credencia os programas, cria subcomissões e câmaras técnicas. As subcomissões são organizações internas, com assessoria temporária e têm a função de subsidiar a comissão nacional na definição dos requisitos técnicos específicos para o desenvolvimento de programas de residência das várias profissões de saúde, nas diferentes áreas de especialização.

As intervenções políticas definem a aprendizagem em serviço, objetivando articular o campo teórico com o da prática:

A finalidade é de tornar a rede pública de saúde um campo de ensino-aprendizagem, no exercício do trabalho garantida pela adoção de metodologias inovadoras que possibilitam ao aluno, desde o início do curso de formação, tomar as práticas e problemas da realidade como mote para a aprendizagem, o que viabilizaria maior conhecimento e aproximação das necessidades de saúde do paciente e/ou do coletivo (BRASIL, 2007).

Entretanto, a política de formação e desenvolvimento de profissionais para a saúde passou a ser uma política do SUS, que se colocou como Rede-Escola.

---

<sup>27</sup> A CNRMS deve ser composta pelos seguintes membros: o diretor do Departamento de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde do Ministério da Educação, o coordenador geral de Residências em Saúde do Ministério da Educação, o coordenador geral de Hospitais Universitários Federais do Ministério da Educação, o diretor do Departamento de Gestão da Educação na Saúde do Ministério da Saúde, o coordenador geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde do Ministério da Saúde, dois representantes do Conass, dois representantes do Conasems, dois representantes das IES, que desenvolvam Programas de Residência Multiprofissional ou Residência em Área Profissional da Saúde; dois representantes dos Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residências em Área Profissional da Saúde; dois representantes dos residentes de Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde; um representante das Associações de Ensino das profissões da saúde, um representante dos Conselhos Profissionais das profissões da saúde; um representante das entidades sindicais nacionais representativas de trabalhadores da área da saúde, no âmbito das profissões da saúde.

## **2.2. A formação de Recursos Humanos em saúde e a Residência Multiprofissional**

A discussão sobre a formação dos profissionais de saúde aparece, desde as primeiras Conferências Nacionais de Saúde, assim como nas Conferências Nacionais de Recursos Humanos de 1986 e de 1993, no documento da Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH/ SUS) e em diferentes projetos oficiais.

Na III Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1963, o debate sobre a formação profissional dava-se pela dificuldade de fixar os profissionais de nível superior no interior do Brasil, principalmente na área de medicina. Em 1967, na V Conferência Nacional de Saúde, defendia-se a ideia de que o trabalho especializado e altamente qualificado poderia oferecer melhor assistência aos usuários, no mesmo modelo da lógica do capital humano. Para os trabalhadores e profissionais da saúde estava colocado o modelo da alta especialização.

A partir desse marco, parece ter havido uma preocupação mais sistematizada com o processo de formação profissional, principalmente por causa da definição e regulamentação de um novo modelo de saúde, pautado pelo SUS. Indicava-se, portanto, a necessidade de integração entre a formação profissional e a assistência, em que o processo de ensino deveria garantir, de certa forma, a formação de profissionais para a implantação desse modelo de saúde.

No auge da ditadura, vários movimentos foram se organizando sob a bandeira de lutar contra a opressão do Estado, em particular contra o complexo modelo médico-assistencial privatista instalado na área da saúde (MENDES, 1993). Os grupos militavam para a organização de um sistema de saúde hierarquizado que unisse a medicina previdenciária à saúde pública (LOPES, 2001).

Essa militância estava representada, de forma sintetizada, pelos movimentos, caracterizados como: os Publicistas, os Preventivistas, a Pastoral da Saúde, o Movimento Intelectual da área da Saúde. Estavam inclusos o Movimento de Renovação Médica, o Movimento Estudantil e o Movimento de Saúde Comunitária, tendo sido este último que propôs a criação de residências na área da saúde pública (DA ROS, 2006).

O movimento intelectual na área da saúde defendia, junto com o Movimento de Renovação Médica (Reme), um novo sistema público de saúde, que enfrentasse o modelo privatista implantado. Esse grupo foi muito combatido pela Associação Médica Brasileira – AMB, que naquele momento tornou-se aliada da ditadura. Esse movimento criou o Centro

Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes, que foi responsável pela edição da revista *Saúde em Debate*<sup>28</sup>.

O movimento estudantil, duramente perseguido e combatido durante os anos da ditadura, começou a organizar encontros científicos apontando uma análise da saúde pública no Brasil e as necessidades de mudança. O Encontro Científico dos Estudantes de Medicina – Ecem serviu como propulsor das forças para os encontros de outras categorias. A somatória dos movimentos, quando se encontraram na cidade de São Paulo, no ano de 1976, no Congresso Brasileiro de Higiene, foi um dos elementos importantes para a criação do Movimento pela Reforma Sanitária (DA ROS et al. 2006).

De acordo com a proposta desse movimento e na luta por mudanças no campo da saúde, a Secretaria do Estado de Saúde do Rio Grande do Sul – SES/RS criou, no município de Porto Alegre, a primeira Residência em Medicina Comunitária no Brasil, denominada São José do Murialdo. A proposta era a de favorecer um curso de capacitação profissional na área da saúde pública, objetivando interferir no seu panorama, que apresentava um crescimento desarticulado com relação a recursos humanos em determinadas regiões e sua ausência em outras. Visava também operacionalizar outro modelo de formação profissional frente à inadequação entre a formação e a assistência em saúde. Esse curso tinha como finalidade formar profissionais críticos, humanistas, que dessem conta de enfrentar os problemas de saúde da população, com alta resolubilidade clínica e numa linha de trabalho interdisciplinar (DA ROS et al, 2006).

Dois anos depois, aquela residência tornou-se Residência Multiprofissional, e outros cursos de Residências em Medicina Comunitária surgiram no Sul do país diante da necessidade de um modelo que começava a se desenhar no campo das políticas públicas da saúde. Essa experiência foi incorporada pelos estados de Pernambuco e Rio de Janeiro, que propuseram servir como parâmetro para um modelo de saúde qualificado e de base municipal. Nessa perspectiva, já no fim da década de 1970, muitas outras residências foram criadas, algumas exclusivamente médicas, e outras multidisciplinares.

No ano de 1977, pelo Decreto n.º 80.281, criou-se a Residência Médica e instituiu-se a Comissão Nacional de Residência Médica, responsável pelo estabelecimento dos princípios e normas de funcionamento, credenciamento e avaliação das condições de oferta dos programas

---

<sup>28</sup> Revista Saúde em Debate, o número 1 é de 1976.

da residência médica. Essa residência foi legalizada como modalidade de pós-graduação *lato sensu* e caracterizada pela formação em serviço, sendo “considerada o padrão ouro da especialização médica no Brasil” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2006, p. 5).

Contudo, as diretrizes políticas que se instalaram com força no Brasil, a partir do fim da década de 1980 e durante a década de 1990, quando vivemos um período de mais de dez anos da desobrigação do Estado pela gestão dos setores sociais, inclusive com a saúde, fizeram com que muitos programas de residência fossem fechados, ou não tivessem continuidade.

Sérgio Arouca, ex-presidente do Cebes, assumiu a direção da Fundação Osvaldo Cruz em 1985, e Hésio Cordeiro, a direção do Inamps, abrindo maiores espaços de poder para o Movimento Sanitário. Arouca coordenou a VIII Conferência Nacional de Saúde, com o lema do movimento de medicina social europeu do século XIX: “Saúde, direito de todos, dever do Estado”, no ano de 1986. Com o encontro de 4mil pessoas e com extensa participação popular, fortaleceu-se o espaço de luta pela saúde e pelo direito à saúde para todos os brasileiros (DA ROS, 2000). Assim, no ano de 1988, o SUS foi legalizado pela Constituição Federal, já prevendo a formação de recursos humanos em saúde.

A partir de 1993 o Brasil, apostando que o investimento no nível primário de atenção resultaria em custos baixos e melhores níveis de saúde, redirecionou as políticas para a Atenção Básica em Saúde. Herdando as experiências satisfatórias do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – Pacs, nos estados do Ceará e da Paraíba, em 1990, e também sofrendo influência de organismos internacionais, o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família – PSF, em 1994. Assim, o PSF e o Pacs foram inspirados no modelo britânico e têm sido financiados pelo Banco Mundial, com indicação de que as ações em saúde sejam de caráter básico e fixadas para aqueles que não têm acesso ao mercado privado, ou seja, aos planos de saúde e ao desembolso direto (LOPES, 1995).

O Programa de Saúde da Família - PSF vai receber subsídio financeiro do Banco Mundial para a sua ampliação, justificando essa necessidade. Desta forma, há um direcionamento da “implementação” do Programa em centros urbanos mais adensados demograficamente e é nessa perspectiva que o PSF vai ser proposto pelo governo federal aos municípios (BRASIL, 2003).

A partir da NOB-SUS 01/96, que redefiniu o modelo de gestão constituindo a viabilização da atenção integral à saúde da população e o disciplinamento das relações entre

as três esferas de governo, algumas prefeituras vão tentando estruturar a rede municipal de saúde em consonância com esse novo modelo, mas enfrentam o problema da falta de profissionais qualificados para atuar nessa nova lógica. Os gestores dirigem uma crítica às IES, imputando-lhes a responsabilidade da formação dos profissionais não estar priorizando a realidade de saúde do país.

Frente a essa pressão e a do movimento sanitário, o Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Atenção Básica – DAB da Secretaria de Assistência à Saúde reativou os projetos para as residências. O DAB organizou um seminário com a intenção de articular grupos interessados em criar/reinventar e executar uma experiência no modelo de residência com foco na Atenção Básica em Saúde. Oito grupos se inscreveram, e o Ministério da Saúde acolheu os programas, mas adicionou como termo de referência a proposta de financiamento internacional. Financiamento este disponibilizado para os programas aprovados a partir de 2001.

No entanto, vários programas já estavam em funcionamento desde 1999, dentre eles, a Residência Multiprofissional na Bahia, que foi uma iniciativa conjunta entre a Secretaria Estadual de Saúde e o Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. A oferta dessa residência ocorreu no mesmo momento da implantação do Programa de Saúde da Família – PSF no estado da Bahia. A justificativa para a criação da residência foi da necessidade de qualificação profissional para a organização da Atenção Básica em Saúde, na perspectiva das políticas ministeriais (VILASBÔAS, 2006).

A Residência Multiprofissional na Bahia, no período de 1997 a 2005, formou 171 profissionais, e a maioria foi contratada pela Secretaria Municipal de Saúde da Bahia, pelo Ministério da Saúde, pela Fiocruz, sendo 20 residentes que continuaram a formação profissional nos programas de pós-graduação *stricto sensu*. VilasBoas (2006) considerou como um dos desafios para a continuidade deste curso as fontes de financiamento.

Também em 1999, em Sobral, região semiárida do Ceará, a gestão municipal decidiu oferecer um programa de Residência Multiprofissional, criando a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia – EFSFVS, tendo como principal parceira a Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. PARENTE et al (2006, p. 83) afirmam a necessidade de implantar um curso de pós-graduação nessa área visto que “o sistema local de saúde não dispunha de profissionais suficientemente qualificados para atuarem em

conformidade com a concepção de atenção à saúde, previsto pela Norma Operacional Básica de 1996 – NOB/96”.

Os fatores que dificultaram o processo de investimento e da formação dessa especialização no estado do Ceará foram apresentados por Parente (2006) como sendo: o número excessivo de habitantes para cada equipe de saúde, o modelo adotado de territorialização que dificultou a presença dos residentes no interior dos Centros de Saúde da Família, a diversidade de modelos de Residência Multiprofissional em Saúde implantados no país, o número insuficiente de profissionais, tutores e preceptores, para acompanhar a formação profissional do residente.

Da mesma forma, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e a Universidade de Toronto/Canadá firmaram um convênio com a finalidade de incentivar a capacitação docente e dois professores da Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes foram convidados a participar do Five Weekend Program. Como desdobramento, ainda em 1999 a Secretaria Municipal de Saúde e a Unimontes lançaram um programa de pós-graduação *lato sensu* em saúde da família, para capacitar médicos e enfermeiros, integrantes do PSF. Nessa época, na cidade de Montes Claros, não havia equipes de PSF, pois o município ainda não tinha implantado o programa, logo a maioria dos estudantes que buscou essa especialização veio do município de Itacarambi, que aderiu ao PSF, em 1995. Optou-se pela denominação de curso de Especialização em Saúde da Família na Modalidade de Residência, pois a Comissão Nacional de Residência Médica não autorizou a denominação Residência Médica de Saúde da Família para Médico e Enfermeiro, justificando a não possibilidade de inclusão de outra categoria profissional, que não a médica.

Silverio (2006) realizou o mapeamento dos egressos dos residentes do Programa de Montes Claros/MG e concluiu que dos 60 profissionais capacitados pelo curso, apenas 9 não conseguiram retornar à prática profissional na Atenção Básica, sendo que a metade do grupo da enfermagem mudou-se de cidade e teve que abandonar essa perspectiva, naquele momento. O autor mostrou ainda grandes desafios a serem enfrentados para a continuidade dessa política de formação de profissionais e de implantação/reestruturação do SUS, como: sensibilizar docentes e gestores para o PSF, estruturar as unidades a fim de favorecer o desenvolvimento das atividades práticas propostas pelo planejamento pedagógico do curso da residência, diferenciar a remuneração dos profissionais com essa especialidade no plano de cargos e salários, complementar a bolsa do residente para incentivar maior adesão ao

programa, priorizar nos concursos públicos essa modalidade de especialização e instituir a política de financiamento para esse curso.

A partir disso, parece que as experiências apresentadas nos estados da Bahia, Ceará e Minas Gerais certificam o interesse da gestão em criar políticas para a capacitação de recursos humanos na área da saúde coletiva, considerando a possibilidade do repasse de subsídios financeiros do governo federal.

Embora a orientação para o desenvolvimento de políticas públicas para a formação profissional já tivesse sido prevista, constitucionalmente e pela Lei Nº 8080/90, poucas ações foram concretizadas, a não ser nesses estados, que tomaram a frente de criar programas para a capacitação dos profissionais da saúde, antes mesmo da garantia formal do financiamento pelo Ministério da Saúde. Essas propostas foram efetivadas com subsídios financeiros do governo estadual, municipal e das universidades, pois somente em 2001 os recursos federais foram viabilizados para as propostas vencedoras. Em 2002, 19 residências foram organizadas com recursos repassados pelo Ministério da Saúde, tendo formatos diversificados e sem a participação do Ministério da Educação.

Todavia, no início do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, no Ministério da Saúde, o tema da formação profissional voltou para o debate. Em 2003, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SGTES, com a finalidade de garantir a viabilidade de inúmeros projetos nessa área e demais trabalhos ligados à formação de recursos humanos na saúde.

A Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SGTES teve o propósito de possibilitar tanto a formação profissional, quanto a de contribuir com a mudança do desenho tecno-assistencial do SUS. Teve como atribuições, especificamente em relação à capacitação, a ordenação de recursos humanos na área da saúde; a elaboração e proposição de políticas de formação e desenvolvimento profissional para a área da saúde; a articulação com os órgãos educacionais, entidades sindicais e de fiscalização do exercício profissional, os movimentos sociais e as entidades representativas da educação dos profissionais, tendo em vista a formação, o desenvolvimento profissional e o trabalho no setor de saúde; a promoção e integração dos setores de saúde e educação, no sentido de fortalecer as instituições formadoras de profissionais atuantes na área (BRASIL, 2007).

A SGTES foi estruturada em dois departamentos: o Departamento de Gestão da Educação na Saúde – Deges e o Departamento de Gestão e da Regulamentação do Trabalho

em Saúde – DGRT. O Deges responsabiliza-se, de modo específico, por propor e acompanhar os processos educacionais referentes à formação dos profissionais de saúde. Apresentou a Política de Educação Permanente em Saúde, que foi aprovada pelo plenário do Conselho Nacional da Saúde – CNS, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e legitimada na XII Conferência Nacional de Saúde. Em 2003, foi adotada pelo Ministério da Saúde como Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, sendo instituída pela Portaria Ministerial Nº 198/04<sup>29</sup> (BRASIL, 2004).

Ainda em 2002, aprovou-se as Diretrizes Curriculares Nacionais, que redefiniram o direcionamento da formação acadêmica, apontando que as escolas deveriam formar profissionais com alta resolubilidade clínica, mas também críticos, reflexivos, humanistas. Houve um movimento das instituições que aderiram à política de formação de recursos humanos na lógica do SUS. Assim, o Departamento de Atenção Básica, a Associação Brasileira de Educação Médica – Abem, a Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Abrasco, a rede Unida e alguns setores do Ministério da Educação e Cultura – MEC defenderam a proposta.

Entretanto, embora a política de formação de recursos humanos tenha sido respaldada pelas instituições, a proposta de especialização para os cursos da saúde manteve a área da medicina separada das demais. O Conselho Nacional de Residência Médica, em 2004, não reconheceu a titulação médica no formato da Residência Multiprofissional, instituindo a Residência em Medicina da Família e Comunidade. A Medida Provisória Nº 238/05 oficializou a separação da residência médica das outras residências, porém sem impedimento para que elas pudessem trabalhar conteúdos comuns, com a ressalva de que deveria se preservar a área específica de cada profissão, especialmente a da medicina. A MP Nº 238 foi modificada pela Lei Nº 11.129, de julho de 2005, ordenando que as outras profissões devessem estar integradas e definidas como Residência Multiprofissional em Saúde. Assim, criou-se a Residência em Saúde da Família e Comunidade, composta por dois programas: um específico para médicos, e outro, para as demais profissões da área da saúde (BRASIL, 2005).

---

<sup>29</sup> Portaria Ministerial Nº 198, de 13 de fevereiro de 2004.

## Sessão III – O Programa da Residência Multiprofissional do município de São Carlos.

O debate proposto nesta temática se refere às políticas que vêm sendo implantadas no município de São Carlos/SP, a partir do ano de 1997, que objetivaram criar estratégias para a mudança do modelo de saúde do município, em consonância com as diretrizes e os princípios do SUS. Ainda, apresentamos a estrutura curricular definida pelo programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, implantado pela Universidade federal de São Carlos - UFSCar em parceria com a Prefeitura Municipal de São Carlos - SP.

### 3.1. Políticas de saúde no município de São Carlos/SP

O município de São Carlos ocupa uma área de 1.137,303 km<sup>2</sup> e conta com uma população de 221.950 mil habitantes no total, dos quais 95,99% se encontram na área urbana (IBGE 2010).

Está situado na região central do estado de São Paulo, a 232 km a noroeste da capital, próximo às cidades de Ribeirão Preto, Araraquara e Rio Claro, com os seguintes municípios limítrofes: norte – Rincão, Luiz Antônio e Santa Lúcia; sul – Ribeirão Bonito, Brotas e Itirapina; oeste – Ibaté, Araraquara e Américo Brasiliense; leste – Descalvado e Analândia.

Em relação ao Índice Paulista de Responsabilidade Social – IPRS classificou-se no Grupo 1, que agrega municípios com bom desempenho nas três dimensões: riqueza, longevidade e escolaridade. O município exibiu excelente resultado em longevidade, superando em muito a média estadual. Já em escolaridade, apresentou relativa estabilidade e não acompanhou a evolução do conjunto do estado. O indicador sintético de riqueza decresceu, mas o município conseguiu se manter entre os cem mais ricos (SEADE, 2010), conforme demonstrado no Quadro 4.

Quadro 4: Índice Paulista de Responsabilidade Social

<b>Riqueza</b>	Renda per capita (sal. mín.) SC=5,35% (Estado =1,55)	Renda até ¼ s.m. SC = 1,84% (Est = 5,16%)	Renda até ½ s.m. SC = 23,57% (11,19%)
<b>Longevidade</b>	Índice envelhecimento SC=79,43% (Est=53,59%)	Pop. 60 anos e mais SC=15,53% (Est=11,55%)	Pop. menos 15 anos SC=19,55% (Est=21,48%)
	Taxa natalidade SC=12,72 (Est=14,59)	Taxa mortalidade SC=7,45 (Est=11,86)	Mães adolesc/partos cesáreos SC=5,96% - 72,13 (Est=6,96 - 58,70)
<b>Escolaridade</b>	Pré-Escola (5-6 a) Elevou 77%-83,7%	Ensino Fundamental (concluído) Variou 68%-67,4%	Ensino Médio (completo) Variou 41,3%-38,6%

Fonte: SEADE, 2010

Na primeira dimensão (riqueza), a renda per capita do município é bem maior se comparada com a do estado, embora a renda até meio salário mínimo seja maior no município.

Houve uma retração de todas as taxas de mortalidade consideradas, especialmente a infantil. São Carlos melhorou muito nesta dimensão, aumentando em 6 pontos o indicador sintético. A taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos) diminuiu de 10,8 para 6,8; a taxa de mortalidade perinatal (por mil nascidos) decresceu de 14,1 para 10,9; a taxa de mortalidade das pessoas de 15 a 39 anos (por mil habitantes) diminuiu de 1,8 para 1,5; a taxa de mortalidade das pessoas com 60 anos e mais (por mil habitantes) variou de 40,2 para 38,6 (IPRS, 2008).

Em relação à escolaridade, o município ocupou as seguintes posições no *ranking* de escolaridade: em 2000 ocupou o 62.º lugar, enquanto em 2002 decaiu para o 317.º. Os estabelecimentos escolares de Ensino Médio correspondem a 23,7%, a pré-escola, a 35,9%, enquanto a maioria é de escolas de Ensino Fundamental, de 40,4%.

Apesar da evolução positiva demonstrada no atendimento à Pré-Escola, o município apresentou relativa estagnação nos demais componentes do indicador sintético, resultando na sua forte queda no *ranking* estadual (IPRS 2008).

Considerando os dados de habitação e infraestrutura urbana, os domicílios com infraestrutura adequada em relação ao nível de atendimento da coleta de lixo é de 99,63%, de abastecimento de água é de 99,73% e de esgoto sanitário é de 99,31% (SEADE, 2010).

O município conta com significativa produção industrial e agropastoril, como a produção de cana-de-açúcar, cítricos (principalmente laranja), gado leiteiro e produção avícola para corte, o que propicia a geração de empregos e recursos ao município e ao fornecimento de matéria-prima para o setor de transformação, que atua também no setor de exportação (São Carlos, 2009).

Em 2009, o município possuía 10.899 empresas (SEADE, 2009), produzindo componentes ópticos, papel (Faber-Castell), eletrodomésticos (Electrolux), roupas de cama e banho, compressores herméticos (Tecumseh do Brasil), motores (Volkswagen) e outras unidades industriais, como a Husqvarna, Toalhas São Carlos, Tapetes São Carlos, Papel São Carlos, Prominas Brasil, Opto Eletrônica, Latina, Sixtron Company.

É considerado como um dos grandes polos industriais do interior do estado de São Paulo (São Carlos, 2008) e também conta com duas universidades públicas (a Universidade

de São Paulo – USP e a Universidade Federal de São Carlos – UFSCar). A cidade possui ainda o Centro Tecnológico da TAM, localizado na antiga fábrica da Companhia Brasileira de Tratores, CBT.

No que se refere à atenção à saúde, a Secretaria Municipal de Saúde aderiu ao pacto de gestão, previsto na Norma Operacional de Assistência à Saúde – Noas 01/2002, configurando-se como Gestão Plena do Sistema Municipal e Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada – GPABA, assumindo a responsabilidade de promover o atendimento da população em seu território e das ações de Atenção Básica na Saúde.

O município de São Carlos pertence à Direção Regional de Saúde (DIR-III)<sup>30</sup> do estado de São Paulo. Os estabelecimentos de saúde são disponibilizados da seguinte forma: dos 388 serviços de saúde, 42 são públicos (IBGE, 2010).

A gestão adotou a Estratégia de Saúde da Família – ESF como eixo estruturante da rede de Atenção Básica, aderindo ao Projeto de Expansão e Consolidação do Programa de Saúde da Família – Proesf/MS. Estabeleceu como meta de até o fim de 2009 alcançar uma cobertura de 50% da população assistida pela estratégia Saúde da Família, correspondendo a 30 Equipes de Saúde da Família<sup>31</sup>. O Modelo de Atenção proposto foi o da Vigilância à Saúde, que propõe integrar os aspectos da promoção, prevenção, recuperação, reabilitação dos danos e onde o risco e a vulnerabilidade passam a nortear as ações de saúde, a partir do território de abrangência de cada Unidade Saúde da Família (UFSCar, Prefeitura Municipal de São Carlos, 2008).

O Programa de Saúde da Família – PSF foi implantado em 1997 e pretendeu ser uma das principais estratégias para a mudança do modelo de saúde do município, caracterizado, até então, como modelo médico assistencial privatista<sup>32</sup>.

---

<sup>30</sup> Municípios que pertencem à DIR-III: Américo Brasiliense, Araraquara, Boa esperança do Sul, Borborema, Cândido Rodrigues, Descalvado, Dobrada, Dourado, Gavião Peixoto, Ibaté, Ibitinga, Itápolis, Matão, Motuca, Nova Europa, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito, Rincão, Santa Ernestina, Santa Lúcia, São Carlos, Tabatinga, Taquaritinga, Trabiçu.

<sup>31</sup> A meta estabelecida no Projeto de 2006 era de até o fim de 2007 atingir uma cobertura de 70% da população assistida pela estratégia de Saúde da Família, correspondendo a 36 equipes de Saúde da Família (UFSCar, Prefeitura Municipal de São Carlos, 2006).

<sup>32</sup> O modelo médico assistencial privatista (modelo médico homogêneo) é centrado na clínica, voltado para o atendimento da demanda espontânea e tem base em procedimentos e serviços especializados. Seu objeto identificado é a doença ou o doente, em que o seu agente é o médico, sobretudo o especialista, seus meios de trabalho são as tecnologias médicas e as formas de organização são as redes de serviços, com destaque para os hospitais (PAIM, 2008).

A justificativa apresentada pelos gestores foi a necessidade de reorientar o modelo assistencial em bases e critérios para a transformação das práticas assistenciais orientadas segundo uma visão biologicista do processo saúde-doença que determina ações eminentemente curativas, bem como uma assistência centrada na figura do médico com o foco no ambiente hospitalar. Esse modelo deveria ser substituído pelo modelo de vigilância à saúde (UFSCar, 2009, p. 13).

O programa contou com a configuração da equipe mínima de um profissional médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).

Frente à política da Atenção Básica em Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde iniciou, em 2003, o projeto de territorialização do município, visando organizar o processo de trabalho por meio da definição do território de abrangência, além de mapear as maiores zonas de risco e vulnerabilidade no campo da saúde. Assim, o município foi dividido em seis grandes regiões de saúde, denominadas de Administração Regional de Saúde – Ares, definidas como: Ares 1– Cidade Aracy; Ares 2 – Vila Isabel; Ares 3 – Redenção; Ares 4 – Vila São José; Ares 5 – Santa Felícia; Ares 6 – Santa Eudóxia e Água Vermelha, subdistritos rurais. Nessas regiões, implantaram-se as Unidades de Saúde da Família – USF a partir de um trabalho de parceria entre a gestão municipal e a UFSCar, especificamente com o Departamento de Ciências Sociais, que realizou o mapeamento das áreas de risco de cada território (UFSCar, Prefeitura Municipal de São Carlos, 2006).

Diante da perspectiva de consolidar e qualificar a estratégia da Saúde da Família como modelo da Atenção Básica, a gestão decidiu implantar os Núcleos Integrados de Saúde – NIS, nas Administrações Regionais de Saúde, que passaram a integrar a Rede de Cuidados Progressivos. Assim, os NIS deveriam dar suporte às equipes vinculadas à Atenção Básica, com a possibilidade de ter maior resolubilidade da atenção a essa rede.

Os NIS previram ações de saúde mental, assistência farmacêutica, odontologia especializada, serviço social, especialidades médicas, contando com profissionais nas áreas de psicologia, psiquiatria, educação física, farmácia, fisioterapia e cardiologia, numa perspectiva de ampliação de profissionais da nutrição, fonoaudiologia e terapia ocupacional (UFSCar, Municipal de São Carlos, 2007).

A rede de atenção básica foi definida pelos equipamentos: a Unidade Básica de Saúde-UBS e a Unidade Saúde da Família-USF, além da equipe do Programa de Atendimento

Domiciliar-PAD e da Unidade de Atendimento Médico e Odontológico de Urgência-UPA (UFSCar, 2007).

A UBS e a USF deveriam funcionar como porta de abrangência do Sistema Municipal de Saúde, com a responsabilidade pelos riscos e agravos de saúde da demanda na sua área de abrangência. Definiu-se que essas unidades deveriam ser capazes de identificar os problemas de saúde mais relevantes dos indivíduos e da comunidade, especialmente os casos de maior risco de adoecimento e/ou de morte e sendo assim, deveriam planejar e executar ações eficazes para evitar maiores danos.

Foi determinado também que as unidades servissem de intermediárias entre outros equipamentos sociais do território, tais como “escolas, creches, asilos, Sociedade Amigos de Bairro – SAB, ambientes de trabalho, etc” (UFSCar, Prefeitura Municipal de São Carlos, 2008, p. 17).

Embora a UBS e a USF estivessem responsabilizadas para desenvolver ações orientadas pelas políticas da Atenção Básica na Saúde, foram estabelecidas diferentes composições de equipes entre esses dois equipamentos, de modo que a UBS contaria com os profissionais especialistas, como pediatra, ginecologista, clínico geral, cirurgião dentista, profissionais da enfermagem e auxiliares. Porém, a equipe da USF seria o médico generalista, a enfermeira e os auxiliares de enfermagem, o cirurgião dentista, o auxiliar do consultório dentário e o ACS.

O Programa de Atendimento Domiciliar – PAD é apresentado como responsável pelo cuidado à população com limitações funcionais nas atividades diárias e que necessita de cuidado no domicílio. Duas equipes de profissionais estão vinculadas a esse programa. As equipes das Unidades de Atendimento Médico-Odontológico de Urgência-UPA são responsáveis pelo atendimento pré-hospitalar fixo, em situações caracterizadas como urgência (UFSCar 2008, p. 14-15).

Consta que a rede de Atenção Básica é composta por 12 UBS e 16 Equipes de Saúde da Família, tendo uma cobertura de, aproximadamente, 24% da ESF<sup>33</sup> (UFSCar, 2009, p. 14).

No nível secundário de atenção, o município dispõe de serviços, mas a maioria é de serviço terceirizado. A atenção ambulatorial de especialidades se caracteriza pela oferta de consultas médicas especializadas nas diferentes modalidades, cirurgias ambulatoriais,

---

<sup>33</sup> No site disponibilizado pela Secretaria Municipal, o número indicado das Equipes de Saúde da Família é 15 e não 16, conforme previsto no documento.

fonoaudiologia, fisioterapia, saúde mental, DST/Aids, ambulatório de hepatite, de violência sexual, de gastroenterologia pediátrica e nutricional, acompanhamento de bebê de risco, odontologia e exames especializados (UFSCar, Prefeitura Municipal de São Carlos, 2008, p. 20).

A assistência hospitalar está sendo prestada por meio de pactos interinstitucionais entre a Secretaria Municipal de Saúde e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos, além do Hospital Escola Municipal, que está em processo de construção. Os leitos hospitalares disponibilizados são 337, entre os quais 213 são leitos contratados pelo SUS. A Santa Casa conta com cadastramento/credenciamento junto ao Ministério da Saúde, em assistência de alta complexidade, para o tratamento de Aids, câncer, ortopedia (ombro, quadril, joelho e tumor ósseo), implante de marca-passo definitivo, neurocirurgia, gestão de alto risco, acompanhamento pós-transplante e busca ativa de órgãos (UFSCar, 2009).

O Hospital Escola Municipal concluiu a primeira etapa da construção e dispõe de 14 leitos para adultos e 4 para crianças (UFSCar, Prefeitura Municipal de São Carlos, 2008, p. 20-21). Os gestores anunciaram a conclusão das obras de construção do segundo módulo para 2012 (São Carlos, 2012).

### **3.2. A Estrutura Curricular do Programa da Residência Multiprofissional do município de São Carlos/SP**

O Programa da Residência está estruturado em quatro partes: currículo prescrito, currículo planejado, currículo organizado e currículo avaliado.

No Currículo Prescrito estão definidos: objetivo geral, objetivos específicos, competência e desempenhos. O objetivo geral determina que a formação na residência promove o exercício profissional “com excelência” nas áreas de cuidado integral às necessidades de saúde individuais e coletivas, na gestão e organização do trabalho, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida

Os objetivos específicos delimitam as diretrizes da formação, definidas em três áreas: vigilância à saúde; organização e gestão do trabalho; investigação científica. A área de vigilância à saúde é subdividida em cuidados individuais e coletivos (UFSCar, 2007).

Quadro 5: Objetivos específicos da formação

Área	Vigilância à saúde	Organização/Gestão trab.	Investigação científica
Cuidado individual	vínculo, identificar necessidades, co-responsabilidade,	Atuar em equipe, gerenciar programas, capacitação, autoavaliação (reflexão crítica)	Sistematizar trabalho, formular e executar projeto de pesquisa
Cuidado coletivo	Interpretar informações e plano de cuidado; respeitar cultura e valores; atuar em conjunto		

Fonte: UFSCAR, 2007.

Na área de investigação científica estão previstas as seguintes competências:

**Identifica os passos da pesquisa bibliográfica:** compreende o PB como uma fonte de propiciar o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem. Busca respostas para as questões propostas exigindo pensamento reflexivo e tratamento científico, incluindo critério e sistematização; na escolha do tema leva em consideração a relevância teórico-prática e disponibilidade de material bibliográfico. **Formula Projeto de Pesquisa:** formula o tema de forma clara e simples; delimita o tema fundamentando sua importância e relevância; apresenta de forma sintética os objetivos; explicita a questão e os pressupostos; escolhe metodologia quantitativa e/ou qualitativa apropriada ao objeto. **Executa o Projeto de Pesquisa:** identifica, localiza e copia de maneira sistemática o material bibliográfico; realiza fichamento com referência bibliográfica completa de fonte de acordo com ABNT, resumo de abordagem e comentário crítico; faz análise dos resultados encontrados; faz a redação final de acordo com a técnica prevista no projeto de pesquisa (UFSCar; PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS, 2007, p.18).

Os padrões de competência seguem os critérios de satisfatório, explicitando o que o profissional deve ser capaz de fazer para desempenhar sua prática com sucesso. O desempenho é definido a partir das áreas de competência, ou seja, aquilo que é esperado e considerado em cada profissão. São três áreas de competência e subáreas, com a descrição do desempenho esperado. A área de competência é saúde, a subárea é de cuidado às necessidades individuais de saúde. O profissional deve ser capaz de identificar as necessidades de saúde para desenvolver as seguintes competências: realizar história clínica e exame clínico de acordo com a especificidade profissional; formular e priorizar problemas e promover investigação diagnóstica. Ainda com referência a essa mesma subárea, a exigência é de construir e avaliar o plano terapêutico.

Nessa mesma área, a subárea é de cuidado às necessidades coletivas de saúde, o residente deverá identificar necessidades coletivas de saúde para desenvolver a investigação dos problemas coletivos de saúde e formular perfis de saúde-doença, além de construir e avaliar projetos de intervenção em saúde coletiva.

Na segunda área, que é da gestão, a subárea é da organização do trabalho na saúde e gestão do cuidado. Na primeira subárea, o residente deverá organizar e avaliar o trabalho em saúde por meio da identificação dos problemas, da construção e avaliação dos planos de ação. Na segunda subárea, ele deverá gerenciar o cuidado em saúde.

Na área de competência na educação, está previsto que o profissional identifique as necessidades individuais e coletivas de enfermagem e promova a construção e socialização do conhecimento (UFSCar, 2008).

O currículo planejado define o processo de ensino-aprendizagem-trabalho, confirmando a corresponsabilidade profissional com os pacientes, as famílias e as comunidades. A aprendizagem está fundamentada na prática profissional, por intermédio da “aprendizagem significativa”, ou seja, adotaram-se as metodologias ativas como formas mais adequadas para a formação desses profissionais. Fundamentada na aprendizagem sistematizada e com base em problemas, considerou-se que as atividades práticas devem orientar as atividades teóricas e de reflexão crítica, favorecendo “a identificação das melhores evidências para a investigação e o plano de cuidado e a imediata aplicação do conhecimento” (UFSCar; Prefeitura Municipal de São Carlos, 2007, p. 19).

Define-se que a atividade da Unidade Estruturada deverá ser organizada de sessões de tutoria:

Neste programa, o residente tem um papel ativo tanto nas atividades educacionais como de cuidado da saúde das pessoas e famílias. Na atividade de aprendizagem em pequenos grupos, participa da exploração do problema, da elaboração dos objetivos da aprendizagem, da busca, análise e crítica de informações e da elaboração de planos de cuidado (...) e de organização do trabalho em saúde, integrando e aplicando o conhecimento de diversas disciplinas (UFSCar 2009, p. 26).

Esse currículo delega a responsabilidade da aprendizagem para o próprio residente e determina a supervisão, que acontecerá no próprio serviço.

O currículo organizado define as características gerais do programa, estipula a carga horária, as férias e as atividades, destacando os cenários de ensino-aprendizagem-trabalho. O programa tem duração de 2 anos, em tempo integral, com carga horária semanal de 57 horas, totalizando 5.472 horas, distribuídas em porcentagem maior para as atividades práticas (66,7%). Também está previsto um plantão de 6 horas, uma vez por semana no Hospital

Escola Municipal, no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), ou em projetos na comunidade.

As atividades previstas são: atividade de cuidado, simulação da prática profissional, consultoria, reuniões com a comunidade e de preceptorias (de área e de campo), supervisão técnica, estágio especializado e estágio eletivo.

O estágio especializado está previsto para o segundo ano da residência e permite que o profissional escolha um equipamento para cumprir essa etapa. O período é de quatro horas por semana, com a duração mínima de três meses, devendo ser partilhado com os tutores e preceptores de campo, mas construído em conjunto com o preceptor de área. A perspectiva é a de ampliar o conhecimento da Rede-Escola de Saúde do município, a integralidade em todos os níveis de atenção à saúde e a gestão do sistema, bem como promover a integração ensino-serviço-comunidade. Os equipamentos apresentados compõem a Rede-Escola do município, os prestadores de serviço em âmbito regional, os equipamentos sociais do município e as secretarias municipais.

O estágio eletivo é de 30 dias, no segundo ano da residência e poderá ser em outra unidade que também mantenha o programa, ou trabalhe na atenção primária em saúde, inclusive por meio de intercâmbios internacionais.

O Currículo Avaliado apresenta os processos de avaliação do Projeto da Residência e considera dois momentos de avaliação: o desenvolvimento do programa e o desempenho de todos os segmentos envolvidos na residência, ou seja, do preceptor, tutor, consultor; desempenho do residente e da equipe do serviço. Está determinado que o programa seja avaliado a cada fim de semestre, seguindo um protocolo especial de avaliação (UFSCar, 2009).

Em relação aos preceptores, tutores e consultores, cabe aos residentes emitir conceitos de desempenho a cada orientador, de acordo com as suas funções desempenhadas. A avaliação dos residentes deve acontecer processualmente, por meio dos registros do desempenho, nos formulários específicos e da autoavaliação (este modelo de avaliação foi denominado de avaliação formativa) e para certificação de competência, no fim de cada ano, por meio do exercício de aplicação da prática profissional – EAPP (denominada avaliação somativa).

O trabalho científico elaborado e executado pelo residente deve ser entregue no encerramento da sua formação, que também consta como requisito parcial para obtenção do

título. Esse trabalho deve ser avaliado por uma banca, formada por três docentes (mestres ou doutores) e a certificação está vinculada à obtenção de conceitos satisfatórios em todas essas modalidades.

O Cronograma Físico Financeiro foi disponibilizado no Projeto da Residência Multiprofissional 2009-2011, destacando o valor da bolsa de todos os participantes do programa, conforme demonstrado no Quadro 6.

Quadro 6: Cronograma Físico-Financeiro do Projeto da Residência Multiprofissional 2009-2011

Profissional do Programa	N. de Profissionais	Valor dos encargos sociais (R\$)	Valor total do Financiamento/ 2 anos (R\$)
Residente	46	383,29	2.538.912,96
Tutor	9	209,18	271.095,12
Preceptor	16	209,18	481.946,88
Atividade de Educação Permanente	12 hs/facilitador/ mensal		31.680,00
			Total = 3.323.634,96

Fonte: UFSCar, Prefeitura Municipal de São Carlos, 2009.

O total dos gastos é referente ao financiamento das bolsas, especificamente aos encargos sociais na contratação dos preceptores e tutores, além da “Bolsa para a Educação pelo Trabalho”, destinada aos residentes.

Deste modo, o valor do financiamento para a bolsa de cada residente foi de, aproximadamente, R\$ 27.596,87 por ano, o que corresponde a R\$ 2.299,74/mês. Referente ao tutor e ao preceptor, o investimento para cada profissional foi de R\$ 15.060,84 por ano, o que equivale a uma bolsa mensal de R\$ 1.255,07. O investimento anual nas atividades de Educação Permanente foi de R\$ 15.840,00.

Há que se considerar a importância da capacitação de recursos humanos para o SUS, bem como a lógica da necessidade dos municípios na dependência do repasse de recurso financeiro do governo federal para a realização desta proposta. No caso do programa implantado no município de São Carlos, até o ano de 2010, todos os profissionais envolvidos receberam recurso financeiro para o desempenho de suas funções no programa, mas, a partir de 2011, apenas os residentes teriam direito à Bolsa Trabalho. Essa decisão da diminuição do financiamento, de certo modo, dividiu a opinião dos entrevistados, porém, a maioria criticou essa conduta, uma vez que se temia o desinteresse dos tutores e preceptores em continuarem envolvidos no programa.

Assim, os tutores e preceptores precisam lidar com o papel de orientador no programa da Residência, como uma função inerente ao desempenho do seu próprio trabalho

profissional, tanto no serviço quanto na academia. O financiamento para o desempenho dessa atividade pode caracterizar a duplicidade de pagamento para uma ação que já deve ser pré-requisito do papel profissional.

Não queremos com isso desconsiderar os problemas que os profissionais enfrentam na academia e no serviço. Na academia, os profissionais exercem várias funções, envolvendo ensino em vários níveis, extensão, pesquisa e gestão. O volume de trabalho pode ultrapassar os limites exclusivamente acadêmicos, mas também é fato que podemos negligenciar o espaço do “ensinar”, reduzindo o aprendizado aos valores efêmeros produzidos pela ditadura do capital. Numa sociedade em que os valores de mercado predominam sobre os outros e numa cultura de não-direitos, os próprios professores correm o risco de alienação, negligenciando a formação e o espaço da sala de aula como um espaço de reflexão e crítica da realidade concreta.

Com relação ao serviço, é preciso levar em conta os processos produtivos na saúde e sua dimensão organizacional, ou seja, a organização do trabalho, que se refere, primeiramente, aos processos de trabalho que são produzidos no interior de cada serviço, que tem a ver com os tipos de profissionais que os praticam, que saberes incorporam e com o modo como representam o modelo saúde e doença. Além disso, é preciso analisar os processos que operam o gerenciamento do cuidado com o usuário e quais ferramentas estão sendo utilizadas para a produção dos resultados (MERHY, 2005).

Considerando-se, ainda, o quanto se acentua e se amplia o caráter polissêmico sobre o conceito de integralidade em saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2003), que vai determinar as práticas profissionais e a configuração dos serviços, assim como a concepção hegemônica de saúde. As relações estabelecidas nas diversas situações do serviço de saúde engendram as relações de poder das práticas hegemônicas, voltadas para o usuário, mas também direcionadas aos próprios profissionais que compõem a equipe do serviço.

O desafio de pensar sobre a organização necessária, no dia a dia dos serviços, entre os processos produtivos de saúde e os profissionais que os estão gerenciando, demanda uma outra questão que tem a ver com a necessidade de formação e/ou de capacitação de recursos humanos em uma lógica que seja objetivada na necessidade da combinação entre a eficiência das ações e a produção de resultados que provenha cura, bem como promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Além disso, é preciso que se equacione a racionalização dos custos de produção dos atos de saúde e a qualidade dos serviços prestados, tendo em vista

reformular o sistema de saúde, “que gasta muito para ser pouco efetivo” (MERHY, 2005, p.34), garantindo a ideia da necessidade do controle rígido do custo em saúde (SANTOS, 2008).

Então, como é que se pode implantar um programa que tem como finalidade a reorganização do modelo de saúde, a partir do investimento para a qualificação profissional, sem garantir, minimamente, que o sistema de saúde municipal já esteja em consonância com essas diretrizes? Como exigir práticas de integralidade em saúde, no modelo de gestão compartilhada, sem discutir os modos de agir e os processos de trabalho? Como se busca a desfragmentação de saberes e a multidisciplinaridade de áreas, sem se perder de vista as especialidades?

A proposta da Residência Multiprofissional é da ampliação da variedade e da heterogeneidade de profissionais que vão compor a equipe do serviço para garantir o atendimento integral do usuário e da comunidade. Todavia, a simples constituição de equipes multiprofissionais não tem superado a disjunção das diversas especialidades, nem tampouco a continuidade das ações não articuladas no cotidiano dos serviços em saúde (SCHAIBER, NEMES, MENDES-GONÇALVES, 2000).

## **Sessão IV – Recursos Humanos: Preceptores, Tutores e Gestores do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município de São Carlos**

Nesta sessão apresentamos os grupos de profissionais que fizeram parte do programa da Residência Multiprofissional, no município de São Carlos. Em um primeiro momento, sistematizamos a análise dos preceptores, tutores e gestores. Posteriormente, narramos o processo que tivemos, tanto para fazer o mapeamento dos segmentos envolvidos, quanto para entrevistá-los.

### **4.1. Os Preceptores**

Os preceptores do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade são, em sua grande maioria, docentes dos próprios cursos de saúde da UFSCar, com exceção das áreas de Farmácia e de Fonoaudiologia, constituídas em parceria com outras instituições de Ensino Superior.

Considerando o papel do preceptor, a recomendação do Regimento Interno do Programa da UFSCar é que o docente esteja qualificado para desempenhar as seguintes funções: orientador de núcleo/preceptor de área, orientador de pesquisa e orientador técnico/docente.

É previsto que o orientador de núcleo seja responsável pela orientação técnico-profissional para instrumentalizar o residente no exercício de sua prática profissional, considerando o núcleo de conhecimento específico de cada profissão.

O preceptor, na função de orientador de pesquisa, deve acompanhar o processo de investigação e de reflexão sistematizada do residente, auxiliando-o na organização e na estruturação do seu trabalho de conclusão de curso.

O orientador técnico-docente é responsável pelas atividades de formação teórica do profissional e deve articular estratégia para a prática de reflexão, embasamento e aprofundamento conceitual a respeito das atividades e ações de gestão e atenção à saúde (UFSCar, 2006. p. 36-37).

Todavia, para o exercício do papel de preceptor, está previsto que o docente tenha, “no mínimo, três (3) anos de experiência em Atenção Primária ou titulação acadêmica de especialização ou de Residência na área do Programa” (UFSCar, 2009. p. 38).

Na pesquisa de campo com os preceptores 19 docentes estavam vinculados ao programa, e 11 se disponibilizaram a participar deste estudo, dos quais 9 nos concederam a

entrevista e 2 preferiram enviá-la por meio digital. Desse grupo, computou-se uma porcentagem de, aproximadamente, 58% de participação.

No protocolo da entrevista foram previstos como elementos indicadores para a análise do perfil do grupo: sexo, idade, formação profissional, tempo de formação, atuação profissional, função que desempenha na universidade, início da docência e experiências que desenvolve na universidade que considera relevantes na sua atuação profissional. O resultado desses dados está demonstrado no quadro abaixo.

Quadro 7: Perfil do grupo de preceptores<sup>34</sup>

Sexo	Idade	Formação acadêmica	Tempo de formação	Atuação prof./ função	Início doc.	Experiências relevantes
F	41	Odonto.	19	CEO/supervisora	2007	Supervisão; participação comissões; preceptoria Resid Multi.
F	41	Enfer.	20	Docente, chefe Dep.	2006	Ensino; extensão; pesquisa; preceptoria Resid Multi.
F	43	T.O.	11	DTO/docente	1999	Práticas USF; TCC; Pesquisa mestrado, doutorado.
F	46	Enfer.	24	Docente, coordenação RMSFC.	1995	Coordenação Resid Multi; Docência graduação e pós-grad; representante Com. Integ ensino-serviço (DRSIII).
F	48	Ser. Social	26	Assist. Social, Chefe Dep.	-	Assistência; preceptoria Resid Multi.
F	52	T.O.	33	DTO, docente	1978	Atendimento clínico; projeto parceria INSS; preceptoria Resid Multi.
M	37	Medicina	37	Dep. Med, docente	2004	Docência; preceptoria graduação e pós-grad; assistência; pesquisa.
M	41	Medicina	41	Dep. Med/docente	-	Docência; preceptoria; pesquisa.
M	46	Medicina	23	Dep. Med/docente	2002	Docência; preceptoria graduação e pós-grad; assistência rede de saúde; pesquisa.
M	52	Fisio	26	Dep. Fisio/docente	1989	Supervisão estágio; membro Conselho Gestor; Conselho Parceria; Comissão Reestruturação Curricular.
M	52	Medicina	26	Dep. Med/docente	2007	Gestão no SUS; docência.

Na análise dos entrevistados, pode-se considerar que há uma divisão, quase equitativa, dos segmentos de ambos os sexos. A variação na idade ficou entre 37 a 52 anos, com maior relevância na faixa etária dos 40 anos (73%). Referente à formação profissional, os médicos sobressaíram (36%), seguidos dos terapeutas ocupacionais e enfermeiros (18%), do assistente

<sup>34</sup> Siglas utilizadas no Quadro 1: CEO – Centro de Especialidades Odontológicas; DTO – Departamento de Terapia Ocupacional; Resid Multi – Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade; USF – Unidade Saúde da Família; DRS III – Divisão Regional de Saúde (região III).

social, cirurgião dentista e fisioterapeuta (9%). O tempo de formação esteve entre 7 e 33 anos, com uma média maior nos 26 anos.

Com relação à atuação profissional, a maior parte dos segmentos está vinculada aos departamentos de suas áreas profissionais, ou específicas, exercendo a função de docência, a exceção é na área do serviço social, em que o profissional assume a função de chefe do Departamento de Serviço Social da UFSCar – Dess. O início da docência no ensino superior contou com o maior tempo no ano de 1978 e o menor tempo, em 2007.

Quanto à relevância da experiência profissional, as atividades da docência são as mais referidas, seguidas da experiência da preceptoria, também se destacam os cargos de gestão.

A partir de 2001 eu fui atuar junto com a equipe de gestão da Secretária Municipal de Saúde que tem uma vivência, uma inserção muito grande na rede de saúde de São Paulo e durante o meu processo de trabalho eu fui buscando a minha formação, em nível de pós-graduação. Fiz uma especialização em saúde pública aqui na UFSCar, fiz o meu doutorado na área de enfermagem em saúde pública (FELICIANO, enfermagem).

Apenas alguns preceptores relatam a titulação na área da saúde coletiva, as especialidades apontadas foram em terapia comunitária, em comunicação e semiótica, e em saúde mental. Porém, a maioria dos preceptores relata a experiência na Atenção Básica em Saúde, por meio do exercício da prática acadêmica, seja para a implantação do serviço nas Unidades Básicas de Saúde – UBS, na orientação dos estagiários em relação à assistência, ou mesmo realizando alguns atendimentos clínicos na Unidade Saúde Escola – USE.

Implantação das práticas nas UBS desde 2000 na cidade de São José dos Campos (como docente orientadora das práticas); orientação de trabalhos que refletia a interlocução da terapia ocupacional com as diretrizes do PSF em 2001; grupos na atenção básica; pesquisa da TO com foco na saúde mental sob diversos aspectos do território como: diabetes, etnia indígena e a relação disso com a aculturação e o cotidiano no território; pesquisa sobre os Nasfs; atuação na residência; orientação dos residentes sobre arte no território (BRITO, terapia ocupacional).

Alguns docentes da área de enfermagem referem-se à importância da experiência profissional anterior à experiência acadêmica, mas não fazem alusão sobre a atuação na Atenção Básica em Saúde.

Constatamos que os docentes vinculados ao Departamento de Medicina da UFSCar apresentam experiências profissionais no campo da saúde pública, mas não somente no exercício da atividade acadêmica.

Eu sou médico de família e comunidade, e na minha história profissional eu sempre tive uma afinidade bastante grande com a atenção primária e com a saúde pública, e minha colaboração com o Programa da Residência Multiprofissional é a partir da experiência que acumulei durante esses anos atuando na saúde pública, mais especificamente na área de atenção primária (MATTOS, medicina).

A minha formação é generalista, e eu sempre trabalhei no interior fazendo de tudo. Trabalhei no interior de Minas, no interior do estado do Paraná, trabalhei em cidades maiores também, como Belo Horizonte, mas trabalhei durante 14 anos no interior fazendo de tudo, aquele médico da roça que faz de tudo, faz parto, trata mordida de cobra. Você imagina que esquisito, e é o que eu sempre gostei de fazer, tanto que a minha pós-graduação toda é na área de infectologia e medicina tropical, mas a minha prática profissional é toda em medicina comunitária (SOUTO, medicina).

Em relação às atividades acadêmicas, esses docentes definem a participação no Programa das duas residências, na médica e na multiprofissional, e a maioria tem titulação específica na área.

#### **4.2. Os Tutores**

A tutoria caracteriza-se pelo desempenho da função de orientação do campo, exercida por profissionais de saúde pertencentes às equipes dos serviços e com trabalho diário na unidade, sendo referência para o residente na perspectiva do conhecimento e de práticas da saúde, especialmente na Atenção Básica. Os tutores devem, portanto, articular os recursos de ensino em serviço para ocupar a função de orientador de referência, no modelo de atenção à saúde na Estratégia de Saúde da Família – ESF.

Embora a residência multiprofissional priorize o aprendizado em serviço com ênfase na Atenção Básica, na definição apresentada pelos documentos oficiais, os demais níveis de atenção são contemplados.

A Tutoria caracteriza-se pelo desempenho da função de supervisão docente-assistencial nos diferentes cenários de cuidado-aprendizagem da Rede Escola de Cuidado à Saúde (...) que exerçam papel de orientadores de referência para os residentes, devendo pertencer às equipes dos serviços e estar regularmente presente nos ambientes onde se desenvolvem as aprendizagens em serviço. São responsáveis em promover a integração entre os residentes, destes com a equipe e com a população (UFSCar, Prefeitura Municipal de São Carlos, 2009. p.38-39).

Compete ainda ao tutor desenvolver a integração do próprio grupo dos residentes, bem como dele com os demais profissionais da rede e com a demanda atendida nas unidades de saúde.

A exigência estabelecida para o desempenho da tutoria é a de o profissional ter curso de graduação em saúde, no mínimo com três anos de atuação profissional, experiência de atuação em equipes de saúde da família, “preferencialmente com curso de especialização em saúde da família e/ou residência multiprofissional em saúde da família e comunidade” (UFSCar, Prefeitura Municipal de São Carlos, 2009. p. 39).

Foi definido ainda que os residentes com formação nas áreas de Odontologia e de Enfermagem terão tutores fixos, que serão os próprios profissionais dessas áreas que estavam alocados nas unidades de Saúde da Família. Para os demais profissionais da saúde, os tutores serão “profissionais qualificados, identificados pela UFSCar e pela Secretaria Municipal de Saúde” (UFSCar, 2009. p.31).

No trabalho da pesquisa de campo, tivemos dificuldade para identificar o grupo de tutores, pois o documento disponibilizado pela coordenação que identificava os profissionais não coincidiu com a realidade encontrada. Ao checar essas informações, encontramos dificuldade para identificar quais eram os tutores atuais e quem não estava mais desempenhando essa função. Não conseguimos esse esclarecimento nem mesmo nas unidades –USF, pois os funcionários também não tinham esse esclarecimento, eles nos diziam apenas se o profissional estava, ou não, vinculado àquele serviço, mas não o reconheciam na função.

Na tentativa de buscar respostas concretas dessa realidade, procuramos os coordenadores do serviço, porém, das 16 equipes de Saúde da Família<sup>35</sup>, somente conseguimos contato com 7 coordenadores das Unidades de Saúde da Família – USF. Desse grupo, 6 intermediaram a nossa relação com os tutores do programa, um justificou a impossibilidade por não ter mais residente no serviço. Assim, o grupo de tutores modificou-se em relação à listagem oficial recebida, que contava com 27 profissionais vinculados ao Programa da Residência, e conseguimos identificar 20 profissionais atuando na função de tutoria.

---

<sup>35</sup> O número de equipes de Saúde da Família não coincide nos documentos oficiais. No Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2009-2011 constam 16 equipes e, no Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2009-2011, o número é de 15 equipes (UFSCar, Prefeitura Municipal de São Carlos, 2009.p. 17; UFSCar, 2009. p. 13).

Fizemos contato com todos e, embora esse grupo de tutores se mostrasse disponível para a participação neste trabalho, tivemos várias dificuldades para concretizar essa etapa da pesquisa de campo. Precisamos refazer os agendamentos por diversas vezes e, em algumas situações, ficou inviável a concessão da entrevista, haja vista o volume de trabalho constatado nas unidades e a falta de recursos humanos para substituir o profissional durante esse tempo disponibilizado para a entrevista. Conseguimos entrevistar nove profissionais, sendo dois de forma virtual.

As entrevistas foram realizadas em seis unidades de Saúde da Família – USF: USF Tortorelli, USF Jardim Cruzeiro do Sul, USF Água Vermelha, USF Jardim Guanabara, USF Jockey Clube e USF Presidente Collor.

A partir do levantamento dos dados obtidos, identificamos o perfil desse grupo, considerando os mesmos elementos indicados para o grupo de preceptores, conforme demonstramos no Quadro 8.

Quadro 8: Perfil do grupo de tutores

<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Formação Acadêmica</b>	<b>Tempo de Formação</b>	<b>Atuação Profis./início USF</b>	<b>Experiências Relevantes</b>
F	28	Enfer	7 a	Enfermeira 2010/USF	Resid.Multi; cursos de especialização
F	30	Enfer	-	Enfermeira 2003/USF	Assistência USF; Resid. Multi
F	32	Enfer	7 a.	Enfermeira 2008/USF	Assistência USF; docência; especialização SF; curso extensão
F	35	Enfer	-	Enfermeira 2000/USF	Assistência USF especialização
F	39	Odonto	17 a	Cirurgiã dentista 2007/USF	Especialização; aperfeiçoamento
F	48	Enfer	25 a	Enfermeira USF 2004/USF	Especialização ; curso capacitação; coordenação e docência
F	54	Odonto	31 a.	Cirurgiã dentista 2004/USF	Assistência USF
F	-	Odonto	34 a.	Cirurgiã dentista 2008/USF	Especialização
M	43	Odonto	20 a.	Cirurgião dentista 2007/USF	Trabalho em equipe; implantação rede cuidado no município

Como resultado, a maioria dos tutores entrevistados é do sexo feminino, com idade variável entre 28 e 54 anos, com formação profissional nas áreas de Enfermagem e de Odontologia. O tempo de formação está entre 7 e 34 anos, sendo a maioria com formação há mais de 17 anos, considerando que dois tutores não informaram esse dado. Os entrevistados referiram o tempo em que estão vinculados à rede de saúde do município, especificamente a Unidade de Saúde da Família, desde 2000, e o menor período foi o de 2007.

A maioria dos tutores considera como experiência relevante na sua atuação profissional o trabalho desenvolvido na Atenção Básica em Saúde, especialmente nas USF. Porém, outras experiências foram apontadas, como a assistência na área de geriatria e gerontologia, a docência no curso de auxiliar de enfermagem, a coordenação no curso de formação dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS, os cursos de especialização em Saúde da Família e de educação permanente, a participação no Programa da Residência Multiprofissional. Ainda, referem o desafio do trabalho em equipe, a participação da construção do modelo do cuidado em saúde, a utilização da unidade como espaço de formação profissional e a implantação da rede de cuidado no município. A fala de alguns tutores é a da possibilidade de desenvolver o trabalho da enfermagem na Atenção Básica e perceber o contraste com aquele realizado na instituição hospitalar.

A partir disso, parece que os tutores são orientados para o modelo de atenção à saúde na estratégia da Saúde da Família e apresentam titulação específica nessa área.

### **4.3. Os Gestores**

Consideramos como gestores os profissionais que ocuparam o cargo de pró-reitores da universidade, de coordenador do programa, de secretário municipal de Saúde e de diretor da Atenção Básica desde o início do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município de São Carlos, ou seja, desde o ano de 2006.

Os gestores da UFSCar vinculados ao programa, desde então, ocupavam os cargos de pró-reitores, na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa e na Pró-Reitoria de Extensão. Em 2009, a Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa foi organizada em dois núcleos, a Pró-Reitoria de Pós-Graduação e a Pró-Reitoria de Pesquisa.

Em relação ao município, em 2006, a Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos contava com o Departamento de Atenção Básica, cujo profissional responsável também ocupava o cargo de coordenador do Programa da Residência, permanecendo nas duas funções, no período de julho de 2006 a dezembro de 2008.

Em 2008, houve eleições municipais, e o reitor da UFSCar elegeu-se como prefeito do município e, na reorganização dos serviços, a Secretaria Municipal de Saúde substituiu o Departamento de Atenção Básica pelo Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial, inclusive com a mudança do diretor, porém permaneceu na direção da Secretaria o mesmo profissional da gestão anterior.

Tomando como referência os gestores da universidade que estavam vinculados ao programa, entramos em contato com todos e eles se mostraram interessados em participar desta pesquisa, com exceção da pró-reitora de Extensão do ano de 2008, que não teve a mesma disponibilidade em participar deste trabalho no momento da pesquisa de campo. Na ocasião, entrevistamos quatro gestores, o pró-reitor de Pós-Graduação e Pesquisa e a coordenadora do Programa da Residência, em 2008; o pró-reitor de Pós-Graduação e a pró-reitora de Extensão, no ano de 2009.

Os gestores municipais que se dispuseram a participar deste trabalho foram: o secretário municipal de Saúde (a partir de 2007), a diretora do Departamento de Atenção Básica (2006-2008), a diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial (a partir de 2008) e a coordenadora do Programa (a partir de 2008).

Pretendíamos entrevistar dez profissionais que ocuparam/ocupam os cargos de gestão, porém sete puderam estar presentes no processo da pesquisa de campo, o que significa o alcance de aproximadamente 70% do público-alvo pretendido, conforme identificado no Quadro 9.

Quadro 9: Perfil do grupo de gestores

<b>Função</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Tempo de formação</b>	<b>Formação acadêmica</b>	<b>Início gestão</b>
Pró-Reitor Grad./ Pesquisa	M	56	34 a	Química	2006
Secretario Mun. Saúde	M	15	25a	Medicina	2007
Coordenação Residência	F	56	32 a	Medicina	2006
Pró-Reitor Pós-Graduação	M	51	29 a	Engenharia Civil	2008
Pró-Reitor Extensão	F	53	30 a	Terapia Ocupacional	2008
Diretora Dep.	F	57	35 a	Enfermagem	2009
Coordenação Residência	F	46	24 a	Enfermagem	2008

A maioria dos gestores entrevistados é do sexo feminino, está na faixa etária entre 46 e 57 anos. A formação acadêmica está nas áreas da saúde e das ciências exatas, sendo o tempo de formação maior que 24 anos, mas a maioria dos gestores tem mais de 30 anos de formação.

Nessa etapa da pesquisa de campo, contamos com três profissionais da gestão anterior e quatro da gestão atual, considerando que o cargo de direção do Departamento da Atenção Básica, da Secretaria Municipal de Saúde na gestão anterior, foi ocupado pelo mesmo profissional na coordenação do Programa da Residência Multiprofissional, conforme esclarecido anteriormente.

A justificativa de considerar os dois pró-reitores atuais, ou seja, o da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e o da Pró-Reitora de Extensão ocorreu pela vinculação de esse curso de pós-graduação estar submetido, na UFSCar, aos programas de extensão e não aos da pós-graduação *lato sensu*.

Ainda, tomamos três eixos para análise. O primeiro deles diz respeito à formação do profissional médico, que comprova a necessidade da experiência profissional para ocupar a função da preceptoria. Diferentemente dos demais preceptores, em que a experiência na Atenção Básica em Saúde se deu por meio do exercício da prática acadêmica, determinando que o conhecimento acadêmico se sobrepôs à análise da realidade de cada serviço de saúde.

O grupo de tutores comprova a escassez das áreas profissionais, pois apenas a odontologia e a enfermagem compõem a equipe multiprofissional, incluindo a medicina. De fato, a homogeneidade das áreas caracteriza o sistema de saúde municipal, reduzindo, com isso, a possibilidade de oferecer um espaço para a aquisição da aprendizagem nas outras áreas do conhecimento.

O segundo eixo se refere à organização do trabalho, mais especificamente ao modelo de saúde e de doença que a equipe tomou como referência. É fato que a dificuldade do profissional em se comprometer com o administrar o seu tempo para compor ações em conjunto com outros profissionais não diz respeito, somente, à “falta de tempo”, mas, se refere ao modo de conformação das equipes na produção dos atos de saúde, uma vez que a lógica da organização do trabalho é da diminuição da demanda e a tentativa dos profissionais está em zerar os problemas que são apresentados diariamente. Esse modelo não é somente produzido pela maioria dos profissionais da equipe, mas também é reforçado pela própria gestão municipal que, além de cobrar a produtividade do profissional, ranqueia os serviços considerando a produção quantitativa.

O terceiro eixo diz respeito à vinculação institucional do programa, sendo que a Residência Multiprofissional está definida como um curso de pós-graduação *lato-sensu*, porém na UFSCar ela está vinculada à Pró-Reitoria de Extensão.

Na entrevista com os três pró-reitores (Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa, Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pró-Reitoria de Extensão) este fato é justificado pelo critério de alocação do recurso financeiro, pois, administrativamente, tem sido esse o caminho adotado para se garantir o repasse do recurso.

Considerando que, se esta tem sido a estratégia que a UFSCar e, talvez, da maioria das universidades públicas, para implantar alguns cursos de pós-graduação *lato sensu*, evidencia-se um desvio de finalidade educativa, onde a prioridade não está na formação profissional, nem tampouco na valorização da especialização, mas, sobretudo, no interesse voltado à organização da gestão financeira.

## **Sessão V– A Formação profissional dos residentes do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município de São Carlos/SP**

Neste texto, contextualizamos o início do processo do Programa da Residência instituído pela UFSCar e apresentamos o número de vagas oferecidas para cada categoria profissional, nas três primeiras turmas de residentes. Posteriormente, particularizamos o estudo com os residentes participantes desta pesquisa e realizamos uma análise comparativa entre os grupos.

### **5.1. Descrição das turmas da Residência Multiprofissional**

O primeiro processo seletivo da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município de São Carlos foi coordenado pela Universidade Federal de São Carlos – UFSCar e aconteceu de 20 de novembro a 15 de dezembro de 2006. Nesse processo houve uma grande procura dos profissionais, chegando a superar a relação candidato/vaga no vestibular de graduação. A abstenção foi de 19,9%, variando de 9% na Odontologia até 24% na Psicologia. O percentual de aprovados variou de 12,7% no Serviço Social até 69,3% na Enfermagem (UFSCar, Secretaria Municipal de Saúde, 2008).

O número de vagas disponíveis foi de 46, disputadas por profissionais das seguintes áreas profissionais: Odontologia, Enfermagem, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Nutrição, Educação Física e Fisioterapia (UFSCar, Prefeitura Municipal de São Carlos, 2006, p. 36; UFSCar, 2007. p. 23-24). Porém, no documento disponibilizado pela coordenação da residência multiprofissional, o número de profissionais selecionados no processo seletivo foi de 43, havendo divergência em relação aos dois outros documentos consultados, do número de vagas, nas áreas de Enfermagem, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

Nesta pesquisa, consideramos o documento disponibilizado pela coordenação, pois foi por meio dele que conseguimos localizar todos os residentes. Definimos 38 residentes em processo de formação profissional, que aconteceu no período de fevereiro de 2007 a dezembro de 2008, conforme apresentado no Quadro 10.

Quadro 10: 1ª. Turma de Residentes - Vagas Ofertadas e Desistências

Áreas	Enf.	Odonto	S.Social	T.O.	Ed. Fis.	Fisio	Nutri	Psi	Total
Projeto e Manual	8	8	5	5	5	5	5	5	6
Doc. Coord.	6	8	4	4	5	5	5	5	2
Desist.	2	-	1	1	-	-	-	-	
Total Residentes									8

Fonte: UFSCar, 2007.

Essa turma contou com oito cirurgiões-dentistas, cinco educadores físicos, fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos; quatro enfermeiros, três assistentes sociais e terapeutas ocupacionais. Levando em conta as quatro desistências, duas na área de Enfermagem, uma na área de Serviço Social e uma da Terapia Ocupacional, o número de profissionais que compuseram essa equipe foi de 38.

A segunda turma de residentes iniciou sua formação em 2008, no período do mês de abril de 2008 ao mês de março de 2010, com um número de 38 profissionais nas mesmas áreas da primeira turma, acrescidas as de Farmácia e de Fonoaudiologia. Porém, foram reduzidas as vagas para os profissionais das áreas de Serviço Social, Terapia Ocupacional, Educação Física, Fisioterapia, Nutrição e Psicologia. Há que se destacar que nos documentos consultados não coincidem o número de vagas ofertadas, onde o número apresentado pelo Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2008-2010 é de 41 vagas, diferentemente do documento enviado pela coordenação, que é de 38. Descrevemos esses dados no Quadro abaixo (Quadro 11).

Quadro 12: 2ª. Turma de Residentes – Vagas Ofertadas e Desistências

Áreas	Enf.	S.Soc	T.O.	Ed..Fís.	Fisio	Nutri	Odonto	Psi	Farm.	Fono.	Total previsto
Manual	8	8	2	2	2	2	6	2	7	7	41
Doc. Coord.	7	3	1	2	2	2	6	2	7	6	38
Desistências	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	
Total de Residentes											35

Fonte: UFSCAR, 2008

Considerando o número total de vagas pelo documento disponibilizado pela coordenação, que é de 38 e mais as 3 desistências nas áreas de Enfermagem, Serviço Social e

Educação Física, mantiveram-se 35 residentes em processo de capacitação profissional. Deste grupo, 7 profissionais são da área de Farmácia, 6 são da Enfermagem, de Odontologia e de Fonoaudiologia, 2 são de Serviço Social, de Fisioterapia, de Nutrição e de Psicologia. Ainda compõe essa turma um educador físico e um terapeuta ocupacional.

A terceira turma computou 43 profissionais, considerando uma desistência na área de Odontologia, conforme os dados coletados em 2010, porém o término do curso foi no fim de 2011. Esse número de vagas também difere dos outros documentos analisados, que apresenta 46 vagas ofertadas.

O Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2009-2011, elaborado pelos profissionais da UFSCar, difere do Manual da Residência 2009-2011 nas áreas de Odontologia e de Serviço Social, mas se igualam ao número de vagas das demais áreas. No documento disponibilizado pela coordenação, a diferença é na área de Enfermagem, coincidindo as demais áreas com o manual, de acordo com o Quadro 12, abaixo relacionado.

Quadro12: 3ª. Turma de Residentes - Vagas Ofertadas e Desistências

Áreas	Enf.	Odonto	S.Social	T.O;	Ed. Fís.	Fisio	Nutri	Psi	Total previsto
Projeto	8	8	5	5	5	5	5	5	46
Manual	8	9	4	5	5	5	5	5	46
Doc. Coord.	8	7	4	5		5	5	5	44
Desist.		1							1
Total de Residentes									43

Fonte: UFSCar, 2009

Tomamos como referência para este estudo o total de 43 residentes, considerando uma desistência.

## 5.2. Os residentes participantes da pesquisa

No processo da pesquisa de campo, tomamos como referência algumas temáticas elaboradas anteriormente como eixo da discussão e consideramos os dados pessoais e

profissionais de cada participante<sup>36</sup>, com os quais foi possível levantar o perfil de cada turma, conforme demonstrado anteriormente.

Considerando o número total de residentes das três turmas, que é de 116, o número de profissionais entrevistados foi de 68, o que equivale, aproximadamente, a 59% de participação.

Na primeira turma contamos com a adesão de 26 profissionais, 21 residentes participaram de forma direta, e 5 virtualmente. Para a caracterização do perfil desse grupo, apresentamos no Quadro 13 as referências relacionadas aos indicadores e consideramos o fator quantitativo para a apresentação dos dados, no caso, o grupo do sexo feminino e a idade em ordem crescente.

---

<sup>36</sup> Dados pessoais: nome, idade, contato. Dados profissionais: curso de graduação (início-término), estabelecimento de ensino, formação complementar (atividades que eleger como sendo relevantes na sua formação profissional)

Quadro13: Perfil dos Residentes – 1ª. Turma

Sexo	Idade	Graduação	Escola/per.Graduação	Tempo Formação	Formação Complementar
F	23	Odonto	Unesp/Araraquara 2006	1 ano	cursos de atualização; Resid. Multi
F	24	Odonto	Usp/Rib.Preto 2006	1 ano	assistência da saúde indígena Pque Xingu; VER-SUS; Resid. Multi
F	24	Nutrição	Univ. Fed. Paraná 2006	1 ano	Resid Multi
F	24	Odonto	Unesp/ FOAR 2006	1 ano	-
F	24	S. Social	Unesp/Franca 2006	1 ano	estágios: APAE e na área de saúde pública/ Campinas; VER-SUS
F	24	S. Social	UEL – 2005	2 anos	estágio curricular no hospital univers.; projetos pesquisa e extensão; curso capacitação; Res. Multi.
F	24	Ed. Física	UFSCar – 2006	1 ano	inic. científica; estágios
F	24	Nutrição	Unesp/Botucatu 2006.	1 ano	estágio
F	25	T.O.	USP/SP – 2005	1 ano	Resid Multi
F	25	Fisio	Usp/RP – 2006	1 ano	projeto de extensão
F	25	Odonto	Univ. Federal de Uberlândia – UFU 2006	1 ano	especialização; Resid. Multi; eventos científicos
F	25	Nutrição	Unesp/Botucatu 2006	1 ano	estágio; atendimento e avaliação clínica hospitalar; curso extensão
F	26	Odonto	Unesp/Araraquara 2006	1 ano	curso de Atenção Primária em Saúde/Cuba; Resid. Multi
F	26	Enfer.	UFSCar2006	1 ano	Inic. Científica; Resid. Multi
F	26	S.Social	Unesp/Franca 2004	3 anos	aprimoramento; especialização
F	26	Psico	Unesp/Assis 2006	1 ano	aprimoramento em Saúde da Família; Resid Multi
F	27	Fisio	Univ. Fed. Paraíba 2006	1 ano	projetos de extensão
F	27	Enfer	UFSCar 2005	2 anos	Resid Multi
F	28	Psico	Unesp/Bauru 2006	1 ano	-
F	29	Fisio	UFSCar – 2006	1 ano	estágio; iniciação científica
F	37	Enfer	Uniaras – 2006	1 ano	Resid Multi
F	44	Enfer	UFSCar - 1988	19 anos	especialização em administração hospitalar e gestão em saúde.
M	24	Fisio	Unileste/MG	-	movimento estudantil; VER-SUS; cursos de capacitação; monitorias
M	26	Psico	SP/RP – 2005	2 anos	aprimoramento
M	30	T.O.	UFSCar – 2004	3 anos	movimento estudantil; VER-SUS
M	30	Enfer	Unifesp – 2003	4 anos	movimento estudantil; Resid. Multi

O perfil do grupo entrevistado está caracterizado como sendo a maioria do sexo feminino (82,6%), com idade variável entre 23 e 44 anos, dos quais a grande maioria se

encontra entre 24 e 29 anos (82%). Em relação à formação profissional, 5 profissionais são cirurgiões-dentistas, 5 enfermeiros, 4 fisioterapeutas, 3 assistentes sociais, 3 psicólogos, 3 nutricionistas, 2 terapeutas ocupacionais e 1 educador físico, o que confere neste processo de pesquisa a cobertura de todas as áreas profissionais. A maioria do grupo se graduou em universidades públicas (93%), federais ou estaduais, e o tempo de formação entre o curso de graduação e o início no Programa da Residência Multiprofissional foi, praticamente, de 1 ano para 72% do grupo, de 2 a 3 anos para 20% e somente 8% para mais do que esse período (4 e 19 anos).

A atividade complementar de maior relevância indicada pelos entrevistados foi o próprio curso de pós-graduação na Residência Multiprofissional (aproximadamente 25%), inclusive a possibilidade de participação no curso de Atenção Primária em Saúde, realizado em Havana/ Cuba, no ano de 2009<sup>37</sup>. Na sequência vêm os cursos de especialização, aprimoramento e de extensão (24,2%). A assistência é destacada, mas em menor porcentagem (6,6%), e a participação em congressos, fóruns e outros eventos científicos somente aparecem como uma resposta (2,2%). Considera-se ainda como relevante as atividades realizadas durante o curso de graduação, como a participação nos programas de iniciação científica e de extensão (13,3%), os estágios curriculares e extracurriculares (13,3%), a participação no VER-SUS (6,6%), na coordenação e apoio às organizações do movimento estudantil (6,6%) e a participação nas monitorias (2,2%).

Nessa turma foi possível entrevistar um profissional que desistiu do programa, e o motivo relatado foi ter sido aprovado num concurso público que prestou anteriormente à seleção para a residência. Informou que foi muito difícil tomar essa decisão e que gostaria de ter concluído o curso, pois, além de ter que interromper um processo de capacitação profissional, teve também que romper com os vínculos afetivos já estruturados. Portanto, diz que essa escolha se deu, principalmente, pelas fragilidades do programa da residência, no sentido da falta de garantia de trabalho futuro no campo da saúde pública. Sendo assim, optou por desistir dessa formação e se inserir, de imediato, nesse campo.

Da mesma forma, outro profissional, também pertencente a essa turma concluiu o curso de pós-graduação *stricto sensu*, desenvolvendo uma pesquisa no campo da saúde pública na área da saúde do trabalhador. Porém ele não destacou essa atividade como mais

---

<sup>37</sup> Alguns residentes relatam que fizeram o curso La Atención Primaria de Salud y la Medicina Familiar en Cuba, em 2009.

relevante na sua carreira profissional, justificando a expectativa de ter uma formação mais orientada para um aprimoramento ou aprofundamento da formação profissional básica, aproximando-se mais da sua prática profissional.

Na segunda turma, contamos com 17 residentes participantes desta pesquisa, sendo que 12 entrevistados foram de forma direta e 5 enviaram suas respostas digitalizadas. O total equivale, aproximadamente, a 49% de participação de todas as áreas profissionais, conforme os dados apontados no Quadro 14, abaixo relacionado.

Quadro 14: Perfil dos Residentes – 2ª. Turma

<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Graduação</b>	<b>Escola/período grad.</b>	<b>Tempo Formação</b>	<b>Formação Complementar</b>
F	24	Fono	USP/Bauru/2007	1 ano	curso de Atenção Primária em Saúde/Cuba
F	25	Farmácia	2007	1 ano	estágios; projetos de extensão; movimento estudantil; Resid Multi
F	25	Enfer	Famema-2007	1 ano	estágios; cursos; eventos científicos; projetos de extensão
F	26	S. Social	Unesp-2007	1 ano	Resid Multi
F	26	Psico	PUC/Poços de Caldas 2007	1 ano	Resid Multi; congressos durante a residência; eventos científicos
F	26	T.O.	UFMG/BH 2007	1 ano	VER-SUS; encontros nacionais estudantes; movimento estudantil; movimentos sociais; projetos de extensão; Fórum Social Mundial.
F	26	Fisio	Unesp-2007	1 ano	estágio; participação na Liga de Pneumologia
F	26	Farmácia	Unesp-2007	1 ano	Estágio; Resid Multi
F	26	Fisio	UFSCar-2006	2 anos	Resid Multi; congressos durante a residência
F	27	Enfer	UFSCar-2007	1 ano	Resid Multi
F	27	S. Social	Unesp/Franca 2008	recém- formada	Resid Multi; eventos científicos
F	29	Fono	Unicamp-2006	2 anos	-
F	29	Odonto	Unesp/Araraquara	-	estágio; eventos científicos.
M	26	Fono	USP/Bauru 2006	2 anos	curso extensão; Res. Multi
M	27	Ed. Físico	UEL/PR 2005	3 anos	Movimento estudantil
M	28	Odonto	2007	1 ano	curso de capacitação; estágio; monitoria.
M	49	Nutrição	Univ. Fed.Mato Grosso/Cuiabá 1992	16 anos	especialização

Para a caracterização do perfil dessa turma consideramos os mesmos elementos apontados na turma anterior<sup>38</sup> e, como resultado, elencamos as seguintes características: a maioria dos segmentos é do sexo feminino (aproximadamente, 76,5 %), com idade variando entre 24 e 49 anos, sendo a concentração maior na faixa de 26 anos (41%). Em relação à formação profissional 3 são fonoaudiólogos, 2 fisioterapeutas, 2 enfermeiros, 2 assistentes sociais, 2 farmacêuticos, 2 cirurgiões-dentistas e os demais são psicólogo (1), terapeuta ocupacional (1), educador físico (1) e nutricionista (1).

A formação universitária do grupo foi obtida, quase exclusivamente, em instituições públicas de Ensino Superior, em escolas federais ou estaduais, somente um profissional se graduou na rede privada de ensino, considerando que dois residentes não responderam a esta questão. A concentração maior dos profissionais entrevistados se deu na área de Fonoaudiologia (3), o que equivale a, aproximadamente, 17,7%, seguida de Farmácia (11,8%), Fisioterapia (11,8%), Enfermagem (11,8%), Serviço Social (11,8%), Odontologia (11,8%), Terapia Ocupacional (5,8%), Educação Física (5,8%), Psicologia (5,8%) e Nutrição (5,8%).

O tempo de formação entre o curso de graduação e o início no Programa da Residência Multiprofissional é salientado no período de um ano, para a maioria (62,5%), e de dois a três anos para 25% dos entrevistados, considerando 16 respostas, pois um entrevistado não informou esse dado. Apenas um residente era recém-formado, e um tinha 16 anos de formação profissional. Este último relatou que estava empregado quando optou fazer o curso de pós-graduação da Residência Multiprofissional, tendo que abandonar o trabalho para ingressar no programa.

No processo da coleta de dados desta pesquisa com esse grupo, podemos considerar que todas as profissões foram contempladas, em relação às áreas definidas pelo programa.

A maioria dos entrevistados indicou como atividade relevante em sua formação profissional a Residência Multiprofissional (aproximadamente 28%), com destaque na possibilidade de participação dos cursos e demais eventos realizados por meio do Programa da Residência, como o curso de Atenção Primária em Saúde, ministrado em Havana/Cuba, o Seminário Nacional de Humanização e a Mostra Saúde da Família. Os cursos de extensão universitária e de especialização também foram identificados, numa porcentagem de 12,5%.

---

<sup>38</sup> Indicadores considerados: sexo, idade, formação profissional na graduação, escola e período da graduação, tempo de formação profissional entre o término da graduação e a entrada na residência, formação complementar.

Em relação à graduação, apareceram as seguintes atividades: a prática profissional referente aos estágios (18,8%), a participação no movimento estudantil e nos movimentos sociais (15,7%), com destaque na organização do Encontro Nacional dos Estudantes de Terapia Ocupacional, a participação nos eventos científicos (12,5%), inclusive no Fórum Social Mundial, nos projetos de Extensão (6,2%), no VER-SUS (3,2%) e na Liga de Pneumologia (3,2%).

A terceira turma teve a participação de 25 residentes nesta pesquisa, dos quais 23 participaram de forma direta e 2, indiretamente, o que corresponde, aproximadamente, a 58% de adesão<sup>39</sup>. Na caracterização do perfil desse grupo, consideramos os mesmos indicadores referendados nas turmas anteriores

---

<sup>39</sup> A terceira turma foi composta por 43 profissionais da área da saúde.

Quadro 15: Perfil dos Residentes – 3ª. Turma

Sexo	Idade	Graduação	Escola/período Graduação	Tempo de Formação	Formação Complementar
F	22	Enfer	Famema-2008	recém-formada	curso capacitação
F	23	T.O.	USP/Ribeirão Preto 2008	recém- formada	Participação ev
F	23	Odonto	Usp/ Ribeirão Preto 2008	recém- formada	projeto Xingu; curso formação; movimento estudantil; estágio
F	23	Fisio	Unesp/ Presidente Prudente-2008	recém- formada	especialização
F	23	Enfer	UFSCar-2008	recém- formada	curso capacitação
F	23	Educ. Física	UFSCar-2008	recém- formada	eventos científicos; projetos de extensão; estágios
F	24	Enfer	Unesp/ Botucatu 2008	recém- formada	projetos de extensão, iniciação científica
F	24	T.O.	Centro Univ.São Camilo/2008	recém-formada	estágio; grupo de estudos
F	24	Enfer	Usp/ Ribeirão Preto 2008	recém- formada	iniciação científica; eventos científicos; Resid Multi
F	24	Educ. Física	UFSCar-2008	recém- formada	estágio; iniciação científica
F	24	Serv. Social	Unesp/Franca 2007	1 ano	eventos científicos
F	24	Nutrição	Unesp/Botucatu 2008	recém-formada	estágios; eventos científicos
F	25	Psico	UFSCar-2008	recém- formada	VER-SUS; estágio
F	25	Nutrição	Usp/ Rib.Preto 2008	recém- formada	-
F	25	Psico	Unesp/Assis 2008	recém-formada	curso capacitação; estágio
F	25	Enfer	Usp/ Ribeirão Preto 2008	recém- formada	projetos de extensão; iniciação científica
F	25	T.O.	Usp/ Rib.Preto 2008	recém-formada	estágios; eventos científicos
F	25	Psico	Unesp/Assis2008	1 ano	estágios; iniciação científica; graduação em Serviço Social
F	25	Ser Social	Unesp/ Franca 2007	1 ano	eventos científicos; projetos de extensão; grupos de estudo; Resid Multi
F	25	Fisio	Univ., Católica Salvador-Uesal-2008	recém-formada	projetos de extensão; eventos científicos
F	27	Fisio	Usp/ Rib.Preto 2007	1 ano	Especialização
F	28	Educ. Física	UFSCar-2008	recém- formada	curso capacitação
M	23	Odonto	Unicamp-2008	recém- formado	-
M	24	Enfer	Escola: Univ. Fed.Mato Grosso-2008	recém-formado	grupo de estudos; curso capacitação
M	28	Odonto	Unip-2004	4 anos	curso capacitação

Descrevemos o perfil desse grupo de residentes, colaboradores desta pesquisa, como: 88% dos residentes são do sexo feminino, sendo apenas 3 do sexo masculino. A maioria se

encontra na faixa etária entre 23 e 25 anos (84%), com idade variável entre 22 e 28 anos. Considerando a formação profissional, temos a seguinte definição: 6 profissionais são enfermeiros, 3 terapeutas ocupacionais, 3 fisioterapeutas, 3 educadores físicos, 3 psicólogos, 3 cirurgiões-dentistas, 2 assistentes sociais e 2 nutricionistas. As áreas de Fonoaudiologia e de Farmácia não foram contempladas nesta turma, assim como não foi na primeira turma, o que nos leva a concluir que consideramos nesta pesquisa todas as áreas profissionais, e a Enfermagem foi a área que se destacou quantitativamente.

Em relação ao curso de graduação e as escolas de ensino superior, podemos definir que 88% desses residentes concluíram seu curso em escolas públicas, estaduais ou federais, e já no ano seguinte conseguiram ser selecionados pelo Programa da Residência Multiprofissional da UFSCar. Assim, 80% dos profissionais dessa turma eram recém-formados quando iniciaram este curso de pós-graduação, 12% tinha um ano de formação e apenas um residente tinha mais tempo de formado, que era de quatro anos.

Esse grupo indicou as atividades relevantes àquelas relacionadas ao seu próprio curso de graduação, sendo 20% referentes à participação em eventos científicos, como simpósios, congressos, jornadas, semana de estudos. Em seguida referem às práticas profissionais como os estágios (17,7%), os projetos de iniciação científica e de extensão (17,7%), os grupos de estudos (6,6%), a participação no VER-SUS (2,2%), no Projeto Xingu (2,2%), nas atividades do movimento estudantil (2,2%) e no primeiro ano de um curso de graduação na área de Serviço Social (2,2%). Em relação aos cursos de extensão, 15,5% relataram devida importância, 8,8% referiram os cursos de especialização e 4,4% apontaram o Programa da Residência Multiprofissional como relevante.

### **5.3. Análise das turmas**

Fizemos um estudo comparativo das três turmas a partir da identificação pessoal e profissional dos residentes que colaboraram com esta pesquisa.

Descrevendo os elementos que compuseram esta análise, identificamos três categorias relacionadas à estrutura do programa: número de participantes, área de formação e afastamento do programa. As categorias relacionadas ao perfil das turmas já foram descritas anteriormente.

Concluimos que os residentes da terceira turma foram os maiores colaboradores, seguido da primeira turma. Porém, o agendamento das entrevistas se deu de forma diferente

entre as duas turmas, uma vez que com a primeira tivemos maior facilidade do que com as demais.

Podemos avaliar que, embora muitos residentes da primeira turma já estivessem se desligando do programa e demonstrassem muita preocupação com as futuras condições de trabalho, mostraram-se disponíveis e interessados com o tema pesquisado. Além disso, parece que gostariam de avaliar o seu próprio processo de capacitação profissional. Esta foi a única turma em que conseguimos entrevistar, inclusive, profissionais que haviam desistido do programa.

Fazendo uma comparação entre as áreas de formação acadêmica, destacamos que a Enfermagem foi a mais presente com a colaboração de 13 entrevistados, seguida da Odontologia, 10, da Fisioterapia, 9, do Serviço Social e da Psicologia, 7, da Terapia Ocupacional e da Nutrição, com 6, da Educação Física, com 5, da Fonoaudiologia, com três 3 e da Farmácia com 2, conforme demonstramos no Quadro 16.

Quadro 16: Turmas da Residência Multiprofissional

<b>Área Profissional</b>	<b>1ª. Turma</b>	<b>2ª. Turma</b>	<b>3ª. Turma</b>	<b>Total/por área</b>
Enfermagem	5	2	6	13
Odontologia	5	2	3	10
Serviço Social	3	2	2	7
Terapia Ocupacional	2	1	3	6
Educação Física	1	1	3	5
Fisioterapia	4	2	3	9
Nutrição	3	1	2	6
Psicologia	3	1	3	7
Fonoaudiologia	0	3	0	3
Farmácia	0	2	0	2
<b>Total de Residentes/%</b>	26/ 67%	17/ 49%	25/ 58%	68/ 58%

Contudo, é preciso considerar que as áreas de Fonoaudiologia e de Farmácia somente foram indicadas para fazer parte da Residência Multiprofissional na segunda turma, o que poderia ser modificado se tivessem sido incluídas nas demais. Incluímos ainda como elemento a ser considerado para análise o número de vagas disponibilizado para cada turma e para cada área profissional.

Constatamos que a oferta de vagas foi maior para a terceira turma e menor para a segunda turma, porém o maior número de desistência está na primeira turma. Em relação à quantidade de vagas ofertadas, poderia se considerar a necessidade de aprovação do Projeto da Residência Multiprofissional, que é enviado anualmente pela coordenação do programa da UFSCar à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS. Dessa

forma, o pedido de renovação de reconhecimento do projeto dependerá dos pareceres das câmaras técnicas da CNRMS, conforme previsto na Portaria n.º 1.049/2009 (BRASIL, 2009)<sup>40</sup>.

É bem desmotivador a questão do financiamento, da incerteza da continuidade, ou não, do programa. A gente está tendo que lidar com isso todos os anos e fica muito difícil para programar as novas Turmas porque nem sabemos se o projeto será aprovado, quantas vagas (OGATA, coordenação, 2008).

Na realidade o Ministério tinha quatrocentas e cinquenta bolsas e aí teve um monte de pedidos, aumentou e eles tiveram que incorporar as uniprofissionais, porque a Residência não é só multiprofissional, é uniprofissional também. Você tem que formar enfermeiras para UTI, enfermeiras na área de cardiologia, então você tem outra necessidade, e aí não tinha recursos para isso (OLIVEIRA, coordenação, 2006).

O discurso apresentado pelas coordenadoras do programa parece confirmar as dificuldades da implantação/reorganização do SUS por meio da qualificação profissional, particularmente em relação à Residência Multiprofissional em Saúde. O programa implantado no município de São Carlos, que contempla estratégias para ampliar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde, além de capacitar os profissionais do serviço, apresentaria dificuldades para o seu financiamento e parece que a solução depende da aprovação do próprio governo federal.

Os gestores não discutiram, durante a entrevista, nenhuma outra possibilidade para resolver esse impasse.

Uma das dificuldades é a continuidade do programa. Não depende da gente a continuação do programa em São Carlos. Eu, por exemplo, fiquei bastante assustada agora, porque a gente tinha uma proposta, lógico que não é o recebimento de dinheiro que fundamenta isso, mas a primeira proposta da residência trazia um ganho adicional aos preceptores e da noite para o dia isso foi cortado: não existe mais bolsa para o preceptor. Aí depende da boa vontade de fazê-lo. E eu acredito que isso já deu uma estremecida. A redução dos números de vagas para a residência também foi outra coisa que nos assusta (CLARO, Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial – SMS/São Carlos).

Em relação às vagas ofertadas, observamos que as áreas de Enfermagem e de Odontologia foram as que tiveram maior privilégio, pois, enquanto para a maioria das profissões o número de vagas se limitou a cinco, para o enfermeiro e o cirurgião-dentista foi

---

<sup>40</sup> Portaria n.º 1.049/GC3, de 11 de novembro de 2009.

de oito. Do nosso ponto de vista desta análise, poderíamos considerar que essas profissões já vêm sendo contempladas nos diversos modelos de saúde, principalmente a enfermagem, que sempre esteve acompanhando a área médica. De certo modo, essa situação facilitaria o acompanhamento do residente no serviço, uma vez que ele já teria uma referência na sua própria área de formação.

Poderíamos avaliar também a estratégia de garantir a assistência da enfermagem e odontológica para a população, na tentativa de diminuir a demanda e obter resultados satisfatórios na avaliação do serviço e, conseqüentemente, da gestão municipal.

Alguns gestores destacam a área da enfermagem na luta para a mudança do modelo de saúde no país e para a efetivação do SUS.

Vários cursos de enfermagem, oferecem, por muitos anos, curso de especialização em saúde pública, que é bem nessa direção, em relação à implantação do SUS, como é o caso do curso de enfermagem da UFSCar. E com isso temos bons resultados (PALHARES, Pró-Reitoria de Extensão).

Assim, há uma valorização da área de enfermagem para o eixo estruturante da rede de atenção básica em saúde.

Avaliando os discursos sobre o afastamento do profissional do programa, a justificativa que apareceu como primeira resposta dos entrevistados é a da competição entre a formação profissional e o mercado de trabalho. Em seguida, as falas de que a opção pelo desligamento se deu pela falta de organização das atividades curriculares, bem como pelo descrédito de que a residência poderia potencializar as futuras condições de trabalho nesse campo. Todavia, é preciso relativizar essa interpretação, uma vez que a maioria dos profissionais que trancaram o curso não foi entrevistada, pelos seguintes motivos: alguns se mostraram desinteressados com a pesquisa, outros disseram da impossibilidade de conciliar o trabalho com o agendamento da entrevista e há um terceiro grupo que não foi encontrado pelos endereços disponibilizados pela coordenação do programa.

Tomando essa categoria para análise, apontamos duas situações que mereceriam destaques. A primeira é a de que o afastamento do programa pode inviabilizar a entrada de outro profissional selecionado (mas não aprovado de imediato) para ocupar essa vaga. A segunda se refere às possíveis dificuldades para o grupo de residentes e para a coordenação para reorganizar o processo de capacitação, bem como o processo de trabalho das equipes que vem sendo construído no serviço.

Fazendo a busca teórica a respeito dessa temática, encontramos que o afastamento do profissional está previsto em três situações: licença-maternidade, licença-adoção e licença-anojo<sup>41</sup>, o que parece não alcançar as discussões destacadas acima.

Tomando a segunda parte da análise, a respeito do perfil do grupo de residentes, elaboramos um quadro, como recurso para disponibilizar a síntese desse processo, conforme consta no Quadro 17.

Quadro 17: Perfil do grupo de residentes

Indicadores	1ª. Turma	2ª. Turma	3ª. Turma
Sexo	83% fem.	76,5% fem.	88% fem.
Idade do grupo	23 a 44 anos maior concentração 24 a 29 anos = 82%	24 a 49 anos maior concentração 26 a 27 anos = 59%	22 a 28 anos maior concentração 23 a 25 anos = 84%
Escolas	públicas- 93% privadas- 7%	públicas- 94% privadas- 6%	públicas-88% privadas-12%
Período da graduação	1984 a 2006	1888 a 2007	2000 a 2008
Tempo para início no Programa	1 ano = 72% 2 a 3 anos = 20% 4 e 19 anos = 8%	1 ano = 63% 2 a 3 anos = 25% 16 anos = 12%	recém-form = 80% 1 ano = 12% 4 anos = 8%
Formação complementar	Residência = 35% Eventos/projetos/s. pub = 90%	Residência = 28% Eventos/projetos/s. pub=70%	Estágios = 17,7% Probic/Probex = 17,7% Eventos/projetos/s pub=20%

Podemos avaliar que a maioria dos residentes é do sexo feminino. Nas duas primeiras turmas a idade variou entre 23 e 49 anos, diferentemente da terceira turma em que a idade mínima do residente é de 23 anos, e a máxima é de 28 anos. Porém, a idade de maior concentração nas três turmas ficou na faixa etária entre 23 e 29 anos.

Pode-se considerar que a maior parte do grupo se graduou em escola pública, sendo mais de 90% nas duas primeiras turmas, e 88% na terceira turma, e o processo de formação acadêmica se deu entre 1984 e 2008.

O período que o residente teve entre a graduação e o início na residência é de um ano, para a maioria dos entrevistados das duas primeiras turmas, mas há profissionais com até 19 anos de conclusão do curso de graduação, com experiências profissionais no campo da saúde, inclusive com a titulação de mestre, desenvolvendo a pesquisa no campo da saúde pública. Na

<sup>41</sup> Resolução n.º 3, de 17 de fevereiro de 2011.

terceira turma, essa situação se modifica, sendo a maioria profissionais recém-formados (80%).

Essa situação é reforçada pela própria Portaria que dispõe sobre o fundo de financiamento ao estudante do Ensino Superior, por meio da Bolsa para a Educação pelo Trabalho<sup>42</sup>, em que é prioridade a faixa etária ser inferior a 29 anos.

O discurso dos gestores não é coincidente em relação a esta temática, pois há os que concordam em capacitar o profissional assim que ele termina sua formação acadêmica, pois está com maior disponibilidade para enfrentar os problemas. Alguns valorizam os profissionais com maior experiência, afirmando que, se esta condição do grupo, por um lado, favorece a capacitação ao profissional que ainda está entusiasmado com a sua formação, tendo a perspectiva de contribuir para a modificação das práticas atuais de saúde, que na maioria das vezes está instituída no modelo hegemônico, por outro lado, pode retardar esse processo, pela falta de experiência e até de maturidade profissional. Outros gestores responsabilizam a academia por não formar profissionais capacitados para contribuir com a mudança do modelo de saúde no país.

A realidade concreta observada foi que, nas duas primeiras turmas, a maior idade esteve na faixa dos 40 anos (até 49 anos) e, na terceira turma, na faixa dos 20 anos (máximo 28 anos), o que pode significar que há uma tendência em se valorizar os profissionais recém-formados para ocuparem as vagas da Residência Multiprofissional. Essa condição é, portanto, justificada pela própria legislação que dispõe sobre o fundo de financiamento ao estudante do ensino superior, em que se prioriza a faixa etária inferior a 29 anos (Portaria Nº 1.077/09).

As atividades relevantes apontadas pelos entrevistados também resultaram de forma diferente. Os dois primeiros grupos elegeram como atividade relevante a própria Residência Multiprofissional, inclusive destacando as possibilidades de ampliação do seu conhecimento por meio da participação em eventos científicos, em outros estados e até fora do país, como exemplos, a participação no curso de Atenção Primária em Saúde, realizado em Havana/Cuba, no ano de 2009, no Seminário Nacional de Humanização e na Mostra do Saúde da Família, enquanto a terceira turma selecionou as atividades realizadas durante o seu processo de formação acadêmica, referindo à participação em eventos científicos e aos estágios, assim como os projetos de iniciação científica e de extensão.

---

<sup>42</sup> Lei n.º 12.513/2011.

Podemos considerar que, de acordo com as experiências relatadas pela maioria dos segmentos da terceira turma, a respeito da formação acadêmica, a capacitação em serviço poderá depender das orientações que o residente tiver, pois a realidade socioepidemiológica de cada território pode demandar habilidades que precisam ser desenvolvidas, e os orientadores teriam que assumir essa função.

## **Sessão VI – Políticas de Formação de Recursos Humanos e o Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade: a Experiência do Residente no Município de São Carlos/SP**

A partir desta temática, procuramos analisar a formação profissional do residente a partir da política implantada no município de São Carlos/SP para a formação pós-graduada dos profissionais da saúde. Ao considerar que o programa da Residência Multiprofissional foi lançado pelo Ministério da Saúde, em 2005, como estratégia para reorientação da atenção básica na saúde, pretendendo induzir essa política de formação de recursos humanos na área, escolhemos esse município como campo para o estudo empírico.

Para não perder de vista o nosso objeto de estudo, fizemos um percurso para as decomposições sucessivas da realidade, na tentativa de captar toda a riqueza das categorias mais simples àquelas mais abstratas, objetivando analisar a complexidade e a concreticidade do todo.

Nesse processo, elencamos as seguintes categorias destacadas na análise: opção do profissional em participar do programa de residência proposto pela UFSCar, opinião sobre a política implantada pelo Ministério da Saúde a respeito da formação superior dos profissionais, processo de vivência na implantação dessa política no município de São Carlos, formação profissional e o alcance e a permanência dessa proposição política para a formação pós-graduada em saúde.

A análise dessas categorias estão apresentadas como resultado desta pesquisa neste capítulo.

### **6.1. Opção pela Residência Multiprofissional**

Neste tema procuramos compreender as razões da decisão dessa formação, as expectativas, motivações profissionais e projetos referentes a essa escolha, as demandas abertas e não atendidas pela graduação em saúde e as demandas do exercício profissional.

A opção pela escolha do Programa da Residência Multiprofissional para a maioria dos segmentos da primeira turma foi referida pela importância nessa capacitação, uma vez que, durante a formação acadêmica, o modelo de graduação esteve voltado para o conhecimento técnico, com pouca análise da realidade de saúde do país.

Os depoimentos desse grupo é a de que a única aproximação com as temáticas críticas sobre saúde pública se deu por meio da disciplina de Saúde Coletiva ou afins, ministrada, geralmente, em um semestre, como componente teórico do curso de saúde. A opinião é a de

que esse tema era considerado de menor importância, pois tanto o curso, quanto os alunos focavam a formação biológica, voltada para as especialidades. Alguns estágios também foram oferecidos na área da saúde coletiva, porém foi mais como uma garantia de realizar uma atividade prática e não com a responsabilidade de se envolver e contribuir com o serviço nem com a sua própria formação.

Para a maioria do grupo, os processos de construção do SUS não são priorizados pelas IES, pois os cursos se mantêm muito distantes dos serviços de saúde, e as ações e os programas de parceria entre a universidade e a Secretaria de Saúde não favorecem maior aproximação do estudante com os diferentes grupos da comunidade. Os residentes dizem que os usuários que procuram atendimento nas clínicas universitárias são de outra classe social, se comparados com as pessoas que moram nos bairros de periferia, as quais não têm o mesmo acesso.

Além disso, afirmam que, embora alguns professores fizessem esforço para que os alunos reconhecessem a importância das temáticas relacionadas a essa área do conhecimento, motivando-os para terem um posicionamento mais crítico da sua formação profissional, somente alguns se interessavam por esse debate. Tanto que essa minoria procurava estar em projetos em que pudessem experimentar outros modelos de educação e produzissem novos conhecimentos técnicos e políticos. Citaram como exemplos: a participação no movimento estudantil, a organização e participação no VER-SUS, os estágios curriculares e extracurriculares nas estratégias de Saúde da Família e da vigilância epidemiológica, os projetos de extensão universitária, os fóruns de educação permanente e de educação popular, a participação em eventos científicos na área da saúde coletiva e a participação nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde. A inserção nesses espaços é apontada por esse grupo como uma possibilidade de enviesar a graduação e sair do modelo tecnológico.

A minha formação política, eu busquei fora, pois o curso era totalmente clínico, formador de técnicos; formei-me um bom técnico, sabendo todos os procedimentos, mas zero de formação política, zero de satisfação, zero de noção da realidade de saúde da população e zero de setor público (...) Diante da minha decepção com o curso, comecei a me envolver mais com a saúde da minha região e me interessar cada vez mais pela saúde coletiva. Em 2005 participei do VER-SUS e depois fui estagiar no Vale do Jequitinhonha, onde eu pude ver uma realidade muito impactante da realidade socioeconômica de saúde, das necessidades básicas e daí comecei a rever minha profissão (SALGADO, fisioterapia).

A formação acadêmica é uma coisa bem centrada, bem específica na sua área, se a gente só tiver esse modelo, vamos continuar reproduzindo-o, o que já vem sendo

feito há anos, cada um na sua área, cada um no seu quadrado, o consultório é um quadrado (FRAGELLI, odontologia).

Esse grupo considera que a maioria dos cursos da saúde reproduz o modelo biologicista, funcionando a favor da corrente da capitalização do setor, tanto no sentido do cuidado com a saúde, quanto da organização do trabalho, o que impõe, para grande parte dos alunos, a expectativa de um trabalho com base na tecnologia e no desenvolvimento das especialidades.

Eu venho de uma escola particular. Eu acho que a faculdade particular quer te inserir no mercado. A minha formação foi estritamente hospitalar e médico-centrado. Eu tive muito contato lá com o PSF, até plaquinhas tem lá nos postos de saúde, mas a gente não foi treinada para ser crítica, reflexiva. A gente foi mesmo treinada para sair no mercado e conseguir emprego num hospital (PAVAN, enfermagem).

Uma pequena parte desse grupo da primeira turma tem outra opinião sobre esse debate, pois relata ter uma experiência diferente da apontada, durante o seu processo de formação profissional. Relata que os temas da saúde pública foram destacados no campo teórico e prático, de tal modo que a opção pela Residência Multiprofissional se deu como uma possibilidade de capacitação nessa área, objetivando o aprofundamento dos estudos e a continuidade do debate, diferentemente da maioria que opinou pelo programa com a expectativa de obter uma formação diferenciada da anterior.

Assim, nessa primeira turma de residentes, a maioria do grupo tomou a decisão de obter essa formação devido às demandas abertas e não atendidas pela graduação em saúde. Esses profissionais já estavam inseridos no mercado de trabalho, na sua área profissional, na UBS, em hospitais e clínicas, e se mostravam descontentes com sua própria atuação profissional. Eles justificam que estavam à procura de algum curso de especialização que pudesse ajudá-los a compreender melhor a organização do serviço, a demanda atendida e as equipes, pois fazem uma crítica do que estava sendo produzido e tinham até um certo descrédito com as políticas anunciadas pelo governo federal, voltadas à Atenção Básica e à capacitação de recursos humanos para a saúde.

Alguns residentes desse grupo relatam que buscaram cursos de aprimoramento, de especialização e até de pós-graduação *stricto sensu*, mas continuavam procurando o aprofundamento teórico e prático. Esse grupo diz que tentaram se inserir em algumas

disciplinas nos programas de pós-graduação, como aluno ouvinte, mas apontam as dificuldades em retornar à universidade para continuar o processo de formação. Concluem que participar das universidades públicas é bastante burocrático e, às vezes, não facilita essa interlocução entre formação e trabalho.

Há outra parte dos residentes que refere que as razões da busca dessa formação foi pela condição de estar recém-formado, com pouca experiência no campo da saúde e com muita insegurança para desempenhar o seu papel profissional, Assim, a residência seria uma possibilidade de lidar com essas situações, pois, além de poder continuar o processo de formação, atuaria como profissional, mas seria supervisionado, o que diminuiria os receios pela falta de experiência.

Apontamos como resultado desse tema que as motivações profissionais e os projetos referentes a essa escolha, para a maioria dos entrevistados, têm a ver com a possibilidade de aprimorar e ampliar seus conhecimentos, numa experiência de formação em serviço, especificamente numa Unidade Saúde da Família – USF, garantindo conhecer essa estratégia política e aproximar-se, na prática, da gestão e do cuidado na Atenção Básica. Outro elemento que contribuiu para essa escolha foi a oportunidade de vivenciar um trabalho numa equipe multidisciplinar, pois a expectativa era de poder sair da especificidade da área e experimentar uma ação mais coletiva. Esse curso de pós-graduação também deveria abrir caminhos no mercado de trabalho, na gestão pública ou mesmo na academia, como tutores ou preceptores, ainda mais ao considerar o conceito e o status que a UFSCar tem diante do cenário das escolas de ensino superior. Alguns entrevistados apontam ainda que a escolha por esse curso se deu pela titulação, pois é previsto que a Residência Multiprofissional promova duas titulações, uma de especialista em Saúde da Família e outra de residente.

Apenas 5% dos entrevistados dessa turma refere que a opção se deu pelo incentivo financeiro, justificando a necessidade de obter uma remuneração e continuar o seu processo de formação profissional, seja de ser esta a única possibilidade de fazer uma especialização, por ser gratuita e ainda oferecer uma bolsa. Essa mesma porcentagem justifica a opção pelo programa pela facilidade em relação à localização do curso, garantindo um menor tempo de viagem e menor investimento financeiro para sua manutenção. A falta de perspectiva profissional, depois de terminado o curso de graduação, também foi um dado referido pela minoria dos segmentos.

Na **segunda** turma de residentes, as razões da decisão dessa formação esteve concentrada, na maioria dos segmentos, em duas justificativas: pelo interesse das temáticas relacionadas à área da saúde coletiva e pela possibilidade em fazer uma pós-graduação gratuita e receber incentivo financeiro.

O primeiro grupo aponta a necessidade de ampliar o conhecimento, por meio de um curso de especialização, pois pretendia garantir um conhecimento aprofundado a respeito do sistema de saúde no Brasil, bem como de outras temáticas relacionadas à saúde pública. A expectativa era a de obter também uma capacitação na prática da assistência e da gestão em saúde, especificamente, na Estratégia de Saúde da Família – ESF, compreendendo os processos de trabalho desenvolvidos junto aos diferentes cenários da prática.

O segundo, que justifica a escolha pela residência devido à possibilidade da concessão da Bolsa para Educação pelo Trabalho, afirma a necessidade financeira, principalmente do recém-formado<sup>43</sup>, em continuar os estudos para obter maior qualificação, mas tendo certa garantia para sua manutenção.

Para o primeiro grupo, o fato de o programa ser coordenado pela UFSCar garantiria o conhecimento especializado e crítico da saúde pública, pois o reconhecimento e o status que esta universidade tem no âmbito nacional garantiria essa formação. Assim, a possibilidade de adquirir um certificado reconhecido por esta instituição traria, além do aprofundamento teórico, maior chance de se inserir futuramente no mercado de trabalho.

Em relação à aquisição do conhecimento, suas expectativas eram ter sustentação para a melhoria da sua atuação profissional. Esperavam adquirir conhecimentos que viessem somar a sua prática profissional, com a garantia de que a formação em serviço pudesse aproximá-los da utilização de tecnologias que permitissem articulação entre teoria e prática.

A perspectiva de obter melhor colocação profissional é justificada ainda pelas políticas que vêm sendo implantadas pelo governo federal no âmbito da Atenção Básica na Saúde, especialmente na Estratégia da Saúde da Família, com a implantação do Nasf – Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Alguns residentes afirmam que, com o Nasf, haverá ampliação do número de profissionais nas equipes de Saúde da Família, e a formação na residência deverá ser priorizada pelos gestores que aderirem a essa política.

---

<sup>43</sup> No Quadro 18, verificamos que 63% dos profissionais dessa turma tinham um ano de formação, antes de iniciar a residência.

Considerando ainda o interesse pela área da saúde coletiva, essa opção é justificada também pela avaliação acerca da formação profissional recebida na graduação. Esse grupo avalia que a maioria dos cursos da saúde não prioriza na formação profissional a contribuição para o sistema público de saúde do país, pois nem mesmo tem iniciativa e interesse para promover debates sobre o contexto histórico e político do SUS, deixando os alunos reproduzirem as informações da mídia e os discursos de grande parte da burguesia, atacando e desmoralizando o sistema. Entendem que o foco dos cursos da saúde está na especialidade e na demanda do mercado.

Consideram, ainda que, durante todo o processo de formação profissional na graduação, o conteúdo das disciplinas de Saúde Coletiva e afins era basicamente teórico, com pouca interlocução com os campos da prática. Em alguns cursos, a maior aproximação foi com as temáticas relacionadas à vigilância epidemiológica. Todavia, a prioridade da formação se deu no modelo médico assistencial privatista, que encontra seus fundamentos na medicina flexneriana, voltado para o atendimento da demanda espontânea com base em procedimentos e serviços especializados.

A minha formação teve pouca ênfase em saúde pública, era em sua maioria voltada para a reabilitação individual do paciente, apenas o estágio de fonoaudiologia preventiva é que trabalhava com grupos terapêuticos, capacitações, salas de espera ou quaisquer ações de prevenção em saúde. Quase não se fazia trabalho em equipe, muitas vezes era apenas o profissional e o paciente. Apesar da faculdade ter curso de fonoaudiologia e de odontologia, praticamente não se fazia ações conjuntas (BARALDI, fonoaudiologia).

Durante toda a graduação nunca houve uma visualização aprofundada sobre o sistema de saúde do nosso país e, muito menos, de que o farmacêutico era um profissional da saúde e, como tal, deveria olhar além da cartela de medicamentos (...). A opção pela residência foi por isso, porque queria conhecer a atuação do farmacêutico no SUS, porque só tive maior contato com as temáticas da saúde pública por participar do movimento estudantil, tema discutido pelo movimento (PAES, farmácia).

Alguns residentes avaliam que o debate sobre a saúde pública na graduação só aconteceu para cumprir as exigências do MEC, porém em algum momento esse objetivo foi transgredido, na medida em que uma parte dos alunos conseguiu extrapolar os muros da universidade. Dizem que também foram influenciados por alguns docentes que promoviam esse debate e os ajudavam a se aproximar das temáticas e da avaliação sobre a sua própria formação acadêmica. Como resultado, buscaram, em outros cursos, disciplinas optativas para

completar sua grade curricular, envolveram-se com projetos direcionados à saúde pública e aos movimentos sociais, e participaram do movimento estudantil.

Outras opções são apresentadas, porém, pela minoria do grupo, sendo elas a insegurança do recém-formado, a facilidade do local a ser oferecido a residência, garantindo a proximidade com moradia própria ou de familiares e a falta de opção profissional no momento do término do curso de graduação.

Para a **terceira** turma da residência, os caminhos da opção pela realização do programa se deram de forma diversificada. Alguns referem o interesse em ampliar sua experiência, completando sua formação profissional no campo da saúde coletiva, especificamente na ESF, mas no próprio núcleo do conhecimento:

Eu queria aprender fazer consulta de enfermagem, saber fazer a realização de pré-natal, consulta em saúde da mulher e também realizar o estudo teórico da formação de grupos e gestão em saúde na ESF (Barbosa, enfermagem).

Busquei a residência para conhecer novas ferramentas da fisioterapia trabalhando no PSF, o que um fisioterapeuta faz, como ele deve utilizar seus conhecimentos para atender a demanda e como se trabalha com grupos de pacientes (Silva, fisioterapia).

Eu tive formação voltada para o PSF na área da odontologia social e preventiva, então procurei a residência para ampliar meus conhecimentos nessa área (Mesquita, odontologia).

As razões da decisão dessa formação estão voltadas para a especialização e a capacitação da própria profissão, mas em outra área. Outros residentes apresentam essa mesma justificativa, porém com o interesse em sair do núcleo “duro” do conhecimento e avançar para a aprendizagem do trabalho em equipe multiprofissional.

Outra parte do grupo justifica essa opção com a expectativa de que a titulação privilegie a concorrência no mercado de trabalho, ainda mais com a criação do Nasf, que deve dar oportunidade para a atuação do profissional de saúde, principalmente para as profissões não médicas.

Para alguns entrevistados, a escolha pelo programa foi também, de certo modo, por influência de outros residentes, que facilitaram a informação sobre esse modelo de pós-graduação. Todavia, os profissionais que concluíram seu curso de graduação na UFSCar ou em outra instituição que oferecia o curso de pós-graduação na modalidade da Residência Multiprofissional acabaram tendo a possibilidade de aproximar-se do programa e identificar-se com ele.

Outras justificativas são apresentadas, como o fato de a instituição que está ofertando a residência ser a UFSCar, reconhecendo-a como uma universidade de referência na qualidade do ensino superior público. A facilidade em continuar no mesmo município, uma vez que já havia concluído a graduação nessa mesma universidade, a possibilidade de ficar mais próximo dos familiares e a situação de ser recém-formado<sup>44</sup> e ainda não ter nenhuma perspectiva de trabalho no campo da saúde. Nesse sentido, a possibilidade de obter essa formação, além de garantir a titulação, seria uma forma de melhor qualificar-se, antes mesmo de enfrentar o mercado.

Outra parte do grupo refere a necessidade do financiamento para poder dar continuidade em sua formação profissional.

Eu escolhi mesmo pelo fato de ter a bolsa. Eu me formei e não tinha nada em vista, nem sabia o que se tratava a Residência Multiprofissional, estava procurando um emprego. Cai de “para-quebras” na residência (Pontoglio, educador físico).

Um menor número de entrevistados diz ter feito essa opção pela possibilidade de continuar seus estudos na área da saúde coletiva, pois haviam realizado outro tipo de capacitação nessa mesma área, que despertou bastante interesse na continuidade. Citam o curso de especialização em saúde coletiva e o acompanhamento da implementação do Programa de Agentes Comunitários – PAC no município de sua referência.

Considerando a temática das demandas abertas e não atendidas pela graduação em saúde e as demandas do exercício profissional, há dois posicionamentos dos entrevistados. Há aqueles que avaliam positivamente seu curso de graduação, inclusive sua formação no campo da saúde pública, pois tanto o conhecimento teórico quanto prático atingiram suas expectativas. Porém, a maioria do grupo questiona a sua formação acadêmica, avaliando que o modelo biologicista foi dominante, pois esteve centrado na especialização e na valorização do ambiente hospitalar, com ênfase na especialidade e na atenção individual ao paciente.

Uma parte do grupo relata que teve algum conhecimento teórico-prático na área da saúde coletiva, mas com pouco incentivo para que os alunos pudessem compreender e refletir, com maior profundidade, as temáticas emergentes sobre a saúde pública do Brasil. Alguns

---

<sup>44</sup> Na terceira turma da residência, 80% dos profissionais são recém-formados.

entrevistados relatam que, em algumas instituições, as atividades práticas foram suspensas por falta de recursos humanos capacitados para assumir a vaga remanescente.

A maioria dos residentes desse grupo compreende que, embora tivessem criado algumas alternativas para garantir o estudo sobre essas temáticas, a avaliação é a de que não saíram da compreensão do “senso comum” sobre o sistema de saúde no Brasil.

Em relação às expectativas, motivações profissionais e projetos referentes a essa escolha, o discurso dessa turma apontou três resultados: a capacitação, o trabalho profissional e o mercado de trabalho. No primeiro, a avaliação que fazem é de poderem aprofundar o estudo em temáticas que ainda não discutiram, como: gestão em saúde, ações específicas de cada profissão na ESF, equipe multiprofissional e cuidados coletivos.

O segundo diz respeito à responsabilidade dos profissionais da saúde na mudança do sistema de saúde no país, pois o grupo avalia que o cenário apresentado da desqualificação dos serviços é justificado, principalmente, pela falta de responsabilidade e de compromisso do próprio trabalhador da saúde. Os entrevistados referem que esse comportamento dos trabalhadores é reforçado pela condição da estabilidade no emprego e pela ausência de avaliação do sistema. Sendo assim, consideram que o Programa da Residência pode ser uma estratégia para ajudar a corrigir esses erros.

No terceiro resultado, a expectativa é a de conseguir melhor colocação profissional depois da especialização, uma vez que as intervenções políticas na atenção básica têm direcionado a ampliação do campo de trabalho para os profissionais da saúde, inclusive pelos núcleos – Nasf. Assim, a obtenção do título de especialista deve fazer diferença com os demais cursos lançados no mercado, seja pela ampliação da carga horária oferecida, pelo currículo, ou mesmo pela qualificação que se pretende dar ao profissional.

A crítica que os residentes fazem sobre a formação acadêmica é apresentada também por alguns gestores, que questionam a eficácia dos cursos de saúde. Nesta perspectiva, propomos concluir esse debate em torno do eixo da formação profissional, na graduação e na pós-graduação.

Nós temos uma fragilidade grande na formação, que é a questão da eficácia. Na formação, está tudo estruturado, controlado, de acordo, com horário, e, quando o universitário se gradua, quando ele sai para o trabalho na vida real, ele não tem a menor condição de enfrentar essa situação (...). Eu sempre achei que o mestrado ou doutorado não acrescentam nada ao serviço. A especialização é muito mais útil. O mestrado, como ele é feito hoje, não sei nem para que serve. A minha residência médica, teoricamente, deveria valer como mestrado. O mestrado que eu fiz, do ponto

de vista de conhecimento, de atividade teórica foi muito menor que o conhecimento que eu adquiri em dois anos de residência médica, fazendo 60 horas semanais. Eu sou a favor de você trabalhar o *lato sensu* (PEREIRA, Secretaria Municipal de Saúde/São Carlos).

A nossa conclusão frente a esses dados é a seguinte: a respeito da formação acadêmica, questionamos a dicotomia do conhecimento que tem sido produzido pelos cursos de graduação, como diz Boaventura de Souza Santos (1996), a ciência moderna faz do cientista um ignorante especializado e do cidadão comum um ignorante generalizado. A fragmentação excessiva da aquisição do conhecimento e da capacidade de intervenção prática tem operado a produção dos processos de ensino-aprendizagem, na maioria das escolas. Assim, a universidade, definida como uma instituição que deve ser capaz de construir cenários a partir dos diagnósticos do nosso tempo para atender ao seu compromisso social (Goergen, 2006), tem concorrido com a mercantilização do sistema educacional e a desregulação de um conjunto de bens sociais ao qual o capitalismo industrial impõe, entre eles a saúde.

Compreendemos que a emergência para que a implementação do SUS seja efetivada constitui, sem dúvida, um desafio para a superação das intermediações político-clientelísticas, às quais assistimos no nosso país. Portanto, a essencialidade dos técnicos em quaisquer transformações e a emergência para o reconhecimento do compromisso social que a universidade deve desempenhar são de fundamental importância na tarefa de formação e reciclagem de profissionais, com domínio do conhecimento e com sensibilidade para produzir novas práticas requeridas. Para pensar nessas mudanças, é necessário realizar um esforço de superação da dicotomia entre o caráter objetivo e subjetivo dos modelos, buscando compreender que a saúde é produzida na sociedade e é influenciada pelas formas de organização social (Campos, 1991; Vaistman, 1992; Carvalho, 2005).

Em relação à formação pós-graduada, é preciso relativizar o debate, compreendendo o percurso histórico e documental da pós-graduação *lato sensu* no Brasil. A pós-graduação *lato sensu*, enquanto modelo para o aprimoramento (aperfeiçoamento) ou o aprofundamento (especialização) da formação profissional básica, justifica-se pelo avanço do conhecimento e da necessidade de ajustar o perfil profissional às mudanças operadas na própria profissão (Saviani, 1991). Todavia, o percurso histórico e documental da pós-graduação *lato sensu* no

Brasil permite evidenciar uma emergência: a falta de políticas públicas que incentivem e reconheçam essa importância.

Destacamos que nessa modalidade a maioria das formas previstas contrasta com a definição de atividades de ensino, aproximando-se muito mais do conceito de extensão. Assim, a pós-graduação *lato sensu* não se configura como uma atividade contínua de ensino regular e que têm objetivo técnico-profissional, sem abranger o campo total do saber em que se insere a especialidade, contrariamente aos programas de mestrado e de doutorado, regulados por diversos instrumentos e se caracterizam pela atividade acadêmica e de pesquisa, constituindo-se como requisitos obrigatórios e academicamente complementares à graduação e, portanto, integrados ao Sistema Nacional de Pós-Graduação.

De certa maneira, a oferta descontínua e, na maioria dos casos, não acadêmica da pós-graduação *lato sensu* tem levado à compreensão de que se trata de cursos que independem de autorização e de continuada supervisão da devida qualificação profissional. Nessa lógica, a grande parte dos cursos ofertados está vinculada a instituições não educacionais e configuram-se pela ampliação do leque de ofertas com proposições que contemplam interesses do mercado. A aposta dos cursos de especialização a distância também pode resultar nesse mesmo modelo, com um agravante, que é o de facilitar a formação profissional sem garantir instrumentos de capacitação, forçando uma concorrência no mercado de trabalho e desqualificando o trabalhador, seja no sentido da deterioração da sua imagem técnica, seja na remuneração do seu trabalho.

## **6.2. Política de formação profissional**

O tema referente à opinião do residente sobre a política implantada pelos Ministérios da Educação e da Saúde a partir da Residência Multiprofissional teve outros desdobramentos, como a avaliação sobre a estratégia de interferência na pós-graduação para a efetivação do SUS, sobre a política de educação permanente e a política de formação em serviço.

Esse debate, para a **primeira** turma, manteve-se homogêneo, no sentido de que não houve nenhuma divergência a respeito da assertividade dessa política de formação de recursos humanos para a saúde. Para alguns, é até uma estratégia ousada de capacitação profissional, mas extremamente necessária.

A maioria dos residentes justifica essa estratégia como tentativa de aproximação de uma política que define as diretrizes para a formação de profissionais em consonância com as

demandas e necessidades apontadas pelo sistema de saúde, como acontece em outros países que conseguiram se organizar garantindo a saúde como direito de cidadania.

A falta de regulamentação e de diretriz para definir qual é o profissional que o país está precisando favorece a desresponsabilização do profissional com os problemas da população, que deveria ser solidário a ela. Na Inglaterra ninguém escolhe a especialidade médica, tem 70 vagas para generalistas e 30 para especialistas. Aqui é o profissional que escolhe qual é a especialidade que vai fazer, e o Estado bancar, mesmo que não seja necessário para o serviço. A residência está fortalecendo a escolha pela saúde pública (PAIXÃO, fisioterapia).

Eles consideram que a partir de 2003, o Ministério da Saúde investiu nessa política de formação: criou a SGTES, que foi um marco histórico e induziu várias estratégias de formação em serviço, como o Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde – VER-SUS, o ProJovem, os cursos de facilitadores de mudança e o Programa da Residência Multiprofissional. Nessa época houve uma ampliação dos profissionais da rede de saúde e uma tentativa de reavaliação dos serviços em vários municípios, que pretenderam fazer a mudança do modelo de saúde. Citaram como exemplo, as cidades de Sobral/BA e de Aracaju/SE.

Além disso, avaliam que a formação em serviço é uma boa estratégia, se for a longo prazo, pois favorece ferramentas para que o residente vivencie as diversidades do serviço, tenha iniciativa, responsabilidade e capacidade de organizar com outros atores ações compartilhadas nas áreas do cuidado e da gestão. Porém, a curto prazo, repete o que a maioria dos cursos de graduação na área da saúde tem ofertado: poucas possibilidades de assistência do cuidado integral a uma população carente de acesso e pouco recurso para contribuir na organização e gestão do trabalho da equipe local.

Entretanto, a maioria dos segmentos compreende que há uma luta para institucionalizar o Programa da Residência como política de governo e garantir a formação permanente, inclusive para os profissionais da academia e da gestão. Todavia, esse debate está mais centrado no movimento dos residentes e com pouco alcance das demais categorias profissionais, inclusive na própria academia e no serviço, atingindo de forma bastante inexpressiva os usuários e a comunidade.

A avaliação que esse grupo faz é a de que, enquanto a Residência for uma política de governo, ela pode ser descartada a qualquer tempo. Uma parte dos residentes entende que, durante a implantação do programa havia uma convergência política para sistematizar

algumas propostas de formação de recursos humanos para a saúde na perspectiva de consolidação do sistema, mantido por uma equipe de profissionais, que já tinha participado de experiências assertivas no estado do Rio Grande do Sul. Portanto, na segunda metade do governo Lula, a mudança da gestão no Ministério da Saúde e o pacto realizado entre o Partido dos Trabalhadores – PT e o Partido do Movimento Democrático Brasileiro – PMDB desestabilizou, de certa forma, o Programa da Residência Multiprofissional, havendo redução no financiamento e desmantelamento das estruturas acadêmicas e de gestão. A partir desse momento, não houve mais ampliação do programa, apenas a manutenção dos que já estavam instituídos, até para manter certo acordo com os movimentos sociais e, aparentemente, dar garantia para a continuidade da capacitação dos profissionais da saúde. A nova política implantada pela gestão ministerial pretende transformar os Programas em Centros de Referência e oferecer capacitações a curto prazo, com menor custo e, de preferência, no modelo de educação a distância. Também nesse momento, o Programa da Residência Multiprofissional sofreu um duro ataque da corporação médica, que não reconheceu a titulação médica no formato da Residência Multiprofissional, separando a Residência Médica das outras residências.

Esse grupo considera que os entraves para a consolidação política e estrutural do SUS tem a ver, inclusive, com as lutas isoladas dos movimentos sociais, particularizando os grupos, enfraquecendo o debate coletivo e a luta pela garantia dos direitos fundamentais, como é o caso do movimento sindical que abandonou a bandeira da educação e da saúde como um bem público.

Outro aspecto apontado diz respeito à omissão do Ministério da Educação, que, em parceria com o Ministério da Saúde, propôs a Residência Multiprofissional em Saúde e assumiu a corresponsabilidade da formação e do desenvolvimento de recursos humanos na saúde. Todavia, abstém-se dessa competência e delega ao parceiro total responsabilidade.

Alguns entrevistados questionam o processo de acompanhamento e de avaliação desses programas, uma vez que a Comissão Nacional das Residências tem se reunido numa periodicidade de 40 dias, com a competência de produzir ações relacionadas ao cadastramento, ampliação e financiamento dos programas a partir de sua análise e de seu processo de avaliação. Contudo, com essa periodicidade e poucas condições para o funcionamento dessa comissão, o poder fiscalizador e o de intervenção são eximidos do processo. Essa situação é compreendida como uma irresponsabilidade da gestão, pois não

acompanha, não assessora, não estabelece diretrizes para avaliação dos programas e utiliza recurso público para financiar os projetos.

O próprio Ministério financia os programas, mas não gera um processo de avaliação daquilo que ele financia. É uma completa irresponsabilidade do Estado, ausência do Estado mesmo, porque, se você for fazer essa análise, é quase inconcebível você investir dinheiro, investir na política e ser omissivo no acompanhamento dessa política. Por exemplo, a gente tem passado vários problemas no programa aqui na UFSCar e em nenhum momento o Ministério da Saúde ou a própria Comissão Nacional faz uma intervenção, nem no sentido punitivo, uma intervenção pedagógica, de assessoria. Então, deixa os programas sem rumo. Isso é muito grave. Tinha programação do processo de visitas nos programas, e isso simplesmente não aconteceu. Eu atrelo isso à falta de vontade política do Ministério da Saúde e do MEC (...) Como pode a residência ir acontecendo de qualquer jeito, sem acompanhamento nenhum? Para mim, às vezes, beira investimento público de forma irresponsável (MORI, enfermagem).

Eles citam a questão da avaliação dando como exemplo os Polos de Educação Permanente, em que vários líderes regionais faziam esse papel, apoiando o processo e assessorando as equipes, ou seja, já temos experiências que podem ser utilizadas como modelo.

Esse grupo alega que, se a política implantada interministerialmente não for apoiada e fortalecida pela gestão municipal, o programa não atingirá seu principal objetivo, que é a mudança do modelo de saúde para a efetivação do SUS. É preciso ter clareza de qual é a intenção do município em fazer essa parceria, bem como justificar as opções que o governo federal faz nas escolhas dos municípios em que serão implantados os programas.

É preciso perguntar: onde é que está sendo implantado esse programa? Em São Carlos, que tem zero de discussão em saúde coletiva, e não em João Pessoa, que tem um movimento enraizado. Lá esse programa não chega. Então, a decisão é mais política do que ideológica (ALMEIDA, fisioterapia).

Nesse contexto, instigam a viabilidade do Programa da Residência Multiprofissional no município de São Carlos.

Esse tema foi discutido pela **segunda** turma resultando a mesma avaliação que a turma anterior fez sobre a importância dessa iniciativa do governo federal, uma vez que a base de construção desse curso de pós-graduação tem como objetivo principal fazer a capacitação dos profissionais para contribuir na mudança do modelo de saúde, por meio da reorganização do processo de trabalho no âmbito da implantação/implementação do SUS.

Essa fundamentação é justificada pelas críticas que a população faz em relação aos grandes problemas de saúde, relacionados à precariedade dos serviços e à necessidade de sistematizar a área da gestão e do cuidado. Assim, definem a estratégia da residência como uma resposta a essa situação, apontando a necessidade de capacitação de recursos humanos para a efetivação do SUS. Analisam que o caminho está certo, pois o investimento está sendo feito para formar possíveis trabalhadores da saúde pública e, durante o curso de especialização estão inseridos na rede municipal de saúde, ajudando a estruturá-la. Compreendem que o Ministério da Saúde está tentando oferecer essa formação.

A maioria dos segmentos entende que essa política é contra-hegemônica, no sentido de que o investimento está na contramão do modelo econômico da lucratividade, pois foi implantada como uma política de formação, no bojo do Pró-Saúde, que objetiva a reestruturação curricular.

A respeito da política de formação em serviço, consideram que há vantagens para todos os grupos envolvidos nesse processo, pois tanto os residentes quanto os profissionais do serviço poderão se beneficiar da implantação dessa política, além das instituições que estão envolvidas nesse programa, como a Secretaria Municipal de Saúde e a UFSCar. A gestão municipal pode aproveitar o Programa da Residência para qualificar a sua própria equipe e avançar na integralidade e na resolubilidade da atenção, além da possibilidade de ampliar as áreas profissionais e o número de atendimentos na rede pública de saúde. A academia, por sua vez, aproveita para ampliar sua oferta de cursos de pós-graduação *lato sensu* e legitima a educação de profissionais da saúde, compartilhando com a política nacional de educação permanente, instituída como política de capacitação de pessoal para o SUS.

Alguns entrevistados apontam que a Residência Multiprofissional garante aos municípios a criação e/ou o fortalecimento de recursos humanos para os serviços, uma vez que este tem sido um tema de debate dos Conselhos dos Secretários Municipais da Saúde. Essa competência assumida na esfera do governo federal vai favorecer os municípios, pois estes poderão reorganizar suas equipes de saúde, considerando a qualificação profissional, sem colocar recurso financeiro.

Outros compreendem que, embora a capacitação de recursos humanos para o SUS venha se apresentando como uma política de educação permanente há contradições, tanto estruturais quanto políticas. Uma delas se refere à fragmentação dos Polos de Educação Permanente, que foram instituídos e incentivados em diversas regiões do país pelo governo

federal e depois ficaram à mercê do município e/ou dos grupos e instituições que defendem o SUS. Outro impasse é o da tentativa de reorganização da rede, considerando, exclusivamente, o papel do residente nas unidades de saúde para estimular a mudança do modelo e a reorganização da assistência e da gestão em saúde. Alegam que a possibilidade de o serviço ter alunos pós-graduandos no mesmo espaço de trabalho pode não garantir essas mudanças, conforme o objetivo do Programa da Residência Multiprofissional.

A educação permanente é uma estratégia interessante para a qualificação do trabalho no SUS por possibilitar um aprimoramento profissional constante e adequado às constantes mudanças e necessidades do trabalho. O grande desafio é não ser deslocada de outras políticas e possuir possibilidade efetiva de acontecer, já que os trabalhadores, muitas vezes, não conseguem sair da assistência para outros tipos de atividades (ALBINO, farmácia).

Além disso, compreendem que os profissionais do serviço, por diversos motivos, podem não estar disponíveis para a composição da equipe que pretende modificar o modelo de saúde. Assim, o distanciamento entre as instâncias profissionais esvazia o debate sobre as reais necessidades dos trabalhadores da saúde, bem como a dos usuários.

Eles entendem que a possibilidade de o município dispor na rede uma multiplicidade de profissionais, de diversas áreas, pode também ser utilizada como estratégia para colocar a saúde no âmbito do mercado: da oferta de serviços, sem necessariamente garantir a sua continuidade. Nesse contexto, a precarização do trabalho pode ser substituída pela utilização da mão de obra do residente, que vai mascarar um cenário quantitativamente melhor pela ampliação do número e das áreas profissionais.

Alguns residentes argumentam que, embora o programa possa ser considerado uma estratégia de mudanças nos cursos de graduação em saúde, ainda não é uma política de Estado. Dizem que a política para a formação de recursos humanos na perspectiva de reestruturação/implantação do SUS, não está instituída e corre o risco de ser alterada conforme a ideologia dos gestores. Essa situação pode ser comparada com a gestão do Estado de São Paulo, que vem dispondo de grandes investimentos nos Ambulatórios de Especialidades – Ames, em vez de financiar as ações e os serviços na Atenção Básica na saúde.

A respeito da aprovação dessa estratégia política, a **terceira** turma também foi unânime nessa avaliação, justificando a importância dessa política de formação de recursos

humanos para o SUS frente à necessidade de ter profissionais mais qualificados que consigam reorganizar a lógica do serviço para obter resultados mais efetivos.

Alguns residentes avaliam o privilégio de estar participando do programa e definem a estratégia política como moderna e inovadora, citando, como exemplos, o modelo de formação em serviço, a política de educação permanente e a própria ESF. Consideram que não é possível implantar a ESF sem ter uma equipe qualificada de profissionais nos serviços, pois vários processos de mudança terão que ser considerados.

A maioria do grupo relata que, embora considere a capacitação de recursos humanos para o SUS ser uma política assertiva, na prática ela precisa ser exequível, pois podem ocorrer várias distorções. A justificativa é da residência ser um modelo novo de programa de capacitação profissional e, talvez por isso gere tantos conflitos: os gestores não sabem muito bem como direcioná-lo e como inseri-la nas equipes da rede de saúde do seu município. Também não sabem como lidar com as equipes e com a comunidade, no sentido de criar estratégias de capacitação dos profissionais para poderem mudar a forma de conduzir a assistência e a gestão das unidades, contribuindo para a mudança dos hábitos dos usuários e do coletivo na procura dos serviços.

Parte desse grupo compreende que a população procura os serviços de saúde em busca do atendimento médico, pois valoriza o modelo centrado na especialidade e na tecnologia. A maioria dos usuários compreende que o melhor atendimento em saúde se dará no hospital, que é o centro da tecnologia e, portanto, do poder da cura. Assim, solicita exames laboratoriais, superlota os hospitais e desconhece a importância da prevenção em saúde.

O segundo equívoco apontado é a respeito da forma como a Residência Multiprofissional está sendo implantada nas diversas regiões do país, ficando a critério dos gestores municipais definir as prioridades para sua implantação. Essa situação cria muitas diferenças e faz com que haja menor esforço coletivo na luta para a efetivação dessa política. Outro equívoco é sobre a credibilidade nessa política de formação de recursos humanos para a saúde, pois nos últimos anos várias ações foram criadas, mas sem continuidade.

Vão colocando os programas e depois não conseguem dar seguimento, acho que estão colocando um monte de bolsas (bolsa família, tem bolsa para tudo) e depois o cara não quer mais trabalhar porque sabe que tem auxílio. Tem uma série de coisas políticas envolvidas nisso, mas é uma política favorável se for bem implantada (GUARDA, odontologia).

Alguns residentes concluem que a política de capacitação de recursos humanos para o SUS não é uma política de Estado, mas é uma política de governo, pois ainda não está consolidada e fica a critério de quais interesses da gestão vão ser priorizados. Há um discurso de que no Ministério há duas posições contrárias a esse respeito, aqueles que avaliam a importância do programa e reconhecem a necessidade de formar profissionais para o SUS, e os outros que valorizam a capacitação profissional nos moldes da educação a distância. Esse grupo considera que, embora haja várias dificuldades a ser enfrentadas, o programa não deve ser substituído, pois essa formação tem sido muito diferente de todas as outras que já foram implementadas e concluem que os maiores desafios impostos são os políticos.

Outro motivo apresentado por alguns residentes é a falta de estrutura do Ministério da Saúde para avaliação de todos os programas, pois não se pode mensurar se os objetivos propostos estão sendo alcançados, na medida em que os programas não são acompanhados. Também não há uma intervenção direta das orientações que devem ser recomendadas para que cada programa possa cumprir a meta estabelecida.

Acredito que o Ministério não veja a residência como um programa vantajoso, só vejo falar que se gastam milhões. Eu não sei se eles percebem o quanto as filas diminuem, também há redução de medicamentos (...). Não é uma política consolidada, não se tem a certeza se o programa vai ter continuidade, e cada turma nova demora muito para iniciar o processo de formação, ficam aguardando a aprovação, o financiamento, então, falta interesse político (REIS, educação física).

A ESF é um programa muito novo e tem muitos profissionais ainda trabalhando no modelo tradicional, então a residência é para qualificar mesmo todos os profissionais. A gente vê mesmo que não tem muitos parâmetros para avaliar os resultados, que são muitos (MOURA, terapia ocupacional).

A maioria dos entrevistados relata que consegue ver as mudanças que ocorreram, mas ainda de forma bastante simplificada, pois a avaliação se dá somente nas unidades em que estão alocados. Parte do grupo questiona o interesse dos gestores para o desenvolvimento dessa política, pois percebem os avanços e os benefícios que o programa traz para o serviço e, de forma mais direta, para os usuários e para a comunidade.

Em relação à estratégia de formação em serviço, uma parte dos entrevistados justifica a necessidade de levar em consideração as realidades vivenciadas nas unidades de saúde, ou seja, dos profissionais saírem do espaço acadêmico e terem uma formação mais voltada para o espaço real, pois ao mesmo tempo em que traz a academia para a realidade do serviço, leva um pouco do serviço para dentro da academia. Eles acreditam que existe uma convergência

entre a teoria e a prática, e não se justifica que as questões teóricas precisam ser sobrepostas em primeiro plano. Nesse sentido, referem que a permanência dos residentes no serviço de saúde contribui para capacitar os profissionais e amplia as práticas do cuidado e da gestão. Afirmam também a importância da vivência com os alunos da graduação nos serviços, principalmente na lógica da ESF. Nesse sentido, concordam com a mudança que está acontecendo nos cursos de graduação em saúde para que os estudantes realizem suas atividades práticas no campo da saúde pública, em vez de irem para a clínica da especialidade.

Outra avaliação é apresentada por alguns residentes, afirmando que a experiência da formação em serviço amplia a maneira de fazer saúde, pois as intervenções na área do cuidado e da assistência qualificada, diferente daquela culturalmente instituída no modelo médico-centrado, em que a doença aparece antes mesmo do sujeito e a intervenção está direcionada para a figura do médico e do medicamento. Concluem que essa experiência no programa acredite na possibilidade de mudança do modelo de saúde e responsabilize-se por ela, até porque entendem que as transformações acontecem no cotidiano dos serviços, com as equipes, os usuários e a comunidade.

A respeito do tema sobre a política de educação permanente, a análise de alguns entrevistados é a de que essa estratégia é uma das possibilidades de fazer mudanças no sistema de saúde porque justifica a necessidade do profissional, que está inserido na prática de saúde, ter algum espaço para repensar sua forma de trabalhar e tentar buscar novas ações que o ajudem na resolução dos problemas. Reforça a importância da criação de espaços teóricos para o debate e a avaliação da prática profissional, bem como as orientações dos preceptores de campo e de área.

Outros entendem que a política de educação permanente é responsabilidade da gestão, daqueles que têm interesse em qualificar e atualizar sua própria equipe de trabalho. Há os que referem que a educação permanente é uma ideia da tutoria:

Eu acho que a política de educação permanente é uma tutoria, em que o profissional da unidade vai dispor um pouco do seu tempo para ouvir os estudantes já formados, para qualificar o pessoal do serviço (Mesquita, odontologia).

Para concluir este debate, analisamos as entrevistas de outros profissionais que participaram deste trabalho de pesquisa e focamos em duas temáticas: a formação técnica e a

formação política. Aproveitamos para relatar trechos de duas entrevistas que elucidam estes assuntos.

A residência é hoje um programa de governo, do governo do presidente atual, com este ministro da Educação, com este ministro da Saúde, em que essa continuidade é garantida pelo próprio programa, pelo fortalecimento do próprio programa, mas também pelas raízes institucionais que não vão ser usadas para este programa, que para mim ele ainda não está nesse ponto, neste amadurecimento e não está porque ele é novo, não está por questões estruturais mesmo. Eu acho que não está por três razões: a primeira é porque ele é um programa de difícil implantação, então, quando a gente luta por uma saúde mais pública, nós estamos nos confrontando com o outro modelo, que é o modelo da privatização da saúde e da educação que é muito forte, nacional e internacionalmente. E é o neoliberalismo muito forte, e nós estamos nos confrontando com um modelo muito forte, então, para que esse modelo tenha a institucionalização, dependerá de um enraizamento social que demanda tempo (PALHARES, pró-reitoria de Extensão, 2009. p. 9).

Acho que a política implantada pelo Ministério é um avanço, sem dúvida nenhuma. Eu acho que a gente está tentando recuperar o tempo perdido, na medida em que ações dessa natureza são implementadas pelo Ministério da Saúde. É justamente isso, como é que eu vou trazer e fazer a discussão, de resolubilidade, considerando uma equipe com médico, enfermeira, agente comunitário e técnico de enfermagem e o dentista? (...) Eu acho fundamental essa inovação, eu vejo, tenho muitos amigos de outras áreas, T.Os, psicólogos, fonos, enfim, e a gente vê que normalmente são colocados no nível de especialidade, no centro de especialidade. Trazê-los para essa nova realidade do que é trabalhar na atenção primária, na minha experiência é uma grande descoberta para esses meninos, sabe? É de fato poder ampliar o olhar sobre o trabalho, sobre o cuidado com as pessoas, tanto desse ponto de vista da formação, quanto do ponto de vista da inserção no mercado de trabalho. A gente tem visto já vários residentes contratados, entendo que é uma experiência muito positiva, tanto do ponto de vista profissional da e na formação, quanto do ponto de vista de inserção no mercado de trabalho. Amplia mesmo o olhar, comprometendo-se muito mais com a questão da gestão, com o usuário, com o controle social, isso é muito, muito, muito importante, e isso parece que a gente tem conseguido garantir na formação (MATTOS, preceptoria. p.13).

Podemos concluir que se, por um lado, temos o cenário atual da saúde pública no Brasil com grandes disparidades locais e regionais, especialmente no que tange à formação profissional, à política de contratação/capacitação/formação de pessoal e ao acesso a processos de educação permanente; por outro, estamos convencidos da emergência de promovermos o desenvolvimento de políticas que possam modificar essa realidade.

Compreendemos que o programa da Residência Multiprofissional deve ser considerado como uma tendência para a construção dessas políticas, como nos sugere Mattos. Em primeiro lugar, porque gerou micro rupturas na política hegemônica da formação superior em saúde, na modalidade da residência, que, até então, era de exclusividade da área médica e, desde o ano de 2005, passa a contemplar todas as demais áreas da saúde. Depois, porque

pretende ser uma estratégia para a implantação do SUS, materializando os interesses dos movimentos que lutam pela proteção dos direitos sociais no Brasil.

Nesse sentido, o programa vem influenciando novos segmentos que podem incorporar a defesa de políticas democráticas para a saúde e para a educação. Reconhecemos que há um movimento emergente dos atores sociais da residência (Movimento Nacional de Residentes) que vem produzindo discursos e práticas em defesa da necessidade da formação profissional na saúde dentro do contexto da realidade concreta, bem como vem apresentando reações ao modelo vigente, em diversas direções, pontuando, mais fortemente, entretanto, a centralidade das dificuldades encontradas no processo de capacitação entre demandas da formação e demandas de ações assistenciais. Porém, há várias contradições nas narrativas apresentadas.

Alguns residentes fazem uma análise equivocada em relação à mudança de gestão do Ministério da Saúde no governo do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, pois justificam o processo incipiente do programa da Residência culpabilizando, exclusivamente, o Partido do Movimento Democrático Brasileiro-PMDB, sendo que as gestões que se sobrepuseram não saíram de outras bases, senão daquelas do Partido dos Trabalhadores - PT.

Outro equívoco é considerar a lógica neoliberal de gestão do Estado capitalista como sendo a única responsável pelo efeito avassalador das limitações de perspectivas mais solidárias na construção de políticas democráticas. De fato, a investida contra as ideias marxistas e a intolerância dos saberes construídos ocuparam posições do poder acadêmico, principalmente depois da queda do muro de Berlim (1989) e do fim da União Soviética (1991). A onda de ataques aos “velhos esquemas interpretativos” impregnou as universidades, onde os defensores das ideias pós-modernistas exerceram um movimento policalesco e de patrulhamento ideológico aos demais pesquisadores. Porém, esse grupo não considerou o princípio dialético que presidiu o próprio surgimento do marxismo pelas utopias do iluminismo e desta forma “começaram a jogar fora a criança com a água do banho” (BITTAR, 2008).

De fato, os paradigmas da pós-modernidade influenciaram o enraizamento de traços históricos fundamentais no contexto da educação e da saúde no Brasil. No entanto, os traços da escravidão continuou presente, desde a Colônia (PRADO Jr, 1991), depois no Período Monárquico e na República, onde essa condição foi reforçada (NAGLE, 1985), assim como nos governos populistas de Vargas e de Goulart e, posteriormente nos governos militares a partir de 1964.

Deste modo, podemos concluir que as reformas no campo da educação e da saúde sempre estiveram atreladas a uma cultura conservadora que convive muito bem com a desigualdade. A racionalização do ensino, a prioridade na formação técnica e o modelo de formação acadêmica vinculada à formação industrial foi o direcionamento que as leis das reformas educacionais deram nesse campo (CHAUI, 1980). Se no Brasil, na década de 1970, houve a conquista obtida pelo movimento da classe trabalhadora, que exigia escola para seus filhos, a expansão da escola básica se deu através da precarização de recursos humanos e materiais. Todavia, a positividade do acesso à educação básica foi objetivada pela necessidade política do país adentrar na fase do “Brasil potência” (BITTAR, 2007) e, como consequência da pauperização da educação, os filhos das classes burguesas abandonaram a escola pública e buscaram uma educação para a elite.

No campo da saúde, a ampliação do acesso regulamentado na Constituição de 1988, marcou a conquista da cidadania sanitária (MENDES, 2001a; LOPES 2001) e alternou a idéia da cidadania da dádiva, embora, tenha se preservado elementos velhos na nova ordem que se instaurou a partir do Sistema Único de Saúde-SUS.

De fato, a idéia caritativa da produção da saúde acompanhada do processo de autoritarismo do Estado, esteve presente, não só no período Colonial como permaneceu depois de 1988, acirrando a cultura escravista. Porém, considerando-se uma análise dialética, podemos dizer que esses aspectos contribuíram, de certa forma, para a socialização da política nos últimos anos da ditadura militar. Assim, ao mesmo tempo em que o Estado implantava políticas de privatização e financiamento dos serviços da saúde, instigava o fortalecimento dos movimentos sociais na luta pela reforma sanitária (COSTA, 1989), inclusive favorecendo “uma significativa politização da sociedade brasileira” (SANFELICE, 1986, p. 130).

O fim da repressão que depusera João Goulart, no ano de 1964, repetiu mais um momento de descontinuidade na história do Brasil, pois transcorreu a transição democrática com mais elementos de conservação do que de transformação. Assim, as políticas públicas de saúde no Brasil vivem, desde a implantação do SUS, situações implícitas e explícitas de reconhecimento, ou seja, o SUS real e o SUS legal (SANTOS, 2011).

Desse modo, a formação de recursos humanos para o SUS também procede dessa herança, gerando múltiplos equívocos (PIERANTONI, 2002), como citados nos vários debates traçados durante o processo desta pesquisa, dentre os quais selecionamos como exemplos: a falta de regulação do acompanhamento e avaliação dos resultados do Programa

da Residência Multiprofissional e a não prioridade para o direcionamento da formação política dos profissionais que poderiam ocupar os espaços públicos e nos interstícios procurar gerar micro rupturas na política de saúde.

As estruturas estabelecidas entre as instituições e os agentes que ocupam posições opostas manifestam a polarização de interesses na distribuição do capital específico. Porém, o resultado do investimento do programa de capacitação profissional no campo da saúde, especificamente o da Residência, deveria promover a qualidade da assistência no município, ampliando as equipes de saúde e fortalecendo o serviço.

### **6.3. Processo de vivência na implantação dessa política no município de São Carlos/SP**

O terceiro tema apresentado aos residentes diz respeito ao processo de vivência na implantação da política de formação de recursos humanos, através do Programa da Residência Multiprofissional, no município de São Carlos, considerando a participação no processo, o desenho da proposta, o cotidiano, os resultados, os limites e desafios, as críticas e sugestões.

Em relação à participação do residente no processo de implantação dessa política no município de São Carlos, foi unânime o discurso dos entrevistados da primeira turma de que o Programa da Residência já estava definido, e a sua implantação vinha ao encontro dos interesses da universidade e da gestão municipal.

Esse grupo relata que a justificativa apresentada pelos gestores é a de que a academia deve potencializar a capacidade de mudança na formação dos profissionais da saúde e à gestão municipal, interessada em fazer as mudanças necessárias para a organização do sistema de saúde. Nesse contexto, a oferta do programa estaria em acordo com esses interesses, ou seja, o de capacitar o grupo, mas também o de transformar as práticas instituídas na rede municipal de saúde.

Assim, o programa foi apresentado como uma política de governo (federal e municipal), na perspectiva de fortalecer o sistema público de saúde tendo como um dos eixos a formação de recursos humanos. A pretensão é a de qualificar o exercício profissional nas áreas do cuidado integral à saúde das pessoas e da comunidade, na gestão e organização do trabalho, especialmente na Atenção Básica.

Nesse sentido, todos os residentes avaliam positivamente a implantação dessa política no município, pois o programa trouxe vantagens para os três grupos: profissionais da saúde,

usuários, residentes. Justificam que as equipes de profissionais do serviço puderam contar com os residentes, para dividir responsabilidades, ampliar a assistência e diminuir a demanda, bem como para colaborar na gestão do serviço e na organização do trabalho. As pessoas atendidas também foram beneficiadas, por meio da assistência na própria unidade ou nas visitas domiciliares e na inserção delas nos grupos de orientação, prevenção, educação popular e formação política, tanto no sentido de dar visibilidade ao sujeito na unidade, quanto na corresponsabilização pela qualidade de saúde daquele território. Os residentes tiveram a possibilidade de conhecer os processos de trabalho junto às equipes das unidades, principalmente das USF e desenvolver novos conhecimentos na organização do cuidado à saúde. Houve também maior aproximação com a realidade local, o que possibilitou elaborar ações para o enfrentamento das necessidades e dos problemas de saúde da população atendida.

Contudo, a maioria dos entrevistados refere que a decisão da implantação da Residência pela UFSCar, em parceria com a Prefeitura Municipal de São Carlos/SP se deu por interesses políticos, pois aconteceu no período da disputa para as eleições municipais. Na ocasião, o reitor da universidade pediu afastamento para concorrer ao cargo de gestor municipal e encampou, na sua proposta de governo, as políticas para reorganização do sistema de saúde do município. Uma das frentes era trazer o curso de medicina para a universidade, aliás, esse interesse não era novidade, pois essa luta já havia se iniciado com outros candidatos, em diversas ocasiões, mas sem sucesso. A possibilidade de introdução do curso de medicina na UFSCar favoreceu a implantação do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

A residência veio para cá, com muita força do Departamento de Medicina, que foi um departamento criado recentemente para cuidar do curso de medicina e foi um investimento muito forte do Ministério da Saúde e teve uma pessoa-chave na história, que veio com a ideia pronta para montar a residência e trabalhou a relação entre a gestão e a universidade. Aí entra a figura do grupo político que está na gestão, que foi quem deu sucesso à implantação desses cursos. Esse foi o primeiro passo: nós temos benefício, temos verba, estrutura educacional muito grande, corpo de profissionais dentro da universidade e temos uma rede para ser redesenhada e aí o Programa da Residência entra com uma força de mudar a lógica da saúde que está dentro do plano piloto de governo. O Programa da Residência ajudou na proposta de reestruturação do plano de governo, tanto é que a proposta de ensino em serviço está simplesmente dentro da metodologia de apoio matricial e institucional (BECHARA, terapia ocupacional).

A residência em São Carlos veio, simplesmente, por uma causa política. O PT ganhou as eleições e a parte da saúde estava com outro partido por causa das coligações, mas foi retirada deste e precisava reestruturar a rede de saúde, que no município é muito ruim. A residência veio para suprir os trabalhadores que não têm na rede, eu tenho certeza disso (Pavan, enfermagem).

O depoimento do grupo é o de que essa decisão política foi tomada dentro e fora da universidade. Primeiro para a implantação do curso de medicina, já que era proposta de campanha política. Depois, teria outra vantagem que era de se beneficiar da Residência para mostrar um cenário de que a gestão tinha ampliado a qualidade e a eficiência dos serviços municipais de saúde, especialmente nas Unidades de Saúde da Família – USF. Nessa análise, o benefício que a gestão teve foi o de utilizar a mão de obra do residente para dar assistência a uma demanda reprimida no território, aproveitando para vender uma imagem ilusória da ampliação da oferta das especialidades, uma vez que nem mesmo na Atenção Ambulatorial contava com a diversidade e a quantidade de profissionais que estava disponível nesses serviços.

Alguns residentes avaliam que a gestão municipal buscou no município de Marília/SP uma equipe que vinha desenvolvendo experiências exitosas no campo da saúde pública. Houve a adesão desses profissionais para implantarem, primeiramente, o curso de medicina e, logo em seguida, a Residência Multiprofissional. Assim, foi essa equipe que estruturou esses cursos com grande apoio do grupo político que administrava a universidade e o município, tanto que foram criados dois departamentos específicos para o acompanhamento dos programas: o Departamento de Medicina e o Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos. A diretora do Departamento da Atenção Básica assumiu, conjuntamente, a coordenação do Programa da Residência Multiprofissional e esteve à frente da organização das ações e dos serviços na Atenção Básica, mas também liderou esse curso de pós-graduação, pelo menos, nos primeiros anos da Residência Multiprofissional<sup>45</sup>.

Parte dos entrevistados compreende que essa duplicidade de papéis não facilitou o processo de formação dos profissionais, pelo contrário, favoreceu a crítica dos funcionários do serviço local e incentivou o afastamento entre os dois grupos. Os residentes eram vistos pela equipe de funcionários como “superprotegidos”, pois havia o entendimento de que todas as solicitações que faziam eram consideradas pela coordenação. Os funcionários, por um lado,

---

<sup>45</sup> A diretora do Departamento de Atenção Básica e coordenadora do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade permaneceu nesses cargos durante o período de 2006 a 2008.

queixavam-se de não terem o mesmo espaço, não se viam representados e, na maioria das vezes, diziam que eram constantemente avaliados pelos residentes, os novos profissionais, recém-chegados na unidade. Por outro lado, os residentes dizem que percebiam as resistências da equipe local e não sentiam que estavam sendo acolhidos como parceiros na política de reestruturação do serviço, nem mesmo nos serviços vinculados a outros níveis de atenção. Assim, deu-se o primeiro embate. Todavia, esse grupo de residentes analisa que esse confronto poderia ter sido evitado, desde que os gestores envolvidos não assumissem um papel tão centralizador e com pouca abertura para desenvolver um trabalho grupal.

Nesse sentido, a postura assumida pelos gestores em relação à dificuldade de descentralizar as políticas para a educação continuada não assegurou, com a sua própria equipe de profissionais, a proposta de capacitação nem mesmo preparou a entrada dos residentes no serviço, desconstruindo a possibilidade de articulação cooperativa entre os profissionais do serviço e da residência.

A justificativa desse grupo é que se pretendeu implantar um programa dentro do serviço de saúde, utilizando metodologias ativas de ensino, porém nem mesmo se deu conta da necessidade de discutir com a equipe o contexto político das propostas e todas as implicações dessas ações. Aceleradamente, introduziu-se o programa, desconsiderando o próprio trabalho que já vinha sendo construído pelos profissionais que estão no território, de tal forma que se criou o Programa da Residência Multiprofissional “de cima para baixo”.

Há uma avaliação diferente sobre essa situação. Alguns residentes analisam que a duplicidade de papéis favoreceu a aproximação entre a gestão e a academia, facilitando a tomada de várias decisões importantes no contexto do programa, e isso só foi possível pela experiência do profissional que coordenou as duas pastas. Justificam que, na implantação de qualquer programa, o primeiro grupo sempre vai sofrer as consequências da inovação, ainda mais na proposta em que o processo de formação profissional está voltado para o trabalho e precisa ser construído pelos participantes.

Os residentes descrevem este foi o desenho encontrado quando chegaram às unidades de saúde: a organização dos serviços de saúde se apresentava dentro de um panorama com ênfase no sistema de atenção médica supletiva, sendo apenas 16% da população com cobertura da Estratégia Saúde da Família – ESF, o que inviabiliza a implantação do modelo sanitário. A ausência de determinadas áreas profissionais na rede de saúde do município, especialmente na Atenção Básica e no campo da saúde mental, também caracteriza o modelo

médico hegemônico (flexneriano), centrado na clínica e baseado em procedimentos e serviços especializados. Embora a gestão tenha um discurso da transformação do modelo, adotando as políticas de Atenção Básica, implantando o Programa de Agentes Comunitários da Saúde – Pacs) e a ESF, há um eixo desestruturante na rede de atenção.

Parte dos residentes avalia que não houve planejamento efetivo para a implantação da residência, pois a equipe responsável por essa tarefa se precipitou em fazer uma análise do sistema de saúde municipal com poucos recursos para tal, uma vez que a maioria desses profissionais era de outro município e não tinha conhecimento suficiente dos problemas de saúde do município, nem tampouco da história das políticas de saúde local. O entendimento é o de que também havia necessidade de melhorar a rede municipal de saúde para poder servir como locais de práticas aos estudantes de medicina e, por consequência, os outros profissionais da residência colaborariam com esse trabalho.

Não foi respeitado o tempo histórico da cidade, da universidade, das equipes; acho que o processo foi atropelado. O programa, sem dúvida, é maravilhoso, mas foi implantado à custa do residente, sem apoio gerencial, sem apoio pedagógico, organizacional, e isso foi um trauma. A intenção para a implantação do programa foi a de favorecer a formação profissional por ser uma proposta inovadora porque dentro do curso de medicina precisava criar um ambiente favorável na rede, então se forçou o diálogo entre a academia e o município, e isso ficou artificial, tinha toda uma roupagem e se negou muita coisa (SALGADO, fisioterapia).

A crítica que fazem é do cenário criado para poder inserir os dois cursos, principalmente o de medicina, pois foi desconsiderada a situação real da rede de saúde do município que pudesse dar conta desse modelo de formação profissional, ou seja, nem o gestor da academia nem o gestor municipal consideraram a necessidade do debate com os profissionais da rede sobre a possibilidade, ou não, da implantação desses cursos. Dizem que um grupo de residentes iniciou sua atividade prática no território antes mesmo de a equipe de profissionais do serviço ter sido contratada, pois a USF nem tinha sido inaugurada. Nessa situação, o grupo foi que recebeu a equipe do serviço, e não o contrário, concluindo-se que os papéis foram invertidos: quem deveria acolher foi acolhido.

Alguns entrevistados consideram que, em muitas outras unidades, foi difícil a recepção dos residentes porque os profissionais afirmavam total desconhecimento sobre o programa e recusavam a ideia de ter “mais estudantes” dividindo o mesmo espaço profissional, justificando que a própria estrutura das unidades não comporta o número de estudantes e de profissionais.

A unidade não contemplava o número de equipes que recebeu, pois já era um espaço pequeno para a equipe de saúde e para atender a demanda espontânea, agora de repente chegaram os alunos da medicina, os residentes da multiprofissional, as equipes de referência, os preceptores, enfim, foi um tumulto, faltava espaço. Foi muito difícil (COVRE, serviço social).

O fato de as coisas irem acontecendo juntas dava muita angústia, foram os residentes que levaram o programa para os serviços, os funcionários não sabiam que ia ter residência, qual era a proposta, o que era, o que poderia ser feito, qual era a carga horária, enfim não sabiam qual era o objetivo de ter tantos profissionais no serviço (MEDEIROS, nutrição).

Alguns entrevistados relataram que, apesar da dificuldade estrutural, os enfrentamentos que o residente teve que fazer foram em relação à gestão e ao serviço, no sentido de tentar garantir a sua formação, bem como de cobrar que o discurso oficial fosse transformado em ações efetivas. No serviço, a maioria das equipes subestimou o programa e pouco se envolveu com a proposta da capacitação profissional.

A respeito da receptividade do residente, há divergência de opinião nesse grupo, pois alguns entrevistados compreendem que a falta de adesão ao programa é por impedimento técnico, uma vez que eles foram formados no modelo médico hegemônico e não conseguem estar capacitados para a mudança dos paradigmas. Justificam que as equipes de saúde estruturaram o trabalho e já estão habituadas às demandas instituídas pelo serviço. Avaliam também que alguns profissionais estão há bastante tempo nessa prática e mostram-se cansados, bem como desvalorizados e sem expectativas para mudanças.

Outros residentes referem que a informação que os profissionais tiveram sobre o programa era a de que a residência demandaria mais tarefas para eles, o que provocou aversão à proposta. Essa situação gerou um afastamento entre os dois grupos, dificultando o processo de organização do trabalho nos serviços e colocando em risco a própria formação profissional.

Esse grupo compreende que a grande expectativa da equipe da USF era a de poder contar com mais profissionais para dividir o trabalho, encaminhando os casos para o atendimento nas diversas áreas e, de certa forma, tentando diminuir a demanda e os problemas da unidade, enquanto os residentes pretendiam fazer a mudança do modelo em saúde. Entendem que a mudança dos paradigmas não foi uma estratégia processualmente construída, apenas foi imposta para os grupos, sendo assim, muitos profissionais não coadunavam com a proposta das mudanças que foram acordadas entre a academia e o serviço porque já estavam habituados às tarefas instituídas.

A resistência das equipes do serviço é considerada também como questão política, pois alguns profissionais do serviço, por estarem filiados a partidos políticos contrários ao da gestão atual, impediam-nos de se comprometerem com os programas e as ações implementadas. Eles avaliam ainda o despreparo da comunidade para a compreensão da residência.

A expectativa dos residentes era a de mudar esse modelo, a equipe do serviço não tinha expectativa nenhuma, eles nem foram avisados que estávamos chegando. Para a equipe, a gente era mais um trabalhador e aí é que gerou o conflito. Para a comunidade também eles vinham procurar uma consulta da psicóloga, da fisioterapeuta (PAVAN, Enfermagem).

Acho que a residência pode ser muito usada para fazer a mudança de pessoal no serviço, isso tem muito a ver com a desqualificação dos profissionais da saúde, que muitas vezes não sabem nada sobre o sistema de saúde (...). Os profissionais do serviço insistiam na agenda, a resistência maior foi a da equipe e não a da população porque na verdade a equipe tem uma frustração muito grande de não conseguir atender, de não conseguir ter resultados, de não conseguir dar respostas para as pessoas, então eles viam na equipe matricial a possibilidade de dar respostas. O usuário nem sempre quer resposta que pensamos ser a certa, é outra coisa que ele busca na unidade. A equipe não entendia que a demanda é infinita (PAIXÃO, fisioterapia).

Uma parte do grupo compreende que a queixa trazida pela população está muito condicionada às ofertas do serviço, pois na medida em que as unidades oferecem somente a assistência centrada no modelo médico, essa vai ser a procura que a população vai fazer, pois a demanda está condicionada a essa cultura. Então, dizem que é preciso inverter essa lógica e construir uma rede de saúde, ampliando as ofertas e estruturando os equipamentos para que estejam entrelaçados, tanto no sentido da comunicação, quanto da responsabilidade de acompanhar o usuário, de acordo com as suas necessidades. O usuário é o mesmo que procura a USF, o ambulatório de especialidade e o hospital, mas ele precisa ter referência de onde deve ser tratado.

Porém, nesse processo de articulação entre trabalho e formação, os segmentos esperavam encontrar um sistema de saúde no município com uma rede mais organizada, que deveria ser referência para outras cidades. Até porque a gestão adotou o Programa de Saúde da Família – PSF como estratégia para organização do sistema municipal de saúde.

No entanto, também há um discurso de alguns entrevistados sobre o próprio grupo de residentes. A crítica é no sentido de que nem todos os profissionais selecionados para essa formação tinham interesse nessa área. Partindo do pressuposto de que o objetivo principal do

programa é de formar profissionais qualificados para contribuir com a mudança de modelo de atenção à saúde, compreendem que as mudanças dependem também do envolvimento do residente com a política do SUS e da compreensão do seu papel de protagonista no programa.

Nesse sentido, também justificam a dificuldade de ter no programa profissional recém-formados, pois, embora a regulamentação da residência favoreça a qualificação de profissionais jovens, isso pode implicar a inserção de profissionais que nem sempre têm perfil para formação. Além disso, justificam que o comportamento desinteressado de alguns residentes acirrou ainda mais o distanciamento com a equipe de saúde local.

A maioria que vem para a residência é recém-formada, e o que vier é lucro, o curso é muito longo e há muitas desistências e, mesmo depois de formados, nem todos vão para o PSF (FRANÇA, enfermagem).

Também acho que tem pessoas que a residência foi seu primeiro emprego e que só conheceu o SUS diante disso. Daí vem a dificuldade de saber o que é melhor: se fazer a residência para quem não tem essa formação, ou se é selecionar pessoas que já estão nesse processo (ALMEIDA, fisioterapia).

Esse grupo considera que a condição de terem pouca experiência profissional prejudica o processo de capacitação, pois os problemas que acontecem nas unidades de saúde, na maioria das vezes, são complexos e requer maior habilidade para solucioná-los e colocam como desafio: para a academia, a apropriação da sua responsabilidade na formação política dos profissionais da saúde, seja na graduação, seja nos cursos de pós-graduação, a necessidade de reavaliar o processo seletivo, bem como o acompanhamento do residente durante sua capacitação, pois a não identificação com o programa compromete o resultado para todo o grupo. Referem ainda a importância de a gestão considerar as avaliações realizadas pelo grupo de residentes, no fim de cada semestre, sobre o programa da UFSCar.

No contexto da gestão municipal, sugerem a defesa da mudança de paradigmas para organização e gestão do trabalho, reforçando a necessidade de maior investimento na Atenção Básica, por meio da ampliação quantitativa e qualitativa de recursos humanos, respeitando a multiplicidade das áreas profissionais e a qualificação das equipes. Consideram ainda a capacitação dos gestores e fazem o discurso: “É preciso ter menos políticos e mais sanitaristas na rede, politicagem na saúde é muito séria e não tem dado bons resultados” (Bechara, terapia ocupacional).

A **segunda** turma apresenta uma avaliação sobre a implantação dessa política no município de São Carlos, dizendo que, embora reconheçam os pontos positivos desse processo de formação, é preciso considerar os entraves.

Todos os residentes reconhecem a importância dessa experiência, referindo-a como “inédita”, por ser um programa diferenciado dos demais, seja pela oportunidade que oferece ao residente uma formação em serviço voltado para a Atenção Básica na saúde, seja pela responsabilidade do trabalho desenvolvido nos serviços de saúde e pela possibilidade de fazer uma autoavaliação do próprio trabalho desenvolvido na unidade de saúde.

O discurso dos entrevistados é de o que a estruturação do programa valoriza a titulação, uma vez que reconhece a aprendizagem fundamentada pelo exercício da prática profissional, bem como a garantia do trabalho em equipe, nas diversas áreas profissionais ligadas à saúde, o tempo de formação de dois anos e a carga horária que ultrapassa a dos outros cursos de pós-graduação *lato sensu*. Justifica-se ainda pela possibilidade de a formação ser custeada com uma Bolsa para a Educação pelo Trabalho, equiparada com a bolsa da residência médica.

A maioria dos entrevistados aponta várias atividades que também fazem a diferença de outros cursos de capacitação e citam como exemplos o estágio eletivo e a participação na Comissão do Programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – Coremp/SFC.

As atividades de extensão universitária <sup>46</sup>, principalmente as relacionadas à participação do residente em cursos, seminários, fóruns, congressos, como por exemplo o Congresso de Saúde Pública, bem como o estágio de treinamento em serviço em outro país, no caso Cuba, foram fundamentais para a nossa formação (DAMAS, farmácia).

O grupo avalia que o estágio eletivo favorece os intercâmbios entre vários municípios, estados ou países<sup>47</sup>, “flexibilizando” o aprendizado e a experiência, tanto no cenário

---

<sup>46</sup> São consideradas atividades de extensão universitária: a) participação ativa em projetos de extensão universitária, devidamente registrados nos órgãos competentes; b) participação como agente ativo em cursos, seminários e demais atividades de extensão universitária; c) atividades de extensão promovidas por outras instituições de ensino superior ou por órgão público ou privado (MANUAL 2009-2011, p. 63).

<sup>47</sup> O objetivo é o de “flexibilizar” o programa, de forma a contemplar a perspectiva do residente na construção das atividades curriculares e dos focos de sua aprendizagem e formação. Os estágios eletivos buscam intensificar e aprimorar o fazer profissional pertinente a cada categoria, integrante da residência em saúde da família e comunidade, a partir da busca de conhecimentos e experiências relevantes, visando sempre contribuir para aumentar a efetividade das práticas e saberes (MANUAL 2009-2011, p. 62).

acadêmico, quanto da prática em serviço. Diz que a possibilidade de o residente participar da Coremp/SFC também foi fundamental para o aprendizado sobre gestão, bem como oportuniza a experiência no exercício do papel político-administrativo.

Alguns residentes avaliam a situação de não sentirem apoio da UFSCar em diversas situações vivenciadas durante o processo de formação, referindo o lugar de tensão que o residente ocupou, na maioria das vezes, sem a retaguarda da academia.

A crítica é no sentido de a residência não ter um posicionamento político maior. Alguns residentes têm um posicionamento, fazem as discussões, mas aí o resto do coletivo não banca, a coordenação não banca, os professores não bancam, e a universidade usa o serviço apenas como campo de aprendizagem, mas não tem um posicionamento político forte, não é parceira da residência. Estamos num curso de formação que não é apenas do reconhecimento no campo da tecnologia, mas é uma formação política, tem que haver posicionamento político. A gente faz discussões não só em tese, discussões em todos os espaços, no nosso próprio grupo, na unidade, no território, em outros equipamentos sociais e isso tudo precisa ser ouvido e talvez mais bem direcionado. Não pode ficar esgotado no próprio grupo de residentes (SAVIO, educação física).

Uma parte do grupo também faz crítica sobre a dificuldade de aproximação com os gestores do município e avaliam que a intenção de proximidade entre a gestão e a universidade, no entanto, não garante, necessariamente, a interlocução entre serviço-escola, até porque essa experiência já vem sendo desenvolvida em muitos cursos de graduação, inclusive nos que já fizeram as mudanças curriculares, tendo poucos resultados efetivos.

No eixo da gestão pública, apresentam várias críticas e dizem que o embate se deu de forma mais intensiva. A primeira diz respeito à ideia de a gestão não valorizar o Programa da Residência a ponto de não discutir com a sua própria equipe a proposta política de formação de recursos humanos para o SUS. Nessa perspectiva, a gestão não valorizou a importância de estabelecer algum diálogo com suas equipes de saúde, tanto para que elas pudessem compreender a proposta do programa, quanto para organizarem, em cada unidade, a forma de viabilizar essa proposta.

A **terceira** turma apresenta o debate sobre o processo de vivência dessa política no município, reforçando o discurso de que não participaram da implantação dessa política no município de São Carlos porque o programa já tinha sido organizado. O relato é o de que ficaram à margem desse processo e reforçam a ideia de que conhecem pouco de como ocorreu a implantação dessa política porque esse tema não tem sido discutido nos grupos, e vários preceptores dizem: “Este é um outro momento” (Santos, psicologia).

Alguns entrevistados referem que a equipe de profissionais do serviço diz que também foi excluída do processo de implantação dessa política, pois não foi convidada a participar do debate sobre a viabilidade, ou não, da parceria entre universidade-serviço nesse novo projeto. Outros discordam da ideia da não participação, dizendo que a implantação do Programa da Residência Multiprofissional está em processo e há muitos acertos a serem feitos.

Em relação ao desenho da proposta, é unânime o discurso dos residentes a respeito de que a criação do Programa da Residência Multiprofissional ocorreu por afinidade partidária entre os gestores do município, da universidade e do governo federal. Justificam a falta de estrutura que o município tinha para implantar o programa, inclusive porque a cobertura da ESF no município era apenas de 22%, diferentemente do que é preconizado pelo Ministério da Saúde, que é de 80%.

No meu município, Rondonópolis, tinha 30 USF com uma população de um pouco mais de 6 mil habitantes, aqui em São Carlos tem 15 USF com uma população de mais de 220 mil. Isso é um absurdo, como é que pode implantar a residência nessa rede? Quando cheguei aqui, pensei que ia encontrar outra realidade (SODRÉ, enfermagem).

O grupo questiona esse posicionamento e critica o governo federal por privilegiar determinadas regiões, desassistindo outras.

Contudo, alguns entrevistados analisam que a prioridade da criação do programa no município de São Carlos também ocorreu por conta de atender as necessidades do curso de medicina, sob dois aspectos: a organização da rede-escola e a estruturação dos serviços. A rede-escola deveria possibilitar a entrada dos estudantes do curso de medicina para a utilização dos equipamentos de saúde, bem como dos residentes, porém os primeiros deveriam encontrar o serviço mais bem estruturado, e esta função deveria ser desempenhada pelos residentes.

Nesse contexto, esse grupo avalia que houve uma precipitação dos gestores ao implantar o curso de medicina e a residência multiprofissional, pois o município não tinha estrutura para coordenar essas ações. Por um lado, dizem que a rede-escola já apresentava dificuldades no acolhimento dos estudantes dos cursos de graduação das diversas IES, principalmente por conta da própria equipe do serviço, em que alguns profissionais criticam essa parceria. Por outro lado, os estudantes alegam que as equipes não os querem no equipamento de saúde, inclusive porque aumenta a demanda de trabalho, além de exceder o

limite da unidade em relação ao número de pessoas inseridas no serviço. Essa situação ocasiona certo tumulto e provoca muito desconforto. Então, avaliam que a entrada dos estudantes de medicina e dos residentes aumenta esses conflitos, pois os profissionais têm que suportar conviver com mais esses dois grupos, além de as unidades não comportarem receber todo esse público, uma vez que não têm espaço físico que possa ser dividido nem mesmo os recursos materiais são suficientes.

Em relação à necessidade de organização dos serviços, a fala da maioria dos residentes é a de que, diante da proposta de preparar o campo para o curso de medicina, várias UBS tiveram que se transformar em USF, sem nenhum planejamento estratégico: “Transformaram algumas unidades de UBS para USF da noite para o dia, com interesse político e financeiro” (Mesquita, odontologia). Os residentes dizem que, com essa mudança, nem as equipes profissionais nem mesmo a comunidade conseguiram entender por que as unidades foram alteradas. Há uma revolta na maioria dos usuários e na comunidade, que reivindica a volta dos médicos especialistas, questiona a enfermagem, dizendo que ela só faz consulta. E, com isso, não ganharam nada em troca.

A narrativa da gestão é sobre a implantação das políticas da Atenção Básica na saúde, porém o grupo questiona essa forma de a gestão implantar políticas. Compreende que não é somente alterando os equipamentos de UBS para ESF, que terá mudado o modelo, pois é preciso analisar onde e por que necessita ter um ou outro equipamento, pois a maioria da população não acredita que haja privilégio nessa mudança, a não ser que a residência assuma essa função. Também refere que, mesmo sendo USF, pode não haver mudança do modelo de saúde, pois muitas unidades trabalham na lógica do modelo médico-centrado, e a própria equipe não está capacitada para aderir e atuar em outro modelo de saúde.

A respeito dessa justificativa, parte do grupo avalia essa situação de forma mais ampla, justificando que esse problema não é, especificamente, do município de São Carlos, mas é da maioria das cidades brasileiras que também fizeram a opção pela ESF, mas estão encontrando várias resistências da população em aceitar o modelo. Alguns residentes questionam a posição dos gestores frente a esse programa e dizem que a maioria não adota essa estratégia porque “o programa da ESF não dá voto, não é divulgado, é bastante criticado pela população” (Sodré, enfermagem).

O grupo de residentes justifica que outra dificuldade na implantação da residência é a falta de capacitação das equipes do serviço para opinarem sobre a política da Atenção Básica

na saúde. Dizem que a maioria dos profissionais que estão nas USF não possui perfil para trabalhar nessa lógica e continua atuando no modelo médico hegemônico. Porém, muitos desses profissionais ocupam a função de tutores da residência, mesmo não sendo capacitados para tal, pois não conseguem dar conta das supervisões, sendo que, na maioria das vezes, é o residente que orienta as ações na unidade, e não o profissional do serviço. A expectativa do grupo de residentes, que era a de poder ser capacitados na rede, bem como, de ajudá-la a se estruturar, vai sendo corrompida pela exigência de atender a demanda espontânea que aparece na unidade.

Ainda a respeito dessa temática, alguns entrevistados apontam a desestruturação dos serviços da Atenção Básica no município, o que promove maior desorganização da atenção secundária e terciária, sendo que quase que inexistente o serviço de contrarreferência na rede de saúde. Analisam que a abertura do hospital-escola, com dezesseis leitos para internação, seria inviável, pelo alto custo frente à baixa produtividade. No entanto, o hospital foi inaugurado nessas condições e tem funcionado como porta aberta, o que vem se caracterizando como um serviço de pronto atendimento, pois o município não tem estrutura na atenção ambulatorial, e a demanda para a especialidade está recaindo sobre o hospital.

Na área da saúde mental, as UBS não dão cobertura para esse grupo, e os Centros de Atenção Psicossocial – Caps funcionam, diferentemente do que é preconizado, inclusive com escassez de atendimento especializado.

Alguns entrevistados avaliam que essa situação não se modificou desde a implantação da residência multiprofissional, e vários problemas têm sido, aparentemente, solucionados por conta do residente, como a situação de recursos humanos. Avaliam que a população não tem cobertura de algumas áreas profissionais, e a gestão não faz investimento na ampliação da equipe, gerando escassez de recursos em várias áreas profissionais, seja pela inexistência do profissional, seja pelo número reduzido destes.

A gente fica em dúvida se o residente está aqui para cobrir alguns buracos porque alguns ficam semanas, meses, sozinhos, tocando a unidade, cobrindo férias do funcionário, licença, e a prefeitura não tem pressa de repor os profissionais (CRUZ, enfermagem).

Então, em vez de formação em serviço, a residência serve para tapar buraco da rede, para ser mão de obra (...). Por exemplo, não tem psicólogos suficientes na rede, manda para o residente atender e a população diz: “Nossa, naquela USF tem um monte de gente trabalhando, tem fisioterapeuta, dois enfermeiros, alunos de

medicina, TO, dois dentistas, tem vários profissionais atendendo e como esse prefeito é bom”. E a gestão não está preocupada com a expansão do programa nem com a efetivação dos profissionais. Várias unidades agora ficarão sem residentes e como é que eles vão fazer? Não tem equipe de nada (...). O município não dá suporte para a residência (GUARDA, odontologia).

Quando alguém vai até a prefeitura e reclama que não tem atendimento de algum profissional, os funcionários da própria Secretaria da Saúde dizem para a população: “O município fornece estes profissionais, eles estão lá nas USF e vocês podem usar o serviço” (AVERSAN, educação física).

Esse grupo analisa que essa política coloca as USF numa relação de dependência com o Programa da Residência Multiprofissional, uma vez que o aumento da resolubilidade tem se dado, basicamente, por conta da parceria entre a residência e o serviço, porém, em algumas unidades, fica apenas a critério dos residentes, pois a equipe continua atuando no modelo tradicional e tentando empurrar o programa para fora desse espaço. O problema destacado é o de que tanto a gestão municipal quanto as equipes das unidades de saúde confundem rede-escola com rede de serviços, exigindo do residente um papel que não é o da sua competência: o de funcionário.

Alguns entrevistados reforçam a idéia de que existe um afastamento entre o residente e o gestor, pois este tem o entendimento de que o grupo de residentes promove várias ações nas unidades, contrapondo os programas políticos, e coloca a comunidade contra a gestão. Nesse eixo, a maioria dos residentes avalia que a gestão, de certa forma, recusa o programa, pois se sente ameaçada pelo grupo, e citam como justificativa dessa análise a não participação do residente no Conselho Municipal de Saúde e em diversas reuniões que colocam em pauta os serviços da Atenção Básica, inclusive os trabalhos desenvolvidos no território em que os residentes estão atuando. Entendem que essa situação vem se repetindo desde a primeira turma, porém nas unidades de saúde os residentes têm incentivado a participação da comunidade no controle social.

Teve todo um processo de incentivar a participação coletiva na construção conjunta, na organização das decisões e agora a gente vê um retrocesso no movimento. Outras turmas também começaram ocupando os espaços e sentindo parte do processo, e isso foi gerando incômodo. Tem residente que contribuiu para a Comissão de Saúde Mental, participa do fórum permanente e mesmo aqui na unidade fizemos um trabalho de levantar a demanda, a necessidade de melhorias e, quando isso chegou na gestão, tensionou (...). Não incluem a gente no processo, talvez seja pela nossa atuação dentro do próprio território, mas também por ocuparmos outros espaços de militância (SANTOS, psicologia).

Recebe verba para isso e o programa mantém bastantes coisas, mas a gestão do município dá suas voltas, enrola, finge e vai tocando com a barriga, só que é verbalizado o quanto o residente incomoda. Na teoria é tudo muito bonito, que existe parceria, que eles aceitam a residência, mas não é, na prática a gestão não banca nada (PENEDO, enfermagem).

Esse grupo questiona se os gestores realmente têm interesse na participação do residente no processo de reorganização do sistema municipal de saúde. Refere também se as mudanças que ocorreram no processo de estruturação desse curso da residência têm se aproximado ou têm se distanciado do projeto inicial.

Uma parte do grupo discorda desse posicionamento e justifica que muitas ações já foram realizadas, pois os profissionais das USF conseguem reconhecer o trabalho desenvolvido pelos residentes e, portanto, consideram-nos como parte da equipe. Dizem que a comunidade também está compreendendo melhor o trabalho desenvolvido na unidade, assim como a gestão tem se aproximado mais do Programa da Residência. Argumentam que os conflitos entre a gestão e os residentes já não são intensos, e a aproximação com a gestão tem acontecido.

Alguns residentes fazem uma crítica sobre os resultados da implantação dessa política, dizendo que a gestão municipal e a acadêmica estão mais preocupadas em utilizar-se do programa para projeção pessoal. Justificam que a gestão municipal, ao considerar que o sistema de saúde do município está muito atrasado, aproveita-se da residência para “maquiar” a situação. Avaliam que os gestores fazem um discurso de estar modernizando a rede municipal de saúde, tornando-a mais efetiva, mas não garantem uma política de reordenação do sistema municipal de saúde e apenas aproveitam-se da residência para ampliar a oferta de atendimentos em cada USF, seja no sentido quantitativo, ao dobrar o número de profissionais nas áreas de enfermagem e de odontologia, seja na oferta dos serviços da equipe matricial. Em relação à gestão da UFSCar, o discurso é o de estar colaborando com o processo de capacitação de recursos humanos para o SUS, sendo esta uma das responsabilidades da universidade pública. Entretanto, a universidade não desempenha o seu papel crítico nessa parceria, pelo contrário, abstém-se de qualquer ação reflexiva, não fazendo nenhum enfrentamento e se omitindo da maioria das decisões.

Contudo, uma minoria do grupo de residentes discorda dessa posição crítica, pois entende que o programa prevê a transformação do sistema de saúde, e compete ao residente desenvolver programas e ações nas USF, garantindo a capacitação da própria equipe.

Justificam que essa proposta é apresentada nos editais, ficando a critério de cada profissional a opção de fazer, ou não, parte desse trabalho. Em relação à academia, refere que a universidade vem cumprindo o seu papel, que é o de capacitar os profissionais para o SUS, então, entendem que o profissional que procurou o programa já deveria ter esse perfil.

Essa discussão dos residentes nos leva à análise de outros discursos, procurando relativizá-los.

O que a gente, às vezes, vê nos gestores, aí eu já não estou falando somente de São Carlos, eu estou falando no contexto geral, é que muitas vezes eles vêm alinhados com o compromisso, com o segmento que muitas vezes ele representa, de ser médico com o corporativismo médico que pode estar alinhado com a política partidária, e não com a política pública (...) A única cartilha que tem que rezar é a do SUS, então ele tem que promover processos de gestão que caminhe no sentido da implantação efetiva do SUS, da implementação, dos princípios do SUS que efetivamente aconteçam no seu município (FELICIANO, Preceptoria. p. 9).

Podemos concluir, frente ao debate proposto pelos residentes e pelos preceptores citados, que o modo de produzir saúde tem que ser inevitavelmente marcado pela ideia de saúde como direito universal da cidadania, e não como um bem de mercado (MERHY, 2005; CECILIO, 1994). Assim, é preciso considerar que o trabalho na saúde é um campo de ação do trabalho vivo, de gerenciamento das relações e da construção cotidiana de vínculos e compromissos estreitos entre os trabalhadores e usuários, bem como entre os trabalhadores e os gestores da saúde.

Entretanto, os trabalhadores da saúde enfrentam a precariedade das condições de trabalho, o que gera um distanciamento e um descrédito ao projeto do SUS, em que o abandono da busca de excelência no setor público seja talvez a maior derrota cultural que sofremos, pois vivemos a precariedade de um sistema subfinanciado e sucateado, com crescente precarização das relações salariais e de trabalho (PIERANTONI, 2002; FLEURY, 2011; COSTA, 2011; MIRANDA, 2011).

Os relatos dos residentes e dos preceptores, acima mencionados, revelam o sistema oculto dessa precariedade.

Tomando como estudo empírico o município de São Carlos, tentamos revelar de que lado a saúde se encontra, se do lado do direito, ou se do lado do mercado.

Quando o município adotou a estratégia de Saúde da Família como eixo estruturante da rede de Atenção Básica, o discurso dominante tendeu ao lado do direito, o próprio direito à

saúde e a melhoria da qualidade de vida da população, que deve estar incluso, também, o trabalhador da saúde. Mas o que está implícito nessa adoção?

Ao tomar como foco o sujeito, neste caso o trabalhador, verificamos que a equipe mínima exigida para compor essa estratégia difere, nas mínimas proporções, de outros modelos de saúde, pois só acresce a este o agente comunitário de saúde. Então, que saúde está sendo produzida, se continuou com uma equipe minimamente precarizada para produzir o trabalho?

Apostou-se nessa estratégia, mas parece que não se negociaram outros projetos, como, por exemplo, a relevância pública das ações e dos serviços de saúde para a própria formação do capital humano.

Nesse sentido, analisemos duas situações que já foram explicitadas no texto, debatidas por vários residentes e trazidas por Feliciano: o modo de produzir saúde. Ao decompor esta ação, poderíamos compreendê-la como: o serviço e os trabalhadores.

Na primeira situação, se contarmos quais serviços de saúde estão disponibilizados, talvez encontremos quase todos. Porém, se lapidarmos essa realidade, vamos perceber que, dos 388 serviços de saúde, 42 são públicos (IBGE, 2010), entre eles, 12 são UBS, e 16 são ESF, o que representa 24% de cobertura da estratégia de Saúde da Família. Diante desse fato, talvez pudéssemos deduzir os múltiplos fluxos de articulação entre o público e o privado, numa situação predominante da compra de serviços da rede privada de saúde.

A segunda situação, que é o nosso objeto de estudo, diz respeito à formação profissional na saúde. De antemão, estaríamos frente à busca de um direito. Porém, a implantação do Programa da Residência Multiprofissional requereu vários rearranjos, tanto estruturais (como se deu na mudança das unidades de saúde), quanto humano, na medida em que provocou um certo estremecimento nas relações entre os trabalhadores (estamos incluindo nessa categoria os profissionais dos serviços, os residentes, preceptores e tutores), conforme relatos já apresentados por esse grupo.

Dessa forma, parece que o município corre o risco de perder de vista a saúde como direito universal de cidadania.

#### **6.4. A Formação profissional**

O quarto tema abordou, especificamente, a formação profissional, destacando dois eixos: o das atividades de ensino e o das atividades de treinamento em serviço. Em relação ao

primeiro eixo, o debate girou em torno do conhecimento científico e técnico apreendido pelo residente durante o processo de formação profissional, considerando a organização curricular do programa e os recursos materiais e humanos disponibilizados.

O segundo eixo tratou das atividades de treinamento em serviço, destacando as atividades desenvolvidas no equipamento de saúde (com a população atendida, com as equipes de profissionais do serviço e com as equipes da residência, com a população do território, entre outras); a vinculação ao equipamento e aos usuários; o equipamento de saúde; a rede de atenção; e as demandas territoriais.

#### **6.4.1. As Atividades de ensino**

Os residentes da **primeira** turma referem a temática da avaliação do conhecimento científico e do conhecimento teórico, relacionando-a com a abordagem pedagógica adotada pelo programa, que focaliza as metodologias ativas de aprendizagem. A análise sobre a utilização dessas metodologias para a produção do conhecimento está dividida entre o grupo, sendo que a grande maioria aprova essa abordagem pedagógica, justificando que a concepção voltada ao estudo auto dirigido, a partir do desenvolvimento da prática profissional, valida a produção de conhecimento socialmente relevante, além de reconhecer e valorizar o saber previamente adquirido pelo profissional.

Esse grupo afirma que a metodologia é bastante coerente com a proposta do programa, que está estruturado na formação em serviço, em que o lugar da prática é o cenário fundamental para a aprendizagem, pois possibilita que o residente interprete e reflita sobre as informações coletadas durante sua intervenção, além de instigar a necessidade de ir em busca de respostas com o foco na integralidade e na humanização do cuidado à saúde do paciente, da família e da comunidade.

Não tem muito como separar atividade prática e de ensino com esta metodologia, pois a gente estuda para fazer e faz para aprender. O ensino e o treinamento se tornam tão integrados que não dá para separar. Acredito que o próprio trabalho é uma atividade de ensino, pois promove reflexão que gera aprendizado, discussão, remodelamento na forma de agir e pensar (MATUOKA, odontologia).

Assim, não tem aula teórica nem professor para ministrar o conteúdo preestabelecido, pois a metodologia com base em problemas inverte essa estrutura.

Uma parte pequena do grupo dos residentes não concorda com o método de aprendizagem referido pelo programa e alega os seguintes questionamentos: a importância das aulas teóricas e, muitas vezes, expositivas; a “flexibilização” do método pedagógico para que os preceptores pudessem dar maior direcionamento às temáticas e ao referencial teórico, que deveria ser utilizado por todos os residentes, ou pelo menos pela maioria. Refere que em determinados encontros as discussões ficavam perdidas, soltas, sem direcionamento, o que dava a sensação de que o estudo não atingiu o objetivo proposto.

Na parte teórica, faltou leitura, orientação, houve várias falhas. Falhas conceituais, sobre o fluxo, o financiamento, as políticas, quem investe em quem, coisas meio básicas, a gente percebeu que não sabia. Especificamente na psicologia, não tive grandes ganhos (DÓBIES, psicologia).

Para essa minoria, o método construtivista e sua aplicabilidade não garantiram a aprendizagem, pois muitos residentes nem conseguiram compreendê-lo e necessitavam de referência para os estudos. Analisam também o mau aproveitamento dos recursos da própria universidade, pois muitos docentes poderiam ter sido convidados para apresentar temas que fazem parte da sua área de pesquisa, como forma de consultoria, e isso não aconteceu. Destacam algumas experiências com a participação de professores convidados, como foi o caso do professor Gastão Wagner e do professor Luis Cecílio, que deram aulas expositivas sobre temáticas que o grupo tinha dúvidas e ampliaram as discussões.

Eles criticam o processo da aprendizagem, referindo que a tendência da residência é a de oferecer uma formação tecnocrática, totalmente na lógica da produção voltada para a pesquisa, o que garante a reprodução de modelos. Dizem que não há nada de novo, nem nos discursos, nem nas metodologias, nem mesmo os residentes que vieram da escola pública se distanciam daqueles que tiveram sua formação acadêmica em escola privada, pois os problemas são muito parecidos.

Porém, embora haja divergência no grupo sobre o método e a metodologia, o mesmo não acontece em relação à avaliação da aprendizagem. Todos os entrevistados concluem a dificuldade para a aquisição do conhecimento porque pouco acrescentou àquele obtido anteriormente, principalmente por conta do corpo docente e dos profissionais da Secretaria Municipal da Saúde, que assumiram os papéis de preceptores e de tutores no programa.

Os residentes dizem que tanto os profissionais da academia quanto os da gestão municipal não estão capacitados para exercer essas funções no programa, embora esteja

previsto no Manual da Residência, documento entregue aos alunos pós-graduandos no início do curso<sup>48</sup>, que os docentes da UFSCar e os profissionais de saúde da Secretaria Municipal da Saúde serão qualificados para a função. Portanto, dizem que o Programa de Educação Permanente para os Tutores e Preceptores não garantiu a capacitação desses profissionais, prejudicando as orientações e as referências para a aprendizagem do residente.

Eles avaliam que a dificuldade de esses profissionais exercerem suas funções, inclusive para utilizarem a metodologia, resultou, para o grupo de residentes, a deficiência do processo de construção do conhecimento científico. Analisam que tanto os preceptores quanto os tutores não tiveram formação para dominar o método e também o utilizaram de forma equivocada, “apenas com uma roupagem construtivista” (Salgado, Fisioterapia). A exceção apontada é referente ao grupo de professores do curso de graduação de medicina da UFSCar, que foram convidados para serem preceptores no Programa da Residência Multiprofissional e se destacam por dominar as metodologias ativas, bem como por já ter experiências de trabalho na ESF, ou então em comunidades de periferia.

Tive preceptores de campo mais coerentes que faziam um paralelo da academia e a prática do serviço junto com os tutores, questionavam lá, *in loco*, eram os preceptores da medicina, que têm proximidade e uma crítica com o método, que têm uma militância no SUS. Eles me ajudaram muito porque na graduação eu fugia da clínica, não conseguia ver muita lógica no que eu fazia enquanto dentista. Achava que era uma atuação muito limitada, muito técnica e pouco resolutive porque a maioria dos dentistas não entende a cárie como uma doença, mas como um buraco que precisa ser tratado e, se você ensinar um macaco, ele vai aprender a fazer. Isso para mim era muito difícil de aceitar. Hoje eu consigo ver de outro jeito, a minha consulta é mais demorada e não se resume à cadeira do paciente, e isso mudou com a residência, porque tive esse apoio dos preceptores da medicina (FRAGELLI, odontologia).

Todavia, justificam que grande parte do grupo de preceptores não se identificou com as metodologias ativas de aprendizagem e teve dificuldades na relação educador-educando, tanto que, durante as atividades estruturadas, o preceptor tomava a frente do restante do grupo para introduzir os temas a serem debatidos. Dessa forma, ele estaria reproduzindo a método utilizado pela maioria dos cursos de formação em saúde, em que o professor detém o

---

<sup>48</sup> Os Preceptores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade serão docentes da UFSCar e profissionais da saúde da SMS qualificados para a função, a saber: Orientador de núcleo (...), Orientador de pesquisa (...); Orientador Técnico-docente (...). Os Tutores do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade serão os profissionais de saúde da SMS qualificados para a função e se constituem em: Orientador de Campo. (MANUAL DA RESIDÊNCIA 2007-2009. p. 24-25).

conhecimento e, assim, estabelece uma relação de poder com os educandos. O direcionamento do programa é que o preceptor seja um facilitador da aprendizagem, e não um detentor do conhecimento.

Alguns entrevistados analisam que o preceptor, na maioria das vezes, não conseguiu exercer o papel de facilitador, delegando para o aluno toda a responsabilidade pela construção de novos saberes. Porém o residente não tinha clareza de quais eram os conhecimentos fundamentais que todos teriam que adquirir ao longo do processo de formação, pois as temáticas dependiam das narrativas trazidas por cada participante, e os interesses eram diversos, o que dificultou um conhecimento mais homogêneo sobre as principais temáticas no campo da saúde coletiva. Além da falta de coerência metodológica em diversos procedimentos, citando, como exemplo, as mudanças que ocorriam nas unidades, onde no meio do processo retiravam um residente de um serviço e o encaminhavam para outro, justificando ser uma estratégia metodológica.

Quando o residente perguntava por que ele estava indo para outra unidade, ou mesmo questionava a sua ida, a justificativa era de que na metodologia ativa você tem que buscar a resposta. Isso gerou um conflito desnecessário, dificultou muito. A gente falava: estão gerando conflito de besteira nos residentes. Se a proposta era modificar a formação na Residência Saúde da Família para abertura do diálogo, então se contradiz porque vem falar de metodologia participativa, de cogestão, de integralidade e o cara nem troca uma ideia comigo porque eu fui lá, então reproduz o contrário (DÓBIES, psicologia).

Esse comportamento é considerado por esse grupo como autoritário, porém essa opinião não é uniforme. Parte do grupo justifica essas dificuldades, entendendo que a metodologia é nova e teve que ser adaptada para a primeira turma da residência, e todos (residentes, tutores e preceptores) estão num processo de aprendizagem. Entendem que essa situação facilita a construção de uma série de respostas e de soluções para os problemas encontrados no desempenho da prática profissional.

Outra justificativa a respeito do desempenho do preceptor é a da dificuldade de o docente distribuir suas tarefas entre a graduação e a residência, havendo um acúmulo de trabalho nessas duas funções, o que inviabiliza maior dedicação à formação do residente. No entanto, há discordância desse posicionamento por parte de alguns entrevistados, que apontam o pouco compromisso de muitos preceptores com o programa, pois demonstram desinteresse com os resultados desse trabalho.

Em relação ao papel desenvolvido pelos preceptores de campo, há um consenso sobre o distanciamento que se manteve com o serviço, pois a orientação nada mais foi do que uma reunião semanal entre o preceptor e o residente, num período máximo de duas horas, na maioria das vezes, sem a presença do tutor e também sem a participação do preceptor nas reuniões de equipe da unidade.

Considerando o papel da tutoria, há uma fala de uma parte do grupo de que a escolha desses profissionais também foi conturbada. Contam que o processo seletivo não aconteceu de forma democrática no serviço, pois houve uma avaliação interna oferecida aos profissionais das Unidades de Saúde da Família, e os que obtiveram maior pontuação na prova escrita foram selecionados para ocupar o cargo. Essa situação gerou uma disputa entre os próprios colegas, pois se implantou um clima de competição e de conflito nas equipes, uma vez que essa função era remunerada. Assim, avaliam que o modelo de avaliação do processo de seleção dos tutores difere do método pedagógico instituído pelo programa. Além disso, a seleção não conseguiu identificar os profissionais que mais se aproximavam da proposta.

A unidade de saúde é um espaço muito importante para a gente compreender qual é o meu lugar, qual é o lugar do outro, qual é o lugar da comunidade. Mas, o tutor tem que estar preparado para te dar este suporte, senão você se perde porque ao mesmo tempo em que é um fusão de saberes, diferentes práticas e áreas, você pode não se encontrar dentro da sua própria área e a gente precisa se fortalecer enquanto especificidade também e o tutor pode te dar um norte no serviço, na fusão de outros saberes (COVRE, serviço social).

A maioria do grupo refere sobre a dificuldade de o tutor assumir o seu papel no programa, pois a sua experiência de trabalho difere do projeto político pedagógico do curso, impedindo-o de ser referência para a aprendizagem do residente. Além disso, dizem da falta de experiência desses profissionais com a equipe multiprofissional, o que implica o desconhecimento sobre a qualidade e a eficiência dos resultados do trabalho nas áreas de Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Nutrição, Farmácia e Serviço Social. Essas profissões somente estão contempladas pela Secretaria Municipal da Saúde como especialidade, o que demanda a estratégia do encaminhamento para os serviços de atenção secundária. Referem que a gestão municipal também desconsidera a importância da equipe multiprofissional na Atenção Básica, inclusive para servir de referência na formação dos residentes.

Considerando a organização curricular do curso a questão destacada foi ao desempenho esperado do residente, nas áreas de vigilância à saúde, de organização e gestão

do trabalho e de investigação científica. A maioria dos entrevistados diz que, embora no Manual da Residência Multiprofissional estejam estabelecidos os critérios de desempenho nessas áreas, assim como as atribuições dos residentes nas Unidades de Saúde da Família, há falta de clareza sobre as atividades que ele deve desenvolver frente às demandas do serviço e da comunidade. A única orientação dada focou a composição das equipes, ou seja, quais eram os profissionais que fariam parte da equipe de referência e os da equipe matricial, mas não houve nenhum direcionamento a respeito do exercício profissional.

Diante das dificuldades de orientação e na tentativa de investir na construção do novo modelo de assistência à saúde, os entrevistados relatam que utiliza na maioria das vezes o conhecimento adquirido durante o processo de graduação e concluem que na prática houve pouca orientação para o enfrentamento dos problemas e das demandas do serviço.

Muitas coisas, a gente trouxe da graduação, mas tentando adequar esse conhecimento para a atenção primária (...). A gente entende que esse modelo ainda está em construção, mas algumas diretrizes têm que ser traçadas e precisa de um direcionamento, como, por exemplo: o que é humanizar a saúde? Como a gente sai do biológico e vai para o psicossocial? Em que momento fazemos atendimento individual ou em grupo? Quais as competências da atenção primária e o que fica para a secundária e a terciária? Como se trabalha em equipe? (ALMEIDA, fisioterapia).

Eles narram que essa situação provoca um distanciamento entre a proposta de capacitação profissional e o trabalho desenvolvido nas unidades, pois o residente permanece a maior parte do tempo tentando construir práticas voltadas para o modelo da Vigilância à Saúde, mas com muitas dúvidas sobre o que está produzindo, além de sentir-se sozinho para resolver os conflitos que surgem entre os grupos. Além da falta de apoio dos orientadores, refere a escassez de referencial bibliográfico sobre determinadas temáticas, citando, como exemplo, a estratégia do matriciamento, o que dificulta ainda mais a prática profissional.

Entretanto, uma parte dos entrevistados refere que os profissionais das áreas da Enfermagem e da Odontologia tiveram menor dificuldade do que os demais, uma vez que eles tinham essas referências no próprio serviço. Diferentemente da equipe matricial, cuja competência era a de orientar as equipes de saúde das unidades, levando em consideração a especialidade da sua área de formação, sem que tivessem experiência com esse modelo de trabalho. Assim, havia maior cobrança das equipes do serviço para os residentes fazerem o

atendimento individual nos consultórios, seguindo a lógica do encaminhamento, pois também não compreendiam, ou estavam resistentes, para solicitar o apoio matricial.

Para os residentes da área de Odontologia, a maior dificuldade apontada foi a falta de qualificação dos tutores das USF para assumir a função de orientador de referência, na medida em que a maioria exercia uma prática centrada na doença, organizada pela demanda e pela oferta, ao contrário do modelo da Vigilância à Saúde, proposto pelo Programa da Residência. Assim, a maioria dos tutores da Odontologia não conseguia garantir o compromisso da formação profissional no modelo proposto, e o comprometimento e a operacionalização das mudanças necessárias na organização do cuidado à saúde ficaram na responsabilidade do residente.

Outra situação apontada por alguns segmentos desse grupo é relativa às dificuldades de diálogo com as chefias da Secretaria da Saúde, principalmente com a coordenadora de saúde bucal, que ocupava também a função de preceptora:

Nas reuniões de preceptoria de área, o que mais ocorria era a conversa sobre as frustrações do sistema, as dificuldades de relacionamento com o tutor, a dificuldade com a metodologia, o desacordo com algumas imposições da Secretaria de Saúde, a ponto de a gente quase desistir do programa. O fato de a preceptora ser também coordenadora de saúde bucal do município motivava as residentes a criticar o serviço, para ver se ocorriam mudanças. Outro motivo era a falta de preparo dos odontólogos quanto à nova metodologia e principalmente quanto à nova forma de cuidado exigida pelo programa (MATUOKA, odontologia).

Considerando esse eixo de análise, avaliam a complexidade da situação, uma vez que os próprios gestores não assumem a responsabilidade de fazer os enfrentamentos com as equipes do serviço e utilizam os residentes para os embates.

Uma parte do grupo dos residentes da Enfermagem relata que não teve dificuldades de inserção nas USF, pois compreende que sua atuação profissional é de cumprir com todos os procedimentos específicos da área e ajudar na rotina saudável da unidade. Dessa forma, ele deve assumir as mesmas tarefas que o profissional da unidade.

Para a enfermagem, as atividades em campo não foram difíceis, eu cheguei na USF, e a enfermeira já fazia muita coisa também e não foi difícil segui-la. Ela fazia consulta de enfermagem, acolhimento, visita domiciliar, atividades coletivas, saíamos para fazer grupos nas creches e a gestão da unidade. Ela fazia um tanto de consultas porque era uma só enfermeira, comigo lá isso foi qualificado, a gente conseguia fazer o dobro das coisas (...). Minha inserção na equipe foi muito tranquila, no segundo mês já fazia parte da equipe, eu era considerada enfermeira da unidade, e os usuários não me viam como residente, e isso foi graças à enfermeira

que me recebeu de braços abertos, sempre colocou para a equipe que eu era a outra enfermeira, e isso facilitou muito. Então eu acho que essa questão foi muito particular, dependeu da experiência de cada um (FRANÇA, enfermagem).

Outra parte do grupo considera que, mesmo sendo residente da equipe de referência, há necessidade de o enfermeiro exercer suas atribuições específicas, portanto com a preocupação de não ocupar o papel do profissional, pois na maioria dos serviços falta recurso humano.

Eu assumi o serviço mesmo, fazia o papel da enfermagem na unidade. Fazia o atendimento de enfermagem, consulta de enfermagem, avaliação de risco, acolhimento, participava dos procedimentos: curativo, vacina, acamados (...). Eu acho que tem que haver uma troca entre a residência e o serviço, tem que ser uma troca equivalente, que nenhuma das partes tenha prejuízo e o residente tem que saber dosar isso para a gente não perder tempo de trabalho, de reflexão, mas também a gente não ser usada como funcionário que está ali só para tapar buraco (PALLONE, enfermagem).

Para alguns profissionais da equipe de referência<sup>49</sup>, é preciso equalizar as tarefas que serão desenvolvidas na USF, pois ao mesmo tempo em que é preciso exercer a competência específica, não se pode ocupar o lugar do funcionário que não foi contratado, até por descaso político. A escassez de recursos humanos é apontada por todo o grupo de residentes. Outra parte desse grupo analisa essa situação, criticando a postura desses residentes, pois compreende que, na proposta da mudança de modelo da saúde, é fundamental que os profissionais do serviço modifiquem suas práticas assistencialistas referendadas no modelo médico-centrado, e o papel do residente é o de produzir outra lógica da assistência e da gestão. De tal modo que é preciso contemplar estratégias para ampliar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde para o enfrentamento das necessidades e dos problemas de saúde da população atendida, e não simplesmente repetir o modelo instituído no serviço, apenas colaborando com a sua participação, no sentido de tentar diminuir a demanda.

Outra questão levantada, referente ainda à organização curricular do curso, diz respeito à avaliação dos coordenadores. A maioria do grupo aponta a falta de um cronograma que pudesse direcionar as ações e das atividades. Porém, dizem que, mesmo aquelas que foram planejadas com antecedência, muitas vezes eram desmarcadas, não só por parte da coordenação, mas também pelos preceptores e tutores. Constantemente havia mudanças no calendário e, no período de férias coletivas dos docentes da UFSCar, os preceptores também

---

<sup>49</sup> Equipe de referência definida pelos profissionais da enfermagem e da odontologia. Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2006-2008. p. 36.

diminuíam a frequência das orientações, sendo que nesse período o cronograma foi totalmente alterado, deixando várias atividades fora do calendário previsto. Alguns residentes relatam que ficaram mais de três meses sem ter atividade teórica.

A falta de estruturação de algumas atividades curriculares relacionadas à carga horária e às atividades que deveriam ser desempenhadas semanalmente pelos residentes e pelos orientadores é indicada por esse grupo como um fator que comprometeu a operacionalização do curso. Outro apontamento feito pelo grupo foi a incerteza a respeito da carga horária dos preceptores e dos tutores, pois num determinado momento foi informado de que seriam 12 horas, e noutro, 8 horas. Além dessa incerteza, avalia que, mesmo considerando o maior tempo disponibilizado, este não foi suficiente para as orientações, no acompanhamento técnico-profissionalmente de cada residente, seja na área específica, seja na preceptoria de campo.

Em relação à carga horária disponibilizada para o curso, a maioria dos entrevistados avalia a importância de ter esse tempo da formação.

Quanto ao currículo organizado, a fala do grupo é a de que os espaços predefinidos como cenários de ensino-aprendizagem foram mal distribuídos e não garantiram, efetivamente, o aproveitamento das atividades curriculares.

A formação em serviço é uma das experiências mais válidas, só que tem que garantir o espaço de reflexão da prática, não adianta jogar a gente no serviço, numa unidade superdesestruturada e achar que você vai aprender (MEDEIROS, nutrição).

Essa desorganização é avaliada por alguns residentes com certo descaso da academia com o processo de formação do grupo, uma vez que o residente já fica a maior parte do tempo em serviço, e para os momentos de aprendizagem teórica e da reflexão da prática nem sempre esse espaço está garantido.

Contudo, discutem a importância da construção de uma grade curricular prevendo a autonomia do residente em sua própria formação. Essa ideia foi reforçada no Fórum Nacional dos Residentes e foi aprovada pela maioria do grupo.

Esse grupo refere que foi proposto pelos residentes a organização de uma reunião específica para priorizar as trocas de experiências e de informações de diversos temas relacionados a esse processo de capacitação, bem como a avaliação do próprio grupo e dos demais participantes do programa.

Conseguimos colocar uma reunião dos residentes para avaliar politicamente o nosso programa, mas já sei que tiraram esse espaço da grade. Os residentes sempre tiveram interesse em legitimar esses espaços. Tem que ser garantidos esses espaços pedagógicos e políticos. Ficamos meses somente no serviço. Pedimos um espaço para consultoria, mas não fomos atendidos (ZERRENNER, terapia ocupacional).

Alguns entrevistados compreendem que a garantia de um espaço para o debate político está voltada ao interesse de construir um sistema de saúde, seguindo as diretrizes e os princípios do SUS e cumprindo com o objetivo do Programa da Residência. Porém, dizem que essa estratégia está sendo negligenciada e questionam a participação do residente em seu próprio processo de capacitação, bem como inviabiliza a possibilidade de criar uma rede de ações compartilhadas.

Em relação ao sistema de avaliação, para a maioria dos segmentos, a perspectiva da avaliação do programa, apresentada no início do curso e prevista no Manual da Residência, não foi cumprida. A avaliação dos residentes, realizada pelos preceptores e pelos tutores, não favoreceu um processo democrático e transparente, pois não houve a devolutiva do resultado desse processo pelos avaliadores para o grupo. Eles relatam que os preceptores instituíram momentos formais de avaliação, que foram transformados em provas teóricas, com a exigência de um conhecimento não trabalhado durante as orientações. A avaliação realizada pelos tutores, na maioria das vezes, foi subjetivada na medida em que também havia a dificuldade do tutor em exigir as competências predeterminadas, pois ele também apresentava dificuldades para desempenhá-las durante sua prática profissional.

O uso do portfólio e a exigência da monografia, utilizados como instrumentos para avaliação do residente, são questionados pela maioria dos segmentos. No primeiro caso, o portfólio, a maioria dos residentes caracteriza-o como uma simples pasta com várias anotações de registros e trabalhos temáticos, o que não representa mudança para a aquisição do conhecimento. A monografia é entendida pelo grupo como um trabalho importante; mas, embora estruturada nesse curso com a finalidade de divulgar cientificamente a produção e os resultados do trabalho desenvolvido pelos grupos, não se previu uma organização que viabilizasse o viés da pesquisa. Assim, tanto os horários previstos na organização do programa não eram suficientes para que o residente pudesse ter um desempenho na construção e no desenvolvimento da pesquisa, quanto o tempo dos orientadores não era compatível para acompanhar e orientar cada residente no desenvolvimento dessa atividade. O

grupo conclui que a realização do projeto de pesquisa foi difícil para o residente, mas também para o orientador.

Considerando a avaliação dos preceptores, dos tutores e a avaliação do desempenho da equipe, os residentes dizem que, embora os residentes tivessem participado desse processo, nem sempre foi apresentado o seu resultado, assim como a avaliação do programa, que deveria acontecer por todos os participantes no fim de cada semestre. Concluem que diante da ineficiência da equipe em avaliar o programa, não foi possível fazer a regulação dos resultados. Assim, nem a academia nem a gestão conseguiram quantificar e qualificar a eficiência e a resolubilidade do programa.

A **segunda** turma diz considerar relevante o conhecimento técnico, mas questiona o conhecimento científico.

Os entrevistados dizem que a aquisição do conhecimento ficou muito mais na responsabilidade e no comprometimento de cada residente do que dos orientadores, cabendo ao aluno a busca do conhecimento e se responsabilizando pela sua própria aprendizagem, porém com pouca estrutura de orientação, uma vez que a maioria dos residentes tinha experiência com o modelo tradicional de ensino.

Dessa forma, a aprendizagem foi maior ou menor, dependendo da capacidade de conhecimento científico e técnico dos preceptores e/ou tutores, uma vez que cabia a eles servir de referência para a orientação técnico-profissional, para as atividades de formação teórica e para o desenvolvimento dos projetos de investigação e de pesquisa.

Os residentes, porém, alegam que nem os tutores nem mesmo os preceptores conseguiram desempenhar essas funções de modo a viabilizar a aprendizagem, conforme as expectativas do grupo. Alguns referem que apenas três ou quatro preceptores têm experiência no campo da saúde coletiva e conseguem criar estratégias para a aprendizagem. Todavia, todos eles são médicos e fazem parte do Departamento de Medicina da UFSCar, o que não garante a sua continuidade na Residência Multiprofissional.

Há também o discurso de que muitos preceptores que têm titulação não têm conhecimento das metodologias ativas de aprendizagem e, mesmo quem tem esse domínio, pode ainda não facilitar a aprendizagem.

Em termos de metodologias ativas nós não temos nada. Nós temos uma especialista nessas metodologias, mas que não tem carisma nenhum e, se quisermos indicar uma

pessoa que não tem nada a ver com metodologia ativa, indicamos ela, que é especialista, mas que não consegue facilitar nada (PINTO, nutrição).

A narrativa de uma parte dos entrevistados é a de que alguns preceptores assumem o Programa da Residência como se fosse mais uma disciplina do curso de graduação e, quando vão para o embate com os residentes, não conseguem ter uma postura que justifique seu conhecimento técnico, muito menos político. Apontam que a expectativa do grupo não era essa, o esperado é que todos os preceptores tivessem sido capacitados e pudessem exercer uma postura empática e profissional, no sentido de compreender as diversidades do grupo e as limitações do trabalho para conduzir esse curso de pós-graduação.

Em muitos casos o próprio conhecimento técnico e científico ficou muito aquém do que se esperava dos docentes de uma universidade federal como a UFSCar. Adquirimos conhecimento e experiência muito mais por nosso esforço próprio do que propriamente pelo auxílio dos facilitadores que, muitas vezes, funcionaram mais como dificultadores do processo (SGOBIN, fonoaudiologia).

O grupo esperava que, se esse preceptor não conseguisse reconhecer os próprios limites para desempenhar esse papel, fosse mais bem capacitado, ou então, substituído, o que não aconteceu.

A crítica mais contundente diz respeito à falta de capacitação da maioria dos preceptores para assumir a função, diferentemente do curso de medicina, que montou uma estrutura de recursos humanos, tentando garantir esse modelo de formação para os alunos. Na Residência Multiprofissional, isso não aconteceu, e o cenário encontrado foi o de um grupo de docentes desqualificados para exercer a função, sendo que muitos apresentavam dificuldades de intervenção no próprio campo da saúde coletiva.

Contudo, justificam a duplicidade de papéis que o preceptor ocupa na universidade, na medida em que, enquanto professor, precisa desempenhar suas funções acadêmicas e, como preceptor, é reservado um período da sua carga horária semanal para atuar no Programa da Residência Multiprofissional, com as exigências de acompanhar o aluno-residente nesse processo de aprendizagem. Além de ser um período reduzido de atuação direta, há um acúmulo de tarefas e de responsabilidades com essa formação. Então, por exemplo, ele ocupa a chefia de um departamento na universidade, mas também é preceptor do programa, e essa dupla função proporciona uma desorganização no seu processo de trabalho porque há uma sobreposição de funções e de tarefas. Alguns residentes avaliam essa situação, considerando

acúmulo de funções, porém, outros compreendem que a escolha para participar do programa, no espaço da academia, deveria ter sido mais cautelosa, pois grande parte desse grupo não apresenta perfil para estar vinculado ao programa.

Em relação aos tutores, a crítica e as considerações se repetem. Eles dizem que nem toda a equipe contava com profissionais interessados e com habilidades para a construção de um novo modelo de assistência e de gestão. O acúmulo de trabalho na unidade também dificulta maior aproximação com os residentes e com o programa. Há que se considerar ainda que cada equipe de saúde estava num momento de compreensão do seu próprio trabalho, o que possibilitava maior ou menor satisfação com o sistema de saúde e com a gestão municipal, gerando vários conflitos entre os profissionais de uma mesma equipe e, de certa maneira, interferindo nas orientações de campo.

Referente ao método de ensino, o grupo compreende que ele pode até ser interessante e inovador, mas, na maioria das vezes, não facilitou o processo de aprendizagem. Argumenta a dificuldade de conhecimento de sua aplicabilidade, tanto para os preceptores e tutores, quanto para os residentes. Para alguns residentes, foi uma tarefa difícil, pois o grupo não compreendia a metodologia e, por isso, o próprio aprendizado ficou comprometido. Muitos desistiam da busca ativa, ou faziam a pesquisa somente para dar conta da tarefa, mas sem garantir a cientificidade e a qualidade do estudo. Porém, o maior equívoco aconteceu no grupo dos orientadores, que, em vez de utilizar a metodologia como estímulo para a aprendizagem, muitas vezes, serviu como um elemento impeditivo desse processo.

O método pode ser uma ideia legal, mas também a gente vê falha nele, os supervisores, muitas vezes, não sabem como fazer o método andar melhor e é por isso que tinha muito disso nos grupos. Alguns residentes iam procurar outros caminhos totalmente diferentes, e a gente via que dependia muito do papel do preceptor que estava ali naquela função levar para um lado ou para o outro (...) O método poderia ser uma mescla, tem algumas coisas que realmente têm que ser faladas, em forma de palestra, sim, por que não? (ALMEIDA, psicologia).

A metodologia implantada foi muito rigorosa, essa metodologia caberia, sim, em algumas situações, em outras, o método tradicional poderia ser utilizado. Você não pode engessar as coisas, tem que ter flexibilidade. Eu senti que ficou muito amarrado, eles quiseram fazer uma coisa nova engessada, mas afinal de contas todos chegaram até aqui pela metodologia tradicional. Eu fiz odontologia pela metodologia tradicional, eu não posso falar que ela é pior, em algumas situações, sim, em outras não (NICOLI, odontologia).

O depoimento dos residentes é de que, em muitas situações, a prática foi totalmente contraditória à metodologia apresentada e citam, como exemplo, a separação dos residentes da segunda turma com os da terceira turma nos processos de orientação. A justificativa dada pela coordenação se pautou na necessidade de garantir o processo de ensino-aprendizagem para os dois grupos, pois os alunos que cursavam o segundo ano do curso tinham adquirido maior conhecimento do que a turma nova e poderia haver menor interesse por parte desse grupo na busca ativa dos temas relevantes para a sua própria aprendizagem.

Referente à organização curricular do curso, o debate se deu em torno da temática sobre o processo de avaliação dos residentes, em que quase a maioria da turma recebeu menção insatisfatória na última avaliação teórica aplicada e teve que refazer essa prova, sem ao menos compreender a análise feita pelos preceptores e tutores.

Eles argumentam que o critério de avaliação está definido no Manual da Residência como um processo transparente, democrático e ampliado, que deve ser discutido entre os participantes com o objetivo de garantir a melhoria do programa, mas também de favorecer o desempenho individual. No contexto teórico, há momentos formais de avaliação de desempenho do residente e situações avaliadas da própria prática profissional, que acontecem no dia a dia. A análise deve ser referente à capacidade do residente em desempenhar tarefas da prática profissional fundamentada em evidências científicas, destreza técnica e postura ética. O grupo diz que, embora tenham sido apresentados os critérios e os objetivos da avaliação, a falta de competência dos próprios avaliadores truncou esse processo. Apontam ainda que as avaliações realizadas por essa turma de residentes sobre o desenvolvimento do programa e o desempenho dos preceptores e dos tutores nunca foram consideradas pela coordenação.

Uma parte do grupo compreende que a dificuldade do conhecimento científico diz respeito também à estrutura curricular do programa, pois há dificuldade para compreender o próprio currículo do curso, que não predispõe o conteúdo básico, deixando a critério de cada residente compor as temáticas para a aprendizagem. O que está garantido a todos os alunos é a definição das atividades e o cenário de ensino-aprendizagem-trabalho, apresentado como uma inovação na organização curricular que deve abordar uma estreita articulação entre teoria/prática. Contudo, as atividades de trabalho se transformaram no próprio cenário para a aprendizagem, mas entre os próprios residentes.

No currículo está previsto o desempenho na área da investigação científica; entretanto, a maioria do grupo refere a grande dificuldade para formular e executar o projeto de pesquisa. Primeiro, porque a carga horária fica indisponível frente às outras áreas exigidas e requer uma intervenção direta do residente. Depois, pela dificuldade do orientador, seja porque ele também não tem disponibilidade para acompanhar e orientar o residente, seja porque não está capacitado para assumir essa função. Dizem que alguns orientadores não são pós-graduados nem desenvolvem pesquisa.

Em relação à organização das atividades, alguns entrevistados dizem que muitas ações não foram definidas previamente, o que resultou em várias situações de estresse para o grupo de residentes e também para a equipe do serviço. Entendem que o discurso da prática reflexiva se justificou pela falta de organização, o que impunha ao residente, em muitas ocasiões, assumir comportamentos equivocados, e esse desgaste poderia ter sido evitado.

A análise feita a respeito da carga horária desse curso de pós-graduação é apresentada de forma positiva. O grupo avalia a importância de ser um curso de dois anos, com uma carga horária semelhante a um curso de pós-graduação *stricto sensu*, que garante a capacitação do profissional no processo de aprendizagem instrumentalizada na prática profissional. Justifica que esse período de capacitação permite um maior conhecimento da realidade de saúde de cada território, seja no sentido das necessidades individuais e coletivas da comunidade, seja na área da gestão, mas a forma de organização das atividades do programa impede maior aproveitamento por parte do residente.

O tempo determinado para as tarefas de estudo é apontado pela maioria dos residentes como insuficiente, assim como o tempo para a supervisão, impossibilitando maior reflexão e apreensão dos conteúdos trabalhados. Argumentam também que o período disponibilizado para o desenvolvimento de atividades práticas em algumas instituições é desnecessário, como, por exemplo, o plantão no hospital-escola. Referem a falta de pertinência dessa atividade, uma vez que interessa à formação o aprendizado, essencialmente, na Atenção Básica, e nos plantões não é possível desenvolver nenhuma atividade que possa garantir a ampliação do conhecimento articulado com o funcionamento da rede de saúde, principalmente porque as orientações dos preceptores não resolveram essa confusão. Julgam que essa atividade foi proposta como cumprimento da grade curricular.

Considerando os recursos materiais, apenas a metade dos entrevistados se importou com essa questão. Dentre eles, esse aspecto foi relacionado à Biblioteca da UFSCar. Para

alguns, é adequada e facilita o processo de aprendizagem. Porém, outros dizem que não está atualizada no campo da saúde coletiva, embora tenha melhorado com a criação do curso de medicina, mas ainda está defasada em relação à quantidade de exemplares, à diversidade de temas e de autores. Para esse grupo, essa situação não facilita o estudo e cria o fetiche da busca virtual.

Para a **terceira** turma, a perspectiva era a de que a aprendizagem se desse de duas formas: por meio do conhecimento científico e do conhecimento prático. Todos os residentes analisam que o modelo da aprendizagem com base na prática profissional garantiu o conhecimento técnico, pois favoreceu a identificação das reais necessidades do usuário e da comunidade, qualificando os planos de cuidado, e também possibilitou maior integração entre as áreas profissionais, propiciando a elaboração de ações coletivas. Dessa forma, alguns residentes apontam que, nesse modelo, puderam qualificar seus atendimentos, pois aprenderam a trabalhar com o recurso grupal, desfocando a assistência individual. Deram conta também de vivenciar alguns atendimentos individuais, em parceria com outro profissional, de uma área diferente da sua, na tentativa de oferecer um plano de cuidado voltado às necessidades individuais e coletivas de saúde. Organizaram ações e programas em grupo, levando em consideração as políticas da Atenção Básica, mais especificamente aquelas voltadas para a ESF.

Todavia, em relação às atividades de ensino, é unânime o discurso de que a aprendizagem foi prejudicada, e o conhecimento não variou daquilo que já havia sido adquirido. A justificativa apresentada pelo grupo é a falta de estrutura do programa, referente às questões metodológicas, a não qualificação de recursos humanos e a escassez de recursos materiais.

A metodologia utilizada é vista, pela maioria do grupo, como adequada, pois rompe com o paradigma do método educacional que vem sendo instituído há vários anos. Porém, a crítica é de como ela tem sido aplicada, pois não há uma compreensão nem mesmo uma aproximação dos orientadores do programa com esse modelo metodológico, o que implica a dificuldade de dominá-lo.

Os residentes avaliam que a proposta de educação permanente para os tutores e preceptores, na tentativa de qualificá-los metodologicamente, não ocorreu de forma a capacitá-los para a aplicação dessa abordagem pedagógica. Tanto que os laboratórios, utilizados com uma concepção voltada ao estudo autodirigido e ao desenvolvimento da

prática profissional, são, na maioria das vezes, esvaziados de teorização, pois nem os preceptores nem os tutores conseguem organizar os debates, dando ênfase na exploração dos problemas, na orientação dos planos de cuidado e da organização do trabalho nas unidades.

Os preceptores não conseguem acompanhar de perto e o residente fica muito solto, não se cobram resultados e nesse sentido a formação é muito falha. Os tutores não são formados para isso, não sabem o que cobrar, não têm essa prática. Tem alguns tutores completamente fora da realidade da Atenção Básica (CRUZ, enfermagem).

Eles justificam que a maioria dos orientadores e supervisores está muito distante do campo da saúde coletiva, pois desconhece o contexto histórico e político, inclusive da ESF, e não apresentam, no seu currículo, experiências práticas que pudessem garantir, de certa forma, alguma aproximação com esse conhecimento. Observam também que a maioria desses profissionais não tem perfil para estar vinculado ao Programa da Residência Multiprofissional, pois não conseguem identificar-se com essa política de mudança do modelo de saúde. E, diante da dificuldade dos preceptores desempenharem as funções de orientação e de supervisão, o grupo tenta resolver a situação de diversas maneiras: uns procuram levar a discussão para a coordenação, outros tentam fazer as trocas entre eles mesmos, e ainda há os que desistiram de fazer os enfrentamentos e quase não participam dos laboratórios.

A minoria dos entrevistados discorda dessa análise e observa que o desafio para a apropriação da metodologia é de todos os participantes. Reconhece o esforço e a dedicação do grupo de preceptores e avalia que eles também estão em processo de capacitação para o desempenho do seu papel.

Há também uma discordância em relação à escolha metodológica preestabelecida pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação. A justificativa é a de que nenhum método responde 100% pela aprendizagem, então podem-se considerar os instrumentos que cada método oferece, mesclando-os. O rigor implantado pela UFSCar sobre a metodologia não tem favorecido o conhecimento científico, nem mesmo a unificação desse conhecimento por todos os pós-graduandos, imputando essa responsabilidade para cada residente. Referente a essa temática ainda, alguns entrevistados questionam se a pretensão dessa metodologia não é a de analisar a competência que o sujeito tem para adquirir seu próprio conhecimento, levando-o a crer que ele consegue, praticamente sozinho, adquiri-lo.

Esse negócio de que vocês podem construir seu próprio conhecimento é autodidata, hoje eu abro o computador e posso ser autodidata? E qual é a base? Qual é o domínio que eu tenho de determinados temas já pesquisados por autores de referência, que, às vezes, nem reconheço quem são eles? (GUARDA, odontologia).

O autoconhecimento é questionado por esse grupo, pois entende que a materialidade do conhecimento está delegada ao próprio aluno, como se fosse um saber espontâneo, e não aquele construído num processo da aprendizagem e materializado pelo professor.

Considerando ainda o conhecimento científico e técnico apreendido pelo residente a partir da organização curricular do curso, o grupo questiona a falta de conhecimento sobre os atributos que devem ser adquiridos durante esse processo de formação. A fala do grupo é a de que há uma confusão entre os discursos dos participantes, tanto do coordenador, quanto dos orientadores, no sentido daquilo que é esperado do grupo, do desempenho das ações mais coletivas, e também daquelas relacionadas às áreas específicas do conhecimento. Referem ainda a falta de direcionamento das normas previstas no curso, pois as regras estabelecidas são mudadas a todo momento, permitindo que alguns residentes sintam-se no direito de fazer reivindicações para alterar o que já estava determinado. Há um descompasso no processo de formação.

Em contrapartida, alguns entrevistados entendem que conforme o residente vai conseguindo realizar as tarefas essenciais fundamentadas pelas suas atitudes satisfatórias, ele vai se certificando de sua competência, o que induz a ser mais autônomo. Essa situação não tem sido compreendida, na maioria das vezes, pela coordenação do programa, que centraliza as decisões e desqualifica as ideias do grupo, não conseguindo estabelecer uma relação mais horizontal com os residentes.

Em relação à carga horária, não há divergências, apenas pontuam que é mal distribuída, principalmente no que se refere à carga horária disponibilizada para o desenvolvimento do projeto de pesquisa. Alegam que o cronograma apresentado não está sendo cumprido, algumas orientações acontecem no período noturno, após o serviço, e em algumas ocasiões ficam mais de 12 horas na unidade.

#### **6.4.2. As Atividades de treinamento em serviço**

A **primeira** turma diz que o aprendizado em serviço aconteceu na medida em que cada residente teve que reconhecer as necessidades e os problemas de saúde de cada território

ao qual estava inserido, junto com a equipe do serviço, e posteriormente buscar estratégias para dar respostas efetivas ao contexto apresentado.

Os entrevistados definem esse trabalho como sendo interdisciplinar e consideram como ponto de partida a necessidade de sair do seu núcleo de conhecimento e buscar intermediar-se com outro conhecimento para poder enfrentar a complexidade dos problemas depositados nas unidades. As dúvidas e as incertezas sobre quais procedimentos facilitariam os resultados permitem maior aproximação entre os residentes, ao considerarem que cada um tem conhecimento acumulado e pode colocá-lo em prática.

As atividades de treinamento em serviço destacadas dizem respeito às áreas de vigilância à saúde e de organização e gestão do trabalho. Na área de vigilância à saúde, relacionada ao cuidado às necessidades individuais e coletivas, os residentes apontam as seguintes ações: assistência integral aos indivíduos e familiares tanto na unidade, quanto no domicílio, inclusive priorizando a população de alto risco e a visita domiciliar para os acamados; atividades coletivas para a prática da convivência saudável e as reflexões sobre trabalho, lazer, atividades cotidianas e temas relacionados à patologia e ao adoecimento; acompanhamento dos grupos já definidos na unidade referente ao programa de diabéticos e hipertensos; ações educativas relacionadas aos hábitos de vida saudáveis, incluindo os aspectos físicos, psicológicos, sociais, da comunicação, a situação alimentar e nutricional, os valores culturais das famílias.

Uma parte do grupo salienta a importância das visitas domiciliares para avaliação de risco e dos casos em situação de vulnerabilidade. Inclui também as ações de prevenção e promoção à saúde, a parceria com os equipamentos sociais do território nos espaços comunitários, como as escolas e creches, e a articulação política com outras instituições do município.

Desenvolvemos muitas práticas grupais, permitindo a prevenção e educação em saúde, voltando os olhares não somente para práticas curativas (...). Também realizamos parceria com os equipamentos sociais existentes no bairro, como escolas e empresas (CARDOSO, serviço social).

A unidade era quase um pronto-socorro com 50 a 60 consultas por dia, e hoje já conseguimos tirar essas pessoas da consulta médica e levar para um grupo, o que antes não existia. Fazer um acolhimento mais qualificado dando resolubilidade para a pessoa, conseguindo encaminhá-la de alguma forma, sem cair na consulta médica (FRAGELLI, odontologia).

Na área de prevenção e educação em saúde, o exemplo destacado é a campanha dos idosos e a avaliação do risco de câncer bucal nessa população, em que o foco se refere tanto em prevenir os agravos, quanto evitá-los. Outras temáticas são apresentadas, como: mudança de hábito, condições de saúde no bairro, alimentação saudável. Em algumas ocasiões, aproveitou-se o programa da vigilância epidemiológica para os residentes inserirem outras ações.

Os residentes dizem que, em algumas unidades, com o apoio do profissional da medicina, vai sendo possível ampliar o atendimento com a entrada de outras áreas profissionais. Porém, mesmo com essa possibilidade, ainda existem muitas dificuldades na relação entre o profissional médico e os demais profissionais da área da saúde. Compreendem que os profissionais da medicina também não conhecem o trabalho da equipe multiprofissional, e há um distanciamento nas ações, em que cada um tenta construir o seu próprio espaço de intervenção.

Eles avaliam que, diante do pragmatismo da equipe do serviço e a lógica pautada na demanda e na assistência, tiveram que atender os casos agendados, seguindo o objetivo do serviço, que era o de diminuir a demanda. Todavia, conseguiram programar ações que se diferenciaram daquelas instituídas, pois elaboraram e executaram o plano de cuidado individual e coletivo, considerando as necessidades de saúde e a investigação diagnóstica de cada caso e/ou de cada grupo. Nesse processo, tentaram acolher o paciente e investigar suas queixas, mas a elaboração do projeto terapêutico envolveu outros profissionais da equipe e os recursos da comunidade. Dizem que esse modelo de intervenção não era o utilizado pela maioria dos profissionais, mas à medida que alcançavam maior resolubilidade dos problemas, muitos se aproximaram do residente, apoiando esse modelo de intervenção.

Esse grupo considera que a utilização dessa estratégia não só aproximou o residente da equipe do serviço, mas também da demanda espontânea, onde o cuidado individualizado foi ampliado para o cuidado familiar desses indivíduos, com enfoque em ações e programas mais coletivos, tanto no sentido da assistência, quanto na prevenção e educação em saúde.

O depoimento da maioria dos profissionais que compôs a equipe matricial<sup>50</sup> é a de que, conforme há maior aceitação dos profissionais do serviço e maior aproximação dos residentes com os usuários e familiares assistidos na unidade, vão se criando condições para o

---

<sup>50</sup> A equipe matricial foi constituída pelos seguintes profissionais: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, nutricionista, assistente social, psicólogo e educador físico.

desenvolvimento das intervenções grupais. Apontam como atividades da equipe matricial: a capacitação entre a própria equipe de residentes e orientação dos demais profissionais da unidade; a capacitação para os ACS; a organização dos grupos com usuários e familiares. Porém, referem a dificuldade da equipe dos profissionais da unidade para atuarem na área da saúde mental. Muitos profissionais dizem não ter experiência nem conhecimento para trabalhar com essa demanda, outros relatam ter medo. Todavia, uma grande parte da equipe afirma que os casos relacionados a essa área fogem da competência da Atenção Básica, embora reconheça que haja uma demanda reprimida no território, principalmente de casos com diagnóstico de depressão.

Os atendimentos grupais foram exemplificados como: grupo na sala de espera, grupos comunitários com os idosos, com gestantes, com adolescentes, com crianças a partir de dois anos de idade, com dependentes químicos, grupos de saúde do trabalhador, grupo cuidando da coluna, grupo resgate do território, grupo de orientação sexual na escola, grupo de tabagismo, grupos de discussão sobre a análise dos dados epidemiológicos do território, “Bingão” da saúde, acolhimento em grupo, shantala.

Desenvolvi um grupo com adolescentes (...). O foco não era saúde bucal, mas melhorar a qualidade de vida, planejamento para o futuro, prevenção de risco, gravidez na adolescência, enfim, as meninas têm aquele pensamento antigo de que não estudam para trabalhar ou para ter uma profissão, elas estudam muito pouco e já querem sair de casa, então engravidam rápido para saírem de casa, e é essa a expectativa de vida delas. Elas não pensam mais alto. Então, a gente trabalhou a percepção corporal, preconceito, relacionamento com as pessoas (TURRIONI, odontologia).

Nessa experiência, o profissional relata que solicitou apoio matricial para tentar dar conta das demandas desse grupo, pois as adolescentes não demonstravam interesse na temática específica da odontologia, embora tivesse dificuldade para identificar as potencialidades delas, pois se mantinham tímidas e envergonhadas durante o processo grupal, e o relacionamento entre elas sempre era com certa violência. Portanto, no processo grupal, avalia que conseguiu ter bons resultados. Além do apoio matricial, conta que fez muitas buscas teóricas para poder se capacitar e desenvolver esse trabalho.

Considerando a área de organização e gestão do trabalho, os entrevistados referem que desenvolveram competência para elaborar e coordenar ações de gestão no próprio serviço, como, por exemplo, a organização do trabalho da própria equipe de saúde da unidade. Em

alguns serviços, colaboraram para a mudança do modelo de cuidado, pois, quando iniciaram o trabalho na unidade, cada profissional tentava desenvolver a sua prática e não se envolvia com os demais profissionais nem tampouco com os problemas que surgiam durante o processo da assistência. Assim, relatam que o médico fazia suas consultas, fechava o consultório e ia embora e, da mesma forma, agia a enfermagem. Já, as ACS, na maioria das vezes, são desqualificadas pela equipe da unidade.

Os residentes avaliam que a inclusão do residente no serviço favoreceu novas práticas na área da gestão, na medida em que ele pode participar e contribuir nessa área, por meio das atividades de planejamento e da avaliação das ações da equipe.

Em relação ao trabalho desenvolvido com a comunidade, referem que a inserção do residente no serviço garantiu promover a mobilização e a participação das pessoas na responsabilização do controle social e na qualidade de saúde do território. Assim, em várias unidades, fortaleceu o Conselho Gestor, a Associação de Moradores do Bairro, as parcerias nas ações intersetoriais e a participação da comunidade em diversas estratégias que fortaleceram maior integração entre os serviços de saúde e os gestores do município. Como exemplo, divulgam a luta do Conselho Gestor de uma unidade para demonstrar a necessidade de mais equipamentos de saúde no território adstrito. Avaliam que a participação do residente nesse processo de emancipação das pessoas foi fundamental, pois estão presentes em várias reuniões do Conselho Gestor da unidade, da Associação de Moradores e também daquelas que podem ter maior embate, com as chefias das instituições municipais (secretarias de Saúde, de Educação, da Assistência Social, da Infância e Juventude).

Todavia, alguns entrevistados relatam que muitas ações não foram efetivadas, seja por conta da dificuldade de o residente encontrar estratégias para realizar as atividades de forma mais objetiva, pela falta de orientação dos preceptores e tutores, pelas defesas encontradas nos profissionais do serviço, principalmente em relação ao profissional médico, ou mesmo pelo distanciamento entre a academia e a unidade de saúde.

As atividades desenvolvidas durante o processo de treinamento em serviço são destacadas pela segunda turma como de grande importância, pois compreendem que a utilização do recurso grupal dentro das unidades, principalmente com apoio dos próprios residentes, dos ACS e dos auxiliares de enfermagem, modificou o serviço. Embora haja alguns apontamentos de programas realizados fora desse espaço, como, por exemplo, nas escolas, mas eles são apresentados como atividades pontuais.

Alguns profissionais da equipe de referência apresentam um discurso de melhor adaptação no serviço, justificando a presença de profissionais da mesma área atuando na mesma unidade, diferentemente da equipe matricial, que em algumas áreas o profissional era a única referência, não somente para a unidade, como também no território: “Eu sou a única terapeuta ocupacional da unidade e não somente do território, mas da regional” (Silva, terapia ocupacional).

Dessa forma, as maiores dificuldades apontadas por esses residentes são referentes à falta de melhor organização do trabalho, que não está em conformidade com a lógica do ESF, assim como a falta de estrutura física das unidades; a não aceitação do residente por várias equipes do serviço, dando preferência para o estudante de medicina, a falta de capacitação das equipes dos profissionais da rede, principalmente para atuarem na direção de diminuir a dificuldade dos usuários para compreenderem a mudança do modelo de saúde; a falta de tutores que possam ser referência para o residente da equipe matricial e de preceptores que os ajudem a propor ações e programas de acordo com as necessidades do território.

Eu consigo trabalhar com o grupo de caminhada, mas na maior parte do tempo eu fico ociosa (...). Nos meses temáticos ajudo a desenvolver o folder, fazer cartazes e, se precisar dar alguma palestra na escola, a gente vai. Esse trabalho a gente está conseguindo desenvolver, mas, pensando na parte específica de cada profissão, não estou conseguindo, e aí eu perco o porquê dessa escolha de formação profissional (AVERSAN, educação física).

Em relação às dificuldades encontradas no serviço em relação às equipes, alguns entrevistados justificam que a implantação do PSF no município não foi acompanhada do diagnóstico populacional, o que dificulta o planejamento das ações dos residentes, que, na maioria das vezes, tem base na demanda espontânea da unidade.

Alguns residentes referem a distorção do Programa dos Agentes Comunitários da Saúde, pois as ACS assumem o papel de recepcionistas nas unidades, sobrepondo sua função específica.

As ACS entregam exames, agendam consultas, fazem todo o trabalho da recepção, além do seu específico, e são agentes comunitários. O pior que isso virou lei municipal (Penedo, enfermagem).

Esse grupo avalia também a falta de capacitação das ACS, pois, na maioria das vezes, elas apresentam diversas dificuldades, inclusive para fazer o cadastro do usuário, que é da sua

área de abrangência, ficando uma grande parte da população fora desse controle, por ter um nível socioeconômico diferenciado daqueles que frequentam a unidade.

As equipes de referência e a matricial apresentam como trabalho desenvolvido as intervenções individuais (consultas de puericultura, pré-natal, coleta de papa-nicolau) e grupais (grupos de gestante, diabéticos, hipertensos, de orientação sexual, grupo de caminhada, bingo com os idosos), a estratégia do acolhimento, a capacitação dos ACS e dos auxiliares de enfermagem, a participação nas reuniões de equipe, palestras nas escolas e atividades relacionadas à divulgação dos programas.

Ao considerar o debate que os residentes fazem sobre a formação profissional no Programa da Residência, incluímos outros discursos para tecermos nossa análise, como ilustrados abaixo.

Com a inserção dos residentes, com uma nova proposta, focando no autocuidado, tentando reduzir a demanda reprimida da área, que apenas procurava a USF quando “sentia dor”, a resistência foi grande a ponto de sofrermos com alguns usuários que, por falta de entendimento, nos agrediam verbalmente. Aos poucos, com muita paciência, e com ajuda da própria população, leia aqueles que aceitavam a proposta de mudança e a curto ou médio prazo tinham melhora significativa, no boca a boca a estratégia ganhava forma e começávamos a ter feedback disso à medida que os prontos atendimentos gradativamente diminuía, e a aderência aos tratamentos propostos aumentava (BESSEGATO, Tutoria. p. 7).

A gente tem questões excepcionais, porque nós estamos ensinando uma coisa que não existe na prática, na verdade a gente chega lá e propõe uma estratégia da saúde da família que tem que ser assim, tem que ser de um jeito, quer dizer, com toda aquela configuração teórica e acadêmica que se propõe para a Medicina de Saúde da Família e Comunidade, mas na prática ela ainda não existe. As instituições não estão qualificadas para isso, isso gera uma angústia muito grande no estudante, que você propõe um modelo de cuidado e, quando chega lá, ele não encontra esse modelo, e o modelo de cuidado tradicional é muito forte, é muito resistente contra essa novidade que a gente tenta colocar. Eu acho que isso é uma fragilidade que nós que estamos no ramo da formação precisamos resistir (SOUTO, Preceptorial. p 20).

A partir do discurso produzido pelo grupo de residentes e dos colaboradores, dos quais utilizamos os excertos desses textos e, considerando ainda o recorte que fizemos neste trabalho a partir de um estudo empírico, poderíamos concluir que temos duas maneiras de compreender o Programa da Residência, no sentido daquilo que é real e daquilo que é legal.

O aspecto legal refere que “as intercessões promovidas pela Educação na Saúde, ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem, podem garantir uma interlocução entre formação, gestão, atenção e participação dos profissionais da saúde nesta

área específica, sendo o referencial teórico mais apropriado e mais completo para desenvolver processos de formação crítica e reflexiva”, conforme sugere Bessegato.

Nessa direção, a política define a formação no campo da prática, objetivando tornar a rede pública de saúde um campo de ensino-aprendizagem no exercício do trabalho, garantido pela adoção de metodologias inovadoras que possibilitam ao aluno, desde o início do curso de formação, “tomar as práticas e problemas da realidade como mote para a aprendizagem”, o que viabilizaria maior conhecimento e aproximação das necessidades de saúde do paciente e/ou do coletivo (OLIVEIRA, 2007; OGATA et al, 2009). Entretanto, a política de formação e desenvolvimento de profissionais para a saúde passou a ser uma política do SUS, que se colocou como Rede-Escola (BRASIL, 2007).

O Ministério da Saúde, ao considerar as metodologias ativas como modelo metodológico para a capacitação dos profissionais, definiu um modelo de educação com base nas ideias pedagógicas que tiveram sua origem no movimento escola-novista, na clássica formulação da pedagogia de John Dewey (DUARTE, 2008).

As pedagogias ativas, que se incluem no grupo das pedagogias do aprender a aprender, explicitada pelo construtivista espanhol César Coll, apresenta como principal característica da aprendizagem a figura do aluno, que desenvolve a capacidade de realizar aprendizagens significativas, por si mesmo, estando ausente a transmissão de conhecimentos e experiências de outros indivíduos. Nessa perspectiva, aprender sozinho contribuiria para o aumento da autonomia do aluno, pois ele desenvolve um método de aquisição e construção de conhecimento, por meio de seus próprios interesses (DUARTE, 2008). Seria o debate sobre o fetiche da prática.

Nesse modelo, desaparece a figura do professor, sendo substituída pela figura do preceptor e/ou do tutor, com a função de ser o facilitador da aprendizagem pela rapidez da produção do conhecimento e pela possibilidade de escutar o aluno, acolhendo suas dúvidas e estimulando-o a compreender o mundo, a partir das suas observações e suas experiências cotidianas. O aluno, por sua vez, toma o centro do processo e, sendo estimulado pelo “aprender-a-aprender”, assume as responsabilidades pela formação do conhecimento adquirido por meio da aprendizagem significativa, centrada em seus conhecimentos, suas experiências e seus interesses imediatos.

A crítica produzida por esse movimento está voltada ao ensino tradicional, encontrado em grande parte das escolas de saúde do Brasil, considerado pela maioria dos profissionais

como mecânico, automático, hegemônico, flexneriano. Entretanto, os atores que estão na ponta e são usuários do SUS também criticam os profissionais, alegando o mau atendimento e a indisponibilidade para reconhecerem suas reais necessidades. A mídia, na maioria das vezes, também critica os serviços, destacando a inviabilidade desse modelo de saúde e induzindo um modelo ideal por meio da compra do serviço de saúde, enquanto responsabilidade de cada sujeito pela escolha do melhor plano.

Compreendemos a crítica dos profissionais e dos usuários como sendo justa, na medida em que o ensino na saúde pode ter perdido de vista a sua finalidade e pode ter-se tornado vazio de sentido. No entanto, será que as metodologias ativas vão produzir conhecimento capaz de resgatar aquilo que é essencial, principal e fundamental, no campo do conhecimento?

A produção do conhecimento tem a ver com a ciência, que é o saber metódico, sistematizado, que demanda a aquisição de hábitos e se dá pela repetição de determinados atos, até que eles sejam fixados. O professor, quando produz a aula, materializa-a na forma de transmissão e de socialização de conhecimentos sistematizados, possibilitando ao aluno a elaboração e a assimilação desse saber, do saber enquanto ciência. Mas não é qualquer tipo de conhecimento, não é o conhecimento espontâneo, o saber popular, é o saber construído num processo gradativo, passando do “seu não domínio ao seu domínio, que tem a ver com aquilo, que não é natural ao sujeito”:

O trabalho educativo é o ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens. Assim, o objeto da educação diz respeito, de um lado, à identificação dos elementos culturais (aqui precisa distinguir entre o essencial e o acidental, o principal e o secundário, o fundamental e o acessório) que precisam ser assimilados pelos indivíduos da espécie humana, para que eles se tornem humanos e, de outro e concomitantemente, à descoberta das formas mais adequadas (trata-se da organização dos meios (conteúdos, espaços, tempo e procedimentos) para atingir este objetivo (SAVIANI, 1991, p. 21).

O trabalho educativo é, portanto, a possibilidade de o professor propiciar ao aluno a aquisição desses elementos para poder favorecer o acesso ao saber elaborado, ao saber enquanto ciência, ou seja, distinguir os elementos essenciais da cultura que precisam ser conhecidos e preservados pelo homem e viabilizar as condições dessa assimilação, dosando e

sequenciando esse conhecimento. Nesse contexto de trabalho não material<sup>51</sup>, pressupõem-se duas figuras que são inseparáveis: a do professor e a dos alunos; um, responsável pela produção, e os outros, pelo seu consumo, que se dá ao mesmo tempo, ou seja, a aula é produzida e consumida ao mesmo tempo (SAVIANI, 1991; DUARTE, 2008). Dessa forma, não há como responsabilizar o aluno pela assimilação de um conhecimento que não existiu, ao menos, não enquanto apropriação de um conhecimento sistematizado, de um saber científico, elaborado, que causa nos sujeitos (professor e alunos) a paciência, a insistência e a persistência (SAVIANI, 1991, p. 28).

Souto também traz o debate do real, dizendo que o Programa da *Residência*<sup>52</sup> estaria sendo construído numa prática que não existe e talvez seja essa a insatisfação da grande maioria dos residentes, ao concluírem que não adquiriram conhecimento científico.

Como deveriam adquiri-lo, se o conhecimento nem mesmo existiu?

Há um discurso persistente que apareceu em todas as categorias (que foram modificadas intencionalmente para o exercício da análise) sobre a necessidade de regulamentar agendas, cronogramas e atividades. Não seria essa a intenção de construir um processo organizado e materializado para a produção e o consumo do conhecimento?

A partir de todos os elementos viabilizados, concluímos que foi essa a intenção do grupo, mas o Programa da Residência não viabilizou.

### **6.5. O alcance e a permanência dessa proposição de política para a formação pós-graduada em saúde**

Para a **primeira** turma, a residência multiprofissional, de modo geral, esteve excluída, pois os residentes consideram o descompromisso dos gestores municipais com a política de capacitação de recursos humanos para o SUS. Referem que o governo federal tem financiado o programa, e o município não o aderiu.

Uma parte do grupo analisa essa situação justificando o desinteresse político da gestão em estruturar a rede de saúde do município, principalmente porque não tem aproveitado esse curso de capacitação de recursos humanos com o objetivo de reorganizar sua equipe de

---

<sup>51</sup> Trabalho não material entendido como a produção de ideias, conceitos, valores, símbolos, no sentido da produção do saber (MARX, 1983)

<sup>52</sup> Grifo nosso para destacar que é um estudo de caso.

profissionais da saúde. Desse modo, reforça a ideia de que o programa implantado no município foi uma opção política, mas não para incentivar a proposição do SUS.

Os entrevistados consideram que a gestão municipal vai continuar com a proposição de capacitação de recursos humanos, enquanto for investimento do governo federal, diferentemente de alguns outros municípios que têm tentado resistir à ideia de finalizar o programa por falta de recurso financeiro.

Eu tinha certeza de que ia abrir concurso este ano porque abre uma residência, formam-se profissionais para enfiar onde? A gente tinha esperança porque, se os gestores estão se empenhando para mudança de modelo e está politicamente empenhada em oferecer a residência, é porque estão empenhados em usar esses profissionais para alguma coisa (MOCCELLIN, fisioterapia).

A falta de valorização da residência é evidente nesta gestão porque o governo investe dois anos em mim e depois me abandona, eu pensei que o SUS me quisesse, que a gestão local ou então, a gestão estadual me quisesse. Então, a gente fica dois anos, mas nem o serviço incorpora o residente nem a academia (PAVAN, enfermagem).

Esse grupo diz que a gestão municipal não faz nenhum esforço para dar continuidade ao trabalho que já vem sendo desenvolvido pelos residentes. Dizem que, do total de 38 residentes que concluíram o curso na primeira turma da UFSCar, três tinham conseguido colocação profissional, especificamente assumindo a área de gestão em saúde, e apenas um foi aproveitado pelo município de São Carlos.

Eles justificam que esse recurso pode ser totalmente perdido, na medida em que os profissionais não têm sido reaproveitados nos serviços de saúde do município. Há uma crítica referente à postura política da gestão atual, pois não tem dado abertura para discutir essa situação, o que provoca certa revolta no grupo dos residentes. Argumentam que o município não está aberto para fazer as mudanças, e os profissionais capacitados pelo programa precisam procurar alternativas para continuar apostando nessa política. Referem que o descrédito com a gestão municipal já vem acontecendo há tempos, pois a turma vivenciou o atraso do repasse da Bolsa para Educação pelo Trabalho, no período de dois meses, e não houve nenhuma iniciativa, por parte dos gestores, em discutir essa situação, que apenas admitiu a falta de repasse do governo federal, eximindo-se da responsabilidade e de qualquer alternativa que pudesse dar conta das necessidades do grupo. Ficou a critério de cada residente a resolução desse problema, e a maioria tentou solidarizar-se, inclusive custeando a

alimentação e o transporte seu e do colega, na tentativa de garantir o trabalho já iniciado nas unidades.

A gente estava discutindo a posição do município frente à situação que estamos vivendo com o atraso da bolsa, e não sei como o município avalia as vantagens do nosso trabalho. Acho que foi muito vantajoso quando a gente entrou, pois havia outros interesses políticos, a ponto e da Administração Regional ser informada de que não precisaria mais encaminhar a demanda para o Ceme, pois na rede haveria cinco profissionais múltiplos para fazer esse atendimento na unidade. Para o município era um grande ganho (...) os residentes taparam o buraco da rede (PAIXÃO, fisioterapia).

Alguns residentes relatam que ficaram muito decepcionados com os gestores. Dizem que a coordenadora que estava vinculada ao programa justificou que os gestores deixaram de enviar para o Ministério da Saúde alguns documentos no prazo estabelecido e por isso não estava sendo repassado o recurso. Diante disso, a gestão municipal ficou aguardando o repasse, enquanto os residentes estavam sendo pressionados, principalmente por eles, a continuarem o trabalho nas unidades. Esse debate se estendeu para a academia, que se posicionou a favor da gestão municipal, em que a coordenação do programa, e alguns preceptores questionaram a falta de responsabilidade do residente em promover uma greve de paralisação, distanciando-se do território.

O grupo coloca que essa alternativa não se caracterizou como greve, embora tenha sido julgada como tal, pois reduziu as horas de atendimento nas unidades e manteve somente algumas atividades fundamentais e necessárias. Em contrapartida, receberam advertências da gestão:

Em razão do atraso da bolsa, a gente suspendeu algumas atividades na condição da manutenção da vida do próprio residente, tinha residente que não tinha mais dinheiro para nada, nem para pagar o passe do ônibus, estava com dificuldade para comer, e a gente não pode se omitir a isso (...) Foi uma falta de respeito da gestão municipal e também da universidade, a atitude que a universidade deveria tomar era de correr atrás para ajudar a resolver o problema, de falar que era solidária ao que a gente estava vivendo. Mas as atitudes concretas quem providenciou foram os próprios residentes que fizeram “vaquinha” para ajudar um ao outro, inclusive para continuar morando em São Carlos até o fim do curso. Numa dessas, alguns residentes desistiram (MORI, enfermagem).

O enfrentamento que o grupo fez teve consequências, pois a gestão atrelou a certificação do curso à reposição das horas não cumpridas pelo residente, como forma de castigo. Entendem que o descumprimento das regras foi da gestão, e não do grupo de

residentes, porém a culpa recaiu sobre eles. Alguns segmentos referem que os gestores não concordaram com as reivindicações dos residentes, embora a coordenação tenha tentado intermediar essa situação, houve ameaça de serem reprovados no curso, justificada pela rebeldia do enfrentamento.

O segundo grupo defende a ideia das mudanças realizadas na gestão a partir da mudança da coordenação do programa. Conclui-se que a proposta de efetivação do SUS, por meio da capacitação de recursos humanos, estava mais justificada pela coordenação, e não era propriamente uma política institucional. Compreende que a gestão municipal não tem esse interesse e continua utilizando esse curso de pós-graduação como estratégia para tamponar as dificuldades, quantitativas e qualitativas, da sua equipe profissional.

O depoimento desse grupo é o de que, com a mudança da coordenação, o programa se deslocou do Departamento de Medicina para o Departamento de Enfermagem e com isso perdeu visibilidade e mais, desaqueceu a possibilidade de maior entrosamento com a residência médica, intersecção ainda não existente nos serviços de saúde municipal.

Uma parte dos entrevistados faz uma crítica contundente à academia, no sentido de que existe um histórico na comunidade de que a universidade vem fazer parceria com o serviço, mas usa o usuário e o coletivo como trampolim para fazer projetos de extensão, projetos de pesquisa e outros, como o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde. Nessa condição, não existe um compromisso com os processos de mudança dos sujeitos, nem mesmo das equipes e dos serviços, reafirmando que a academia usa a comunidade para dar conta dos seus interesses.

Ainda, em relação ao papel da academia nesse programa, apresentam um discurso de que a universidade também não assegura a continuidade desse curso, seja porque já está com diversas atribuições previstas e organizadas anteriormente e não consegue ampliar a área de recursos humanos para deslocar uma parte dos docentes, que tenha maior disponibilidade e competência para acompanhar esse novo trabalho, seja pelo descaso dos preceptores ao projeto, pois a maioria tem outros interesses na sua carreira acadêmica, porém é vantajoso financeiramente estar vinculado a esse programa.

A segunda situação apresentada pelo grupo se reporta às impressões que os residentes têm a respeito da análise que os profissionais da rede municipal de saúde fazem sobre o programa. Nesse contexto, avaliam que, se o município mantém o modelo tradicional de saúde, estritamente homogeneizante e centralizado na figura do médico, a mudança para outro

modelo de assistência à saúde está em desvantagem e vai provocar na equipe certo desconforto. Assim, a experiência relatada pelo grupo foi a de vivenciar essa situação desconfortável. Considerando esse panorama, a maioria dos profissionais que compõe a rede, principalmente aqueles que não são efetivos, fica amedrontada, especialmente com a participação do residente na mesma área de trabalho que a sua. É uma situação constrangedora e que provoca medo e insegurança no profissional, pois, para ele, o residente ameaça seu emprego, uma vez que pode ser substituído por alguém capacitado pelo programa.

Eles avaliam também que a maioria dos profissionais da rede não aproveitou o programa para se capacitar, pelo contrário, ficou um jogo de poder e provocou uma cisão entre as equipes, que emperrou várias ideias do grupo. Essa situação é analisada pelo fato de que o programa tomou para si a responsabilidade de reorganizar as unidades vinculadas à estratégia da Saúde da Família, pois os serviços estavam desamparados e sem investimento. Esse cenário provocou nas equipes maior desvalorização do trabalho que vinha sendo realizado e, de imediato, houve uma rejeição daquilo que era novidade e, de certo modo, estava sendo priorizado pela gestão. Logo, resistiu-se às mudanças.

Não há discordância entre os entrevistados sobre o Programa da Residência Multiprofissional ser uma política assertiva, pois quebra os paradigmas dentro e fora do serviço, onde a comunidade vai reconhecendo novas possibilidades de assistência em saúde e revendo sua responsabilidade no controle social. Mas é um processo lento, pois há uma cultura da doença cristalizada na comunidade, no serviço e na própria gestão, portanto, depende, dentre outros aspectos, de um trabalho processual com equipes mais especializadas e, sem dúvida, com melhor distribuição do financiamento.

Todavia, os residentes discutem a pouca eficácia do programa no sentido da falta de políticas que garantam o aproveitamento dessa mão de obra qualificada, ficando a critério dos municípios a adesão desses profissionais, o que desacelera o propósito de mudança no Sistema Nacional de Saúde. Referem que ainda não existe um reconhecimento desse modelo de especialização. Nos concursos públicos, a pontuação tem sido a mesma que a de outras especializações, mesmo quando a vaga é para a Atenção Básica. Então, questionam: “Para que se especializar se depois você vai concorrer, de forma igual, com outros especialistas?” Discutem que os concursos não estão priorizando a seleção de profissionais mais qualificados para assumirem o objetivo da “efetivação” do SUS, o que leva à desvalorização da proposta e

ao descrédito desse modelo de formação pelo próprio profissional que foi beneficiado pelo programa.

A maioria dos residentes analisa que o programa implantado no município de São Carlos ainda não está organizado para fazer as mudanças necessárias no sistema de saúde municipal. Um dos exemplos citados é a falta de estruturação do projeto, que vem se apresentando desarticuladamente entre as próprias turmas de residentes. Assim, cada turma nova vai criando suas ações, independentemente daquilo que já foi construído, como se fosse um “começar de novo”, pois nem a gestão municipal, nem a academia nem mesmo as equipes da rede de saúde têm demonstrado interesse em direcionar determinadas ações que pudessem garantir o processo. A justificativa é a de que, na abordagem pedagógica construtivista, apresentada como inovadora organização curricular, que aborda estreita articulação entre teoria e prática, não é previsto o direcionamento das ações. Nesse caso, cada turma vai direcionando o seu próprio processo de ensino-aprendizagem e de trabalho.

Para a **segunda** turma, o corte da Bolsa para a Educação pelo Trabalho para os preceptores e tutores mostra um retrocesso do Programa da Residência e ficam em dúvida se existe interesse na permanência dessa política. Questionam essa decisão do governo federal, discordando dela e justificando que a sobrecarga de trabalho deveria ser compensada de alguma maneira, e o reembolso é uma forma de fazer isso. Analisam que essa atitude vai desmotivar esses grupos e atrapalhar o processo de ensino. Porém, outra parte do grupo discute a existência desse benefício para os tutores, alegando que há uma sobreposição de pagamento, uma vez que não há aumento da sua carga horária para acompanhar o residente na unidade.

Eu achei muito incoerente um residente ter dedicação exclusiva e receber uma bolsa, e um tutor receber pela prefeitura um salário e usar aquele tempo da prefeitura para fazer outra atividade e receber dessa outra atividade também nas mesmas 8 horas que ele trabalha. Então, ela vai receber duas vezes porque não tem como ela atender um paciente e estar fazendo consultoria comigo ao mesmo tempo. É duplo para mim (...) É muito conveniente, quanto eu vou ganhar a mais? Vai ganhar de \$1.200,00 a \$1.400,00 a mais, por mês. É muito difícil o profissional recusar uma proposta dessa, aí você pega pessoas que não estão a fim de ver o negócio funcionar. Muitos residentes falavam que o tutor não tinha a mínima noção do que o residente estava falando, não tinha qualificação para esse papel e dizia que queria mudar de tutor ou mudar de unidade porque a pessoa estava ali somente pela bolsa (NICOLI, odontologia).

Esse grupo justifica a descaracterização da bolsa para o tutor, uma vez que está implícito no desempenho do seu papel, por meio do projeto rede-escola, participar do processo de ensino-aprendizagem dos estudantes.

Contudo, os segmentos entendem que, de modo geral, o programa não tem alcançado o objetivo de fazer a mudança do modelo de saúde, nem tampouco tem valorizado os profissionais que o próprio Estado tem financiado a sua capacitação.

A incerteza nesse processo de formação profissional é justificada pela não operacionalização e aproveitamento do recurso humano que está sendo qualificado. O grupo questiona o recurso público destinado a essa formação profissional, sem posteriormente ter um real aproveitamento desse pessoal. Aponta o desperdício na utilização de equipamentos, de recursos materiais, bem como a disponibilidade de horas e de conhecimento dos professores das universidades e dos funcionários da rede pública de saúde. Considera que é uma política ineficiente, que não tem direcionado ações para a sua eficácia.

Embora no município de São Carlos o curso tenha possibilitado uma formação crítica dos residentes, pois ampliou o trabalho de cuidado e de gestão nas unidades, bem como movimentou as ações e promoveu a reflexão para os profissionais da rede de saúde, também não efetivou uma política para a continuidade desse processo. Fica aguardando que as mudanças aconteçam, exclusivamente, pelo programa, em vez de investir na construção de uma equipe de saúde qualificada no serviço. Concluem que a gestão municipal não tem interesse em implantar essa política, apenas se utiliza do programa para maquiagem o sistema de saúde municipal.

O cenário dos egressos apresenta essa realidade, e muitos residentes receiam terminar o curso de pós-graduação e ter que voltar para a clínica particular como meio de sobrevivência profissional, ou mesmo ter que mudar para outro Estado, como muitos residentes da turma anterior estão fazendo. No município de São Carlos, apenas alguns residentes foram inseridos na rede, e o último concurso público municipal para enfermeiros considerou a mesma análise entre o Programa da Residência Multiprofissional e os outros cursos de pós-graduação *lato sensu*, não levando em conta as diversidades da formação.

Outra questão apontada reforça o descuido da gestão em relação à política da Atenção Básica e da própria mudança do Departamento de Atenção Básica para o Departamento de Gestão e Cuidado Ambulatorial, pois deslocou a exclusividade da atenção primária em saúde para o desdobramento da atenção ambulatorial, ampliando a cobertura dos serviços.

Para a **terceira** turma, a política é assertiva. Alguns segmentos referem que é uma política assertiva, tanto no sentido de contemplar essa estratégia para fortalecer a reorganização do sistema de saúde local nos moldes do SUS, principalmente da necessidade de ampliar a qualidade e a eficiência dos serviços de saúde, avançando na integralidade e na resolubilidade da atenção, quanto de formar profissionais capacitados para se comprometer e com essas mudanças necessárias e operacionalizá-las. Justificam a necessidade de investimento em recursos humanos para o SUS, uma vez que não se sentem preparados para enfrentar o mercado de trabalho no fim do curso de graduação. Reafirmam que a academia tem formado o profissional especialista, e esta também é uma cultura da população, quando diz que o profissional que trabalha no hospital é mais qualificado do que aquele que está na rede básica de saúde. Reforçam a ideia dos profissionais da saúde se responsabilizar também pelo alcance e permanência de políticas públicas que defendem a saúde como direito do cidadão, pois são garantias constitucionais conquistadas, por meio de muita luta dos movimentos sociais e não podem ser tomadas pelo modelo mercantilista da saúde.

Esse grupo avalia que a permanência dos objetivos propostos pelo Programa da Residência Multiprofissional vai depender, exclusivamente, do modelo de gestão implantado em todas as esferas de governo, principalmente do governo federal, que tem assegurado a continuidade desse curso de especialização, por meio do financiamento. Parte do grupo considera que o programa pode ser referência para outros países, pois o classificam como moderno e dizem sonhar com a possibilidade de ter no país uma cópia do modelo de saúde canadense.

Alguns residentes analisam que o corte do financiamento da bolsa para os preceptores e tutores já indica um retrocesso do Ministério da Saúde em relação ao Programa da Residência Multiprofissional, pois esse incentivo estimula os profissionais a desempenharem outra função, além daquela em que foi estabelecida no seu contrato de trabalho.

Outra parte do grupo discorda dessa posição e pactua com o posicionamento do Ministério, uma vez que a função de capacitação de recursos humanos já está prevista no papel do docente das IES. Eles justificam que está sendo disponibilizado para participar do programa, mas também é dispensado de outras atividades acadêmicas. Em relação ao tutor, em muitas outras instituições o profissional do serviço quer ter aluno na unidade porque tem uma referência do quanto ele vai contribuir para o trabalho da equipe. Então, ele não está preocupado em ser remunerado por aquilo que já faz parte do seu cotidiano.

Em algumas unidades de saúde, o aluno é bem-vindo, eles estão preparados para receber o aluno e nem tem residência, nem nada, mas eles gostam da presença do estudante. Aqui eu vejo o contrário, os tutores recebem inclusive para manter o residente, mas na verdade não quer o residente, porque ele vem questionar o jeito que eu faço saúde, os meus valores, a minha razão, o meu poder soberano, mas eu quero o residente, sim, porque eu tenho uma bolsa de R\$ 1.500,00 no fim do mês e faz diferença eu ter essa bolsa (BEZERRA, enfermagem).

Esse grupo entende que tanto os preceptores quanto os tutores deveriam reconhecer a função de orientador no desempenho do seu próprio papel profissional. Questiona também o quanto esses profissionais vão estar envolvidos com o programa a partir do momento em que não receberem mais o subsídio financeiro.

Outra questão levantada por alguns entrevistados é sobre o alcance do próprio Programa da Residência, que ainda acontece em poucos municípios, inclusive naqueles que estão atrasados em relação a criar estratégias para efetivação do sistema de saúde. A oferta de vagas aos profissionais da saúde é limitada, porém o financiamento do programa é alto, e há muitas controvérsias sobre esse modelo de capacitação de recursos humanos para o SUS. Para o grupo, essa proposição política corre risco de ser excluída nas próximas gestões.

Considerando o alcance e a permanência dessa proposição política no município de São Carlos, a maioria dos segmentos avalia a fragilidade do programa para conseguir dar conta dos objetivos propostos. A narrativa do grupo é de que as mudanças não são valorizadas, nem tampouco avaliadas, pois não se tem o demonstrativo dos resultados alcançados objetivamente, desde a implantação desse curso de pós-graduação. Assim, a impressão do grupo é a de que os residentes acabam ocupando a vaga dos profissionais da rede, e não há interesse para a recomposição qualificada do quadro de recursos humanos no sistema municipal de saúde. Dessa forma, muitos residentes ficam decepcionados com o curso e desacreditam a possibilidade da mudança do modelo de saúde.

No recorte que fizemos nesta pesquisa, estudando empiricamente o caso do município de São Carlos, a organização do sistema de saúde estava constituída por práticas profissionais fragmentadas e um trabalho precarizado, tanto no que se refere à escassez de profissionais no serviço, quanto à ausência de determinadas especialidades profissionais em saúde. Então, como é que a equipe pode ser referência para a formação do residente? Assim, se o serviço não tem o profissional da área de terapia ocupacional, com quem o residente dessa área vai aprender? Ele vai ter que inventar uma prática?

As dificuldades para o gerenciamento do trabalho produzido no interior de cada unidade não tem a ver, somente, com a entrada dos residentes no serviço, mas é anterior a isso. O fato da equipe mostrar resistência para compreender o programa da Residência Multiprofissional enquanto uma estratégia para a capacitação profissional não é justificada pela possibilidade de se beneficiar com o programa, seja no sentido da ampliação da carga horária dos profissionais para atender a comunidade ou mesmo para ajudá-los a refletir sobre o trabalho que já vem sendo construído. Mas, é entendida como uma desvalorização da produção dos resultados e desqualificação dos profissionais do serviço, em que, mais uma vez a academia se aproxima numa relação de poder de práticas hegemônicas.

Não há dúvidas sobre a importância da estratégia de capacitação profissional no serviço, pois vai aproximar o aluno a uma realidade da saúde em que ele precisa ser sensibilizado, ao menos para poder refletir sobre os problemas da prática profissional e, de certo modo se sensibilizar para tentar promover ações que possam ser resolutivas às necessidades dos usuários e da comunidade. O ensino acadêmico pode, muitas vezes, distanciar o aluno dessa realidade. Porém, o empoderamento do saber da prática deve valorizar o conhecimento advindo da assistência e nesse sentido é necessário que a sistematização e a assimilação desse saber seja responsabilizada pelo orientador, que deve ser aquele que domina esse conhecimento.

Assim, se a ação em concreto não possibilita a experiência da heterogeneidade de práticas integradas pelo conhecimento da equipe, a referência encontrada no serviço não proporciona explicar a realidade na sua dimensão concreta.

De fato, o cuidado nas práticas de saúde vai depender do modo como são produzidas as ações de saúde e a forma como são organizadas as instituições responsáveis por essa produção. É necessário reestruturar os processos de trabalho (MERHY, 1997; CECÍLIO, 2001) e a formação dos profissionais de saúde, entretanto é indispensável romper com a lógica hierarquizada de “esferas de governo” e introduzir a necessidade de pactos coletivos entre a gestores e trabalhadores de saúde (SILVA JUNIOR; ALMEIDA ALVES; MELLO ALVES, 2005).

## **Conclusão**

De fato, é indiscutível a importância da implantação de políticas para a formação dos profissionais da saúde, especialmente para as categorias não médicas, que têm sido pouco valorizadas, no sentido da capacitação profissional. Compreendemos a prioridade da formulação de políticas públicas que sejam capazes de possibilitar mudanças no campo da saúde, pois vários fatores concorrem para a sua mercantilização. Os serviços públicos são constantemente criticados, apontando-se a ineficiência do atendimento e a desqualificação profissional.

De certa forma, o debate sobre a formação profissional está atrelado ao processo de formação acadêmica. Partindo-se desse eixo, podemos concluir que o ensino superior no Brasil sempre foi privilegiado, desde a chegada de D. João VI (1808) e a permanência da Família Real Portuguesa, que instalou os primeiros cursos superiores na Colônia, conferindo prestígio à elite aristocrática e procurando criar uma estrutura cultural à altura da nobreza aqui instalada.

Numa sociedade sem uma cultura da educação básica, a ideia da ascensão profissional e da garantia de um status obtido pelo título é definida pelo ensino terciário, desprezando o conhecimento que deveria ser obtido anteriormente. Assim, as políticas educacionais reforçam, na maioria das vezes, essa cultura. Tanto que o investimento público direto, por aluno na educação terciária, no ano 2000 foi de 129,6%, reduzindo-se a 92,5%, no ano de 2007. Em contrapartida, nesse mesmo período, o investimento no ensino fundamental não chegou a 12% e, em 2007, variou entre 17 a 19%. Nessa perspectiva, podemos considerar que 70% do financiamento público está na educação terciária.

Embora se tenha ampliado quantitativamente o número de matrículas nas IES, com maior intensidade a partir de 1990, foi em função das novas conformações capitalistas referendadas e produzidas pelo mercado de trabalho que ocorreu o acesso acelerado à educação superior, que tem sido financiado, principalmente, pelo esforço de grande parte da maioria das famílias.

As instituições de Ensino Superior públicas, que no ano de 1960, constituíam-se do total de 56% de alunos, vão sendo ultrapassadas pelas instituições de ensino privadas desde o ano de 1971, chegando em 2008 com a grande maioria de alunos compondo essa rede, num total de 75%.

Nesse aspecto quantitativo, consideramos ainda que o maior acesso da educação superior tem sido acompanhado por uma menor seletividade nos processos de admissão, na

medida em que há debilidades acadêmicas na formação dos estudantes nos níveis anteriores de educação. Assim, a massificação da educação superior tem gerado uma demanda de estudantes com maiores carências acadêmicas, levando a uma maior heterogeneidade na qualidade das IES.

O REUNI foi apresentado como uma política de investimento nas instituições federais de ensino superior, numa perspectiva da produção do conhecimento e da formação de profissionais qualificados para o desenvolvimento científico, tecnológico e social do país (FIGUEIREDO, 2010), porém essa situação confirma a prevalência de investimento no ensino terciário, em detrimento dos processos anteriores de formação.

Uma outra observação diz respeito à pós-graduação, que confirma a tese de a política educacional estar atrelada às exigências do modelo capitalista. Criada na década de 1960 e emergente da revolução burguesa, surgiu com o propósito de modernizar as universidades, porém submeteu a formação dos cientistas e tecnólogos ao modelo estrangeiro, pois a base econômica de uma sociedade de formação colonial não poderia formar pesquisadores e intelectuais autônomos e críticos, senão pelas condições externas a que esses grupos se propuseram.

Não foi coincidência a pós-graduação ter sido implantada em plena ditadura, quando a política estava voltada para a construção de um país subordinado ao capitalismo de mercado. Foi em função das novas conformações capitalistas referendadas e produzidas pelo modelo norte-americano que a pós-graduação foi criada (Cury, 2005).

É inegável a importância da pós-graduação, bem como o quanto ela se constituiu como um espaço privilegiado na educação brasileira, na medida em que favoreceu a tendência de uma produção científica crítica, alimentando as aspirações de um movimento de contra-ideologia que sistematizou denúncias acerca da pedagogia dominante (Saviani, 2005). Na medida em que a universidade foi definida como uma instituição que deve ser capaz de construir cenários a partir dos diagnósticos do nosso tempo para atender ao seu compromisso social (Goergen, 2006), ela tem que atuar na formação profissional apontando a necessidade de investimentos (Márquez, 2008/2009), tanto no sentido da formação de pesquisadores como de especialistas.

Assim, como definiu Saviani (1991), a pós-graduação *lato sensu* é justificada pela necessidade do avanço do conhecimento, bem como da obrigação da academia em capacitar o perfil profissional para as mudanças operadas na própria profissão.

Porém, o percurso histórico e documental da pós-graduação *lato sensu* no Brasil permite evidenciar uma emergência: a falta de políticas públicas que incentivem e reconheçam essa importância.

Destacamos que, nessa modalidade, a maioria das formas previstas contrasta com a definição de atividades de ensino, aproximando-se muito mais do conceito de extensão. Assim, a pós-graduação *lato sensu* não se configura como uma atividade contínua de ensino regular que têm objetivo técnico-profissional, sem abranger o campo total do saber em que se insere a especialidade, contrariamente aos programas de mestrado e de doutorado, regulados por diversos instrumentos e se caracterizam pela atividade acadêmica e de pesquisa, constituindo-se como requisitos obrigatórios e academicamente complementares à graduação e, portanto, integrados ao Sistema Nacional de Pós-Graduação.

De certa maneira, a oferta descontínua e, na maioria dos casos, não acadêmica da pós-graduação *lato sensu* tem levado à compreensão de que se trata de cursos que independem de autorização e de continuada supervisão da devida qualificação profissional. Nessa lógica, a grande parte dos cursos ofertados está vinculada a instituições não educacionais e configuram-se pela ampliação do leque de ofertas com proposições que contemplam interesses do mercado.

A aposta dos cursos de especialização a distância também pode resultar esse mesmo modelo, com um agravante que é o de facilitar a formação profissional não garantindo instrumentos de capacitação, forçando uma concorrência no mercado de trabalho e desqualificando o trabalhador, seja no sentido da deterioração da sua imagem técnica, seja na remuneração do seu trabalho.

No entanto, o programa da Residência Multiprofissional, operacionalizado por meio de um curso de pós-graduação *lato sensu*, pretende qualificar a formação superior dos profissionais da saúde para enfrentar as dificuldades da implantação/organização do Sistema Único de Saúde – SUS.

No entanto, é preciso se considerar o processo histórico da saúde no Brasil que, a partir da Constituição de 1988, tentou descaracterizar a cidadania regulada e criar um sistema fundamentado na universalidade do acesso; as forças políticas neoliberais rejeitaram um sistema único e impuseram um sistema segmentado de saúde, prevalecendo a ideia da participação da iniciativa privada nesse setor. Nesta perspectiva, os pobres só têm o SUS, enquanto que os usuários dos outros sistemas podem utilizar, também, o sistema público-

Deste modo, se por um lado o SUS trouxe a universalidade do sistema de saúde, por outro, não garantiu a melhoria na qualidade dos serviços na mesma velocidade em que se deu a ampliação do acesso, levando à fuga para o sistema privado uma parcela da população dos setores médios e de trabalhadores qualificados. Esse processo, denominado por Faveret e Oliveira (1989) de “universalização excludente”, contribuiu para a iniquidade da atenção. Ainda, a precariedade das condições de trabalho dos profissionais de saúde geraram um distanciamento destes em relação ao projeto SUS, que na maioria das vezes tem sido banalizado (FLEURY, 2011).

Estas condições determinam a relevância da defesa do interesse público na saúde e a necessidade de se priorizar políticas para a efetivação do sistema; dentre elas, a busca da excelência nas ações de saúde no setor público em relação à capacitação de recursos humanos.

Embora a preocupação mais sistematizada com o processo de formação dos profissionais da saúde tenha sido apontada nas primeiras Conferências Nacionais de Saúde, na década de 1960, essa questão esteve evidente a partir de 1990, com a criação do SUS. Indicava-se a necessidade de integração entre a formação profissional e a assistência, em que o processo de ensino deveria garantir, de certo modo, a formação desse profissional para a implantação do sistema.

O Programa da Residência Multiprofissional volta a jogar luz sobre essa necessidade, tendo sido apresentado como estratégia do governo federal para retomar esse debate. Assim, a política de formação de recursos humanos passou a ser uma política do SUS, determinando na sua regulamentação “a orientação de profissionais de elevada qualificação ética e profissional”, além da necessidade de qualificar todas as profissões na saúde para a reorganização do processo de trabalho no SUS, seguindo as diretrizes da gestão do trabalho e da educação na saúde e tomando como eixos norteadores do processo de ensino-aprendizagem a determinação do referencial pedagógico.

Nesta pesquisa, ao tomarmos como estudo empírico o programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, implantado pela Universidade Federal de São Carlos-UFSCar, em parceria com a Prefeitura Municipal de São Carlos (SP) e considerando todos os elementos que compuseram este estudo, concluímos o seguinte.

Primeiro, o poder indutor das políticas públicas federais para a capacitação profissional na área da saúde não tem capacitado os profissionais para a efetivação do SUS. A Política Nacional de Educação Permanente, instituída em 2004, pretendeu redefinir o

direcionamento da formação universitária e apontou que as escolas deveriam formar profissionais com alta resolubilidade clínica, mas também críticos, reflexivos, humanistas e capazes de darem conta das necessidades de saúde da maioria da população brasileira. Para tanto, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde – SGTES condicionou a formação profissional ao método pedagógico, a abordagem pedagógica construtivista e fundamentada na aprendizagem significativa e de adultos, focalizada nas metodologias ativas de aprendizagem.

É indiscutível a necessidade e a emergência para que a ‘implementação’ do SUS seja efetivada, o que constitui um desafio para a superação das intermediações político-clientelísticas, as quais assistimos no nosso país. Sendo assim, a estratégia da implementação de políticas para a formação de profissionais para o SUS também é emergente e tem sido apontada como uma estratégia fundamental para a reordenação do sistema.

Assim, a essencialidade dos técnicos em quaisquer transformações e a emergência para o ensino profissional na interface entre a educação e a saúde são de fundamental importância na tarefa de formação e capacitação de profissionais, com domínio do conhecimento e com sensibilidade para produzir novas práticas requeridas. Mas, para pensar nessas mudanças, é necessário realizar um esforço de superação da dicotomia entre o caráter objetivo e subjetivo dos modelos, buscando compreender que a saúde é produzida na sociedade e é influenciada pelas formas de organização social (Campos, 1991; Vaistman, 1992; Carvalho, 2005; Dallegrave; Kruse, 2009).

No caso do Programa da Residência Multiprofissional, implantado no município de São Carlos, podemos concluir que as metodologias, que vem sendo consideradas como inovadoras pelas políticas ministeriais, não permitiram ao residente obter maior conhecimento sobre a reformulação e a ampliação da clínica na Atenção Básica. Possibilitou, sim, a aproximação dos problemas e da realidade de saúde do paciente e/ou do coletivo em cada território, mas não deu lugar para resgatar o que é fundamental no campo do conhecimento em saúde, que é compreender as necessidades de saúde do usuário e/ou comunidade e ter resolubilidade dos seus problemas, por meio tanto de ações preventivas, quanto clínicas e de reabilitação. Entre a necessidade de se cuidar da doença e do corpo, qualquer discurso da promoção não se esgota nas ações de saúde. Assim, entre “fazer caminhada” e ter uma assistência psicológica ou da terapia ocupacional pode haver um grande espaço no que se entende por “cuidado em saúde”, mesmo se o interesse estiver em torno da promoção de

saúde. Essa prática poderia ser melhor caracterizada nos Centros de Convivência, Centros Comunitários ou nos Centros Esportivos, mesmo em parceria com o serviço de saúde.

Compreendemos que a Atenção Básica na saúde precisa ser eficiente e deve garantir que as equipes de saúde busquem a máxima eficácia clínica e ampliem sua prática, de modo que ela contribua para o aumento da capacidade de autocuidado e da autonomia dos usuários, para que ele seja capaz de responsabilizar-se pelo seu próprio processo de tratamento, bem como de atenção à saúde da comunidade, como sugere Campos (2008) e Mehry (2005).

A partir disso, concluímos que a produção do conhecimento na residência não implicou, necessariamente, essa aprendizagem, pois as metodologias ativas, ao tomar as práticas e os problemas da realidade como mote para a aprendizagem, direcionam a dois condicionantes: o aprendizado adquirido na prática e a aprendizagem centrada na figura do aluno.

Valorizar o trabalho como princípio educativo, no sentido da colaboração com os outros e da própria natureza é tomado por Vygotsky, Gramsci e outros cientistas, como a produção da sua própria vida. De tal modo que, quando a criança brinca, ela está brincando para produzir a sua própria existência, ela está jogando, e o jogo é um princípio educativo. Porém, é função dos pedagogos acharem os caminhos do princípio educativo.

O Programa da Residência Multiprofissional não seguiu esse mesmo princípio educativo, ressaltou a importância da formação em serviço, assumindo a pedagogia construtivista e “a articulação entre teoria e prática, sem subordinações” (UFSCar, Prefeitura Municipal de São Carlos, 2009, p. 7).

A aprendizagem foi colocada na figura do aluno, que sendo estimulado pelo “aprender a aprender” deveria assumir a responsabilidade pelo conhecimento adquirido, por meio de suas experiências e de seus interesses imediatos. Contudo, a formação anterior dos residentes, na maioria dos casos, esteve voltada para o ensino hegemônico dos cursos da saúde, centrado no modelo biologicista, em que o objeto no campo da saúde é a cura, e as intervenções estão valoradas na doença, na especialidade e no hospital. Mesmo os profissionais que discutiram e apresentaram outro modelo de formação acadêmica, inclusive com a abordagem pedagógica construtivista, chegaram à mesma conclusão daqueles que não obtiveram essa mesma formação durante o seu curso de graduação: não obtiveram conhecimento científico.

Outra questão importante é da crítica que a maioria dos residentes faz em relação à figura dos orientadores, principalmente dos preceptores. No entanto, no princípio

metodológico seguido pelo programa, aparece a figura do preceptor, que não deve induzir a aprendizagem, apenas favorecê-la. Portanto, desaparece a figura do professor e com ele a responsabilidade de transmitir e de socializar o conhecimento sistematizado, conforme discutido por Saviani (1991), Duarte (2008) e outros pesquisadores.

Os residentes afirmam que a aprendizagem esteve voltada para aquela já adquirida na formação acadêmica, ou então não passou do domínio do saber popular, e sua insatisfação esteve representada na figura do preceptor. Se é verdade que o saber científico não foi repassado, é também concreto afirmar que nesse modelo não estão previstas a transmissão e a socialização do conhecimento científico no campo da saúde.

Outra questão relevante nesse mesmo eixo de discussão é sobre a capacitação dos profissionais para assumirem o papel de orientadores do programa. Ao compararmos a residência médica à residência multiprofissional, em relação à capacitação profissional, podemos observar que nenhum professor especialista na área de pediatria vai ser aceito num programa de pós-graduação em pediatria se não tiver competência para exercer essa função. Logo, é pré-requisito a formação nessa especialidade.

Diferentemente do que aconteceu com a residência multiprofissional do município de São Carlos, em que a UFSCar propôs capacitar os preceptores e os tutores, a partir da criação do Programa da Residência, sendo que esta formação aconteceu por meio do Programa de Educação Permanente para os Tutores e Preceptores, com as mesmas metodologias utilizadas para a formação profissional do residente. Embora apareça a exigência da especialização e/ou da experiência profissional nessa área, somente os preceptores do curso de medicina da UFSCar são reconhecidos pelos residentes, ter essa competência.

Ao analisarmos as perspectivas que se abrem no processo de construção e ‘implementação’ de políticas públicas para a formação profissional, levando em consideração a estratégia de Saúde da Família como possibilidade de reorganização da Atenção Básica na saúde, temos que examinar, atentamente, as ações descentralizadas e territorializadas que se organizaram no município, pois a focalização de recursos e de financiamento do SUS, dirigida a grupos populacionais excluídos e, na maioria das vezes, localizados nas regiões mais pobres da cidade, tem-se baseado nas ações básicas de saúde comprometidas ao barateamento de custos e a baixa complexidade tecnológica (SANTOS, 2011).

Nesse sentido, os processos de trabalho e de gestão operam nessa lógica, assim como os trabalhadores da saúde que enfrentam a precariedade dos arranjos organizacionais. As

equipes de saúde estão reduzidas às equipes mínimas, tanto no sentido quantitativo, quanto nas áreas de conhecimento, centradas no profissional médico, da enfermagem e, desde 2002, incluiu-se o agente comunitário da saúde.

Nesse sentido, a alternativa apresentada pelo governo federal, a partir da criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf, que objetiva apoiar as Equipes de Saúde da Família – ESF pretendendo ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, precisa ser relativizada. Embora o Nasf objetive alcançar esse objetivo, parece que ainda permanece a precariedade da dimensão cuidadora da atenção em saúde, assim como a tensão no processo do procedimento e cuidado em saúde. Desse modo, pode persistir a precariedade nas condições de trabalho, pois os profissionais vinculados aos núcleos não são admitidos na própria Equipe de Saúde da Família – ESF. São considerados uma equipe especializada e externa à equipe da unidade, além de se responsabilizarem por 8 a 20 ESF.

Apesar de os discursos dos residentes apontarem a expectativa da continuidade na área da saúde coletiva, a partir da implantação do Nasf, no caso específico do município em estudo, a implantação do núcleo ainda está em discussão, e a expectativa do residente é descartada.

Em relação à residência multiprofissional, os gestores dizem contemplar a estratégia do Programa da Residência Multiprofissional para ampliar a qualidade e eficiência dos serviços de saúde, além de contribuir para a formação pós-graduada dos profissionais, para que façam o enfrentamento das necessidades e dos problemas de saúde da população do município. Todavia, argumentam o fator financeiro, de que não é possível oferecer boa assistência com o que se tem de recursos, justificativa mundialmente utilizada pelos dirigentes dos serviços de saúde.

O programa do município de São Carlos foi acordado no âmbito do governo federal e está acertado que a sua continuidade dependerá desse financiamento, não aparecendo nenhuma outra alternativa, no âmbito municipal, para o investimento na formação dos profissionais da saúde. Nesse sentido, parece que o recurso financeiro regula tanto a continuidade do programa, quanto a efetivação da estratégia de reorganização da rede de saúde do município, pois não se têm produzido ações que garantam a continuidade do trabalho produzido pelos residentes, uma vez que não se tem aproveitado a própria seletividade do profissional capacitado.

Do ponto de vista da formação profissional podemos concluir que a aprendizagem dos residentes se deu através de um trabalho precarizado, pois o sistema de saúde do município tem priorizado a excelência privada. A política de Atenção Básica construída pelos 26 serviços (12 UBS e 16 ESF) se confronta com um sistema oculto de privatização, onde dos 388 serviços de saúde apenas 42 são públicos (IBGE, 2010).

É neste cenário que o programa da Residência foi implantado, com a simplificação de recursos municipais e pouco equilíbrio entre o serviço e a academia para gerir um conhecimento científico voltado para a formação política de proteção social, enquanto estratégia de reorganização e capacitação de recursos humanos para o SUS.

Então, vivemos uma dicotomia entre o discurso oficial e a realidade objetiva e concreta. A partir de todos os elementos apresentados para análise, poderíamos concluir que o Programa da Residência, criado no município de São Carlos, restringiu-se à estruturação da rede de serviços públicos, por meio da oferta de um campo de trabalho precarizado para os profissionais da saúde.

Desta forma, o programa da Residência no município de São Carlos/SP, definido como curso de pós-graduação *lato sensu*, também se operacionalizou na lógica do mercado: da contenção de custos e da restrição ao acesso, seguindo, assim as considerações feitas pelo Banco Mundial. O Relatório de 1995 desaconselha a descentralização com acesso universal e a equidade, justificando que não haverá recursos governamentais que subsidiem essas ações. Ainda, propõe a revisão Constitucional e Institucional para fortalecer os Estados para assumirem os serviços assistenciais clínicos, fugindo da inexperiência e corrupção das secretarias municipais de saúde.

O relatório indica também a ampliação de planos e de seguros privados e a redução do investimento público em assistência médica enfatizando as ações preventivas. Em contrapartida, focaliza os serviços públicos à população pobre e sugere o aumento da produtividade, mas limitado a utilização de tecnologias ou o acesso dessa população aos meios tecnológicos.

De fato, as políticas sociais encontram-se permanentemente ameaçadas, porém, na maioria das vezes, estão encobertas pelo discurso da necessidade de superação dos gastos com a saúde, com a educação, com a previdência social e outras áreas comprometidas com a luta pela consecução dos direitos sociais advindos da cidadania.

Podemos concluir que os múltiplos fluxos de articulação entre o público e o privado impõem novas lentes para desvendar essa realidade, pois na articulação entre Estado e mercado há um favorecimento de interesses e uma primazia sobre o interesse privado, uma vez que seguimos por um caminho sem rupturas com a produção e a reprodução da concentração de renda.

### **Referências**

ALMEIDA FILHO. Naomar de. **A ciência da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha e col. **SUS Passo a Passo: história, regulamentação, financiamento, políticas nacionais.** São Paulo: Hucitec, 2007.

BITTAR, Marisa. **O estado da arte em História da Educação brasileira após 1985: um campo em disputa.** CAMPINAS: HISTEDBR-DEFHE/FE/UNICAMP. Disponível em: [HTTP://www.histedebr.fae.unicamp.br/navegando/artigos-frames/artigo\\_078.html](http://www.histedebr.fae.unicamp.br/navegando/artigos-frames/artigo_078.html).

\_\_\_\_\_. Universidade, Pesquisa Educacional e Educação Básica. In: BITTAR, Marisa; LOPES, Roseli Esquerdo (orgs). **Estudos em Fundamentos da Educação.** São Carlos: Pedro & João Editores, 2007, p. 21- 49.

BITTAR, Marisa e FERREIRA Jr, Amarilio. A. Casas de bê-a-bá e colégios jesuíticos do século 16. **Em Aberto.** Brasília, v. 21, n. 78, p. 33-57, dez. 2007.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL de 1934. Sala das Sessões da Assembleia Nacional Constituinte. Rio de Janeiro: 16 de jul. 1934. Disponível em: [www.planalto.gov.br/civil03/Constituicao/Constituicao.34htm](http://www.planalto.gov.br/civil03/Constituicao/Constituicao.34htm)

\_\_\_\_\_. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL DE 1937. Diário Oficial da União, Rio de Janeiro, 10 de nov. 1937. Disponível em: [www.planalto.gov.br/civil03/Constituicao/Constituicao.37hthm](http://www.planalto.gov.br/civil03/Constituicao/Constituicao.37hthm)

\_\_\_\_\_. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA DOS ESTADOS UNIDOS DO BRASIL DE 1946. **Diário Oficial da União,** Rio de Janeiro, 19 de set. 1946. Republicado no D.O.U. 25 set. 1946. Disponível em: [www.planalto.gov.br/civil03/Constituicao/Constituicao46.htm](http://www.planalto.gov.br/civil03/Constituicao/Constituicao46.htm). Acesso em 10/março/2008.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 4.024/61 de 14 de dezembro de 1962. Fixa as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 27 dez. 1961. Disponível em: [www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r267.pdf](http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r267.pdf). Acesso em 11/março/2011.

\_\_\_\_\_. Parecer CFE Nº 977/65 aprovado em 03 dez. 1965. **Revista Brasileira de Educação,** n. 30. Rio de Janeiro, Set/Dez. 2005.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 5.540/68 de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior. Senado Federal. Subsecretaria de Informações. Brasília, D.F., 23 nov. 1968 e retificado no DOU de 3.dez. 1968. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L5540.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5540.htm). Acesso em 20/março/2008.

\_\_\_\_\_. Parecer Nº 77/69. Estabelece normas de credenciamento dos cursos de pós-graduação *stricto sensu*. Documenta. Rio de Janeiro, n. 98, fev. 1969. p. 128-132. Disponível em: [portal.mec.gov.br/dmdocuments/pces150\\_09.pdf](http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/pces150_09.pdf). Acesso em 12/abril/2008.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 5.692/71 de 11 de agosto de 1971. Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º. E 2º. Graus e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, D.F., 1971. Disponível em: [www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L5692.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5692.htm). Acesso em 10/março/2008.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 6168/74. Cria o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social – FAS. Diário Oficial da União, Brasília, D.F., 10 dez. 1974. Disponível em: [www.jusbrasil.com.br/legislacao/109688/lei-6168-74](http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/109688/lei-6168-74). Acesso em 10/março/2008.

\_\_\_\_\_. Decreto Nº 80.281 de 05 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica e cria a Comissão Nacional de Residência Médica. Disponível em: [www.cremerj.org.br/downloads/decreto\\_80281.pdf](http://www.cremerj.org.br/downloads/decreto_80281.pdf). Acesso em 20 de janeiro de 2009.

\_\_\_\_\_. Resolução Nº 14/77. Regulamentação dos cursos de pós-graduação *lato sensu*, definindo Especialização e Aperfeiçoamento. Conselho Federal da Educação. Brasília, DF, 23 nov. 1977. Disponível em: [br.vlex.com/tags/resolucao-14-77-202414](http://br.vlex.com/tags/resolucao-14-77-202414). Acesso em 06/fev/2008.

\_\_\_\_\_. Resolução Nº 12/83. Reformulações na resolução Nº 14/77, sendo revogada. Conselho Federal de Educação. Brasília, DF, 6 out. 1983. Disponível em: [www.jusbrasil.com.br/.../resolucao-12-83-do-conselho-federal-de-ed](http://www.jusbrasil.com.br/.../resolucao-12-83-do-conselho-federal-de-ed). Acesso em 06/fev/2008.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1988, 48 p.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 8080/1990. Regula as ações e serviços de saúde em todo território nacional (SUS). **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 8142/1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 9.394/96 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 1996.

\_\_\_\_\_. NOB-SUS Nº 01/96. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão”. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 06 nov. 1996.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 1886 de 18 de dezembro de 1997. Aprova as normas e diretrizes do Programa de Agente Comunitário de Saúde NE do Programa de Saúde da Família. Disponível em: [dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria1886\\_18\\_12\\_97.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/legislacao/portaria1886_18_12_97.pdf). Acesso em 06/fev/2008.

\_\_\_\_\_. Resolução CNE/CES Nº 03 de 05 de outubro de 1999. Fixa condições de validade dos certificados de cursos presenciais de especialização. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 7 out. 1999. Seção 1, p.52.

\_\_\_\_\_. NOAS-SUS Nº 01/2001. Norma Operacional de Assistência à Saúde. Aprofundamento à descentralização com equidade no acesso. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 29. jan. 2001.

\_\_\_\_\_. Resolução CNE/CES Nº 1 de 3 de abril de 2001. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p.12.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 10.172/2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 09. Jan. 2001.

\_\_\_\_\_. Resolução Nº 01/2001. Define autonomia das Instituições de Ensino Superior para criarem cursos de pós-graduação *lato sensu*. **Conselho Nacional de Educação**. Câmara de Educação Superior. Brasília, DF, 03. Abr. 2001.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 12/2002. Estabelece normas e procedimentos sobre avaliação de proposta de curso novo de pós-graduação. Ministério da Educação. **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior**. Brasília, DF, 28 mar. 2002.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 10.505 de 10 de julho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 11 jul. 2002.

\_\_\_\_\_. Parecer Nº 364/2002. Regulariza a cobrança de taxas em cursos de pós-graduação *lato sensu*. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 18 nov. 2002. Seção 1, p. 27.

\_\_\_\_\_. Parecer Nº 81/2003. Determina impossibilidade de cobrança de taxas de ensino de pós-graduação *stricto sensu*, pelas universidades públicas. **Conselho Nacional de Educação Superior**. Brasília, DF, 07 abr. 2003.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 198/GM/MS em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. **Diário Oficial da União Nº 32**. Poder Executivo, Brasília, DF, 2004. Seção I.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 396 de 04 de abril de 2003. Reajusta os valores de incentivos financeiros do Programa de Saúde da Família, do ACS e às ações de Saúde Bucal no âmbito do PSF. Disponível em <http://www.dab.saude.gov.br>. Acesso em 05/fev/2008.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória Nº 213/2004. Institui o Programa Universidade para Todos-PROUNI. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 27 set. 2004.

\_\_\_\_\_. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2004 – Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/conhecadab.php>>. Acesso em jan. 2008.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 11.096/05. Institui o Programa Universidade para Todos – ProUni e regula a atuação de entidades beneficentes de assistência social no ensino superior. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 14 jan. 2005.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 11.129/05. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens-ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis

№ 10.683, de 28 de maio de 2003 e № 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 01 jul. 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial № 2.117/05 de 03 de novembro de 2005. Institui no âmbito do Ministério da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde. Ministério da Saúde. Ministério da Educação, Brasília, DF, 3 nov. 2005. **Diário Oficial da União № 212**. Poder Executivo, Brasília, DF, 04 nov. 2005.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS № 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port\\_2006/Gm-399.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port_2006/Gm-399.htm)>. Acesso em set. 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria № 648 de 28 de março de 2006. Aprova a política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família – PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Ministério da Saúde**. Série E. Legislação de Saúde, 2006, v. 4.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória № 297/2006. Regulamenta o inc. 5º. do art. 198 da Constituição Federal, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo par. Único do art. 2º. da Emenda Constitucional № 51 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2006.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial № 45/2007 de 12 de janeiro de 2007. Dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde e institui a Comissão Nacional de Residência Médica Multiprofissional em Saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jan. 2007. Seção 1, p. 28-9.

\_\_\_\_\_. Resolução CNE/CES № 01/2007. Estabelece normas para o funcionamento de cursos de pós-graduação *lato sensu* em nível de especialização. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 09 abr. 2007. Seção 1, p. 12.

\_\_\_\_\_. Decreto № 6.096/2007. Institui o Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – Reuni. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 24 abr. 2007.

\_\_\_\_\_. Portaria GM/MS № 1.996. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União № 162**. Poder Executivo, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Decreto № 6.303/07. Altera dispositivos dos Decretos № 5.622/05 e № 5.773/06. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez. 2007.

\_\_\_\_\_. Portaria № 154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – Nasf. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 25. jan. 2008.

\_\_\_\_\_. Lei Nº 11.692. Dispõe sobre o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem, instituído pela Lei Nº 11.129 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 10 junho 2008.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial Nº 1.802. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde –PET SAÚDE. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 26. agosto 2008.

\_\_\_\_\_. Resolução CNE/CES Nº 5/2008. Estabelece normas para o credenciamento especial de Instituições não Educacionais para ofertas de cursos de especialização. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 26 set. 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Diretrizes gerais do Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais – Reuni. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/diretrizesreuni.pdf>>. Acesso em: ago 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. O Plano de Desenvolvimento da Educação: razões, princípios e programas. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/livromiolo\\_v4.pdf](http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/livromiolo_v4.pdf)>. Acesso em 12 jul. 2008.

\_\_\_\_\_. Portaria Nº 1.077. 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. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 12 de nov. de 2009.

\_\_\_\_\_. Portaria Normativa Nº 17. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 14 jan. 2010.

\_\_\_\_\_. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**- IBGE-Censo 2010. Disponível em [WWW.ibge.br/resultados\\_do\\_censo2010.php](http://WWW.ibge.br/resultados_do_censo2010.php)

\_\_\_\_\_. Lei Nº 12.513/11. Institui Plano de Custeio, nº 10.260, de 12 de julho de 2001, que dispõe sobre o Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior, e nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Poder Executivo, Brasília, DF, 26 out. 2011.

BUFFA, Ester e NOSELLA, Paolo. **A educação negada**: introdução ao estudo da educação brasileira contemporânea. São Paulo: Cortez, 1991.

CAMPOS Francisco Eduardo, AGUIAR Raphael Augusto Teixeira. A Expansão da Atenção Básica nas Grandes Cidades Brasileiras e a Especialização em Saúde da Família como Estratégia para sua Viabilidade. Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Vol. 3, n. 1. (mar. 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 103-108.

CAMPOS, Francisco Eduardo; MACHADO, Maria Helena; PIERANTONI, Célia Regina (org). Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Vol.3, n. 1 (mar. 2006). Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUERRERO, André Vinicius Pires (org.s). Reflexões sobre a Atenção Básica e a estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza; GUERRERO, André Vinicius Pires. **Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p.132-153.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: Teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In CAMPOS, G. W. S et al (org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 41-80.

\_\_\_\_\_. **Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições, o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

\_\_\_\_\_. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO CAMPOS, Rosana (orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266

\_\_\_\_\_. **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

\_\_\_\_\_. Modelos assistenciais e unidades básicas em saúde: elementos para debate. In: MERHY, Emerson Elias (org). **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 53-60.

CANESQUI, Ana Maria. **Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico**. São Paulo: Hucitec- Fapesp, 2000.

CARVALHO, Sérgio Resende; CUNHA, Gustavo Tenório. A gestão na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, Fiocruz, 2006, p. 837-864.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e Políticas de subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009.

\_\_\_\_\_. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. **Saúde coletiva e promoção da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 1º, n. 4, p. 1-11, 2005.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS-ABRASCO, 2001. p. 113-126.

\_\_\_\_\_. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CHAUÍ, Marilena de Souza. **Cultura e Democracia: O Discurso Competente e Outras Falas**. São Paulo: Editora Moderna, 1981

\_\_\_\_\_. **Escritos sobre a Universidade**. São Paulo: Editora Unesp, 2001.

COSTA, Nilson do Rosário. **Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária no Brasil**. AMS/IBGE, dados de 2009. Disponível em [www.campusvirtualsp.org](http://www.campusvirtualsp.org). Acesso em 01 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. **Políticas Públicas, Justiça Distributiva e Inovação: Saúde e saneamento na agenda social**. São Paulo: Hucitec, 1998.

\_\_\_\_\_. Políticas públicas, direitos e interesses: reforma sanitária e organização sindical no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 5-17, out/dez, 1994.

\_\_\_\_\_. Transição e movimentos sociais: contribuição ao debate da reforma sanitária. In: NAJAR, Alberto Lopes; COSTA, Nilson do Rosário (org.). **Demandas populares e políticas públicas de saúde**. Petrópolis: Vozes/Abrasco, v. 1, p. 45-65, 1989.

\_\_\_\_\_. **Lutas urbanas e controle sanitário**. Petrópolis: Vozes, 1985.

CUNHA, Luiz Antônio. O Desenvolvimento meandroso da educação brasileira entre o Estado e o Mercado. **Educação & Sociedade**, Campinas, v. 28, n. 100 – Especial, p. 809-829, out. 2007.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento desigual e combinado no ensino superior: Estado e mercado. **Educação & Sociedade**. Rio de Janeiro, vol. 4, n.2, 2006, p. 143-158.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento desigual e combinado no ensino superior: Estado e Mercado. **Educação & Sociedade**. Campinas: Cedes, vol. 25, n. 88, Especial, 2004.

\_\_\_\_\_. **Educação, Estado e democracia no Brasil.** São Paulo: Cortez, 1995.

\_\_\_\_\_. **A Universidade Reformada.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.

CURY, Carlos Roberto Jamil. Quadragésimo ano do Parecer n.977/65. **Revista Brasileira de Educação.** n. 30, set-dez, 2005.

\_\_\_\_\_. Graduação/pós-graduação: a busca de uma relação virtuosa. **Educação e Sociedade.** Campinas: CEDES, v. 25, n. 88, n. especial out., p. 777-793, 2004.

DALLEGRAVE, Daniela; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação.** Botucatu (online).2009, vol.13, n.28. p. 213-226.

DA ROS, Marco Aurélio. Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP/USP e Ensp/Fiocruz, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck. 2000. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: 2000.

DA ROS, Marco Aurélio et al. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: uma conquista do Movimento Sanitário. **Cadernos RH Saúde.** Brasília: DF, v.3, n.1. p. 109-117, 2006

DUARTE, Newton. **Sociedade do Conhecimento ou Sociedade das Ilusões?:** quatro ensaios críticos-dialéticos em filosofia da educação. Campinas: Autores Associados, 2008.

FAVERET FILHO, Paulo; OLIVEIRA, Pedro Jorge de. **A universalização excludente:** reflexões sobre as tendências do Sistema de Saúde. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1989.

FERNANDES, Florestan. Conservadores mutilam o projeto de educação nacional. **Revista Plural.** Florianópolis, ano 2, n. 2, jan/jun. 1992.

FERREIRA JUNIOR, Amarilio; BITTAR, Marisa. Educação e Ideologia Tecnocrática na Ditadura Militar. **Caderno Cedes,** Campinas, v.28, n. 76, p. 333-355, set/dez, 2008.

FIGUEIREDO, Gil Vicente Reis de. **Educação Universal de Qualidade:** um Projeto para o Brasil. Brasília: Proifes, 2010.

FLEURY, Sonia Maria; OLIVEIRA Jaime de Araujo. **A Imprevidência social:** 60 anos de história da Previdência Social no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985.

FLEURY, Sonia. **Defesa intransigente do interesse público na saúde.** 2º. Simpósio de Política e Saúde. CEBES, Brasília, julho 2011.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Além do discurso de mudança na educação médica.** Processos e resultados. São Paulo: Co-Editores, 2002.

GARCÍA, Juan César. **Pensamento social em saúde na América Latina**. Rio de Janeiro: Cortez-Abrasco, 1989.

GERMANO, José. Willington. **Estado Militar e Educação no Brasil (1964-1985)**. São Paulo: Cortez editora, 1994.

GOERGEN, Pedro. **Universidade e compromisso social**. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Anísio Teixeira- Inep/MEC, p. 16-95, 2006.

IANNI, Octávio. O progresso econômico e o trabalhador livre. In: HOLANDA, S. B. de. **História Geral da Civilização Brasileira**. São Paulo: Difel, tomo II, v. 3, Livro 2, p. 297-322, 1985.

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira-Inep- Censo 2007. Disponível em: [www.portal.mec.gov.br](http://www.portal.mec.gov.br). Acesso em 30 de abril 2010.

\_\_\_\_\_. **O Colapso do populismo no Brasil**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

Inep – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo de educação superior**. Brasília, 2010.

LOMBARDI, José Claudinei; SAVIANI, Dermeval; SANFELICE, José Luis (org.). **Capitalismo, Trabalho e Educação**. Campinas: Autores Associados, HISTEDBR, 2002.

LOPES, Roseli Esquerdo. Rede social de suporte. In: PARK, Margareth. Brandini; FERNANDES, Renata Sieiro; CARNICEL, Amarildo (org). **Palavras-chave em educação não-formal**. Holambra e Campinas: Setembro e Unicamp/Centro de Memória da Unicamp, 2007. p. 249-250.

\_\_\_\_\_. Políticas de saúde no Brasil: construções, contradições e avanços. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 12, n. 1/3, jan./dez. p. 23-33, 2001.

\_\_\_\_\_. Cidadania, Políticas Públicas e Terapia Ocupacional, no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência, no Município de São Paulo. 1999. Vol. I e II. Tese (Doutorado). Universidade de Campinas, Campinas/SP, 1999.

\_\_\_\_\_. Neoliberalismo e políticas de saúde no Brasil. **Cidadania Textos Gemdec**, Unicamp: Campinas, v. 1, n. 6, p. 1-20, 1995.

LUDKE, Menga. Influências cruzadas na constituição e na expansão do sistema de pós-graduação *stricto sensu* em educação no Brasil. **Revista Brasileira de Educação** [online], n. 30, p. 117-123, 2005.

LUZ, Madel Therezinha. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde da Década de 80. In: GUIMARÃES, R. & TAVARES, R. **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

\_\_\_\_\_. Notas sobre as políticas de Saúde no Brasil de “Transição Democrática” - anos 80. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 138-154, 1991.

\_\_\_\_\_. **As Instituições Médicas no Brasil: instituições e estratégias de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MACHADO, Roberto et al. **A Danação da Norma: a medicina Social e a Constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARX, Karl. **O capital** – crítica da economia política. São Paulo: Abril Cultural. Livro Primeiro: O Processo de Produção do Capital, 1983.

\_\_\_\_\_. **Manuscritos econômicos-filosóficos e outros textos escolhidos**. São Paulo: Nova Cultural, 1978. (Coleção Os Pensadores).

MÉDICI, A. C. Economia e financiamento do setor saúde no Brasil: balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Usp, 1994.

MELLO, Carlos Gentile de. **Saúde e Assistência Médica no Brasil**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1977.

MENDES, Eugênio Villaça **Os grandes dilemas do SUS: tomo I**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001a.

\_\_\_\_\_. **Os grandes dilemas do SUS: tomo II**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001b.

\_\_\_\_\_. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

\_\_\_\_\_. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugênio Villaça (org.). **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993. p.19-92.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2005.

\_\_\_\_\_. Em busca do tempo perdido: uma micro-política do trabalho vivo. In: MERHY, Emerson Elias ; CAMPOS ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MIRANDA, Alcides S de. Que alternativas para a gestão pública de sistemas e serviços de saúde? 2º. Simpósio de Política e Saúde. Cebes, Brasília, julho 2011.

NAGLE, Jorge. A Educação na Primeira República. In: HOLANDA, S. B. de. **História Geral da Civilização Brasileira**. São Paulo: Difel, tomo III, Livro 3, p. 259-291, 1985.

NOSELLA, Paolo. Paulo Freire: orgulho dos educadores brasileiros. In: BITTAR, M.; LOPES, R. E. (Org). **Estudos em Fundamentos da educação**. São Carlos: Pedro & João Editores, p. 51- 58, 2007.

\_\_\_\_\_. Qual Compromisso Político? Ensaio sobre a educação brasileira pós-ditadura. In: BUFFA, Ester; NOSELLA, Paolo. **Artes Liberais e Artes Mecânicas: a difícil integração**. Bragança Paulista: Editora da Universidade São Francisco, 1998, v. 1, p. 79-90.

OGATA, Márcia Niituma; MACHADO, Maria Lúcia Teixeira; CATOIA, Erika Aparecida. Saúde da Família como estratégia para mudança do modelo de atenção. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. 2009. Disponível em: [www.scribd.com/.../Saude-da-familia-como-estrategia-para-mudanca](http://www.scribd.com/.../Saude-da-familia-como-estrategia-para-mudanca). Acesso em 15 jan. 2010.

OLIVER, Fátima Corrêa; BARROS, Denise Dias; LOPES, Roseli Esquerdo. Novas propostas assistenciais em São Paulo: estudo da recente incorporação de terapeuta ocupacional, no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa portadora de deficiência física, mental e/ou sensorial, no município de São Paulo. São Paulo, 1995.  
**Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 31-39, jan./abr., 2005.

OLIVEIRA, Jaime Antonio de Araujo; TEIXEIRA, Sonia Maria Fleury. **(Im)previdência social: sessenta anos de história da previdência social no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

OLIVEIRA, Fernanda Rocco. **Residência Multiprofissional em Saúde da Família: limites e possibilidades para mudança na formação profissional** (Dissertação de Mestrado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2007

PARENTE José Reginaldo Feijão et al. A trajetória da Residência Multiprofissional da Saúde da Família de Sobral. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

PEREIRA, Maurício José Lopes; COELHO, Elza Berger Salema; DA ROS, M. A. (org.). Da proposta à ação: Currículo integrado do curso de graduação em medicina da UFSC. 1. ed. Florianópolis: Editora UFSC, 2003.

PIERANTONI, Célia Regina. Recursos humanos e gerência no SUS. In: NEGRI, Barjas; FARIA, Regina; VIANA, Ana Luiza D'Avila (org.). **Recursos humanos em saúde: política, desenvolvimento e mercado de trabalho**. Campinas: Editora Unicamp, 2002. p.221-256.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org). **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2003.

PRADO Jr, Caio. **Evolução política do Brasil: colônia e império**. São Paulo: Brasiliense, 1991.

RIVEROS, Luis A. et al. **Retos y Dilemas sobre El financiamiento de La Educación Superior em America Latina y El Caribe**. Disponível em: <<http://www.iesalc.unesco.br.ve>>. Acesso em 14 de agosto de 2008.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério; TEMPORÃO, José Gomes; ESCOREL, Sarah. **Saúde: promessas e limites da Constituição**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROUQUARYOL, Maria Zélia; ALMEIDA Filho, Naomar. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 2003

SAMPAIO, Luis Fernando Rolim; TAKEDA, Sílvia. **Atenção Primária e Promoção da Saúde/Conselho Nacional de Secretários da Saúde**. Brasília: Conass, 2007.

SANFELICE, José Luis. **Movimento Estudantil: a UNE na resistência ao golpe de 64**. São Paulo: Cortez, 1986.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **O SUS e a reforma sanitária: possibilidades e potencialidades**. 2º. Simpósio de Política e Saúde. CEBES, Brasília, julho 2011.

\_\_\_\_\_. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.429-435, mar/abr 2008.

\_\_\_\_\_. Organização da Atenção à Saúde: é necessário reformular as estratégias nacionais de construção do “Modelo SUS”? **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro- Cebes, v. 8, n. 68, set/dez. 2004. p. 279-288.

SÃO CARLOS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**. São Carlos, nov. 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de São Carlos. **Projeto PSF**. São Carlos, 2008.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim Informativo da Saúde**. Disponível em: <<http://www.saocarlos.sp.gov.br>>. Acesso em 22 ago. 2004.

SCHAIBER, Lilia Blima; NEMES, Maria Ines Baptistella; MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno (org). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 2000.

SAVIANI, Dermeval. Desafios da construção de um Sistema Nacional articulado de Educação. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 213- 231, jul./out. 2008.

\_\_\_\_\_. Doutorado em Educação: significado e perspectivas. **Diálogo Educacional**. Curitiba, v. 7, n. 21, p. 181-197, maio/ago. 2007.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa em educação:** o dilema produtividade-qualidade na pós-graduação. Aula inaugural do Mestrado em Educação da Universidade Estadual de Maringá (UEM). 2005.

\_\_\_\_\_. Transformações do Capitalismo, do Mundo do Trabalho e da Educação. In: LOMBARDI, J. C.; SAVIANI, D.; SANFELICE, J. L. (orgs.). **Capitalismo, Trabalho e Educação**. Campinas: Autores Associados, HISTEDBR, 2002. p. 13-24.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia histórico-crítica:** primeiras aproximações. Campinas: Autores Associados, 1997.

\_\_\_\_\_. Concepção de dissertação de mestrado centrada na idéia de monografia de base. **Revista do Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras**. Brasília, v. 13, n. 27, p. 159-168, jul/dez. 1991.

\_\_\_\_\_. **Política e Educação no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1987.

SEADE (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados). **Informação dos Municípios Paulistas - Perfil Municipal de São Carlos**. Governo do Estado de São Paulo, Secretaria de Economia e Planejamento. Disponível em <www.seade.gov.br>. Acesso em: 20mar 2009; 12 dez 2011.

SILVA JUNIOR, Aluizio Gomes da; ALMEIDA ALVES, Carla; MELLO ALVES, Márcia Guimarães de. Entre Tramas e Redes: Cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben de Araujo (org). **Construção Social da demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ:ABRASCO, 2005. p. 77-89.

SILVERIO, João Batista. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o caso do Município de Montes Claros. In: Cadernos RH Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol.3, n. 1 (mar. 2006). Brasília: Ministério da Saúde, 2006

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde, 2002.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS/PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO CARLOS. **Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2009-2011**. São Carlos: EdUFSCar, 2009.

\_\_\_\_\_. **Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2008-2010**. São Carlos: EdUFSCar, 2008.

\_\_\_\_\_. **Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2007-2009**. São Carlos: EdUFSCar, 2007.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. **Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade**. São Carlos, 2008.

\_\_\_\_\_. **Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade**. São Carlos, 2007.

\_\_\_\_\_. **Regimento Interno do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – Proposta**, 2006.

\_\_\_\_\_. **Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade**. São Carlos, 2006.

VASCONCELOS, Cipriano Maia de; PASCHE, Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, p. 531-562, 2006.

VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz. Residência Multiprofissional em Saúde da Família: a experiência da parceria entre o Instituto de Saúde Coletiva e a Escola Estadual de Saúde Pública na Bahia. In: Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 48-60.

WEFFORT, Francisco Corrêa. Educação e Política. In: FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, p. 03- 26. Prefácio, 1978.

ZAGO, Nair. Do acesso à permanência no ensino superior: percursos de estudantes universitários de camadas populares. **Revista Brasileira de Educação**. v. 11, n. 32, p. 226-370, mai/ago 2006.

## ANEXOS

### ANEXO 1

#### Roteiro da entrevista com os Residentes

Dados pessoais:

Nome Idade

Formação Acadêmica:

Curso de Graduação- Início Término

Estabelecimento de Ensino

Formação complementar (atividades que elege como sendo relevantes na sua formação profissional):

#### Questões/ temas

1. Caminhos da opção pela realização da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

1.1. Razões da decisão dessa formação

1.2. Expectativas, motivações profissionais e projetos referentes a essa escolha

1.3. Demandas abertas e não atendidas pela graduação em saúde (Avaliação acerca da formação profissional recebida na graduação)

1.4. Demandas do exercício profissional

2. Opinião sobre a política implantada pelos Ministérios (Educação e Saúde) a partir da Residência Multiprofissional

2.1. A formação profissional nas IES e a estratégia de interferência na graduação e na pós-graduação para efetivação do SUS

2.2. A política de educação permanente ou da educação continuada

2.3. A Política da formação em serviço

3. O processo de vivência de implantação dessa política no município de São Carlos

3.1. Participação no processo

3.2. O desenho da proposta

3.3. O cotidiano

3.4. Resultados

3.5. Limites e Desafios

3.6. Críticas e Sugestões

4. A Formação profissional prevê 2 eixos: ensino e treinamento em serviço

4.1. As atividades de ensino: conhecimento científico e conhecimento técnico, metodologia de ensino, exigências e tarefas, carga horária, recursos materiais e condições, recursos humanos- corpo docente, tutores, preceptores.

4.2. As atividades de treinamento em serviço: atividades desenvolvidas no equipamento de saúde (com a população atendida, com as equipes de profissionais do serviço

e com as equipes da Residência, com a população do território, outras); vinculação ao equipamento e aos usuários; equipamento de saúde, rede de atenção e demandas territoriais.

5. A formação na RMS

5.1. Esse modelo de pós-graduação

5.2. Diretrizes efetivadas na formação

5.3. Direcionamentos e expectativas com relação à atuação profissional

5.4. Projeto profissional

6. O alcance e a permanência dessa proposição de política para formação pós-graduada em saúde

6.1. Em geral

6.2. No município de São Carlos

6.3. Para a formação profissional

6.4. Para “implementação” do SUS

7. Outros comentários, Questões, Observações

## **ANEXO 2**

### **Relação dos documentos disponibilizados pelo programa**

- 1 Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município de São Carlos. São Carlos:UFSCar, 2006.
- 2 Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município de São Carlos. São Carlos:UFSCar, 2007.
- 3 Projeto da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade do município de São Carlos. São Carlos:UFSCar, 2008.
- 4 Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2007-2009. UFSCar, Prefeitura Municipal de Saúde. São Carlos: EdUFSCar, 2007.
- 5 Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2008-2010. UFSCar, Prefeitura Municipal de Saúde. São Carlos: EdUFSCar, 2007.
- 6 Manual da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade 2009-2011. UFSCar, Prefeitura Municipal de Saúde. São Carlos: EdUFSCar, 2008.

### **Relação dos demais documentos consultados**

1. Regimento Interno do programa da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade – proposta 2006.
2. Relatório da 13ª. Reunião do Conselho de Parceria. UFSCar, 11 de novembro de 2009.

**ANEXO 3**  
**Entrevistas realizadas**

**I. Residentes**

- 1.1. Primeira turma:
  1. ALMEIDA, Aline Barreto de, fisioterapeuta, 03/02/2009, p. 12.
  2. CARDOSO, Cinira Conceição Longo, assistente social, 02/08/2009, p. 7.
  3. COVRE, Angelita Luiza. assistente social, 07/04/2209, p. 10.
  4. DÓBIES, Daniel Vannucci, psicólogo, 31/03/2009, p. 11.
  5. FRANÇA, Yaísa, enfermeira, 07/04/2209, p. 13.
  6. FRAGELLI, Camila Maria Bullio, cirurgiã dentista, 13/02/2009, p. 17.
  7. MATUOKA, Renata Inahara, cirurgiã dentista, 02/08/2009, p.11.
  8. MAXTA, Bruno Souza Bechara, terapeuta ocupacional, 09/02/2009, p. 25.
  9. MEDEIROS, Olívia Lucena de, nutricionista, 13/02/2009, p. 13.
  10. MOCCELLIN, Ana Silvia, fisioterapeuta, 17/02/2009, p. 13.
  11. MORI, Américo Yuiti, enfermeiro, 24/03/2009, p. 18.
  12. NADOTTI, Carla Anita Pavan, enfermeira, 07/04/2209, p. 9.
  13. PAIXÃO, Lara, fisioterapeuta, 03/02/2009, p. 9.
  14. PALLONE, Márcia Valério, enfermeira, 09/02/2009, p. 9.
  15. PAULO, Camila Milan, educadora física, 17/02/2009, p. 7.
  16. PEREIRA, Renata, nutricionista, 09/02/2009, p.6.
  17. SALGADO, Guilherme Ávila, fisioterapeuta, 09/02/2009, p. 13.
  18. SANTOS, Beatriz Ferraz dos, cirurgiã dentista, 31/03/2009, p. 19.
  19. SCARPA, Agatha, enfermeira, 03/08/2009, p. 5.
  20. RONCHI, Mariana, cirurgiã dentista, 02/08/2009, p. 6.
  21. SOUZA, Dayana Coelho Souza, psicóloga, 07/09/2009. p. 5.
  22. VIEIRA, Priscila, psicóloga, 17/02/2009, p. 6.
  23. VINCHA, Kellem Regina Rosendo, nutricionista, 07/04/2209, p. 7.
  24. TURRIONI, Ana Paula Silveira, cirurgiã dentista, 13/02/2009, p. 18.
  25. URBINI, Ana Lívia, assistente social, 13/02/2009, p. 8.
  26. ZERRENNER, Karen de Arruda, terapeuta ocupacional, 31/03/2009, p. 14.

1.2. Segunda turma:

1. ALBINO, Francielly Damas, farmacêutica, 29/01/2010, p. 4.
2. ALMEIDA, Anaísa Fallaci de, psicóloga, 16/03/2010, p. 11.
3. ARAÚJO, Márcia Palhares de, enfermeira, 08/03/2010, p. 9.
4. BARALDI, Débora, fonoaudióloga, 27/02/2010, p. 6.
5. BRAGAGNOLO, Larissa Maria, fisioterapeuta, 08/02/2010, p. 12.
6. CORDEIRO, Luciana Prates, assistente social, 08/02/2010, p. 18.
7. GOMES, Aparecida Justina dos Santos, assistente social, 27/02/2010
8. FONSECA, Karine Lage, terapeuta ocupacional, 13/04/2010, p.
9. NICOLI, Giovani Antonio, cirurgião dentista, 22/03/2010, p. 13.
10. PAES, Mariana Fonseca, farmacêutica, 13/04/2010, p. 4.
11. PAIVA, Thaila, enfermagem, 08/02/2010, p. 4.
12. PINTO, Gilmar de Souza, nutricionista, 08/02/2010, p. 17.
13. SAVIO, Thiago José, educador físico, 08/02/2010, p. 12.
14. SCOBIN, Graciele, fonoaudióloga, 27/02/2010, p. 4.
15. SILVA, Rubem Abrão da, fonoaudiólogo, 08/03/2010, p. 10.
16. TANAKA, Roberta Aoki, fisioterapeuta, 13/04/2010, p. 6.
17. VOLPATO, Flávia Cristina, cirurgiã dentista, 13/04/2010, p. 5.

1.3. Terceira turma:

1. ALCANTARA, Débora Barbosa e, terapeuta ocupacional, 30/03/2010, p. 8.
2. AVERSAN, Thais, educadora física, 16/03/2010, p. 10.
3. BARBOSA, Gisele Correa, enfermeira, 29/01/2010, p. 5.
4. BEZERRA, Michelle de Aguiar, enfermeira, 16/03/2010, p. 14.
5. COELHO, Leonardo Fogaça, cirurgião dentista, 30/03/2010, p. 5.
6. COSTA, Mariana Lisboa, fisioterapeuta, 13/04/2010, p. 5.
7. CRUZ, Pérola Liciane Baptista da, enfermeira, 16/03/2010, p. 10.
8. GOMES, Juliana Aparecida, terapeuta ocupacional, 13/04/2010, p. 6.
9. GUARDA, Eric Tadeu de Almeida, cirurgião dentista, 22/03/2010, p. 12.
10. LARA, Ellys Marina de Oliveira, enfermeira, 30/03/2010, p. 9.

11. MAZER, Denise, fisioterapeuta, 16/03/2010, p. 5.
12. MENEGUSSI, Juliana Moraes, assistente social, 13/04/2010, p. 7.
13. MESQUITA, Luana Pinho de, cirurgiã dentista, 16/03/2010, p. 6.
14. MILANEZ, Fernanda Joly, psicóloga, 22/03/2010, p. 11.
15. MOURA, Aline Silva de, terapeuta ocupacional, 30/03/2010, p. 5.
16. OLIVEIRA, Ellys Marina de, enfermeira, 30/03/2010, p. 6.
17. PENEDO, Rafaela Mossarelli, enfermeira, 30/03/2010, p. 16.
18. PONTOGLIO, Maria Clara Soares, educadora física, 16/03/2010, p. 10.
19. PRATA, Larissa Laisner, assistente social, 16/03/2010, p. 5.
20. RAMOS, Priscila Freitas, psicóloga, 13/04/2010, p. 4.
21. REIS, Neila Venerando dos, educadora física, 30/03/2010, p. 5.
22. SANTOS, Julia Amorim, psicóloga, 30/03/2010, p.6.
23. SILVA, Ana Lécia Cristina da, nutricionista 22/03/2010, p. 4.
24. SILVA, Fernanda Bollini e, fisioterapeuta, 30/03/2010, p. 4.
25. SUDRE, Graciano Almeida, enfermeiro, 08/03/2010, p. 19.
26. ZACARIN, Juliana de Fátima, nutricionista, 13/04/2010,

## **II. Preceptores**

1. BALDI, Darlei Lázaro, fisioterapeuta, 11/05/2011, p. 16.
2. BRITO, Cristiane, Miryam Drumond de Brito, terapeuta ocupacional 11/05/2010. p. 12.
3. DEMARZO, Marcelo Marcos Piva, médico, 01/06/2010, p. 7.
4. FELICIANO, Adriana Barbieri, enfermeira, 14/06/2010, p.8.
5. MATTOS, Augusto Tadeu Relo de, médico, 25/05/2010, p. 16.
6. MONTI, José Fernando Casquel, médico, 09/06/2010, p. 5.
7. OGATA, Márcia Niituma, enfermeira, 01/06/2010. p. 10.
8. ROSALINI, Maria Helena Pereira, assistente social, 08/06/2010, p. 11.
9. SALOMÃO, Fernanda Gonçalves Duvra, cirurgiã dentista, 25/05/2010, p. 15.
10. SOARES, Léa Beatriz Teixeira, terapeuta ocupacional, 01/06/2010, p. 20.
11. SOUTO, Bernardino Geraldo Alves, médico, 01/06/2010. p. 20.

## **III. Tutores**

1. BESSEGATO, Fabio Morelli, cirurgião dentista, 05/06/2010, p. 8.
2. BONACASATA, Daniela Rossi, enfermeira, 05/06/2010, p. 8.
3. DOVIGO, Mara Regina P. N., cirurgiã dentista, 01/07/2010, p. 5.
4. MAGON, Ana Paula Negrini, enfermeira, 14/06/2010, p. 5.
5. MARCHI, Martinha, cirurgiã dentista, 14/06/2010, p. 8.
6. PILOTO, Sandra Maria, enfermagem, 01/07/2010, p. 15.
7. SABINO, Vania dos Santos, enfermeira, 01/07/2010, p. 5.
8. SILVA, Bruna Paula Faria e, cirurgiã dentista, 14/06/2010, p. 6.
9. SOUZA, Renata Maria Mhirdani de, enfermeira, 14/06/2010, p. 4.

#### **IV. Gestores**

1. CLARO, Maria Tereza. Diretora do Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial (2009), 08/06/2010, p. 5.
2. OGATA, Márcia Niituma. Coordenadora do Programa da Residência Multiprofissional (2008). 01/06/2010, p. 10.
3. OLIVEIRA, Marilda Siriani. Coordenadora do Programa da Residência Multiprofissional e Diretora do Departamento da Atenção Básica da SMS de São Carlos (2007), 22/06/2010, p. 26.
4. PALHARES, Marina Silveira. Pró-Reitora de Extensão (2009), 25/08/2010, p.10
5. PEREIRA, Arthur Goderico Forghiri. Secretário municipal da Saúde (2007), 08/06/2010, p. 9.
6. ROCHA Filho, Romeu Cardozo da. Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa (2007), 08/06/2010. p. 2.
7. TEIXEIRA, Bernardo Arantes do Nascimento. Pró-Reitor de Pós-Graduação (2009)- 01/07/2010, p. 6.