



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ-UFC
CAMPUS SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS- GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

CLARA WIRGINIA DE QUEIROZ MOURA

**APROXIMAÇÕES ENTRE A FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIAS
MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA E POLÍTICA NACIONAL DE
ATENÇÃO BÁSICA**

SOBRAL

2020

CLARA WIRGINIA DE QUEIROZ MOURA

APROXIMAÇÕES ENTRE A FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará-UFC, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Socorro de Araújo Dias.

SOBRAL

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

M885a Moura, Clara Wirginia de Queiroz.
APROXIMAÇÕES ENTRE A FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE
DA FAMÍLIA E POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA / Clara Wirginia de Queiroz Moura. –
2021.
97 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação
em Saúde da Família, Sobral, 2021.
Orientação: Profa. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias.

1. Residência Multiprofissional. 2. Saúde da Família. 3. Atenção Básica. I. Título.

CDD 610

CLARA WIRGINIA DE QUEIROZ MOURA

APROXIMAÇÕES ENTRE A FORMAÇÃO EM RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS
EM SAÚDE DA FAMÍLIA E POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará-UFC, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Socorro de Araújo Dias.

Aprovada em: 06/05/2020.

BANCA EXAMINADORA

Prof.a. Dra. Maria Socorro de Araújo Dias (Orientadora)
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof. Dr. José Reginaldo Feijão Parente
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Prof.a. Dra. Roberta Cavalcante Muniz Lira
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.a. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

A Deus.

A minha família de sangue e de laços.

Aos anjos que atravessaram o meu caminho.

Ao meu exemplo e eterno amor, Dona Maria

Francinete de Queiroz (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

O percurso até a saúde da família aconteceu naturalmente, como se seguisse o fluxo de minha vida, ao mesmo tempo que surgiu de mãos dadas com a residência multiprofissional, sonho antigo, mas com perspectivas diferentes para um fazer da realidade.

Outrora, sonhei com a residência hospitalar, focada no sistema cardiopulmonar e na reabilitação do indivíduo com um quadro de saúde grave, mas a possibilidade de estar na preceptoria do núcleo da fisioterapia na residência multiprofissional com ênfase em saúde da família pela Escola de Saúde Pública do Ceará me possibilitou adentrar em um mundo que eu já havia me encantado, mas, até então, a oportunidade e a coragem para trilhar esse novo caminho não haviam surgido. A oportunidade eu agradeço a RIS-ESP/CE, mas para ter essa coragem, eu me espelhei em Amanda Frota, então coordenadora geral do programa, por sua determinação, autenticidade e paixão pela residência multiprofissional.

Destaco essa fase da minha vida como um divisor de águas, de uma forma bem clichê, pois me possibilitou conhecer outras perspectivas da saúde e da fisioterapia, mas entendo que tudo o que foi aprendido e vivenciado entre a graduação até aqui contribuíram com as tomadas de decisões relativas a essa pesquisa. As pessoas que cruzaram o meu caminho também me modificaram e merecem meus agradecimentos mais sinceros. Começando pela minha orientadora de vida, tia Marusia, obrigada pela paixão pela fisioterapia, pela pediatria, pela docência e por me acompanhar pela graduação, residência, especialização e pela vida.

Falando em fisioterapeutas, Roberta, Raquel, Marília, Nay, Cris, Isabel Cristina, Isabel Viana, Mabel, Enzo, Jéssica, Radmila, Edsoneide e os quase fisioterapeutas Darli, Camila, Mayrla, Marcus, Neilda, D. Auréa e tantos outros que guardo em meu coração por serem amigos, apoio e coragem, nos momentos em que desistir parecia a melhor escolha.

Sobre esse poder de segurar nas mãos e afirmar que tudo acontecerá conforme os planos de Deus, posso afirmar que o Pai me presenteou com alguns amigos de outras vidas e eu só posso agradecer por cada abraço, escuta, conselho e pela presença, mesmo na distância, a Joyce, Layanne, Amanda, Renata, Sibebe, Lunas Júnior, Odemir.

A aprovação no mestrado foi a realização de um sonho primordial para mim, lembro-me da brincadeira que finalizou a entrevista, com risos da banca: "... acredito que o meu objeto de estudo (a especialização da fisioterapia através da residência multiprofissional) se encaixa perfeitamente com a linha de pesquisa escolhida! Vocês não acham?". Essa leveza do período de seleção logo foi substituída por dias de questionamentos, irritabilidade, adocimentos, desânimo, desconstrução e, ao mesmo tempo, de autoconhecimento,

fortalecimento e confiança no propósito superior. Convictamente, essa foi a fase mais confusa e que me senti mais impotente em minha vida, mas levo dela grandes aprendizados, muitos livramentos e um montão de amigos. Por isso, começo agradecendo a professora Socorro, por ser esse exemplo de humildade, sabedoria e conhecimento. A cada orientação, fico mais encantada e lisonjeada de tê-la como orientadora, me espelhando na sua forma de ser e de dividir os seus dias entre família, estudo e trabalho, bem como, no dom da palavra e na maestria na corresponsabilização de compromisso e responsabilidades entre os que compõem o LABSUS.

Só esqueci de dizer um detalhe, o mestrado me trouxe a Sobral e Sobral me apresentou três lares que me acolheram com muita verdade. “My house” onde vivemos amores intensos entre Jeff, Jorda e Day. “Selva” onde Amandinha, com todo o seu poder de nutricionista, nos orientava para o mundo. E meu último abrigo, no “Greenvilage” a casa das mulheres maravilhas, onde sou muito bem cuidada por Amandinha e Samara.

Os agradecimentos se estendem a muitos outros anjos que cruzaram o meu caminho, com um destaque especial ao nosso Clã de Maria, que foi essencial nesse meu processo de reconstrução e continuidade, junto a peça fundamental da minha existência, a minha família. A eles eu agradeço por acreditar que sou capaz, por cuidar quando precisei pausar a vida, pelo suporte na hora de voltar à ativa, a união e o amor. Também agradeço a “zuada”, quando eu precisava de silêncio, a dispersão, quando a concentração era necessária e as arrumações, que mais pareciam brincadeira de esconder minhas cópias e livros. Brincadeiras à parte, se cheguei até aqui foi porque Francinete, Militão, Silvia, Socorro, Syrlene, Diógenes, Ítalo, Rafael, Fernanda, Felipe, Giurdan e Magna se revezaram para fazer acontecer. Meu muito obrigada recheado de amor!

“A educação é um ato de amor, por isso, um ato de coragem. Não pode temer o debate. A análise da realidade. Não pode fugir à discussão criadora, sob pena de ser uma farsa” (FREIRE, 1999, p. 97).

RESUMO

Aos desafios do Sistema Único de Saúde se inserem uma formação técnico-científica, política, humana e ética que seja indutora de processos de trabalho no SUS, necessitando de um agir colaborativo. Convergindo com esta intencionalidade foram instituídas as residências multiprofissionais em saúde, dentre estas destacam-se as dirigidas à Saúde da Família. O estudo objetiva analisar a correlação entre Residências Multiprofissionais em Saúde da Família no estado do Ceará e Política Nacional de Atenção Básica. Realizou-se um estudo exploratório, documental, com abordagem qualitativa, realizado no período de setembro de 2019 a março de 2020. Foram incluídos os projetos pedagógicos dos cursos de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, sendo quatro projetos da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia e um projeto da Escola de Saúde Pública do Ceará, totalizando cinco projetos pedagógicos. Foi utilizado um roteiro de análise documental para exploração dos Projetos Pedagógicos de cada Programa. A análise do estudo incluiu também as três versões da Política Nacional da Atenção Básica. As informações obtidas permitiram o entendimento que os cursos apresentam similaridades na orientação pedagógica, a partir dos marcos referenciais de educação. Dentre essas similaridades encontram-se os marcos da Educação Permanente em Saúde e Educação popular. Outrossim, é possível identificar singularidades circunscritas as identidades institucionais e percursos históricos. No que concerne a PNAB e suas atualizações é possível constatar modificações na composição da equipe da ESF e das competências requeridas. Outrossim, o incentivo a indução para a formação e educação permanente dos profissionais não se faz presente no texto atual da PNAB. Os resultados elucidaram uma confluência entre os ditames da PNAB e as intencionalidades educacionais dos PPC das residências, quer na orientação de formação de equipes e perfil de egressos consoantes as competências técnicas relacionadas. No entanto, foi possível também identificar que a formação em residências enseja um profissional dotado de competências mais plurais. Admitimos, portanto, significativas convergências entre a PNAB e a formação de residentes em Saúde da Família, ao tempo que, também reconhecemos o papel indutor e transformador da formação ao propor perfis profissionais além do requerido pela PNAB.

Palavras-chave: Residência Multiprofissional. Saúde da Família. Atenção Básica.

ABSTRACT

For the challenges of the Unified Health System, technical-scientific, political, human, and ethical training is applied, which will induce working processes in this system, requiring collaborative action. Based on this intentionality, multiprofessional residencies in health were established, with emphasis on residences related to Family Health. This study aims to analyze the correlation between Multiprofessional Residencies in Family Health in the state of Ceará and the National Primary Healthcare Policy (PNAB). This is an exploratory-documentary study with qualitative approach carried out from September 2019 to March 2020. The pedagogical projects of the Multiprofessional Residency Programs in Family Health were included, with four projects from School of Public Health Visconde de Saboia and one project from School of Public Health of Ceará, totaling five pedagogical projects. A documentary analysis script was used to explore the Pedagogical Projects of each program. The analysis of the study also included the three versions of the National Primary Healthcare Policy. The information obtained made it possible to understand that the programs present similarities in the pedagogical orientation, based on the educational referential frameworks. Among these similarities, there are the referential frameworks of Permanent Education in Health and Popular Education. Moreover, it is possible to identify singularities circumscribed to institutional identities and historical paths. With regard to PNAB and its updates, it is possible to see changes in the composition of the Family Health Strategy team and the required skills. Furthermore, the incentive to induce training and permanent education for professionals is not present in the current text of PNAB. The results elucidated a confluence between the dictates of the PNAB and the educational intentionalities of the pedagogical projects of the residency programs, with regard to the orientation of team formation and profile of egresses according to the related technical competences. However, it was also possible to identify that residency training enables a professional with more plural skills. Significant convergences between PNAB and the training of residents in Family Health are admitted. The inductive and transforming role of the training is also recognized when proposing professional profiles beyond what is required by PNAB.

Keywords: Multiprofessional Residency. Family Health. Primary Healthcare Attention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Linha do tempo de antecedentes da Política de Atenção à Saúde no Brasil.....	28
Figura 2 -	Evolução histórica do Sistema de saúde do Brasil no período de 1982 a 1988.....	29
Figura 3 -	Marcos Legais do Sistema de saúde brasileiro entre 1990-1993.....	30
Figura 4 -	Marcos Legais do Sistema de saúde brasileiro entre 1996-2006.....	31
Figura 5 -	Marcos Legais do Sistema de saúde brasileiro entre 2009-2015.....	32
Figura 6 -	Inserção do preceptor na dinâmica do ensino em serviço	35
Figura 7 -	Imagem da fachada da Escola de saúde Pública do Ceará	44
Figura 8 -	Imagem da fachada da Escola de Formação em saúde da Família Visconde de Saboia.....	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Fundamentos, princípios e diretrizes da PNAB em sua cronologia de edição. Sobral-CE, 2018.....	59
Quadro 2 - Descrição do papel do enfermeiro na equipe de Saúde da Família, no decorrer das atualizações da PNAB. Sobral-CE, 2017.....	70
Quadro 3 - Descrição do papel do cirurgião-dentista na equipe de Saúde da Família, no decorrer das atualizações da PNAB. Sobral-CE, 2017.....	75
Quadro 4 - Descrição do papel de outros profissionais na equipe de Saúde da Família, no decorrer das atualizações da PNAB. Sobral-CE, 2017.....	76
Quadro 5 - Descrição do papel do Médico na equipe de Saúde da Família, no decorrer das atualizações da PNAB. Sobral-CE, 2017.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIH	Autorizações de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas em Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP-CE	Escola de Saúde Pública do Ceará
ESP-VS	Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia
GP	General Practitioner
IES	Instituição de Ensino Superior
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NHS	National Health Service
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
PNEPS	Política Nacional de Educação Popular em Saúde
PPC	Projetos Pedagógicos de Cursos
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PRMSFC	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade
PROFAE	Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem
PROMED	Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina

PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REFORSUS	Reforço à Reorganização do SUS
RIS	Residência Integrada em Saúde da Família
RMSF	Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na cidade de Sobral
SESA	Secretária de Saúde do Ceará
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SIMPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SMSE	Sistema Municipal Saúde Escola
SUS	Sistema Único de Saúde
UVA	Universidade Estadual Vale do Acaraú

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	20
Aproximação com o objeto de estudo	20
Contextualização	21
Justificativa e relevância	25
OBJETIVOS	26
Objetivo Geral	26
Objetivos Específicos	26
REVISÃO DE LITERATURA	27
A origem da Atenção Básica no Brasil	27
Formação Profissional em Saúde	33
Residência em Saúde da Família	35
Política Nacional de Atenção Básica no Brasil	38
BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS	42
Tipo e abordagem do estudo	42
Período do Estudo	42
Cenário do Estudo	42
<i>Escola de Saúde Pública do Ceará</i>	43
<i>Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia</i>	44
Unidade de Análise	45
Coleta de Informações	46
Análise de Informações	46
Aspectos Éticos	47
RESULTADOS E DISCUSSÕES	49
Marcos conceituais e pedagógicos das residências multiprofissionais em saúde da família	49
Substratos dos caminhos da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil	56
Análise das correlações entre os Programas de Residências e a Política Nacional de Atenção Básica	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	84

APÊNDICE A- ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS DOS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO ESTADO DO CEARÁ	95
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS NOS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO ESTADO DO CEARÁ ATRAVÉS DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA	96
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	97

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aproximação com o objeto de estudo

Explorar o mundo que envolve a Residência em Saúde da Família foi um desejo desde a minha inserção na graduação em fisioterapia. Este assunto tornou-se cada vez mais latente em razão das poucas vagas que eram disponibilizadas nas seleções contemporâneas a minha conclusão de curso. A formação universitária a qual muitos estudantes de fisioterapia têm contato é fundamentada em uma apreensão das teorias sobre as técnicas, refletindo na minha própria formação. O ponto de virada foi a experiência de inserção na Unidade Básica de Saúde Frei Tito, localizado na Praia do Futuro, na cidade de Fortaleza. Fiquei encantada ao observar o trabalho conjunto de profissionais que enfrentavam os desafios impostos pelos escassos recursos físicos e humanos no atendimento da população local.

Tantas pessoas estavam ali, tanto barulho, muitas crianças, alguns idosos, bastante calor, mas todos estavam focados em bem acolher as necessidades da comunidade e resolver as demandas apresentadas. Isso me encantava. As sensações provocadas por essa experiência aguçaram meu desejo de desbravar esse mundo intitulado Saúde da Família.

No ano 2013, assumi, como fisioterapeuta, uma equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) no município de Jaguaruana, em que tive a oportunidade de organizar, em conjunto com os colegas, as atividades da equipe e preparar o município para receber os residentes da Residência Integrada em Saúde (RIS). Aqui, já inserida na Estratégia Saúde da Família (ESF), essa nova experiência me deu mais fôlego: tornei-me preceptora do núcleo de fisioterapia da RIS, o que me trouxe responsabilidades diante do envolvimento na capacitação dos residentes de fisioterapia para atuar de uma forma integrada e estimular reflexões sobre o Sistema Único de Saúde (SUS).

O ano de 2013 marcou minha história pessoal e profissional. Foi um ano intenso e de grandes aprendizados. Aprendi mais que ensinei. Encantei-me mais. Vislumbrava colocar em prática tudo que era refletido no ensino-aprendizagem da residência. Mas nem tudo era sonho. A realidade é mais complexa. Era difícil pensar no SUS e na ESF com tantas inadequações nas políticas de saúde e seus orçamentos restritos. Durante os dois anos, a residência fortaleceu em mim a certeza de que a ESF deve estar estruturada adequadamente e com profissionais aptos ao desenvolvimento eficiente de seu papel. Isso gera uma atenção básica mais resolutiva e efetiva. A minha realidade como residente de pediatria do Hospital

Infantil Albert Sabin refletia diretamente a importância do fortalecimento da ESF: hospitais lotados por causas evitáveis e que poderiam ser plenamente atendidas na Atenção Básica.

Do exposto, é possível inferir o papel vital da formação dos profissionais de saúde com destaque para as Residências em Saúde da Família: o de uma formação qualificada para e no SUS. Destaco ainda que estar no Mestrado Acadêmico em Saúde da Família é reconhecer um espaço ideal para refletir sobre essas implicações que envolvem a formação profissional para atuação em um sistema de saúde.

Considerando a trajetória das residências multiprofissionais no campo da atenção básica no estado do Ceará e as diversas edições da PNAB, surgiu o interesse de analisar a influência da(s) PNAB no delineamento dos Projetos Político Pedagógicos da formação de residentes no campo da atenção primária, ou seja, inferir como as políticas orientam a formação em saúde, no caso particular, a formação de residentes e a conformidade do posicionamento das residências

1.2 Contextualização

A mobilização política e social da população e da comunidade científica em prol da garantia dos direitos humanos e da livre expressão e pela retomada da democracia no estado brasileiro na segunda metade do século XX culminou com a publicação da Constituição Federal no ano de 1988, considerada constituição cidadã, a qual traz em seu bojo um novo modelo governamental de seguridade social. No que se refere à política pública de saúde, em seu artigo 196 destaca-se que esse é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado e sua concretização se dá com a implantação do SUS. Os princípios nos quais se fundamentam as ações do SUS são o acesso integral, universal e equânime para todas as pessoas que habitam o território brasileiro (PAIM, 2013).

O planejamento do SUS sofreu influência do modelo de saúde inglês, o *National Health Service* (NHS), que também é conhecido como o sistema nacional de saúde ao ter a sua constituição baseada nos princípios de equidade e integralidade e dispor de cobertura universal, porém com algumas exceções, como a ausência da saúde bucal, oftalmológica e dispensação de medicamentos (PAIM, 2013). O NHS centra as suas atividades no *General Practitioner* (GP), local de atuação de médicos da atenção primária, responsáveis por uma lista de pacientes vinculados ao GP mais próximo de sua residência, recebendo assistência ambulatorial e sendo encaminhado para assistência hospitalar pública não-emergencial (TANAKA; OLIVEIRA, 2007).

A influência do modelo de saúde inglês contribuiu para que o SUS se tornasse um sistema de saúde reconhecido mundialmente como um dos mais abrangentes em cobertura populacional e oferta de serviços em saúde, atuando com ações e assistência na prevenção de doenças e agravos, promoção e reabilitação em saúde e na vigilância dos determinantes sociais e epidemiológicos em saúde, por meio do uso de tecnologias de densidade variada de acordo com a complexidade hierárquica dos serviços (BARROS, 2015).

Dessa forma, para ter condições de realizar toda a cobertura populacional proposta surge a Lei nº. 8.080 de 1990 (BRASIL, 1990) descrevendo a operacionalização do SUS, apontando a atenção básica ou atenção primária como primeiro espaço de entrada e acolhimento ao sistema. A escolha pela atenção básica se deve pela sua capacidade de centralizar e organizar o fluxo nos serviços da rede de saúde, tendo como principal estratégia governamental a ESF, também conhecida como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária. A ESF tornou-se a opção prioritária por ter sua construção pautada nos princípios, diretrizes e fundamentos do SUS, possibilitando a reorientação do processo de trabalho e priorizando a atuação multidisciplinar no âmbito comunitário através dos Centros de Saúde da Família (CSF) (BRASIL, 2011).

Com o intuito de unificar e adequar as normas nacionais de atenção primária, nasce a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006. As atualizações dessa política objetivam responder as necessidades de saúde e ou diretrizes de governos. Nessas duas décadas de existência, a PNAB passou por sucessivas revisões que culminaram na escrita da versão atual, ou seja, data de 2017 (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2017a).

A atual PNAB ressalta a equivalência dos termos atenção básica e atenção primária à saúde de forma a associar a ambas, os princípios orientadores desta política. Este mesmo texto normativo explica que a ESF é prioritária para expansão e consolidação da atenção básica por meio de um trabalho em equipe orientado pelo cuidado ético-político das intervenções técnico-científicas que acontecem através das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Uma das inovações do novo texto é a autonomia dos municípios na composição das equipes de atenção básica, podendo ser formada, minimamente, por médico, enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem (BRASIL, 2017a). Desta forma, exclui-se da obrigatoriedade na formação da equipe mínima os trabalhadores com histórico de processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF), a exemplo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017a).

A composição da equipe e a compreensão da ESF como ordenadora da AB operacionalizam o processo de trabalho e cuidado na AB, possibilitando a condução do trabalho através de tecnologias leves e leves-duras que buscam fortalecer a promoção da saúde e a

prevenção de agravos ao disseminar conhecimento e práticas sobre a qualidade de vida, o fortalecimento de vínculos comunitários, o enfrentamento dos determinantes sociais e epidemiológicos em saúde, além da oferta de assistência multiprofissional e exames complementares e cobertura vacinal que permitem a identificação e tratamento prévio de possíveis doenças na atenção básica ou quando necessário encaminhar para as atenções secundárias e terciárias (MERHY, 2002).

Buscando manter essa organização dos serviços de saúde e definir as prioridades da atenção primária, secundária e terciária, faz-se necessário construir e remodelar o SUS mediante políticas de promoção da saúde que venham a garantir os direitos dos usuários. Isso traz consigo a necessidade de alinhamento entre os processos formativos dos trabalhadores, com estratégias que alinhem de forma nacional os currículos das profissões das saúdes e possibilite a educação permanente (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Nesse intento, a educação permanente em saúde enseja um alinhamento educacional para o SUS, por ser uma educação vivencial, mutável, apreendida na prática, no campo e na realidade das relações diárias. Nesse contexto, conseguimos compreender a educação permanente em saúde, enquanto estratégia de educação em serviço, através da possibilidade de apresentação de técnicas e recursos inerentes ao projeto político pedagógico institucional, bem como no fortalecimento da educação continuada, ao se enfatizar no aperfeiçoamento profissional por tempo determinado e por último, a educação formal de profissional, ao se relacionar o contexto profissional com a realidade do trabalho, e a realidade do trabalho com o ensino (CECCIM, 2005). É neste cenário que emergem as residências multiprofissionais em saúde (BRASIL, 2005a).

As residências multiprofissionais em saúde foram apoiadas pelo Ministério da Saúde por meio do ReforSUS, em 2002, sendo fortalecido o vínculo com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), em 2003, e a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), expressa na Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Além disso, a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005 criou a Residência em Área profissional da Saúde e instituiu a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), com financiamento subsidiado pelas Portaria nº 1.111, de 5 de julho de 2005, Portaria nº 1.143, de 7 de julho de 2005 e Portaria Interministerial nº 2.117 de 3 de novembro de 2005 (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2006c; BRASIL, 2005c).

A PNEPS descreve a necessidade de amplo processo de formação e qualificação dos profissionais da saúde para atuação no SUS, possibilitando uma oferta efetiva e significativa de cursos de formação técnica, de capacitação e de especialização para os profissionais da saúde

engajados em todos os segmentos da população, em âmbito nacional. Para o fortalecimento dessa política, a SGTES defende e pactua os processos de educação continuada em todo o território nacional, na estrutura ministerial (BRASIL, 2004; BRASIL, 2005c).

Nesse intento de capacitação dos profissionais da saúde para atuação do SUS, a CNRMS vem fortalecer a atuação a PNEPS e da SGTES, destacando as RMS como opção de educação continuada. Dessa forma, o fortalecimento da ESF, por meio da profissionalização local, permite um aprendizado contínuo em serviço, em diversas cidades do território nacional, não se fazendo necessário o deslocamento para grandes centros em busca de capacitação. Assim, as residências multiprofissionais em saúde da família possuem potencial para se aproximarem da comunidade e formar profissionais para SUS, respeitando a singularidade de cada e território e serviço (BRASIL, 2005b; BRASIL, 2007).

Nesse sentido, associar as suas atividades no princípio da promoção da saúde ao diálogo discente na busca da construção de um sistema avaliativo condizente com o plano pedagógico, a residência possibilita o aprendizado em saúde através da prática viva, em que os cenários de prática possibilitam a aproximação com os usuários do SUS e esses dividem o papel de pacientes e fornecedores de conhecimento no processo de tratamento, ensino e aprendizagem (PARENTE *et al.*, 2006).

No Ceará, a experiência com a proposta das residências inicia-se em 1999 com a Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), na cidade de Sobral, sendo o primeiro programa de formação profissional em saúde e acolhendo apenas as categorias de enfermagem e medicina (FAJARDO; ROCHA; PASINI, 2010).

No ano de 2001, as profissões de odontologia, serviço geral, fisioterapia, educação física, farmácia, terapia ocupacional, nutrição e psicologia foram integradas ao programa devido à necessidade de qualificar os profissionais da rede para atuarem no novo formato de saúde, com ênfase na promoção da saúde. Em 2005, algumas mudanças alteraram a composição do público alvo da residência, tais como a abertura para outros profissionais que não estavam inseridos na rede e a migração dos profissionais médicos para a sua própria residência (PARENTE *et al.*, 2006).

Atualmente, o estado do Ceará conta com dois Programas voltados para a formação multiprofissional de residentes no campo da Atenção Básica; o já referido Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Saúde Pública Visconde Saboia (ESP-VS) e o Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP). O Programa da ESP-CE

foi constituído em 2012, sendo implantado em 2013 (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ, 2017).

1.3 Justificativa e Relevância

As residências multiprofissionais em saúde se apresentam como uma estratégia potente de formação profissional que visa o desenvolvimento de competências técnicas, humanas, sociais e éticas numa relação intrínseca entre o mundo do trabalho e a formação em saúde.

A inserção no cotidiano da gestão e da atenção básica à saúde requer dos residentes uma práxis em conexão com as diretrizes previstas na política pública nacional orientadora dos processos de gerir e assistir na atenção básica. Desta forma, deduz-se que deve haver uma sintonia entre os Projetos Pedagógicos de Cursos (PPCs) das residências que têm como foco a atenção básica e a PNAB; salvaguardando, outrossim, o potencial crítico, transformador e inovador que as residências devem produzir. Entende-se que os PPCs firmam compromisso institucional com a formação a que se propõe por meio do anúncio de seus marcos epistêmicos, pedagógicos e metodológicos, bem como detalham o perfil esperado do egresso e os caminhos para a consecução deste perfil.

Disto depreende que este trabalho se orienta pelas premissas expostas e traz em si o desejo de analisar a correlação entre as edições da PNAB e os PPCs relativos a cada vigência desta. Com a análise das várias edições da PNAB e dos PPCs das residências multiprofissionais como foco na atenção básica, no estado do Ceará, espera-se refletir sobre a formação dos residentes e as potenciais contribuições desta para o fortalecimento da política de atenção básica à saúde.

Diante do que foi exposto, buscamos discutir e tornar pública a análise dos PPCs das Residências em saúde da Família a luz da PNAB, oportunizando o diálogo sobre suas interseções e singularidades frente a formação dos residentes que integram os programas em apreço, com o intuito de reconhecer o quanto essa formação está sendo realizada para a atuação na ESF, respeitando a realidade local. Desdobra-se desta intencionalidade a seguinte pergunta de partida: Como os projetos pedagógicos dos cursos das residências multiprofissionais em saúde, no Ceará, correlacionam-se a PNAB?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a correlação entre os Projetos Pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família no estado do Ceará e Política Nacional de Atenção Básica.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever os marcos conceituais e pedagógicos orientadores que sustentam os PPC dos programas de residências multiprofissionais de Saúde da Família, no estado do Ceará.
- Refletir sobre os substratos da Política Nacional da Atenção Básica em seu curso histórico.
- Correlacionar os marcos conceituais e pedagógicos das residências multiprofissionais em Saúde da Família, no estado do Ceará, com os substratos orientadores da Política Nacional de Atenção Básica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A origem da Atenção Básica no Brasil

O Brasil se constituiu por uma colônia de Portugal, e sua existência ficou dividida entre exportação de matéria prima para sede e colonização do território, bem como, catequização dos moradores locais, os índios. Com a igreja a frente da saúde a cura e a doença vinham através da fé, sendo inibidos os rituais indígenas, que utilizavam os frutos da terra e as mudanças climáticas nesse processo de cura (ESCOREL, 2008).

No período Colonial, a base do trabalho era escravocrata e a economia era mantida por meio do açúcar e da mineração, surgindo em meio a esse cenário o café, o que possibilitou a dinamização do comércio interno e fortalecimento da burguesia, impulsionando a proclamação da república. O quadro sanitário se caracterizava por doenças transmissíveis, trazidas pelos colonos e, posteriormente, pelos escravos negros, com destaque para a hanseníase, a tuberculose, a cólera e a varíola, que comumente provocavam endemias e/ou epidemias e apesar de não possuírem políticas de saúde no período, existiam campanhas que atuavam de forma focada nas epidemias, controlando os surtos, pois a assistência médica da época se limitava as classes dominantes (AGUIAR, 2011a).

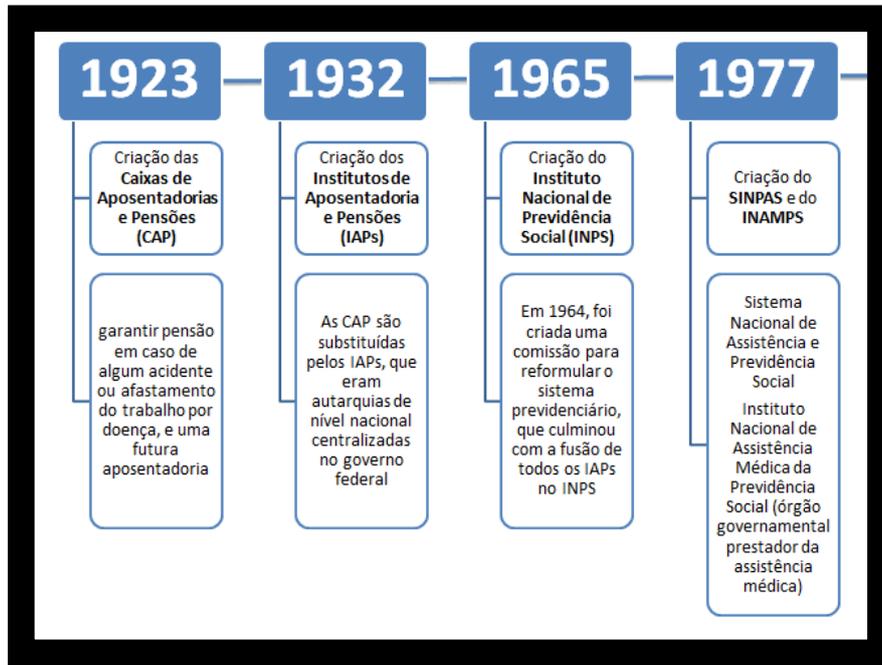
Na República Velha no Brasil, a assistência em saúde se dava por três vias: uma privada para aqueles que possuíam alguma posse e podiam pagar pelo atendimento médico; uma assistência mínima estatal para aqueles que possuíam vínculo trabalhista legal, majoritariamente estes se encontravam na zona urbana e contribuía para as caixas de pensão da Previdência Social; e a grande massa popular, principalmente nas zonas rurais, que dependiam de ações filantrópicas e se beneficiavam minimamente de ações sanitárias pontuais e coletivas para dirimir algumas doenças ocasionadas pela pobreza (ANDRADE; SANTOS; RIBEIRO, 1993).

Até o período pré-ditatorial do século XX, as secretarias de saúde municipais e estaduais se restringiam à execução de campanhas sanitárias e na manutenção de postos de saúde e outros serviços locais para onde recorriam o segmento da população não beneficiada pela medicina previdenciária (ROSEMBERG, 2013).

No final do século XIX, tem-se um contexto sócio demográfico e epidemiológico diferente e com mais abismos entre ricos e pobres, devido ao êxodo rural e o processo acelerado de urbanização. Em meio a esse cenário, em 1966, é criado o Instituto Nacional de Previdência

Social (INPS) e posteriormente foi criado o Sistema Nacional de Saúde, através da Lei 6229/75 (ESCOREL, 2008; AGUIAR, 2011b).

Figura 1- Linha do tempo de antecedentes da Política de Atenção à Saúde no Brasil.



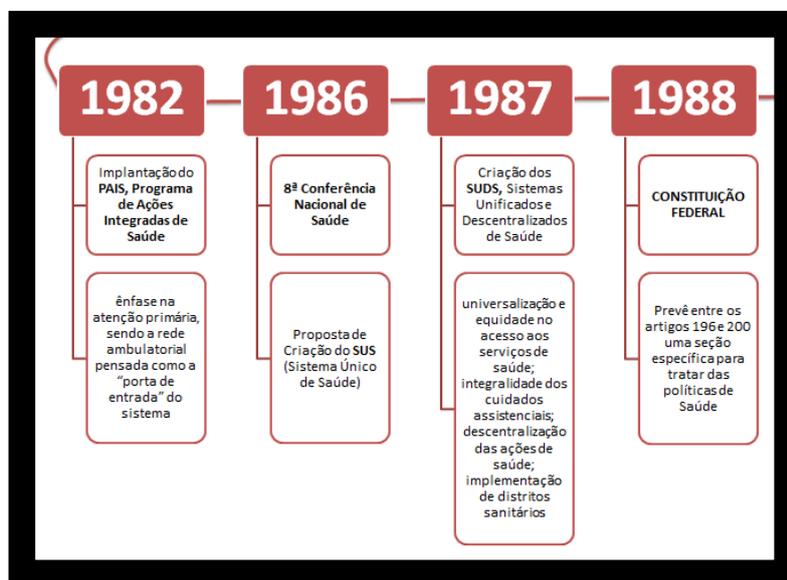
Fonte: LINHA DO TEMPO DO SUS (2011).

O INPS era subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, sendo responsável pelos benefícios previdenciários e a assistência médica aos segurados e seus familiares, fortalecendo o setor privado e a expansão da medicina de grupo. Com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS), o INPS foi incorporado, ficando responsável pelo pagamento de benefícios aos segurados e o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) assumiu a responsabilidade pela assistência médica individual e curativa que era disponibilizada através dos serviços privados contratados e conveniados aos trabalhadores urbanos e rurais (AGUIAR, 2011a).

Durante o regime militar acontece a elaboração do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), integrado os Ministérios da Saúde, Previdência Social e as secretarias estaduais e municipais de saúde com o intuito de reforçar à atenção primária em saúde, através da ampliação da cobertura dos serviços e o incentivo a participação popular. Apesar da proposta ter sido discutida na VII Conferência Nacional de Saúde, ela não foi implementada, por não ter sido aprovada pelos dirigentes do INAMPS e os empresários da saúde que estavam mais interessados na implantação das autorizações de internação hospitalar

(AIH), mediante as ações integradas em saúde (AIS), bem como, a implantação das políticas racionalizadoras (ROSEMBERG, 2013).

Figura 2 - Evolução histórica do Sistema de saúde do Brasil no período de 1982 a 1988.



Fonte: LINHA DO TEMPO DO SUS (2011).

Apesar do contexto desafiador, a Reforma Sanitária Brasileira começou a se constituir como movimento social, político e acadêmico durante os anos 70 e 80, lutando por mudanças na relação entre Estado e sociedade, que iniciam através da participação social na política e na construção da cidadania.

É então, proposta, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, uma nova forma de pensar a organização da política de saúde no Brasil, em um cenário de redemocratização da sociedade, com a participação popular e a discussão da nova carta constitucional, favorecendo a discussão sobre os problemas do sistema de saúde e as propostas para a reorientação da assistência médica e de saúde pública, destacando: o conceito ampliado de saúde, o reconhecimento da saúde como um direito de todos e um dever do Estado, a participação popular, a constituição e a ampliação do orçamento social (AGUIAR, 2011a).

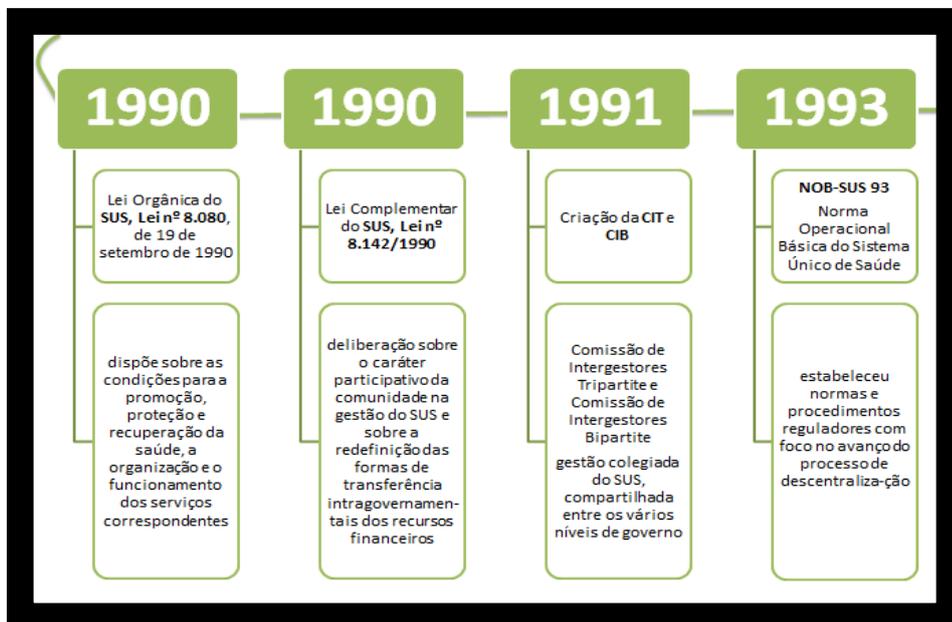
A reabertura política do país e a construção coletiva da Constituição de 1988 garantiram reflexão e extensão de políticas sociais que visassem a dignidade humana e o acesso a condições de qualidade de vida. Já o direito à saúde para todos os brasileiros, ocorre com a criação do SUS, enquanto um dos eixos da Seguridade Social, um conjunto de ações e serviços públicos estabelecidos, de forma descentralizada, pelo governo e pela sociedade, com o intuito

de garantir os direitos a saúde, a previdência e a assistência social (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008a; ESCOREL, 1999).

Para operacionalização da nova política de saúde brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi elaborada a Lei Orgânica de Saúde Nº 8080/90, sendo complementada pela Lei 8142/90, regulando a participação da comunidade no SUS, assegurando a existência de instâncias colegiadas como conferências e conselhos de saúde nos três níveis de governo e a criação de fundos de saúde (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008b).

Devido à necessidade de consolidação do SUS, tem início, em 1994, a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) (ALVES, 2005), como instrumento para reorganização do SUS e da municipalização. Em 1997 e 1998, novos documentos publicados pelo Ministério da Saúde reforçam o entendimento do PSF como estratégia para reorganização da atenção básica, implantada a fim de trazer uma nova concepção de saúde, voltada para a promoção da qualidade de vida, resgatando, então, os princípios do SUS, visando melhorar e ampliar o atendimento à população (BRASIL, 2000).

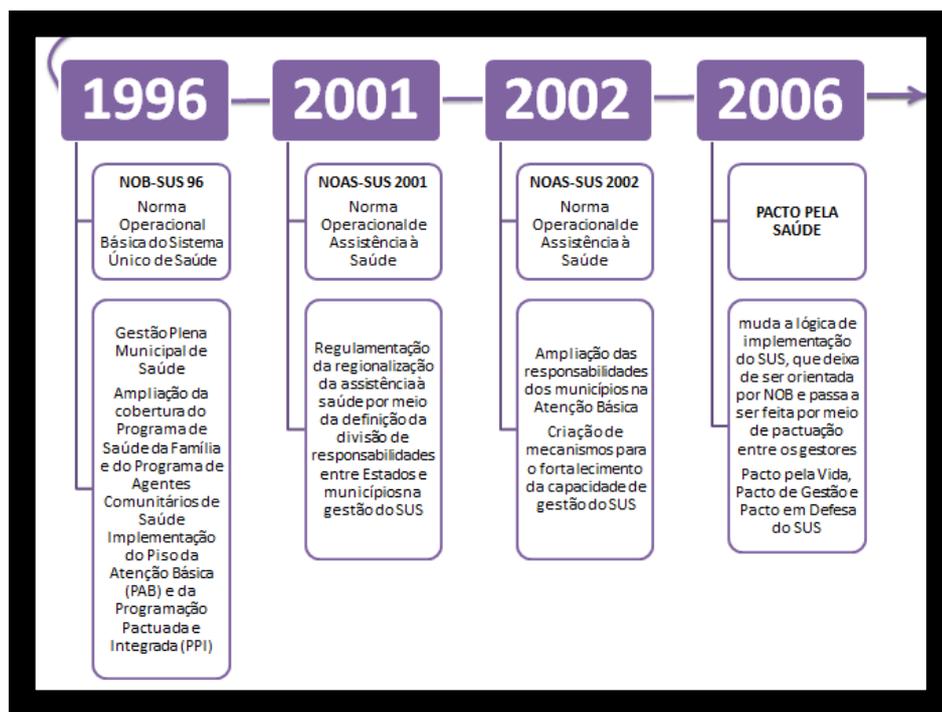
Figura 3 - Marcos Legais do Sistema de saúde brasileiro entre 1990 – 1993.



Fonte: LINHA DO TEMPO DO SUS (2011).

A Estratégia Saúde da Família se consolida em 2006 como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS, apresentando a primeira versão da PNAB. Esta tem, em seus princípios gerais, a Atenção Básica como promotora de ações no âmbito individual e coletivo, através da promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, ao desempenhar práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas em equipe ou dirigidas em um território delimitado, se utilizando de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade e atuando através dos princípios da universalidade, da acessibilidade, do cuidado integral, da manutenção do vínculo, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006d).

Figura 4 - Marcos Legais do Sistema de saúde brasileiro entre 1996



Fonte: LINHA DO TEMPO DO SUS (2011).

A ESF tem caráter substitutivo em relação a rede de Atenção Básica Tradicional, além de buscar integrar as instituições organizacionais sociais e ser um espaço de construção de cidadania. Seus processos de trabalho devem ser orientados pela perspectiva da humanização, da construção do vínculo e de estabelecimento de responsabilização. O planejamento e avaliação das ações da equipe tem como embasamento os dados coletados na

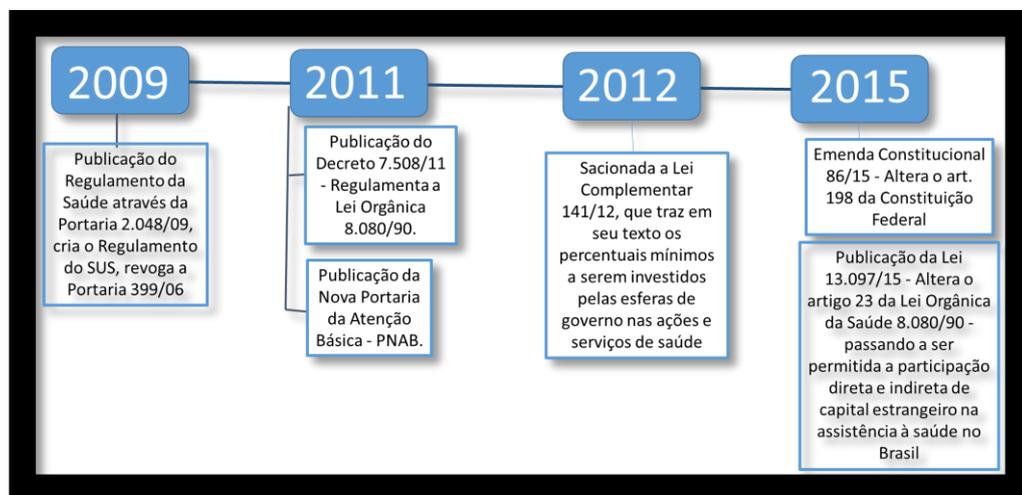
área de atuação, e são coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS), estimulando a participação da comunidade e o desenvolvimento dos trabalhadores pela educação permanente (BRASIL, 2006a, ALVES, 2005; BRASIL, 2009).

O fortalecimento da agenda política da APS por intermédio da ESF, foi aos poucos se solidificando e em 2006 tomou as dimensões do conhecido Pacto pela Vida. Nesse mesmo ano, foi publicada a PNAB e revisada em 2011, esse processo envolveu um amplo escopo de ações, mobilizando instituições e sujeitos sociais para responder aos desafios impostos na formação de trabalhadores bem como na organização dos mesmos nos seus processos e locais de trabalho (BRASIL, 2006d).

Recentemente, foi possível observar uma reorganização das forças políticas conservadoras no Brasil, que culminou na saída antecipada da presidente na época, Dilma Rousseff e na consequente condução do seu vice, Michel Temer. Seguiu-se então a aprovação de medidas ditas “reacionárias” sob a justificativa de se diminuir os gastos públicos e equilibrar as contas da casa (MOROSINI; FONSECA, 2017).

Nessa altura, as orientações norteadoras que direcionavam a PNAB de 2011 já vinham sendo repensadas, e os rumores de que ia ter uma revisão foram se intensificando. Ainda no ano de 2017, foi apresentado um texto preliminar para consulta por dez dias, sendo então aprovada a nova PNAB ainda em 2017. O fato mais marcante na nova versão da PNAB, é que há uma pretensa flexibilidade as instituições particulares com a premissa da necessidade de atender especificidades locorregionais (BRASIL, 2016; BRASIL; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2017; MOROSINI; FONSECA, 2017).

Figura 5 - Marcos Legais do Sistema de saúde brasileiro entre 2009 – 2015.



Fonte: Elaboração da autora.

3.2 Formação Profissional em Saúde

A constituição brasileira de 1988 expressa, em seu artigo 200, que o SUS é ordenador da formação em saúde. No campo da educação, como forma de regularizar o ensino/aprendizado nas graduações, são implantadas as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). Estas destacam a importância de produzir currículos pautados em competências, permitindo que o aluno tenha contato com o campo de atuação desde os primeiros semestres, através do suporte e orientação dos professores, que devem ser formados pelo SUS e sensíveis às necessidades da comunidade, conseguindo alinhar o conhecimento científico, biológico e social em uma prática resolutiva e humanizada (BRASIL, 2014).

O currículo ampliado na formação em saúde tem o objetivo de proporcionar a capacidade de apropriação do conhecimento, de problematização, de aprofundamento teórico-reflexivo e de planejamento de ações transformadoras da realidade vivenciada. Dessa forma, a construção do currículo baseado em competências viabiliza a transformação de práticas e realidades locais, concepção crítica dos conhecimentos disciplinares e o desenvolvimento cognitivo no processo de ensino-aprendizagem (SAUL; SILVA, 2012).

Considerando a necessidade permanente de transformação de práticas profissionais na saúde, movimentos foram se estabelecendo no cenário da formação em saúde no Brasil, com ênfase para o Saúde da Família. Em 2001, foi criado o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) pelo Ministério da Saúde, como resultado da parceria do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e as secretarias estaduais e municipais de saúde, tendo como finalidade a intenção de organizar as ações da saúde através da ESF, utilizando uma proposta transitória (BRASIL, 2003).

No ano de 2002, surgiu o Promed, através dos Ministérios da Saúde e da Educação, mediante portaria interministerial 610, na perspectiva de realizar mudanças nas grades curriculares da medicina em busca de melhor adequação da formação da medicina ao mercado de trabalho. O Promed estimulava os cursos realizar as adequações solicitadas na criação de um novo projeto pedagógico pautado na medicina integral, nas metodologias ativas, na valorização humana, no incentivo da atuação profissional na saúde da família e na formação em cenários diversificados, desmitificando a supremacia hospitalar (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Contudo, era necessário investir na formação dos trabalhadores e em seus cenários de atuação, tidos como ambientes mais provocadores da formação. Sob essa perspectiva, foi instituída, em 2004, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde de manter atualizado e em constante formação o profissional inserido

nos serviços de saúde, através da criação e implementação de polos pelo território nacional, que servirão de apoio para a formação da saúde para o SUS (BRASIL, 2004).

A educação permanente, enquanto estratégia para a formação elencada na PNAB, ancora-se nos fundamentos da aprendizagem significativa e da tenda invertida como aspectos importantes para sua compreensão e efetivação. A aprendizagem significativa e a tenda invertida, são estratégias para a produção de conhecimento a partir da imersão do residente no campo prática, a fim de produzir sentido e provocar a mudança de atitude (ANDRADE *et al.*, 2004).

A educação permanente se baseia numa visão político-pedagógica e visa o favorecimento do processo de aprendizagem do trabalhador inserido no seu cotidiano laboral. Esse método valoriza o trabalho como fonte do conhecimento, vinculando o cotidiano e integrando o trabalho de maneira inter e multiprofissional (ALMEIDA *et al.*, 2016; MONTANHA; PEDUZZI, 2010).

A estratégia de tenda invertida atuará na formação do profissional, mais especificamente onde a equipe do PSF atua, ou seja, o lócus é parte da formação profissional, sendo deslocado o preceptor ao campus e não o contrário, permitindo assim a fixação do aprendizado teórico com o prático (ANDRADE *et al.*, 2004; DIAS *et al.*, 2017). Já o aprendizado significativo constrói uma base de conhecimento que permita ao aluno ressignificar o conhecimento da teoria com a prática (DOMINGOS; NUNES; CARVALHO, 2015).

Diante do cenário de constantes transformações, surgiu a necessidade de melhorar a assistência prestada pelos profissionais da enfermagem no SUS, criando assim, o Projeto de profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) (BRASIL, 2005b), com a proposta de qualificação de auxiliares de enfermagem, formação de técnicos de enfermagem, formação pedagógica de enfermeiros para atuar como docentes no curso de educação profissional e no fortalecimento, modernização e criação de escolas técnicas do SUS (BRASIL, 2006c).

No mesmo ano, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde ou Pro-saúde surge com o objetivo de integrar ensino e serviço ao promover uma reorientação do processo formativo dos profissionais que integram a estratégia saúde da família (médico, enfermeiro e odontólogo), ampliando para os demais profissionais da saúde na segunda fase. A intenção é que esses profissionais consigam integrar o processo saúde doença com a ênfase da saúde da família, transformando a assistência prestada ao usuário nos serviços

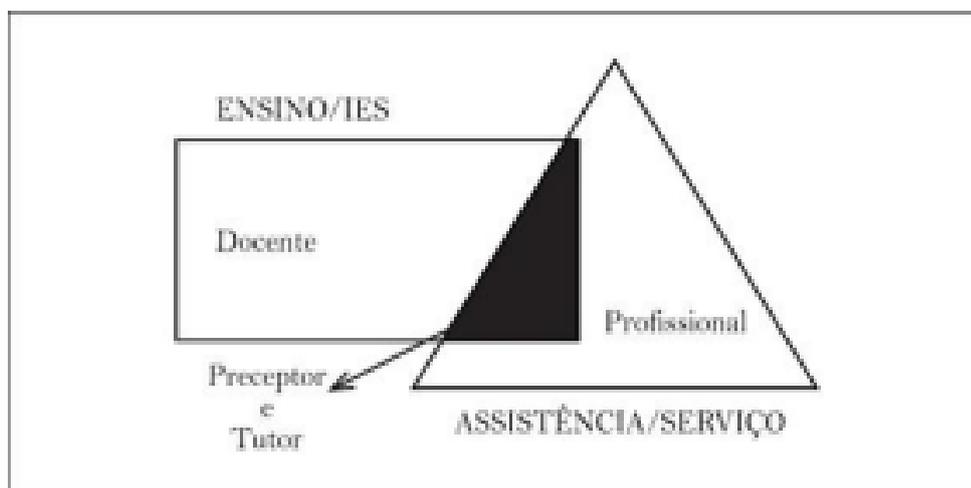
de saúde, através dos três eixos de transformação: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica (BRASIL, 2005b).

Em 2013, é instituída a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). A Educação Popular em Saúde enquanto estratégia de construção de práticas coletivas que ampliem os horizontes do processo educativo e permite ressignificar as realidades do processo de trabalho (CRUZ, 2019).

A Educação Popular em Saúde é orientada pelos princípios do diálogo, da amorosidade, da problematização, da construção compartilhada do conhecimento, da emancipação e com o compromisso com a construção do projeto democrático e popular. Através da participação, controle social e gestão participativa; da formação, comunicação e produção de conhecimento; do cuidado em saúde; e da intersetorialidade e diálogos multiculturais (BRASIL, 2013a).

A integração dos serviços de assistência, enquanto cenários de ensino e de aprendizagem, com as Instituições de Ensino Superior colabora com uma formação mais significativa e permite estreitar articulação entre teoria e prática. Neste contexto, um agente diferenciador é o preceptor (RIBEIRO; PRADO, 2013).

Figura 6 - Inserção do preceptor na dinâmica do ensino em serviço.



Fonte: Ribeiro e Prado (2013).

Esses movimentos requerem fortalecimento da prática profissional na ESF. Para isso, criaram-se as Residências Multiprofissionais na intenção de tornar a ESF um campo para o ensino e a pesquisa no intuito de formar e produzir tecnologias do cuidado, aspectos importantes para a qualificação do SUS.

3.3 Residência em Saúde da Família

Considerando a necessidade de reformulação da formação em saúde, destaca-se a prática de educação no serviço como melhor estratégia para capacitar os profissionais e sensibilizá-los para uma prática pautada nas necessidades da comunidade e em comum acordo com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2005a; BRASIL, 2005b).

Neste diapasão, a modalidade residência constitui um diferencial na formação em saúde, unindo a teoria com a prática, através de uma formação no cenário de prática, voltada para uma assistência alinhada com as necessidades do campo, buscando suprir as necessidades individuais e coletivas através das tecnologias disponíveis, respeitando as questões sociais e cumprindo com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2010; MATOS *et al.*, 2019).

A residência surgiu em 1889, nos EUA, como modalidade de especialização da medicina, e só em 1977 foi instituída no Brasil, através do Decreto Nº 80.281 (BRASIL, 1977). Através da experiência positiva da residência médica como continuação do aprendizado em saúde, houve a ideia da residência por área profissional das demais profissões da saúde, destacando-se nesse processo a enfermagem e sendo os EUA o pioneiro nessa proposta. Já no Brasil, a residência em enfermagem surge em 1960, sendo a primeira residência em outra área profissional, além da já consolidada residência médica, com o objetivo de aperfeiçoar a enfermagem pediátrica através de atividades práticas e teóricas, iniciando no Hospital Infantil do Morumbi, em São Paulo, em 1961 a primeira turma, que tinha como referência metodológica a residência médica já consolidada nesse hospital, mas sem nenhuma legislação sobre essa modalidade de residência (FERREIRA; OLSCHOWSKY, 2010).

As discussões sobre a necessidade de formação de recursos humanos para trabalhar no SUS e que fortalecessem a ideia da reforma sanitária, a partir do início da década de 90, fez com que a residência se destacasse por seu caráter de formação teórico-prático. Os programas de residência são o resultado da parceria dos Ministérios da Saúde e da Educação e pela parceria das IES e os serviços de saúde, estando contemplados os hospitais, clínicas e comunidade, abrangendo da atenção primária até a terciária, em todas as suas particularidades e complexidades (MIOTO *et al.*, 2012).

Os programas de residência são divididos em uniprofissional, quando são priorizadas as peculiaridades de uma única profissão durante a formação, sendo comum na medicina e enfermagem; e, multiprofissional, quando se utiliza estratégias que promovem a formação de diversas profissões, durante o mesmo período e mesmo cenário de prática,

possibilitando a integração de conhecimentos ao se utilizar dos saberes específicos de cada profissão de forma interdisciplinar. A residência multiprofissional permite a realização de consultas multiprofissionais, visitas compartilhadas, utilização do projeto terapêutico singular (PTS), dentre outras ferramentas que possibilitem a inclusão do indivíduo na produção de seu cuidado/saúde, através da integração dos conhecimentos (CECCIM, 2010; DALLEGRAVE, 2008; DIERCKS *et al.*, 2010).

No Brasil, historicamente, destacaram-se os programas de residência uniprofissional em Serviço Social no Hospital Pedro Ernesto, no Rio de Janeiro, em 1993, e no Hospital Universitário, em Juiz de Fora, em 1997. Tal movimento foi acompanhado pelo programa de residência multiprofissional de Sobral/Ceará na atenção básica, vinculada ao sistema municipal de saúde, no ano de 1999 (DIERCKS *et al.*, 2010). Movimento importante para institucionalização das residências multiprofissionais no Brasil, anos depois. A experiência da estruturação do primeiro Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família no Ceará, em Sobral, tem como movimento disparador a política municipal para desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (SOUSA *et al.*, 2008).

A primeira turma de Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Sobral-CE, foi motivada pelo clima local que transparecia a necessidade de capacitar os profissionais do sistema para atuarem na Estratégia Saúde da Família, abrangendo as profissões de medicina e enfermagem. Tratou-se de uma iniciativa local e de financiamento municipal exclusivo, e que passou a demandar o fortalecimento de vínculos com instituições parceiras, como a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) e o estabelecimento de um local de referência para promoção da educação permanente, a Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS); esta teve sua sede física fundada em 2001. Neste íterim, novas turmas de residências foram ofertadas, ampliando o leque de profissões, envolvendo 10 categoriais profissionais: Enfermagem, Odontologia, Farmácia, Educação Física, Psicologia, Assistência Social, Nutrição, Farmácia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia e Fisioterapia. Só a partir da quinta turma é que houve incentivo do Ministério da Saúde por meio de bolsas, ficando o município de Sobral com técnicas e pedagógicas (PARENTE *et al.*, 2006).

No contexto nacional, em 2003, houve a implantação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde-SGETS, no âmbito do Ministério da Saúde, a partir da qual foi possível pensar numa Política Nacional de Educação Permanente- PNEPS, publicando-se em 2006 a Portaria GM/MS n. 1.996, em que se exalta o papel articulador dos estados e fortalece a regionalização no processo aprendizagem-trabalho (VASCONCELOS *et al.*, 2013).

O movimento nacional viabiliza a expansão de outras experiências regionais. No Ceará, Nordeste brasileiro, após a experiência de Sobral, a capital Fortaleza, em 2009, ofertou a primeira turma do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC), composta por 66 residentes das seguintes categorias profissionais: educação física, enfermagem, farmácia, fisioterapia, fonoaudiologia, medicina veterinária, nutrição, odontologia, psicologia, terapia ocupacional e serviço social. A PRMSFC era financiada pelo Ministério da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde e executada pelo Sistema Municipal Saúde Escola (SMSE). Em 2011 teve início a segunda turma, mas por conta da redução do financiamento do Ministério da Saúde, só permaneceram seis categorias (BRASIL; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2017).

Ainda no contexto estadual, em 2013, surge o programa de Residência Integrada em Saúde, como resultado da parceria da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) com o Ministério da Saúde, através da disponibilização de bolsas para residentes. O programa é tem um componente hospitalar e um comunitário, este último visa promover a interiorização deste programa em parcerias com secretarias municipais, adentrando em 22 municípios do estado do Ceará; envolvendo cinco profissões: enfermagem, odontologia, fisioterapia, nutrição, psicologia, serviço social (ARRUDA *et al.*, 2017).

Notam-se que movimentos importantes foram instituídos do Ceará, aspecto que sustenta a análise do fenômeno das residências do estado, de modo a problematizar questões que fortaleçam a formação profissional nos serviços do SUS. Isso é estruturante para a defesa e sustentação de um sistema de saúde público em um momento tão incerto quanto o atual cenário brasileiro.

3.4 Política Nacional de Atenção Básica no Brasil

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) nasce em 2006 em meio a um cenário de fortalecimento de direitos universais, onde os cidadãos iniciam o processo de empoderamento de si e da sua força frente a construção, revisão e aplicação das legislações. A busca, e maior facilidade de acesso às leis, possibilita o reconhecimento de seus direitos e deveres, e a sua importância na construção da sociedade desejada, entendendo que os direitos universais, garantidos pela Constituição de 1988, precisam ser respeitados, pois asseguram qualidade de vida a toda comunidade (BRASIL, 2006a).

No texto da PNAB, promulgada em 2006, temos o registro de seu processo de construção com destaque para a participação de representantes de todas as esferas da sociedade,

destacando as necessidade do coletivo, garantindo a participação popular e o controle social, além de disponibilizar informações sobre o processo de trabalho, de delimitar as atribuições profissionais, de destacar a ESF como ordenadora da AB e suas especificidades, e enumerar as responsabilidades de cada esfera de governo, garantindo modos de financiamento e a materialização da infraestrutura. A PNAB anunciava que se fundamentava nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão (BRASIL, 2006a).

Estes eixos visavam a consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo de Atenção Básica (AB) e organizadora das redes de atenção à saúde no SUS, destacando-se como o principal acesso, além de ser uma das principais políticas organizacionais da assistência à saúde no Brasil. Seu conteúdo reafirma a importância da promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como a integralidade no cuidado ao buscar conhecer, compreender e se utilizar do contexto biológico, psicológico e social que está envolvido o usuário do sistema (BRASIL, 2006a).

Sendo assim, a Atenção Básica à Saúde é expressa na Portaria 648 de 03 de março de 2006 como: “(...) um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006a).

Essa conceituação de AB imputa a garantia de acesso universal e integral dos usuários aos serviços de saúde. Sendo um dos mais eficientes caminhos, para se chegar a esses objetivos, o incentivo a formação e capacitação dos profissionais da saúde, pois eles se tornam multiplicadores do conhecimento e fortalecem a promoção da saúde e prevenção de agravos, por compreenderem que a proximidade com o usuário permite um conhecimento integral do indivíduo, perpassando por questões sociais e relações familiares, possibilitando uma antecipação frente a fatores de risco que podem levar ao adoecimento (BRASIL, 2006a).

A composição das equipes de saúde da família foi assim determinada: agente comunitário de saúde, enfermeiro, médico, auxiliar e técnico de enfermagem; já a equipe de saúde bucal seria composta por cirurgião dentista, técnico de higiene dental ou auxiliar de consultório dentário. Cada equipe multiprofissional é responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40hs semanais (BRASIL, 2006a).

Considerando a dinamicidade que envolve o processo saúde-doença-cuidado, a PNAB foi atualizada em 2012, ressaltando o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Traz a proposta de atuação multidisciplinar como aspecto estruturante

para a atenção integral em saúde, mediante uma rede de atenção ordenada e resolutiva (BRASIL, 2012a).

Essa nova versão da política continua destacando a ESF como prioritária para expansão e consolidação da AB, utilizando-se dos territórios adstritos como divisão territorial e populacional, capaz de possibilitar o acesso universal, contínuo, gratuito e singular a população da região. Dessa forma, facilita-se o fortalecimento dos vínculos e corresponsabilização pela atenção à saúde, por parte dos profissionais e da comunidade, como forma de ampliar a sua autonomia e exercitar o controle social (BRASIL, 2012a).

De uma forma geral, a PNAB (2012) fortaleceu a gestão através do financiamento tripartite e da informatização dos serviços, incentivou o controle social e a participação da comunidade através dos Conselhos Locais de Saúde, Ouvidorias e Pesquisas, intensificou as ações intersetoriais através do Brasil Sem Miséria, da Academia da Saúde, do Programa Saúde na Escola, da Política de Alimentação e Nutrição, além de estruturar, ambientar, reformar, ampliar e construir as unidades de saúde. Ainda, ampliou o acesso através da “Saúde em Todo Lugar”, dos Consultórios de Rua, da Atenção Domiciliar e do Acolhimento, além de qualificar a AB ao ampliar os NASF's, investir na Formação e Educação Permanente, no Tele Saúde Redes, nas Comunidades de Práticas e no Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (BRASIL, 2012a).

Em 2017, a PNAB é submetida a nova reformulação, tendo a Atenção Básica um conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a).

Duas novas diretrizes foram adicionadas a nova versão da PNAB, o cuidado centrado na pessoa e a longitudinalidade do cuidado. Com essas novas diretrizes, transparece a necessidade de o usuário participar do seu processo diagnóstico e de tratamento, além de ser tratado como único, por meio do acolhimento da sua individualidade. Essas diretrizes são fortalecidas a partir da defesa da fixação de profissionais de saúde, garantindo a continuidade do trabalho por proporcionar a estabilidade profissional e possibilitar a inserção na educação continuada, além de promover a promoção da autoavaliação para as equipes (BRASIL, 2017a).

Nesta versão da PNAB, a ESF passou a ser composta por, pelo menos 1 médico, preferencialmente, especialista em saúde da família, 1 enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, e agente comunitário de

saúde (ACS), podendo ser incluído o agente de combate a endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal. (BRASIL, 2017a). A inclusão do ACE e compartilhamento de funções entre os ACS e ACE, foram destaque nas discussões sobre a última versão da PNAB, por agregarem mais funções aos dois profissionais e transformarem em uma única profissão (BRASIL, 2017a).

A PNAB (BRASIL, 2017a) apresenta pouco incentivo a educação continuada e fragmenta cargas horárias profissionais, além de descaracterizar a ESF como única estratégia ordenadora da AB. Todo esse cenário põe em risco a sustentabilidade do SUS

4 BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS

4.1 Tipo e abordagem do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, do tipo documental, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa tem como objeto os fenômenos em suas qualidades para sua identificação e compreensão por parte do pesquisador, sendo possível se obter dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação, objeto de estudo (BOSI; MERCADO, 2004).

Por estarmos buscando uma abordagem entre, não mais sujeitos específicos, mas ideias, pensamentos de pessoas que elaboraram uma determinada política de assistência à saúde entre o que já existia e o que trazem de novo, apresenta-se o aspecto que Chizzotti (2000, p.79) vem acrescentar:

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações (CHIZZOTTI, 2000, p.79).

A proposta de desenvolver um estudo exploratório se sustenta na premissa de permitir ao pesquisador uma maior familiaridade com o problema em estudo, de modo a “explorar” um problema ou uma situação para prover critérios e compreensão (VIEIRA, 2002).

Por estudo documental, tem-se a utilização dos documentos como matéria-prima para o desenvolvimento da investigação e análise (SEVERINO, 2007).

4.2 Período do Estudo

O estudo foi desenvolvido nos anos de 2019 e 2020, sendo o período de setembro a novembro de 2019 destinado para a coleta de informações.

4.3 Cenário do Estudo

O cenário do estudo foi composto pelos programas de Residências Multiprofissionais em Atenção Básica do Ceará que estão vinculadas, a saber: Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia (ESP-VS). Passaremos a discorrer as duas instituições e os referidos programas de residências multiprofissionais em saúde da família a elas vinculados.

4.3.1 Escola de Saúde Pública do Ceará

A Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), foi criada através da Lei nº12.140, de 22 de julho de 1993, tendo sua competência redefinida pelo inciso IV do art. 78 da Lei nº 13.875, de 7 de fevereiro de 2007, e reestruturada pelo Decreto nº 30.602, de 15 de julho de 2011. A ESP-CE é uma entidade da Administração Indireta Estadual, de natureza autárquica, vinculada à Secretaria da Saúde do Ceará (SESA), regendo-se por regulamento próprio, pelas normas internas e a legislação pertinente em vigor.

Tem como missão promover a formação e educação permanente, pesquisa e extensão na área da saúde, com inovação e produção tecnológica, integrando ensino-serviço-comunidade, construindo parcerias e redes colaborativas para atender as necessidades sociais e do SUS.

A ESP-CE inicia o processo de interiorização da formação profissional em saúde, criando o programa de Residência Integrada em Saúde no ano de 2013, incentivando a formação técnico-científica e política para o trabalho na ESF em todo o estado cearense. Este programa é composto pelos componentes comunitário e hospitalar, sendo que a ênfase Saúde da Família pertence a primeira, conforme já referido no capítulo de revisão de literatura. O modelo governamental da ESP-CE se baseia nos princípios constitucionais da administração pública, estabelecidos no Artigo 37 da Constituição Federal, pautado na sustentabilidade e clareza posicionando sua trajetória de crescimento e geração de valor para a sociedade (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ, 2020).

Seus valores organizacionais estão fundamentados no resultado centrado no cidadão, humanização do atendimento, valorização das pessoas bem como, na transparência, conhecimento e inovação. A ESP-CE atualmente oferta a 7º turma de RMSFC, tendo formado 358 residentes em Saúde da Família (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ, 2020).

Figura 7 - Imagem da fachada da Escola de saúde Pública do Ceará.



Fonte: Google, 2020.

4.3.2 Escola de Saúde Pública Visconde Saboia

A Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia encontra-se instalada na cidade de Sobral, no estado do Ceará, a 235 km da capital Fortaleza. A criação desta ocorreu de forma pioneira, em um cenário de mudanças, onde a Estratégia Saúde da Família, à época Programa Saúde da Família era implantado e se consolidava na Atenção Básica, demandando o desenvolvimento dos trabalhadores para agir em um novo modelo de atenção à saúde, a partir do desafio de subsidiar novas práticas e construir novos saberes (SOBRAL, 2019). Este movimento instituinte permitiu que, em 06 de julho de 2001, a estrutura da Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia, então Escola de Formação em Saúde da Família Visconde Saboia fosse erguida, sob a gestão do prefeito na época Cid Ferreira Gomes (PARENTE *et al.*, 2006).

A ESP-VS desenvolve ações educativas na área da saúde junto ao Sistema Saúde de Sobral, objetivando transformar práticas de trabalho e indicadores sanitários, ao aprimorar um modelo de gestão que a insere na perspectiva de uma escola cidadã: participativa, democrática e pública.

A missão da instituição é promover processos educativos interprofissionais, tendo em vista o ensino, a pesquisa e a extensão, com o objetivo de qualificar a gestão, o trabalho e a participação social no âmbito do Sistema único de Saúde, estimulando as práticas colaborativas

a inovação e a produção de tecnologias no contexto do Sistema Saúde Escola (SOBRAL, 2019). Em 2020, a ESP-VS ofertará a 17ª turma de RMSF, tendo formado 419 residentes em Saúde da Família (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA VISCONDE DE SABOIA, 2020).

A ESP-VS vem crescendo ao longo dos seus 19 anos de fundação em volume e complexidade, crescimento esse que agrega qualidade e relevância pelas suas ações educativa no cerne da saúde pública, focado na Estratégia de Saúde da Família dando visibilidade que transcendem ao local de origem ganhando abrangência estadual, nacional e até internacional (ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA VISCONDE DE SABOIA, 2020).

Figura 8 - Imagem da fachada da Escola de Saúde Pública Visconde e Saboia.



Fonte: Google, 2020.

4.4 Unidade de Análise

Na intencionalidade de reconhecer como se dá a formação dos residentes em Saúde da Família do Ceará no Ceará sob a sustentação da PNAB, é que esse estudo foi desenvolvido considerando como unidade de análise os Projetos Pedagógicos dos Cursos de Residência Multiprofissionais em Atenção Básica da Família da ESP-CE e da ESP-VS.

Por Projeto Pedagógico de Curso (PPC) entende-se o instrumento norteador do ensino e aprendizagem de um curso, influenciando na formação do aluno, em seu projeto de vida e contribuindo para a remodelação da sociedade, a partir dos princípios éticos e morais adotados durante o processo. O PPC é um instrumento de gestão utilizado pelas coordenações de curso, a partir da legislação educacional, com base nas Diretrizes Curriculares Nacionais, delineando o currículo a partir dos conteúdos obrigatórios (UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ, 2006).

Chizzotti (2000) afirma que o pesquisador deve se esforçar para ter muita sensibilidade afim de captar o conteúdo que não está tão explícito nas linhas e com isso realizar uma ampla reflexão, objetivando com a análise obter conteúdo compreendendo criticamente o sentido das comunicações ocultas ou não.

Complementarmente, Gomes (1994) orienta que durante a análise final dos dados, seja estabelecido a articulação entre os dados obtidos e os referenciais teóricos, tentando responder as questões e lacunas com base nos objetivos outrora traçados pelo pesquisador. Trata-se, portanto, da formação de uma relação entre concreto e abstrato, entre o geral e o particular, entre a teoria e a prática.

4.5 Coleta de Informações

Foi utilizado um roteiro de análise documental para a exploração dos Projetos Pedagógicos dos cursos de Residência em Saúde da Família do estado do Ceará (APÊNDICE A). Utilizou-se, também, um instrumento construído pelos autores, sendo orientado pela Política Nacional de Atenção Básica na busca de identificar nos Projetos Pedagógicos as expressões que sustentam os alinhamentos teórico e prático da formação nas Residências Multiprofissionais em Saúde da Família expressos nas três edições da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) correlacionando-os com a data de escrita dos PPC e suas posteriores revisões, se assim houver, utilizando como referência os anos das PNAB e as atualizações dos PPC, até um ano após a liberação de cada versão da PNAB, através de um instrumento de análise produzido pelos autores (APÊNDICE B).

4.6 Análise das Informações

As informações coletadas nos PPC foram submetidas a Análise Temática de Minayo. Segundo Minayo (2014), a análise de dados deve buscar uma relação entre os dados

decompostos. Na Análise Temática objetiva-se descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, podendo ser uma palavra, frase ou resumo, que signifiquem algo para o objetivo analítico escolhido (MINAYO, 2007; MINAYO, 2014).

Em um primeiro momento, foi realizada a leitura minuciosa das PNAB e dos PPC das residências em estudo, incluindo suas atualizações até um ano após a data de liberação de cada versão da PNAB, buscando realizar uma pré-análise que proporcionasse uma visão de conjunto, evidenciando as particularidades das PNAB e dos PPC, possibilitando a elaboração de pressupostos sobre o papel da PNAB nos PPC, contribuindo assim, para análise, interpretação e classificação inicial dos documentos, além de determinar os conceitos teóricos que orientarão a análise.

O segundo momento é a exploração do material, em que as frases ou fragmentos do texto que mais se destacaram na primeira etapa compuseram os núcleos de sentido, proporcionando a elaboração da redação por tema, ao ser capaz de evidenciar em que pontos dos PPC a PNAB mais influência.

A última etapa englobou o Tratamento dos Resultados, a Inferência e a Descrição, ao ser capaz de finalizar a redação a partir de diálogos dos resultados com a questão de partida e os objetivos apresentados neste projeto de pesquisa.

4.7 Aspectos éticos

A pesquisa científica se baseia em alguns aspectos dentre eles se destaca a ética. Ela traz consigo um compromisso com a integralidade do conhecimento sob construção, de tal modo que todos os aspectos que medeiam a boa pesquisa devem ser respeitados. Apesar de não envolver outros seres humanos, essa pesquisa exige da mesma forma uma boa relação e respeito com a verdade e com os documentos analisados (RIBEIRO, 2005; GUERRIERO; MINAYO, 2013).

Logo após a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, em 1988, foram se estabelecendo os primeiros critérios éticos envolvendo as pesquisas com seres humanos na área de saúde. Considerada um marco histórico, a resolução nº 196 determina que qualquer estudo com seres humanos fosse submetido e avaliado por um comitê de Ética em pesquisa (LOPES JUNIOR *et al.*, 2016).

Reitero que esta pesquisa em si não analisa, de maneira direta, o comportamento e opinião de outro ser humano, entretanto os documentos analisados foram elaborados,

produzidos e publicados por meio do pensamento humano e suas características, por tanto merece nosso total respeito com a verdade e o ponto de vista abordado nos documentos.

O estudo respeitou os princípios bioéticos preconizados pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

O projeto de pesquisa foi apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UVA, e obteve aceite com o número de parecer 3.613.722 (ANEXO A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo de resultados e discussões apresentamos três sessões considerando os objetivos específicos delineados, a saber: I) Marcos Conceituais e Pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, II) Substratos dos caminhos da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil e III) Análise das correlações entre os Programas de Residências e a Política Nacional de Atenção Básica.

Nesta sessão referente aos Marcos Conceituais e Pedagógicos dos programas, analisamos os marcos referenciais pedagógicos que dão sustentação aos PPCs dos programas, os quais se orientam, prioritariamente, pelos pressupostos teórico e metodológicos da educação permanente e da educação popular em saúde. Sobressem ainda, outros marcos convergentes com esta base teórica, quer do campo da educação, quer do campo da saúde.

5.1 Marcos conceituais e pedagógicos das residências multiprofissionais em saúde da família

Os Programas Pedagógicos dos Cursos de Residência em Saúde da Família do Ceará apresentam similaridades na orientação pedagógica, a partir dos marcos referenciais de educação apresentados. Outrossim, é possível identificar singularidades. Esta constatação tem respaldo no reconhecimento que ambos os programas seguem a filosofia de residências multiprofissionais financiadas pelo Sistema Único de Saúde, tendo seus PPCs aprovados pela Comissão Nacional de Residências Multiprofissionais; mas ao mesmo tempo, estarem vinculadas a instituições de ensino com histórico e trajetórias distintas, ainda que exercitem parcerias entre si.

Antes de dar continuidade a análise dos Projeto Pedagógico dos Cursos em apreço, imergimos na literatura sobre sua conceptualização e sua relação com currículo para prosseguirmos com a análise dos marcos conceituais e pedagógicos. Para o Ministério da Educação do Brasil, PPC é:

O documento que define os princípios filosóficos, políticos, pedagógicos, administrativos e técnicos que orientam a formação humana/cidadã e profissional dos acadêmicos, compreendendo a gestão democrática dos cursos, em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) [...] além de outras diretrizes e legislações pertinentes às diferentes formações profissionais (BRASIL, 2014, p. 1).

Desdobra-se do exposto que o PPC é o documento que orienta as ações e decisões do curso, atuando como a sua identidade, ao passo que a sua construção acontece em consonância com o Estatuto, o Regimento, o Projeto Pedagógico Institucional (PPI), o Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI) da Universidade, e o Projeto Político Pedagógico (PPP). Esse alinhamento de informações no PPC possibilita a construção de um currículo flexível e capaz de articular teoria e prática.

Qualquer atividade no cerne da educação que possa ser explorada pela instituição de ensino possui elementos essenciais e de grau de importância equivalentes na formação do currículo inferindo de maneira significativa na formação do caráter, personalidade e na intelectualidade dos alunos. Mesquita (2017) aborda outras características do currículo nos dias atuais:

[...] o currículo escolar passa a ser definido como sendo todas as situações vividas pelo aluno dentro e fora da escola, seu cotidiano, suas relações sociais, as experiências de vida acumuladas por esse aluno ao longo de sua existência, as quais contribuem para a formação de uma perspectiva construcionista educacional. [...] Logo, o que se quer dizer é que a escola deve buscar na experiência cotidiana do aluno elementos que subsidiem sua ação pedagógica e ao, mesmo tempo recursos que contribuam para a formação de currículo escolar (MESQUITA, 2017).

Um currículo traz consigo a representação dos valores institucionais da Escola, sendo marcado pela visão de mundo, da sociedade, da profissão e seguindo diretrizes políticas e referenciais pedagógicos. Estes se materializam nos PPCs.

É possível atestar que os referenciais educacionais aqui denominados de marcos conceituais, Educação Permanente em Saúde e Educação Popular em Saúde, apresentaram-se como alicerces para formação de residentes em saúde para a Atenção Básica. Esses marcos fortalecem as compreensões sobre a formação em saúde ao oportunizarem a problematização no processo de trabalho e a construção de novas formas de convivência e prática com a população, interligando a atenção integral e humanizada a processos significativos às realidades (SAMPAIO *et al.*, 2019).

A Educação Permanente em Saúde é expressa no PPC da RMSFC da ESP-CE como proposta de aprendizado fundamentada no trabalho, tendo como referências as necessidades de saúde e da gestão, conforme apresentado no PPC e destacado a seguir.

A educação permanente, semelhante à ideia de aprendizagem baseada no contexto, que desenvolve seus projetos pedagógicos buscando assegurar máxima similaridade entre o contexto onde a aprendizagem acontece e aquele onde os profissionais deverão atuar (...) propõe-se que os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da

gestão setorial e do controle social em saúde e tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (SOBRAL, 2012, p.12)

A contextualização de educação permanente no PPC da RMSFC/ESP-CE incorpora aos sentidos de aprendizagem no trabalho aspectos que envolvem também a gestão setorial e o controle social em saúde, demonstrando a amplitude do impacto da educação permanente em saúde e de sua influência na formação de profissionais.

Assim, a efetivação da formação em saúde ocorre por meio da articulação entre formação, gestão, atenção e participação. Dessa forma, a educação permanente, ao integrar o conhecimento teórico e prático no fazer profissional, tem como aliada a tenda invertida, caracterizada pela formação em serviço e ligada à resolução de problemas reais (ANDRADE *et al.*, 2004; FALKENBERG *et al.*, 2014).

No mesmo sentido, a RMSF da ESP-VS apresenta a sintonia e a relação entre a educação permanente e os processos de trabalhos e reflete a construção de conhecimentos a partir do trabalho em equipe, conforme extraído do PPC e exposto a seguir.

A Educação Permanente compreende uma abordagem na qual os processos educativos ocorrem em profunda sintonia com a realidade vivida no cotidiano do trabalho (...) o saber nasce do trabalho coletivo e deve efetivamente contribuir para a reorganização dos processos laborais (SOBRAL, 2015, p. 17).

A efetivação da formação em saúde, por meio da educação permanente, articula a formação, gestão, atenção e participação, de forma a integrar o conhecimento teórico e prático no fazer profissional e ressignificar o processo de trabalho. Para alcance dessa práxis pretendida pela formação em saúde, a educação permanente alia-se a estratégia da tenda invertida, caracterizada pela formação em serviço e ligada à resolução de problemas reais (ANDRADE *et al.*, 2004; FALKENBERG *et al.*, 2014) e representada claramente no PPC da RMSF/ESP-VS.

A premissa de associar o processo de formação a qualificação no processo de trabalho é revelada no PPC da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da ESP-VS, ao utilizar a tenda invertida como estratégia para promover a aprendizagem *in locus* durante a formação dos residentes.

As tendas invertidas possibilitam que os profissionais residentes sejam supervisionados por seus preceptores em seu local de trabalho, podendo acontecer no campo, quando se busca promover a atuação integrada entre os residentes, ou no núcleo, momento de atuação uniprofissional e focada no saber de formação profissional (SOBRAL, 2015).

Outro ponto que caracteriza a educação permanente e que está implícito em ambos os projetos dos cursos de residência é a aprendizagem significativa, conceito orientador na formação dos residentes. A aprendizagem significativa denota a produção de sentido durante a formação crítico-reflexiva dos residentes para a transformação do território, conforme está descrito.

A educação permanente (...) parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços (SOBRAL, 2012, p. 12).

A Educação Permanente apresenta-se como a responsável pela construção de um profissional capaz de reunir a teoria com a prática (SOBRAL, 2015). Em concordância com o que foi descrito, Silva (2010) destaca que o potencial formador pautado na estruturação pedagógica das residências, fortalece a continuidade e qualidade da formação dos profissionais da saúde.

Os programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, ao apresentarem a Educação Permanente como marco teórico metodológico basilador do processo de aprendizagem, refletem o compromisso com a formação profissional e a necessidade de transcender o conhecimento para além da teoria. O desenvolvimento da práxis, por meio da educação permanente e da inserção do residente no campo de prática, é apreciado pelos programas de residência e representam uma estratégia de fortalecimento da formação e de uma consciência crítica-reflexiva.

Aliado a isso, Ceccim (2004) afirma que a educação permanente possui o objetivo de produzir mudanças institucionais e/ou políticas através de instrumentos, recursos e conteúdos relacionados ao aprendizado vivenciado na prática, e, ainda destaca a Educação Popular em Saúde como aliada da Educação Permanente em Saúde.

A complementariedade da educação permanente e da educação popular contribui para que o aprendizado por meio da vivência capte a essência da população, construindo a saúde de forma coletiva para quem se utiliza dela (CECCIM; FEUERWERKER, 2004). A relevância da Educação Popular é materializada na PNEPS-SUS (BRASIL, 2013b), a qual traz como objetivos a integração das práticas de cuidado, gestão, formação, controle social e práticas educativas em saúde unindo os saberes populares com os técnicos científicos e aproximando a população da gestão, através dos movimentos sociais, das práticas de cuidados populares, das expressões de arte e do fortalecimento da gestão compartilhada dos trabalhadores e comunidade.

A Educação Popular em Saúde vem se afirmando através da população objetivando o reconhecimento e busca da melhoria da saúde de forma integral (BRASIL, 2007). A RMSF/ESP-VS traz o sentido de educação popular ampliado a todos os espaços de fazer saúde, conforme descrito.

A Educação Popular tem como perspectiva a apuração, organização, sistematização de modos de sentir, pensar, sonhar, querer, agir e se expressar. Assim, a Educação Popular que pretendemos é o modo orgânico, participativo e prazeroso de cuidar da saúde e de fazer a gestão dos territórios (SOBRAL, 2015, p. 17).

Em concordância, a RMSFC/ESP-CE ao tratar de Educação Popular em Saúde mantém explícito a busca pela formação baseada e orientada na comunidade, com o intuito de efetivar a participação social, diretriz constitucional do SUS. Para isso, busca respeitar a autonomia e valorizar a criatividade dos educandos no processo de participação popular, fomentando formas coletivas de aprendizado e investigação de modo a promover o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade a partir do diálogo entre o saber popular e o acadêmico (CEARÁ, 2012).

Considerando que a educação permanente traz em sua essência a formação no trabalho e para o trabalho, revelando a importância do desenvolvimento de competências para boas práticas no trabalho, a RMSF/ESP-VS apresenta como um de seus marcos pedagógicos a Formação por Competência, permitindo articular teoria e prática para responder as diversas necessidades formativas para um efetivo trabalho em saúde, conforme apresentado no trecho.

A Abordagem por Competências permite a articulação entre teoria e prática e supera a tradicional dicotomia entre essas duas dimensões, definindo-se pela capacidade de mobilizar múltiplos recursos numa mesma situação, entre os quais os conhecimentos adquiridos na reflexão sobre as questões pedagógicas e aqueles construídos na vida profissional e pessoal, para responder às diferentes demandas das situações de trabalho (SOBRAL, 2012, p. 18).

O conceito de competência apresentado no PPC da RMSF da ESP-VS ultrapassa a linha comportamentalista/behaviorista, fortemente utilizada na formação técnica e alcança a abordagem lógica em que se articulam tarefas e recursos cognitivos, afetivos e psicomotores (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). As competências são expressas na ação profissional, nas inter-relações bem como no cotidiano do trabalho. E para Santos (2011) a articulação de aprendizados nas esferas cognitivas, psicomotoras e socioafetivas precisam ser aplicadas no conceito de competência como referencial teórico integrando os aspectos relativos aos atributos do aprendiz no contexto da prática profissional.

A Formação por Competência, expressa no desenho teórico-metodológico da RMSF/ESP-VS, reconhece competência como um processo que mobiliza saberes cognitivos, atitudinais e psicomotores em contextos concretos de vivências no trabalho que se configuram, também, como vivências de aprendizagens visando a resolução de problemas. Estas vivências permeiam o saber do território, da teoria, da extensão e da produção científica. Sendo estas a representação do *módus operandi* de desenvolver as competências requeridas para o egresso da RMSF.

A vivência de território tem a perspectiva de compreender o potencial da formação para transformação do território em que está inserido o residente. Esta estratégia metodológica possibilita ao residente o real contato com uma realidade transformadora. A vivência teórica, no entanto, trata-se do conjunto de conhecimentos adquiridos a respeito do Sistema único de Saúde e da Estratégia Saúde da Família, consolidado e estruturado no ser e saber. Essas vivências teórico-conceituais fomentam e catalisam a reflexão, o estudo e a prática competente.

Já a vivência de extensão é oportunizada por meio de estágios nos serviços de saúde do município, que possibilitem a experiência por cada categoria, com carga horária máxima de 160 horas. Dessa forma, é intensificado e aprimorado a práxis do profissional, buscando contribuir com a efetividade das práticas e saberes. A vivência de Produção Científica relaciona-se a elaboração de um trabalho monográfico de acordo com as normas acadêmicas, objetivando refletir o cotidiano do local de trabalho, desenvolvendo e avaliando as tecnologias produzidas sempre considerando o rigor metodológico.

Os PPC evidenciam a responsabilidade das instituições com a formação dos residentes coerente com a realidade de saúde local, dessa forma, os programas traçam caminhos bem delineados e semelhantes entre si para a efetivação dessa formação, qual seja: a aproximação entre o residente e o processo de trabalho em saúde e o desenvolvimento de competências profissionais uniprofissionais e interprofissionais.

Ferreira e Olschowsky (2010) destacam que o aprender através do trabalho, relacionando a vivência diária com a Rede de Atenção à Saúde, permite fortalecer a integralidade da rede e da atenção do cuidado. Essa educação baseada em competências possibilita que o ritmo de aprendizado do residente seja individual, utilizando o tempo necessário para dominar todos os conceitos, que podem ser apresentados de uma forma personalizada.

No PPC da RMSFC/ESP-CE, ao referir-se ao desenvolvimento de competências é apresentado o marco conceitual e pedagógico da Aprendizagem pelo Trabalho em Ato, em que assegura a junção entre a situação de trabalho real com o processo de formação para o trabalho.

Assim, a Aprendizagem pelo Trabalho em Ato apresenta um conjunto de atividades pedagógicas que operacionalizam a aprendizagem pelo trabalho, teórico-prática e teórico-conceitual.

A aprendizagem pelo trabalho consiste no processo de obtenção do conhecimento a partir da vivência de realidades e experiências. A tríade educação-saúde-trabalho visa a produção de conhecimentos, a formação de competência e a maximização do cuidado e da gestão em ato. Logo, a formação ocorre concomitante com as relações e suas constantes ressignificações dos processos vividos, portanto, não há segregação entre trabalho e situação (SILVA; CABALLERO, 2010).

A aprendizagem teórico-conceitual possibilita espaços de aprendizagem e discussões, provocando nos residentes transformação e qualificação do ser profissional. Esse cenário do processo de aprendizagem é feito em aulas, grupos de estudo interprofissional e individual.

Dallegrave e Kruse (2010) lembram que o aprender através do trabalho, utilizando-se do eixo integrador e transversal de saberes comuns a todas as profissões, permite a efetivação da clínica ampliada, aumentando a autonomia e corresponsabilidade da família e da comunidade no processo de cuidado (BRASIL, 2009).

O poder multifacetário da residência para a produção de conhecimentos e competências é ressaltado por Ceccim (2010) ao ressaltar o sentido de aperfeiçoamento através da formação e trabalho em saúde e do compartilhamento de conhecimentos por meio do relato das experiências vividas.

A organização das atividades dos residentes, em ambos os programas, segue a mesma orientação conceitual, priorizando o aprender em ato e destacando a importância do embasamento teórico para o fazer vivencial. Em suma, a rede de saúde é priorizada em todo o fazer residência, como cenário de prática e disparador da necessidade de novos conhecimentos e estímulo na produção de conhecimentos.

A formação baseada em competências e as estratégias utilizadas pelos programas de residência em estudo refletem as similaridades e a sintonia entre eles, permitindo observar um alinhamento dos marcos pedagógicos e conceituais, no campo educacional, para formação dos residentes em saúde da família no Ceará.

À vista disso, no campo educacional, os referenciais discutidos são comuns aos dois programas. Contudo, os marcos conceituais relacionados a saúde são mais claramente explicitados no PPC da RMSFC/ESP-CE. Embora, algumas marcas textuais presentes no PPC da RMSF/ESP-VS permitam inferir intencionalidades afins ao PPC da RMSFC da ESP-CE.

Um marco conceitual do campo da saúde apresentado pela RMSFC/ESP-CE é a Promoção da Saúde, com o objetivo de garantir a equidade, enquanto estratégia de garantia de direitos a todos, de acordo com as especificidades de cada caso e aproximação positiva dos indicadores de saúde às classes sociais. Ambientes que proporcionem bem-estar e qualidade de vida para população e transcendem ações clínico-assistenciais são fatores que efetivam a equidade e a promoção de saúde.

A atuação no trabalho em saúde prioriza a efetivação de uma prática pautada na ética e bioética e para tanto a RMSFC/ESP-CE dispõe a Promoção da Saúde em Defesa da Vida como marco conceitual e pedagógico orientador para a defesa de valores humanos, para o fortalecimento da autonomia, da gestão do cuidado integral e da humanização como estratégia de interferência na produção da saúde (AGUIAR *et al.*, 2009).

A RMSF/ESP-VS justifica sua importância para a Estratégia Saúde da Família e para a qualificação dos profissionais com vistas a propiciar para um novo paradigma em saúde, com ênfase na Promoção da Saúde (SOBRAL, 2015). Dessa forma, apesar da ausência explícita desse marco, anuncia o compromisso social e ético compatível com a promoção holística do cuidado humano e nas práticas de promoção à saúde.

A compreensão sobre a Estratégia Saúde da Família, apesar de não apresentar um conceito explícito no PPC da RMSFC/ESP-CE, destaca o reconhecimento da implantação dessa estratégia nas equipes e a importância de novas formas de atuação interprofissional, interdisciplinar e colaborativo.

As concepções sobre o SUS, promoção da saúde e o próprio entendimento sobre o papel da residência persistente em ambos os programas de residência permitem compreender que há um alinhamento nos marcos pedagógicos e conceituais para formação dos residentes em saúde da família no Ceará.

A análise apresentada configura-se como passo importante para consecução do objetivo de correlacionar a formação dos residentes em saúde da família com a Política Nacional da Atenção Básica, para tanto, segue-se com a análise dos substratos que orientam a referida política.

5.2 Substratos dos caminhos da Política Nacional de Atenção Básica no Brasil

O texto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) foi produzido por um coletivo de atores envolvendo membros da academia, profissionais da saúde, trabalhadores do SUS, atores políticos dos municípios, estados e da federação, além de usuários e entidades

representativas do sistema de saúde. Sua primeira versão foi disponibilizada no ano de 2006, havendo uma reformulação em 2012 e uma atualização mais recente, em 2017. A PNAB é a orientadora da Atenção Básica (AB) no Brasil. Registra-se que o processo de desenvolvimento, reformulação e atualização circunscreve em contextos do cenário político, econômico e social.

A publicação da política, em 2006, resguarda as ações da AB, definindo-a como um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação e manutenção da saúde (BRASIL, 2006a). O texto da PNAB configura a AB como porta de entrada para os serviços de saúde e considera a dinamicidade do território para a produção em saúde. Nesse ínterim, os princípios gerais atestam que a AB:

É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006a, p. 10).

Não obstante, o texto da PNAB de 2006, anunciou os fundamentos e estratégias prioritárias que alicerçam os preceitos da atenção básica no SUS, de forma a orientar e oportunizar a universalidade, efetivar a integralidade, estimular a corresponsabilização e a participação popular e controle social. Dessa forma, apresenta-se os fundamentos dispostos nesta versão da PNAB.

- I - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;
- II - Efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- III - Desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- IV - Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação;
- V - Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e
- VI - Estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006a, p. 11).

A produção da atenção integral pela atenção básica considera a pessoa em sua singularidade e inserção sociocultural, para tal propósito, orienta-se pelos princípios da

universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A reformulação da PNAB, em 2012, agregou ao texto diretrizes orientadoras da PNAB, a saber:

I- Ter território adstrito sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais com impacto na situação, nos condicionantes e nos determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade;

II - Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde.

III - Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado.

IV - Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades;

V- Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social (BRASIL, 2012a, p. 20).

A PNAB de 2006, ao apresentar a Atenção Básica como porta de entrada para os serviços de saúde anuncia os fundamentos e estratégias prioritárias que regem a AB. Dessa forma, é possível inferir que a Política estava mais voltada para a garantia da disponibilização dos serviços de saúde para todos de forma equitativa, construção de vínculos entre as equipes de saúde e população, participação popular e acompanhamento desse processo de efetivação da Atenção Básica.

Em suas atualizações, a PNAB utilizou nomenclaturas diferentes com o propósito de organizar os seus conceitos fundantes. Em 2006, apresentavam-se os fundamentos como estratégia para sustentação dos princípios do SUS. Considerando-se a equivalência dos termos fundamentos e princípios, a PNAB, em 2012, consolida seus fundamentos e diretrizes em um texto único. Contudo, em 2017, a opção foi por sustenta-la nas Diretrizes para consolidação dos princípios do SUS que norteiam essa política; as quais se expressam, a seguir:

Regionalização e Hierarquização: dos pontos de atenção da RAS, tendo a Atenção Básica como ponto de comunicação entre esses. (...) - Territorialização e Adstrição: (...) considera-se Território a unidade geográfica única, de construção descentralizada do SUS na execução das ações estratégicas destinadas à vigilância, promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. (...) - População Adscrita: população que está presente no território da UBS (...) - Cuidado Centrado na Pessoa: aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada (...) - Resolutividade:

(...) utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitariamente efetivas, centrada na pessoa, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais. (...) VI - Longitudinalidade do cuidado: pressupõe a continuidade da relação de cuidado, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente e consistente (...) VII - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. (...) VIII - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde (...) IX - Participação da comunidade: estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território (BRASIL, 2017a, p. 8).

Para uma melhor compreensão das modificações das nomenclaturas e a atualização dos fundamentos, princípios e diretrizes através das atualizações da PNAB no decorrer dessa década e meia, estruturamos o quadro 01, a seguir.

Quadro 1 - Fundamentos, princípios e diretrizes da PNAB em sua cronologia de edição. Sobral-CE, 2018.

Ano\Características	Fundamentos, princípios e diretrizes		
	Fundamentos		
2006	- Acesso Universal	- Desenvolvimento de Vínculo	
	- Integralidade	- Formação/ Capacitação Profissional	
2012	Fundamentos e Diretrizes		
	- Território Adstrito	- Acesso Universal e Contínuo	
	- Acolhimento	- Corresponsabilização	
	- Vinculação	- Autonomia dos Usuários	
	- Resolutividade	- Longitudinalidade do cuidado	
	- Integralidade	- Termos Equivalentes: “Atenção Básica” e “Atenção Primária a Saúde”	
2017	Princípios	Diretrizes	
	- Universalidade	- Hierarquização	- Territorialização
	- Equidade	- Longitudinalidade do cuidado	- População Adstrita
	Integralidade	- Cuidado Centrado na Pessoa	- Resolutividade
		- Coordenação do cuidado	- Ordenação das Redes
	- Adstrição	- Participação da Comunidade	

Fonte: Elaborado pela autora.

Como é possível apreender o compromisso com o acesso universal/universalidade e integralidade são ideias forças presentes em todas as versões da PNAB. Outrossim, ressen-te-se que o componente da formação enquanto âncora da PNAB só se faz presente na versão original.

Fausto *et al.* (2019) afirmam que os espaços de atuação no âmbito político em permanente defesa da consolidação da Atenção Primária a Saúde integral e de qualidade é parte

do movimento de organização e objetiva ampliar a discussão sobre os reais avanços, desafios e estratégias para enfrentamento e fortalecimento da Atenção Primária a Saúde no SUS.

Desde a criação da PNAB até sua revisão, em 2017, surgiram mudanças na sociedade e nas demandas de saúde que refletiram no trabalho em saúde e na responsabilização das equipes e população, mantendo a perenidade das ações de saúde e maior amplitude do cuidado. A PNAB aproximou o usuário ao SUS, principal interessado em receber um sistema mais amplo e capaz de acolhê-lo na necessidade.

Consequentemente a expressão da PNAB no contexto das políticas públicas de saúde foi melhor se definindo e se afirmando em suas atualizações. Em 2006, o usuário era tido como ponto central para integralidade do cuidado na Atenção Básica. Em 2012, a Atenção Básica foi estruturada para um funcionamento descentralizado e capilarizado com o objetivo de ampliar o alcance ao usuário. E, em 2017, a ESF é considerada como ordenadora da Atenção Básica.

Dessa forma, é notório a ampliação das prioridades da PNAB ao longo dos anos. Considerando as mudanças sociais e políticas que afetaram o país, a Política teve que se adaptar de forma a melhor corresponder com as necessidades e expectativas da população. Em sua primeira publicação, considerar o usuário como aspecto prioritário na integralidade do cuidado foi essencial para a instauração efetiva da Atenção Básica. Em seguida, 2012, capilarizar e descentralizar o funcionamento da Atenção Básica permitiu expandir o acesso da população aos serviços de saúde. Todo o caminho percorrido pela PNAB, permitiu que em 2017, a ESF pudesse coordenar a Atenção Básica e ampliar o escopo de suas ações.

A PNAB, de 2017, vislumbra uma ampliação do tratamento do usuário, entendendo que o território e as necessidades de saúde são fundamentais para a reabilitação do usuário. Entender que a família atua na cura do indivíduo e capta o que melhor se tem na sociedade, tratando o seio de qualquer possível doença que possa a vir emergir.

Apesar da PNAB, do ano de 2017, ter priorizado a atuação na saúde da Família, foi ressaltado a prática assistencial centralizada no médico e no tratamento e na reabilitação de doenças. Podendo ser afirmado, porém sem a noção da magnitude, que essas mudanças impactarão diretamente sobre os serviços de Saúde da Atenção Básica. Diversas instituições vinculadas ao SUS, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e a Escola Nacional de Saúde Pública tem suscitado críticas aos retrocessos dessa nova reforma da PNAB (MOROSINI; FONSECA, 2017; MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2017).

Um fato importante que merece destaque na nova fase da PNAB, em 2017, é a união das profissões ACS e ACE em Agentes de Saúde, descaracterizando a função do ACS e tornando não obrigatória a cobertura universal pelos ACS de todas as áreas, sendo restrito a totalidade do percentual às áreas ditas de risco e vulneráveis (MOROSINI; FONSECA, 2017; FERTONANI *et al.*, 2015). Esses fatos aduzem a uma compreensão, embora implícita no texto da PNAB, que suas atividades centrais são assistenciais.

Tendo apresentado o arcabouço geral da PNAB em suas várias versões, seguiremos com um detalhamento mais descritivo analítico da composição das equipes com atribuições na atenção básica e da inferência para a formação visando potencializar o processo de trabalho da equipe antes referida para o desenvolvimento de atribuições profissionais.

O texto da PNAB, promulgada em 2006, registra seu processo de construção com a participação de representantes de todas as esferas da sociedade, destacando as necessidades do coletivo, a participação popular e o controle social. Ao referir sobre as informações do processo de trabalho, delimita as atribuições profissionais e declara a Estratégia Saúde da Família (ESF) como ordenadora da Atenção Básica (AB), além de enumerar as responsabilidades de cada esfera de governo, garantindo modos de financiamento e a materialização da infraestrutura. Essa versão da PNAB se fundamentava nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão (BRASIL, 2006a).

Estes eixos visavam a consolidação e qualificação da ESF como modelo da AB e organizadora das Redes de Atenção à Saúde no SUS, destacando-se como o principal acesso, além de ser uma das principais políticas organizacionais da assistência à saúde no Brasil. Seu conteúdo reafirma a importância da promoção da saúde e prevenção de agravos, bem como, a integralidade no cuidado ao buscar conhecer, compreender e se utilizar do contexto biológico, psicológico e social que está envolvido o usuário do sistema (BRASIL, 2006a).

Considerando a interface dos campos da saúde e da educação, tem-se no texto da PNAB, nas edições 2006 e 2012, o Ministério da Saúde como responsável por articular com o Ministério da Educação as mudanças curriculares dos cursos de graduação da saúde, tonando, em 2006, prioritários os cursos de medicina, enfermagem e odontologia e em 2012 adicionados os demais cursos e a pós-graduação em saúde, por meio de diretrizes orientadoras para as matrizes curriculares de modo a mantê-las em consonância com a política de saúde. Em 2012, o Ministério da Saúde estabelece diretrizes nacionais de forma tripartite e disponibiliza instrumentos que facilitam o processo de gestão, formação e educação permanente dos gestores e profissionais da atenção básica.

O MS começou a incentivar as mudanças dos cursos de medicina por meio do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) após a homologação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), as quais indicava a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem, voltadas para formação geral, crítica e humanista em articulação com os serviços de saúde.

Teófilo (2013) destaca que as mudanças curriculares iniciadas no curso de medicina contribuíram para transformação no fazer profissional nos núcleos profissionais e na coletividade dos profissionais da saúde, na graduação e pós-graduação. Tais mudanças curriculares contribuíram na implementação de uma prática colaborativa na formação em saúde e orientação de um processo de trabalho interprofissional e efetivo.

Dessa forma, o MEC estimulou a reformulação de matrizes curriculares de outros cursos da área da saúde. Institucionalmente foi instituído um novo programa indutor, desta vez, mais abrangente: destacam-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró- SAÚDE) e o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE). Esses programas possuem como objetivo principal a integração do ensino-serviço, visando uma formação que aborde integralmente o usuário do sistema. Ambos, dão maior potência a integração entre os cursos bem como possibilita a imersão dos alunos nos cenários reais, já se deparando com situações críticas do cotidiano (BRASIL, 2007; BATISTA *et al.*, 2015; BRASIL, 2008).

A PNAB de 2006 destaca a importância da implantação e efetivação da AB, ressaltando a valorização dos profissionais de saúde através do incentivo e acompanhamento contínuo de sua formação e capacitação. Essa valorização dos profissionais permanece em destaque na PNAB (BRASIL, 2012a), sendo subtraída na PNAB (BRASIL, 2017a).

A Política estabeleceu, também, a função e papel das Secretarias Municipais de Saúde e o Distrito Federal na formação dos profissionais por meio da promoção de estímulos a educação permanente. A importância da educação permanente foi reafirmada nas versões posteriores, por meio do desenvolvimento de ações e articulação de instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes que atuam na atenção básica e de saúde da família.

As Secretarias Estaduais de Saúde e o Distrito Federal seriam responsáveis pela qualificação de recursos humanos para gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da AB e pela disponibilização de instrumentos que contribuam para formação dos membros da gestão e de atenção nos anos seguintes. Dessa forma, assumem o papel de disseminar experiências, tecnologias e conhecimentos voltados para AB.

Cecílio (2001) vem retomar as singularidades da necessidade de saúde ao fazer referência a complexidade das necessidades de saúde que englobam as questões sociais, biológicas, familiares, entre outras. Assim, reconhece a relação entre a complexidade do campo da saúde humana e as ações necessárias para atender a tal complexidade dos instrumentos tecnológicos.

Dessa forma, para o alcance dos objetivos de saúde e atuação efetiva dos profissionais na saúde da família, a PNAB (2006), alicerçada no trabalho em saúde de forma multiprofissional, aborda em seu texto a composição das equipes de saúde da família (BRASIL, 2006a).

- I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde;
- II - número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2006a, p. 24).

Agregando valor ao que já foi dito, Mattos (2001) aponta como valor da boa medicina, em uma abordagem multiprofissional, a integralidade relacionada ao acolhimento, humanização e estabelecimento de vínculos dependem exclusivamente da postura do profissional diante do paciente/usuário do SUS. Cabe ainda, segundo Ruiz (2003), que esse valor é intrinsecamente ligado a constituição de sentido que apenas o ser humano é capaz de reproduzir diante das escolhas e ações que determinam o sentido da vida humana.

A multiprofissionalidade é reafirmada com a incorporação da odontologia na equipe de Saúde. Assim, o dentista assume seu papel no trabalho em equipe e contribui para prática colaborativa em saúde. No texto é destacado os elementos necessários para incorporação do dentista nas equipes de saúde da família

- I - no caso das Equipes de Saúde Bucal (ESB), modalidade 1: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista e auxiliar de consultório dentário, com trabalho integrado a uma ou duas ESF, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESF às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes;
- II - no caso das ESB, modalidade 2: existência de equipe multiprofissional, com composição básica de cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental, com trabalho integrado a uma ou duas ESFs, com responsabilidade sanitária pela mesma população e território que as ESFs, às quais está vinculada, e com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus componentes (BRASIL, 2006a, p. 24-25).

Nesse sentido, a PNAB, de 2006, estabelece as atribuições para que os profissionais atuem na AB, tornando-se importante relacionar o saber profissional de cada curso em processo de aprimoramento no território, através do mapeamento e planejamento local para produção do cuidado em saúde dessa população adscrita. A oferta de uma atenção integral favorece a construção de vínculo e atendimento humanizado, possibilitando o planejamento de ações, treinamento de equipes, identificação de parceiros, notificação de atividades nos sistemas nacionais de informação e participação nas atividades de educação permanente.

É importante destacar que a atuação na Atenção Básica necessita a atenção do profissional para as normatizações do trabalho em saúde referentes ao município e o respeito a legislação profissional de cada categoria, conforme expresso no trecho a seguir.

As atribuições específicas dos profissionais da Atenção Básica deverão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas (BRASIL, 2006a, p.19).

Considerando a dinamicidade que envolve o processo saúde-doença-cuidado, a PNAB foi atualizada em 2012, ressaltando o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A proposta de atuação multidisciplinar é tida como aspecto estruturante para a atenção integral em saúde, mediante uma rede de atenção ordenada e resolutiva (BRASIL, 2012a).

Além da eSF, se organizam as equipes de educação básica para as populações específicas, denominadas como Equipes do Consultório na Rua e Equipes de Saúde da Família para o Atendimento da População Ribeirinha da Amazônia Legal e Pantanal Sul Mato-Grossense. Dessa forma, a AB básica se estrutura para chegar mais próximo do usuário, o assistindo de forma integral.

Paula *et al.* (2016), reflete a respeito do principal agente motivador de toda essa mudança e melhoramento: o usuário do sistema único de saúde. Resultando na reestruturação e comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS) através da estratégia de Saúde Mais Perto de Você (BRASIL, 2012a).

Nesse sentido, uma poderosa ferramenta é o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), equipes compostas por profissionais de diversas áreas do conhecimento e que integram e apoiam a equipe de saúde da família (BRASIL, 2012a). O NASF atua como apoio matricial às equipes, com o objetivo de compartilhar práticas e saberes nos territórios. O texto da PNAB, em 2012, explica sobre o apoio e a dependência da equipe NASF à equipe da atenção básica.

Os NASF fazem parte da atenção básica, mas não se constituem como serviços com unidades físicas independentes ou especiais, e não são de livre acesso para atendimento individual ou coletivo (estes, quando necessários, devem ser regulados pelas equipes de atenção básica) (BRASIL, 2012a, p. 69).

O NASF surge com o objetivo de ampliar a cobertura da AB através de uma assistência resolutiva e voltada para promoção a saúde. Para que isso aconteça, o gestor municipal utiliza os dados epidemiológicos locais e considera as necessidades ressaltadas pelas equipes que serão apoiadas no processo de organização da equipe do NASF que poderá ser composta da seguinte maneira.

Poderão compor os NASF 1 e 2 as seguintes ocupações do Código Brasileiro de Ocupações (CBO): médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico veterinário; profissional com formação em arte e educação (arte educador); e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas (BRASIL, 2012a, p. 72).

A PNAB (2012) continua destacando a ESF como prioritária para expansão e consolidação da AB, utilizando-se dos territórios adstritos como divisão territorial e populacional, capaz de possibilitar o acesso universal, contínuo, gratuito e singular a população da região. Dessa forma, facilita-se o fortalecimento dos vínculos e corresponsabilização pela atenção à saúde, por parte dos profissionais e da comunidade, como forma de ampliar a sua autonomia e exercer o controle social (BRASIL, 2012a).

A atualização da política, em 2012, acrescenta e destaca a importância do trabalho interdisciplinar em equipes, influenciados pela mobilização e participação popular, capazes de permitir a reorganização do trabalho a partir da necessidade da população.

Quando se comparada as PNABs dos anos 2012 e 2017 identifica-se que as equipes continuaram compostas por profissionais do CBO, atuando em equipes multiprofissionais e de forma integrada como suporte clínico, sanitário e pedagógico das equipes de Saúde da Família (eSF) e de Atenção Básica (eAB). E observa-se a utilização de uma nova nomenclatura para o NASF, atualizado para Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

Após discussão colegiada, a PNAB, em 2017, foi redigida, aparentemente, de forma clara, pontuando evoluções nos municípios. Mas as controvérsias são inúmeras e vão desde a rapidez de discussão de um tema tão importante e a pouca participação popular. Disso, observa-

se o retrocesso de direito já adquiridos nas PNABs anteriores, além de não salvaguardar o direito universal que orienta o acesso a saúde de forma gratuita.

Assim, em 2017, a PNAB é submetida a nova reformulação, tendo a Atenção Básica como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017a).

As novas diretrizes adicionadas a versão da PNAB de 2017, referem-se ao cuidado centrado na pessoa e na longitudinalidade do cuidado. Transparecendo o acolhimento individualizado e a participação do usuário no seu processo de saúde-doença. Sendo assim, as diretrizes são fortalecidas a partir da defesa da fixação de profissionais de saúde, garantindo a continuidade do trabalho por proporcionar a estabilidade profissional, além de promover a promoção da autoavaliação para as equipes (BRASIL, 2017a).

Buscando garantir a efetivação dos objetivos e diretrizes da PNAB é importante identificar como a formação potencializa o processo de trabalho para o desenvolvimento de atribuições profissionais. Pois, atualmente, o maior obstáculo enfrentado é a necessidade de rompimento do paradigma da formação tradicional baseada em conteúdo que predomina nos grandes centros de ensino superior.

Dessa forma, configura-se um desafio formar profissionais que desenvolvam novas concepções do processo saúde-doença, educação, humanização e sociedade, centrados também no trabalho de estimular a compreensão do controle social e saúde coletiva. Essa estimulação irá valer-se de metodologias que envolvam ativamente sujeitos do processo de ensino, bem como, no processo de aprendizagem relacionados a situações reais e/ou hipotéticas a fim de contribuir para uma atuação contextualizada, crítica e participativa do futuro profissional (CHIESA *et al.*, 2007).

As três atualizações da PNAB conversam sobre Educação Permanente em Saúde de acordo com o seu contexto histórico, mas a PNAB (2006), por ser a primeira versão e a responsável por direcionar a estruturação da atenção básica através da ESF, relata a capacitação dos profissionais como fator fundamental para disponibilizar uma assistência de qualidade a população. Sendo assim:

O processo de capacitação deve iniciar-se concomitantemente ao início do trabalho das ESF por meio do Curso Introdutório para toda a equipe. Recomenda-se que: I - o Curso Introdutório seja realizado em até 3 meses após a implantação da ESF; II - a

responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população inferior a 100 mil habitantes, seja da Secretaria de Estado da Saúde em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde; e III - a responsabilidade da realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes, em municípios com população superior a 100 mil habitantes, e da Secretaria Municipal de Saúde, que poderá realizar parceria com a Secretaria de Estado da Saúde. No Distrito Federal, a sua Secretaria de Saúde é responsável pela realização do curso introdutório e/ou dos cursos para educação permanente das equipes. Os conteúdos mínimos do Curso Introdutório e da Educação Permanente para as ESFs serão objeto de regulamentação específica editada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a, p. 27).

Além da responsabilidade dos entes federativos com a capacitação dos profissionais que atuam na AB é importante destacar a necessidade de se organizar os serviços de atenção básica para integrarem ensino e aprendizagem conforme os acordos firmados na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e nas Comissões Intergestores Bipartides (CIBs).

Assim, reflete-se que a estruturação das versões da PNAB tem seu papel na orientação de processos de ensino-aprendizagem na formação para a Saúde da Família. As atualizações da PNAB e aderência de seus pressupostos na formação profissional é de suma importância para o desenvolvimento de ambientes favoráveis à capacitação de profissionais da saúde e qualificação do serviço ofertado a população. Sem, no entanto, perder a postura analítica, reflexiva e propositiva dos processos formativos.

Durante a construção das competências e da transcrição curricular, a integração de teoria e prática tem que acontecer de maneira efetiva, integrando alunos, professores e profissionais da saúde, de forma que eles entendam e vivam a horizontalização dos saberes ao desenvolver suas responsabilidades (LIMA, 2005). Em concordância, a PNAB, em 2012, discorre sobre o papel da educação permanente para a aprendizagem significativa e transformação das práticas.

A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular (...) exigindo de seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) maior capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras, a gestão das mudanças e o estreitamento dos elos entre concepção e execução do trabalho (...) além da sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante “estratégia de gestão”, com (...) um processo que se dá “no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho (BRASIL, 2012a, p. 38).

Nesse sentido, a PNAB, publicada em 2012, apresenta a Educação Permanente com foco nas equipes de Atenção Básica organizada através da aprendizagem significativa e do planejamento/programação educativa ascendente, que resulta na elaboração de estratégias embasadas nas políticas gerais e na singularidade dos lugares e das pessoas. O redirecionamento

do modelo de atenção de saúde, como consequência da consolidação e do aprimoramento da AB, exige de seus atores uma acentuada capacidade de análise, intervenção e autonomia para o estabelecimento de práticas transformadoras.

A PNAB, em 2017, reafirmou a importância da qualificação dos profissionais da saúde para atuarem na gestão e atenção à saúde, viabilizando a formação, a educação permanente e continuada dos profissionais, além de garantir os direitos trabalhistas e previdenciários. Também promovem o intercâmbio de experiências e estimulam o desenvolvimento de estudos e pesquisas voltadas para atenção básica, como descrito:

Considera-se Educação Permanente em Saúde (EPS) a aprendizagem que se desenvolve no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e do trabalho, baseando-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas dos trabalhadores da saúde (...) é importante que a EPS se desenvolva essencialmente em espaços institucionalizados, que sejam parte do cotidiano das equipes (reuniões, fóruns territoriais, entre outros), devendo ter espaço garantido na carga horária dos trabalhadores e contemplar a qualificação de todos da equipe multiprofissional, bem como os gestores (BRASIL, 2017a, p. 29).

Dessa forma, a PNAB de 2017 descreve a Educação Permanente em Saúde (EPS) dentro do processo de trabalho da atenção básica, destacando a incorporação da aprendizagem significativa em espaços institucionalizados e com carga horária disponível para contemplação da qualificação de todos da equipe multiprofissional, inclusive o gestor.

Contudo, Morosini e Fonseca (2017) relatam que a não obrigatoriedade do ACS na composição da equipe desqualifica a necessidade da formação continuada desses profissionais em serviço. Por mais que se destaque a aprendizagem através do trabalho em ato e se disponibilize espaços próprios para a produção de saberes coletivos, esse compartilhamento de conhecimentos só é permitido entre gestores e trabalhadores da saúde, ou seja, entre os trabalhadores das modalidades de equipes previstas na carteira de serviços mínimos da PNAB.

Diante a análise apresentada, observa-se que a PNAB modificações substantivas em suas atualizações, sendo um reflexo das motivações sociais e políticas vivenciadas em cada período no país.

Em prosseguimento, a análise da correlação da formação dos residentes com a Política Nacional da Atenção Básica.

5.3 Análise das correlações entre os Programas de Residências e a Política Nacional de Atenção Básica

Considerando que a formação em residência tem a intencionalidade de desenvolver competências profissionais para o trabalho, nessa sessão de resultados, correlacionamos as afinidades e divergências entre as intencionalidades expressas nos PPCs dos cursos de residência em saúde da família do Ceará e a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB).

Dessa forma, foram analisadas categorias analíticas que permitiram a compreensão ampliada sobre os PPC ancorados na PNAB. Essas categorias atenderam a vinculação da equipe de RMSF às famílias dos territórios em que estão inseridos, número de famílias em que a RMSF é responsável de acordo com o preconizado nas versões da PNAB e a relação entre categorias profissionais ofertadas pelo programa de residência e a equipe mínima disposta na PNAB.

De partida, registramos que um PPC deve ser flexível suficiente no sentido de passar por atualizações que permitam manter-se atualizado para orientar a formação requerida e para atender as necessidades de aprendizagem do trabalho. É deste entendimento que partimos do pressuposto que os PPCs dos programas de residências em saúde da família devem manter convergência no perfil do egresso com as competências esperadas para o trabalho na atenção básica, expressas na PNAB.

Como foi possível ser verificado, as competências dos profissionais para atuação na atenção básica foi se alterando nas três edições da PNAB (BRASIL, 2006a; 2012a; 2017a). Outrossim, entendemos que uma ação educacional tem em si o potencial político questionador, crítico que seja fonte de transformação e inovação, visando sempre a qualificação dos processos, não se limitando a uma relação de dependência das orientações políticas instituídas para orientar o processo educacional.

Deste posicionamento, seguimos com a análise dos PPCs das residências e sua relação com a PNAB. O Programa de RMSF da ESP-VS teve seu PPC original atualizado três vezes. O primeiro PPC data de 1999 e as atualizações ocorreram nos anos de 2005, 2012 e 2015. A RMSFC da ESP-CE, instituída em 2012, mantém o PPC original. Se considerarmos a PNAB, conforme já descrito na sessão anterior, esta foi instituída em 2006 e atualizada nos anos 2012 e 2017.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada, inicialmente, no ano de 2006 permeava um cenário de fortalecimento de direitos universais, de empoderamento dos cidadãos e da sua força frente a construção, revisão e aplicação das legislações.

Um ponto importante da PNAB é a correspondência entre o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção básica (AB), considerando sua importância para as práticas de cuidado e gestão, no contexto do trabalho em equipe, e sua responsabilidade sanitária (BRASIL, 2012a). Nesta, a Atenção Básica é definida como:

[...] 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, tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes condicionantes de saúde das coletividades. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde e de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012a, p.19).

O exposto indica que a formação de profissionais especialistas em saúde da família, principal estratégia da AB, deve ser indutora de competências para este agir complexo no manejo de demandas e necessidades de saúde, atentos aos critérios definidos que promovam atitudes éticas, equânimes e acolhedoras. Seguindo este raciocínio, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, por meio da resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, define que:

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde deve ser orientado por estratégias pedagógicas capazes de utilizar e promover cenários de aprendizagem configurados em itinerário de linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, adotando metodologias e dispositivos da gestão da clínica ampliada, de modo a garantir a formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar (...) o PP deve prever metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde (Brasil, 2012a, p.3).

É possível aprender que no âmbito normativo há confluências nos propósitos da formação de residentes com a PNAB. Passamos a examinar como estas se expressam no caso estudado, qual seja, as residências multiprofissionais em saúde da família ofertadas no estado do Ceará.

No projeto inicial do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da então Escola de Formação em Saúde Visconde Saboia, atualmente Escola de Saúde Pública Visconde Saboia, é expresso a necessidade de formar profissionais para atuar na nova estratégia orientadora da atenção básica, preenchendo um fosso deixado pelas graduações dos profissionais de saúde. A estratégia adotada à época, 1999, ano da primeira oferta desta Residência, ainda que tipificada como Especialização com caráter de residência, dada a não normatividade naquela época para programas de residências para categorias profissionais não

médicas; era especializar/capacitar todos os profissionais que compunham as equipes do então Programa Saúde da Família (PSF) do município de Sobral. Recorda-se que naquela data os profissionais com formação universitária que compunham as equipes do PSF eram médicos, enfermeiros e dentistas (SOBRAL, 2005).

O projeto pedagógico da RMSF/ESP-VS, em 1999, previa ainda, a partir do perfil desejado para o profissional de saúde da família, a construção de novas atitudes baseada na formação em serviço e a superação do modelo de atenção à saúde centrado na doença

Em 2005, um ano antes da divulgação da PNAB, na primeira revisão do PPC da RMSF/ESP-VS, é reiterada a ideia da criação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Sobral e que esta partiu da necessidade de capacitar os profissionais das equipes de saúde da família, para implementação de todas as ações previstas na ESF. Ou seja, é possível inferir que há um compromisso anunciado nos PPCs para formar profissionais aptos a atuarem na ESF, segundo as orientações da PNAB. E que estas iniciativas locais preenchem fosco deixado pela institucionalização de políticas que, nem sempre, apresentam o suporte necessário para efetivação das mesmas.

Contemporaneamente, a publicação da PNAB, no ano de 2006, apresentava a Atenção Básica como fundamental para a promoção da saúde, prevenção de agravos, reabilitação e redução de danos. E para alcance da efetividade da AB, propunha a capacitação profissional (BRASIL, 2006a). Reconhecemos RMSF/ESP-VS como uma estratégia potente de desenvolvimento das competências requeridas. Silva *et al.* (2016) concordam que a formação voltada para a necessidade do outro está diretamente vinculada a melhoria do atendimento aos usuários, de maneira a atender os mais variados serviços prestados à atenção primária.

Segundo o PPC da RMSF da ESP/VS, vigente em 2005, a atenção primária é vista de forma hierarquizada e integrada aos outros níveis de atenção, ao processo de organização da Vigilância à Saúde (ações de cura, de prevenção e de promoção) e voltados para a população, mas, também, ao gerenciamento de um território, visando a qualidade de vida das pessoas que lá habitam.

A PNAB, ao abordar a atuação da atenção básica no território, considera que as ações de base territorial devem acontecer sob forma de trabalho em equipe, destinadas a populações de territórios bem definidos, considerando a dinamicidade do território. Na PNAB, revisada em 2017, a base territorial da atenção básica é reafirmada, assumindo a necessidade de coerência com a política de promoção da equidade em saúde.

Ser configurado um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência

de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde (BRASIL, 2017a, p. 7).

Assim, a vivência do residente em Saúde da Família deve estar voltada para o papel de gerenciar um Território, atuando de forma construtiva, por meio do desenvolvimento de ações em saúde. Essa atuação do residente representava a importância da formação profissional para a estruturação da ESF na área adscrita. Não se trata de observar as atividades e o fazer dos profissionais, mas ser o sujeito que pensa, problematiza, elabora e constrói saúde com a população e o território. Dessa forma, a atuação protagonista do residente em seu processo de formação amplia os repertórios dos saberes acerca dos diferentes processos de ensino e cuidado com o semelhante (RIBEIRO, 2011; SKARE, 2012).

O uso de abordagens interdisciplinares para produção de saúde, qualidade de vida e integração entre as atividades de ensino e o treinamento em serviço, através da problematização da realidade local e dos objetivos perseguidos pela nova proposta de atenção à saúde com preceptoria local, exige que a formação dos profissionais construa conhecimento, competências e habilidades fundamentadas tanto na clínica quanto na saúde coletiva. Esta indução é expressa no PPC da RMSF, datada de 2005 e em suas sucessivas revisões; o que coaduna com o requerido pela CNRM, conforme já registrado nesta sessão.

A atuação dos residentes prevista no PPC visa permitir o envolvimento do profissional no território e compreensão das necessidades da população, de forma participativa e orgânica. Dessa forma, promove a reconstrução de práticas e saberes referentes ao núcleo de cada categoria e o campo comum dos vários atores do território.

Em 2012, o PPC da RMSF/ESP-VS em vigência não informava, de forma clara, o número de famílias que a equipe de residência multiprofissional se responsabilizava. Contudo, detalha a operacionalização das 06 equipes de residência de saúde da família, compostas por 5 profissionais de categorias diferentes, e a atuação de cada uma delas em dois Centros de Saúde da Família. Cada profissional residente era responsável por acompanhar dois territórios e suas respectivas equipes de saúde da família. A PNAB, em 2012, recomendava a proporcionalidade de no máximo 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando os critérios de equidade por equipe. Outrossim, reconhecemos que os residentes devem acompanhar, a princípio, um número inferior de pessoas do que os profissionais, diante a fase que estão vivenciando de estudo-trabalho.

Os residentes contribuem para organizar a demanda da equipe básica, através de ações integradas de prevenção e promoção, identificando e procurando responder a necessidade

de saúde do território dentro do seu campo e núcleo de atuação (SOBRAL, 2012). A organização e distribuição dos residentes prevista no PPC, permite aos residentes uma maior aproximação com a população e efetivação das ações de integralidade, construção de vínculo e longitudinalidade do cuidado, a fim de construir a corresponsabilização do usuário no seu processo de saúde-doença.

Os pressupostos do PPC da RMSF/ESP-VS, em 2012, convergem com os objetivos da PNAB, de 2012, ao possibilitarem ao residente maior aproximação e construção de vínculos com as pessoas e para a concretização dos fundamentos e diretrizes previstos na PNAB 2012 ao promoverem um cuidado integral, longitudinal e efetivo a população.

Em 2012, a RMSFC/ESP-CE publicou o seu primeiro Projeto Pedagógico de Curso, e até então vigente. De acordo com o referido documento, não era possível quantificar de forma precisa o número de famílias vinculadas a Equipe de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, mas determinava que cada município-parceiro teria duas equipes de profissionais-residentes, sendo cada equipe composta por profissionais de referência enfermeiro, dentista e os profissionais de apoio fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e psicólogo (CEARÁ, 2012).

Os residentes de referência atuam apenas no CSF de Lotação, enquanto os residentes de apoio atuam nos CSF de lotação e Integrado. Assim, enquanto os profissionais de referência são responsáveis por uma área do território, os profissionais residentes de apoio são responsáveis pelo apoio às equipes de referência. Tal logística de atuação busca configurar a formação a partir das diretrizes da PNAB/ESF/NASF.

A vinculação entre a equipe de residentes da RMSFC/ESP-CE às famílias dos territórios adscritos ocorrem por meio do preceptor de campo ou preceptor de território. Estes possuem o papel de facilitar a práxis, a interação com a equipe e comunidade e com a gestão municipal. Esta proposta pedagógica de suporte aos residentes da ESP-CE potencializa o desenvolvimento de competência dos profissionais em formação.

Na medida em que as unidades de aprendizagem do programa de RMSFC/ESP-CE se desenvolvem, planejando ações e estabelecendo metas e competências a serem desenvolvidas e compartilhadas, os residentes assumem a responsabilidade sanitária por áreas adscritas. Dessa forma, a descrição da atuação do residente, descrito pelo PPC da RMSFC/ESP-CE encontra-se em concordância com a PNAB publicada em 2012, ao oportunizar ao residente uma atuação efetiva nos territórios e proporcionar a população um cuidado integral.

A atualização do PPC da RMSF/ESP-VS, em 2015, e vigente até o atual momento, faz atualizações sobre o papel do residente na equipe de saúde da família, passando a integrar

a equipe. Dessa forma, o PPC remete-se a operacionalização do programa ao propor trabalhar vários modelos de distribuição dos profissionais das equipes multiprofissionais em relação à equipe mínima proposta pelo Ministério da Saúde.

A distribuição das categorias profissionais em equipes ocorre de acordo com os objetivos da ESF, de forma a garantir equipes multiprofissionais nos territórios e assim responder as necessidades de atenção à saúde da população e de formação dos residentes. Dessa forma, estão estruturados em cada turma até 06 (seis) equipes de saúde da família, para cada equipe atuar em 1 (um) ou 2 (dois) Centros de Saúde da Família (CSF).

A atuação de equipes multiprofissionais nos territórios e a oportunidade de interação e trabalho em equipe permite a formação de competências intrínsecas a prática colaborativa e a interprofissionalidade. Essas competências permitem, também, o compartilhamento de conhecimentos e ampliação do olhar profissional para as necessidades de saúde da população, de forma holística. Todo este processo formativo tem o suporte pedagógico de docentes que têm como função precípua o apoio institucional e pedagógico aos residentes. A função do apoio é descrita por Dias *et al.* (2017), ao associá-lo a uma filosofia e metodologia de ajuda, capaz de promover transformações nos processos de saúde.

A multiprofissionalidade nas equipes proporciona, o caráter participativo e interacionista entre os envolvidos nesse processo, com o exercício das vivências na prática. Essa interação pode ser compreendida como o exercício da vivência das práticas cotidianas do profissional, que pode construir sentidos e saberes para a clínica específica de sua profissão, bem como formação ética por meio das relações estabelecidas (BACKES *et al.*, 2014; ARAÚJO *et al.*, 2017).

Considerando a importância da equipe multiprofissional para a Atenção Básica e para a Estratégia Saúde da Família, as publicações da PNAB ressaltam as competências que são exigidas para o trabalho em saúde, conforme apresentado a seguir.

Quadro 2 - Descrição do papel do enfermeiro na equipe de Saúde da Família, no decorrer das atualizações da PNAB. Sobral- CE, 2017.

Ano/profissional	Enfermeiro
2006	Prestar atenção integral aos indivíduos e família na USF; seguir as notas técnicas implantadas pelo gestor municipal; planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS; contribuir e participar das atividades de educação permanente; gerenciamento dos insumos.

2012	Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes, na UBS, no domicílio e nos espaços comunitários; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, solicitação de exames, prescrição de medicamentos e encaminhamento a outros serviços, conforme protocolos e normas técnicas municipais, estaduais e federais; planejar, gerenciar e avaliar as ações dos ACS; educação permanente; gerenciamento de insumos.
2017	Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes, na UBS, no domicílio e nos espaços comunitários; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, solicitação de exames, prescrição de medicamentos e encaminhamento a outros serviços, conforme protocolos e normas técnicas municipais, estaduais e federais; realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada; realizar estratificação de risco e elaborar planos de cuidado com o restante da equipe; planejar, gerenciar e avaliar as ações dos ACS e ACE; implementar e atualizar rotinas, protocolos e fluxos na UBS; exercer atribuições descritas na legislação profissional.
2017 NASF 1 e 2 Atuação de modo interdisciplinar, realizando o apoio matricial as equipes na qual o NASF está vinculado.	Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes, na UBS, no domicílio e nos espaços comunitários; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, solicitação de exames, prescrição de medicamentos e encaminhamento a outros serviços, conforme protocolos e normas técnicas municipais, estaduais e federais; planejar, gerenciar e avaliar as ações dos ACS; educação permanente; gerenciamento de insumos.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 3 - Descrição do papel do cirurgião-dentista na equipe de Saúde da Família, no decorrer das atualizações da PNAB. Sobral- CE, 2017.

Ano/profissional	Cirurgião dentista
2006	Desenhar o perfil epidemiológico para o planejamento e a programação em saúde bucal; realizar atenção integral em saúde bucal; encaminhar e orientar usuários a outros níveis de assistência; coordenar a participar das ações coletivas.
2012	Realizar o perfil epidemiológico para planejamento; realizar procedimentos clínicos na atenção básica; promoção da saúde e prevenção de doenças bucais, buscando fortalecer a multidisciplinariedade; realizar supervisão técnica do técnico em saúde bucal; gerenciamento dos insumos.
2017	Realizar a atenção em saúde bucal, individual e em grupo, na UBS e no domicílio; realizar perfil epidemiológico para planejamento; realizar procedimentos clínicos e cirúrgicos na AB; promoção da saúde e prevenção de doenças bucais, buscando fortalecer a multidisciplinariedade; realizar supervisão técnica do técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal; realizar a estratificação de risco e elaborar plano de cuidados; planejar, gerenciar e avaliar as ações dos ACS e ACE.

2017 NASF 1 e 2 Atuação de modo interdisciplinar, realizando o apoio matricial as equipes na qual o NASF está vinculado.	Realizar perfil epidemiológico para planejamento; realizar procedimentos clínicos na atenção básica; promoção da saúde e prevenção de doenças bucais, buscando fortalecer a multidisciplinariedade; realizar supervisão técnica do técnico em saúde bucal e auxiliar em saúde bucal; gerenciamento dos insumos.
---	---

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 4 - Descrição do papel de outros profissionais na equipe de Saúde da Família, no decorrer das atualizações da PNAB. Sobral- CE, 2017.

NASF 1 e 2	Outros profissionais
Atuação de modo interdisciplinar, realizando o apoio matricial as equipes na qual o NASF está vinculado.	Médicos (acupunturista, ginecologista/obstetra, pediatra, psiquiatra, geriatra, internista (clínica médica), do trabalho, homeopata), médico veterinário; Assistente Social, Nutricionista, Profissional de Educação Física, Fonoaudiólogo, Farmacêutico, Psicólogo, Fisioterapeuta, Terapeuta Ocupacional, profissional com formação em Arte e Educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva. Gerente de atenção básica: Profissional qualificado, de preferência, de nível superior. O objetivo é aprimorar e qualificar o processo de trabalho nas UBS.

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 5 - Descrição do papel do Médico na equipe de Saúde da Família, no decorrer das atualizações da PNAB. Sobral- CE, 2017.

Ano\Profissional	Médico
2006	Realizar assistência integral através de consultas clínicas e procedimentos na USF, no domicílio e demais espaços comunitários; realizar atividades de demanda espontânea e encaminhar aos serviços de média e alta complexidade, quando necessário; realizar assistência integral através de consultas clínicas e procedimentos na USF, no domicílio e demais espaços comunitários; realizar atividades de demanda espontânea e encaminhar aos serviços de média e alta complexidade, quando necessário.
2012	Realizar atenção à saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade, através de consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS, atendimentos domiciliares e atenção a demanda espontânea, quando programado. Encaminhar o usuário a outros pontos de atenção, bem como, indicar a internação hospitalar ou domiciliar, quando necessário. Construir e participar da educação permanente da equipe, além de participar do gerenciamento dos insumos utilizados na USB.

2017	Realizar atenção à saúde as pessoas e famílias sob sua responsabilidade, através de consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS, atendimentos domiciliares e demais espaços comunitários seguindo protocolos e diretrizes clínicas e terapêuticas estabelecidas pelos gestores e condizentes com as disposições legais da profissão. Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados, junto a equipe, para as pessoas que possuam crônicas no território. Encaminhar o usuário a outros pontos de atenção, bem como, indicar a internação hospitalar ou domiciliar, quando necessário. Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS e ACE em conjunto com outros membros da equipe, além de exercer outras atividades que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.
------	---

Fonte: Elaborado pela autora.

Na formação inicial do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da ESP-VS a categoria médica fazia parte do público-alvo de profissionais, entretanto, as normativas nacionais para Programas de Residências segregam os programas de residências médicas das residências uni e multiprofissionais. Nesse cenário, a RMSF/ESP-VS deixou de ofertar vagas para a categoria médica nos programas de residência multiprofissional. Ambas instituições estudadas ofertam programas de Residências de Medicina de Família e Comunidade independentes. Compreende-se a importância da integração do médico para a equipe multiprofissional, todavia por não pertencer a categoria profissional elegíveis para os programas de residências, esta categoria médica não será analisada profundamente nessa pesquisa.

Aliado a essas competências exigidas para o trabalho na Estratégia Saúde da Família, os projetos pedagógicos dos cursos de residência em saúde da família devem apresentar estratégias que formem profissionais competentes e abrir espaço para a atuação de múltiplas categorias nos serviços de saúde.

A RMSF/ESP-VS, nos PPC vigentes em 2006, 2012 e 2015, incorporaram aos CSF através da residência, além da equipe básica proposta pelo Ministério da Saúde, profissionais das categorias de educação física, farmácia, nutrição, terapeuta ocupacional, psicologia, assistência social e fonoaudiologia.

Já o PPC da RMSFC/ESP-CE, vigente em 2012, propõe que cada município parceiro tenha duas equipes de profissionais-residentes, sendo cada equipe composta pelos profissionais residentes de referência (enfermeiro e dentista) e pelos profissionais de apoio (fisioterapeuta, nutricionista, assistente social e psicólogo).

Ao apresentarem estratégias para a formação de competências e habilidades para o trabalho em saúde, as residências elencam o perfil esperado dos profissionais egressos. Dessa forma, a RMSF/ESP-VS, propõe em seu PPC as seguintes competências.

- Delimitar um território de abrangência
- Identificação dos equipamentos sociais, potencialidade e vulnerabilidade do território.
- Apoderar-se do processo de trabalho da ESF.
- Contribuir para organização da atenção a saúde na ESF
- Utilizar de diferentes tecnologias em saúde a fim de organizar o processo de trabalho na ESF.
- Envolver-se com o processo de acolhimento do território
- Organizar ações para o acolhimento no Centro de Saúde da Família (CSF), tendo como referência os princípios do Sistema Único de Saúde;
- Organizar os processos de trabalho a partir das características sociais, culturais, políticas, econômicas e históricas de forma interdisciplinar e com a participação comunitária.
- Reconhecer modelos de atenção e técnicos/assistenciais em Saúde (SOBRAL, 2015, p. 51).

É possível constatar que a RMSF/ESP-VS, ao abordar as competências que os profissionais egressos devem apresentar, prioriza as competências relacionadas ao empoderamento do processo de trabalho por meio do uso de tecnologias em saúde, organização das ações, interação com o território e reconhecimento dos modelos de atenção. Esse fato demonstra a preocupação em formar profissionais engajados em fortalecer a Estratégia Saúde da Família.

Em comum, a RMSFC/ESP-CE apresenta em seu PPC o perfil esperado dos egressos para o desenvolvimento profissional no trabalho em saúde, conforme apresentado a seguir.

- Conhecer os princípios e diretrizes do SUS e suas implicações na prática da atenção básica.
- Dominar o conceito de território e as técnicas de trabalho que se aplicam à noção de território.
- Compreender as características sócio-culturais da população, respeitando seus valores, crenças, costumes, práticas, processos de subjetivação e formas de organização.
- Desenvolver a capacidade de comunicação com a população da sua área de abrangência visando entender suas necessidades de saúde e os modos como se organizam para resolver os diferentes problemas vivenciados.
- Estabelecer vínculos com a população criando compromisso e responsabilidade com a saúde da população adscrita.
- Assumir uma postura de respeito e solidariedade para com a população, na relação do atendimento às suas demandas.
- Compreender a natureza da resistência da população às propostas de atendimento e tratamento, procurando encontrar alternativas mais eficazes.
- Realizar ações de vigilância à saúde, envolvendo os indivíduos, as famílias, a comunidade (área de abrangência) e a sociedade.
- Organizar e gerenciar ações e serviços de saúde no nível local.

- Realizar o diagnóstico dos problemas de saúde da população adscrita e da comunidade em que se insere essa população, tendo como base os instrumentos da epidemiologia.
- Realizar diagnóstico da situação sócio-sanitária do território a partir dos indicadores disponíveis e da utilização do instrumental epidemiológico (perfis de fortalecimento e desgaste e perfis de reprodução social), tendo como referência as características da comunidade e da sociedade.
- Elaborar o planejamento e a programação em saúde para o território de abrangência, considerando as características sócio-culturais da comunidade e da sociedade.
- Criar mecanismos para divulgação das propostas de ação, das atividades realizadas e dos resultados e impactos dessas ações para discussão com a população.
- Identificar as principais reações de famílias diante da vigência de uma doença crônica estruturando a intervenção do profissional.
- Intervir clinicamente na saúde dos indivíduos, família e comunidade de forma contextualizada às necessidades sociais (SOBRAL, 2012, p. 24).

Em contraposição, o PPC da RMSFC/ESP-CE aborda aspectos importantes sobre as competências dos profissionais egressos, a exemplo da intervenção clínica do profissional, associada as necessidades sociais. Dessa forma, constata-se que apesar da desatualização do projeto pedagógico, as competências esperadas permanecem condizentes às necessidades da ESF e demonstram a amplitude e integralidade destas para o residente egresso.

Dessa forma, visualizamos que os PPCs dos dois programas de residência em saúde da família se alinham ao propósito de capacitar profissionais para o SUS, com foco na Saúde da Família, interligando os saberes profissionais, ao mesmo tempo que desenvolve ações para o aprimoramento do exercício por categoria profissional.

Campos et al (2019) esclarecem que a visão biologicista centrada na perspectiva médica precisa sair de cena, a fim de que se amplie o olhar para o protagonismo dos seres em relação a novas mudanças voltadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento de doenças e agravos. Elencando como mote de atuação da equipe e constante revisão das práticas, seja pelo confronto com a experiência diversa do coletivo.

Campos (2005) corrobora, ainda, quando afirma que mesmo reconhecendo o avanço da área técnica quanto a produção de saúde ele traz para nós a importância clínica, afirmando que os meios técnicos de um trabalhador, seja ele da saúde ou não, reflete na sua eficácia e capacidade de agir como um bom profissional. Nesse sentido valorizar o aspecto de dor e sofrimento e a sua capacidade de enfrentá-los é uma questão importante, no âmbito das residências.

Com o mesmo ponto de vista Merhy *et al.* (2006) contribuem afirmando que:

Assim, a informação em saúde que tem operado consensualmente em torno das tecnologias duras e leveduras deve ser girada de ponta-cabeça e começar a operar com as tecnologias leves, que se realizam em processo e “comandam” os modos de incorporação das outras tecnologias abrindo-se, neste caso, para repensar o processo de produção da subjetividade (e, portanto, dos sujeitos) no interior das práticas de

saúde, na direção que explora as “falhas” na busca de novas possibilidades de intervenções institucionais e subjetivações (MERHY *et al.*, 2006, p.150).

Observando de uma ótica mais ampla, Santos (2013) traz a luz que a consciência social sobre seu direito à saúde, bem como as consequências e influências dos diversos obstáculos, direciona o usuário a falsa noção de gratuidade do sistema de saúde, quando a realidade é bem diferente; pagamos impostos e contribuições diversas para que esse sistema tenha forma de ser gerenciado.

Devido às dificuldades para se mudar o cenário estatal, tanto por questões burocráticas quanto por vontade dos governantes, o SUS cede espaço para a atuação e no longo prazo consolidação do mercado privado. Esse mercado de plano de saúde demonstra uma trajetória de custos crescentes, atrelado com salários baixos para seus profissionais, enriquecendo apenas uma parte da população e mantendo a desigualdade social. Perante a pobreza, os baixos níveis educacionais e culturais da população, que empurram contra a parede o SUS, precisamos nos posicionar diante dos setores sociais que mais necessitam de amparo nessa relação (OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009).

Partindo dos objetivos e dos fundamentos elaborados e revisados pela PNAB, concluímos e ressaltamos a coerência no processo de elaboração dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Residência Multidisciplinar em Saúde da Família, tendo em vista qualificar a formação dos profissionais de saúde, promover a integralidade da assistência em saúde e fortalecimento do SUS no Brasil.

Outrossim, é importante registrarmos que os PPCs dos dois programas de residências destacam, em suas contextualizações, a necessidade de fortalecimento destes programas e suplantam, no delineamento de seus objetivos e competências a serem desenvolvidas no e com os residentes que ultrapassam as competências profissionais delineadas na PNAB. Os programas de residências apresentam a clara intencionalidade de desenvolvimento de competências políticas e éticas que permitem profissionais com atitudes críticas, criativas, reflexivas, transformadoras e indutoras de novos saberes aliados as competências técnicas requeridas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa dissertação realizamos uma investigação sobre a formação das residências multiprofissionais em saúde da família do Ceará, representadas pela RMSF da Escola de Saúde Pública Visconde Saboia (ESP-VS) e a RMSFC da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). Tornando-se possível demarcar as convergências dos processos formativos nos Programas de Residências e a Política Nacional de Atenção Básica, em sua versão original e suas duas atualizações, a partir da compreensão dos processos históricos em que foram desenhadas e implantadas.

Dessa forma, destacamos a ESP-VS como precursora na formação através da modalidade residência multiprofissional no Ceará, ao iniciar em 1999 a RMSF com o intuito de capacitar os profissionais que atuavam na Atenção Básica (AB) para Saúde da Família, analisado os seus PPCs produzidos de um ano antes da versão inicial da PNAB até um ano após a publicação da última atualização da PNAB, com isso analisamos o período de 2005 a 2018, mesmo sabendo da existência de outros PPC's publicados pela escola.

A PNAB original datada de 2006, e sua atualização em 2012, possibilitaram uma maior estruturação para o fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, por meio da compreensão sobre a importância de capacitar os profissionais atuantes no sistema e suplementar a formação dos novos profissionais. A partir disso, a ESP-VS foi idealizada para atender as demandas da atenção básica, formando trabalhadores qualificados para atuação na saúde da família. O mesmo é apresentado na contextualização da Residência Multiprofissional em saúde da Família e Comunidade da ESP/CE, em 2012, ao reforçar o papel da residência na formação dos profissionais para o trabalho em saúde.

Com o reconhecimento da residência como melhor estratégia para capacitar esses profissionais, surge a necessidade da estruturação dos serviços e a organização de seus profissionais, que se tornaram facilitadores do contato entre os residentes, a comunidade e gestão. O auxílio dos preceptores, funcionários da atenção básica, conhecedores do serviço e responsáveis pelo núcleo, viabilizaram a produção de conhecimento teórico, desenvolvimento de senso crítico, familiaridade com a rede de atenção à saúde da família, bem como, aperfeiçoamento profissional.

Nesse sentido, observamos que os PPCs das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família do Ceará, apresentaram marcos orientadores que se complementam e auxiliam no processo de ensino-aprendizagem na área da saúde, garantindo ao aluno que busca

a residência, uma melhor forma de vivenciar estratégias e práticas para enfrentar o cotidiano na saúde pública.

Os marcos referenciais de educação se destacam em concordância nos PPCs dos programas de residência por meio da Educação Permanente, ao destacar a aprendizagem significativa como metodologia eficaz no aprendizado e complementar a Educação Popular em Saúde, ao possibilitar uma maior aproximação com a comunidade aproximando a saúde do usuário.

É importante destacar que a Educação Permanente foi elencada nas PNABs como metodologia de capacitação dos profissionais e todos os envolvidos na AB, agregando e inserindo o cotidiano do trabalho na formação em saúde, perfazendo assim um espaço de construção coletiva a respeito da reflexão e avaliação dos atos produzidos na vivência diária. Essa estratégia atrelada ao SUS amplia a visão dos profissionais e dos residentes introduzidos num mecanismo de análise, autogestão, capazes de promover mudanças nas instituições e alterar a forma de pensar e agir dos residentes.

Também identificamos entre os marcos pedagógicos da RMSF/ESP-VS a formação por Competência ao permitir integrar teoria e prática. Em concordância, a RMSFC/ESP-CE expressa no seu desenho teórico-metodológico a competência como um processo que mobiliza saberes cognitivos, atitudinais e psicomotores. Dessa forma, a RMSFC/ESP-CE descreve como marco conceitual e pedagógico a aprendizagem pelo Trabalho em Ato, assegurando o processo de formação passando pelo trabalho.

Observou-se que o PPC da RMSFC/ESP-CE apresentou também marcos pedagógicos referente a saúde, representado pela Promoção da Saúde em Defesa da Vida. Esse marco é apresentado como estratégia para garantia da equidade, destacando a proposta de formação orientada na comunidade, respeito e a autonomia dos educandos. Contudo, a RMSF/ESP-VS apesar de não apresentar marco conceitual referente à saúde, embasa suas ações na Promoção da Saúde, para efetivação da Estratégia Saúde da Família e da qualificação dos profissionais.

As atualizações da PNAB's, reforçadas em 2017, permitem elencar as estratégias utilizadas para efetivação da saúde da família, dentre elas encontra-se o delineamento da equipe básica, formada pelo médico, enfermeiro, Cirurgião Dentista e Agente Comunitário de Saúde, que se amplia quando a equipe é para o Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF), sendo composta a partir dos dados epidemiológicos e da necessidade do gestor local e contando que ainda podem existir equipes de população específica.

A análise da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), permitiu observar também a modificação de suas nomenclaturas a cada atualização. Na PNAB original, de 2006, se encontrava “fundamentos”, na atualização de 2012 se observava “fundamentos e diretrizes” e na versão de 2017, a mais recente, apresenta “princípios e diretrizes”. Essa evolução em seus termos se deve a busca pela maior clareza e entendimento das características e contributos da Atenção Básica.

A correlação entre as atualizações da PNAB e dos PPCs permitem concluir a coerência do perfil esperado dos egressos para atuação na saúde da família com o preconizado na Política, ao longo dos anos. Ademais, as competências desenvolvidas no processo de formação nas residências permitem ao residente o aprimoramento de sua categoria profissional e efetivação das políticas de saúde.

A multiprofissionalidade, característica expressiva nas residências, corrobora com os preceitos da PNAB, ao fortalecer o trabalho em equipe e a prática colaborativa no trabalho em saúde. Dessa forma, a Residência Multiprofissional em Saúde da Família representa uma estratégia de fortalecimento do SUS e qualificação da oferta de saúde à população.

Conclui-se que o PPC da RMSFC/ESP-CE e o PPC da RMSF/ESP-VS possuem características que refletem as revisões da PNAB e promovem o fortalecimento da Atenção Básica no país. As instituições preponentes dos cursos agregam valores paralelos, a partir do regimento da Política Nacional de Atenção Básica, atuando na vanguarda da saúde pública, na formação de profissionais capacitados e na valorização e defesa do Sistema Único de Saúde, ademais os programas de residência em estudo se colocam a frente das mudanças ocorridas nas edições da PNAB sem entretanto, diminuir o valor e o esforço em fortalecer o Sistema Único de Saúde.

O estudo apresentou limitações relacionadas a falta de clareza dos objetivos nas versões das PNABs, o que dificultou a comparação com os PPC's das instituições estudadas, e a ausência de atualização do PPC da RMSFC da ESP/CE que, apesar de coerente com a PNAB de 2012, não apresentou outras atualizações.

Por fim, a partir da correlação entre os Projetos Pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família no Estado do Ceará com a Política Nacional de Atenção Básica, espera-se provocar um novo senso crítico sobre os PPC das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família do Ceará, enquanto documento norteador do processo de aprendizagem na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Z. N. Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde: breve história da política de saúde do Brasil. In: AGUIAR, Z. N. (org). **SUS: Sistema Único de Saúde: antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011a. p. 15- 40.

AGUIAR, Z. N. **O Sistema Único de Saúde e as Leis Orgânicas da Saúde**. São Paulo: Martinari, 2011b.

ALMEIDA, J. R. S. *et al.* Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para refletir sobre o processo de trabalho. **Revista da ABENO**, Londrina, v.16, n. 2, p. 7-15, abr./jun. 2016. Disponível em: <http://revodonto.bvsalud.org/pdf/abeno/v16n2/a03v16n2.pdf>. Acesso em: 10 Jan. 2020.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em Saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, Botucatu, v. 9, n. 16, p.39-52. set. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100004>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/YSHbGggsRTMOFjXLgDVRyKb/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio 2020.

ANDRADE, L. O. M. *et al.* Escola de formação em saúde da família Visconde de Saboia: três anos construindo a tenda investida e a educação permanente no SUS. **SANARE, Sobral**, v. 5, n.1, p. 1-7, fev./mar. 2004. Acesso em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/120/112>. Disponível em: 10 Jan. 2020.

ANDRADE, L. O. M.; SANTOS, L.; RIBEIRO, K. G. Política de Saúde no Brasil. In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 1993.

ARAÚJO, T. A. M. de *et al.* Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 21, p. 601-613, jul./set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/XNR9GMyVnXx6v85LVPk3kLy/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 30 out. 2020.

ARRUDA, G. M. M. S. *et al.* O desenvolvimento da colaboração interprofissional em diferentes contextos de residência multiprofissional em Saúde da Família. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, Botucatu, v. 22, p. 1309-1323. 2017. Supl.1. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0859>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/zPzhcPPr9Ghym9yzjvZQLvk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2020.

BACKES, D. S. *et al.* Trabalho em equipe multiprofissional na saúde: da concepção ao desafio do fazer na prática. **Disciplinarum Scientia| Saúde**, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 277-289, ago./nov. 2014. Disponível em:

<https://periodicos.ufn.edu.br/index.php/disciplinarumS/article/view/1093>. Acesso em: 20 dez. 2020.

BARROS, F. R. O sistema de saúde britânico como modelo de fortalecimento dos princípios do SUS. In: **XI Congresso Nacional de Excelência em Gestão**. Rio de Janeiro, 2015.

BATISTA, S. H. S. S. *et al.* Formação em saúde: reflexões a partir dos Programas Pró-Saúde e PET-Saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, Botucatu, v.19, p. 743-752, ago. 2015.

Supl. 1. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0996>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/icse/a/zmjG6rxZLY4GnyHPHMGmCGf/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03 Jun. 2019.

BOSI, M. L. M.; MERCADO- MARTÍNEZ, F. **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. Petrópolis: Vozes, 2004.

BRASIL, C.C.; OLIVEIRA, P.R.S.; VASCONCELOS, A. P. S. Perfil e trajetória profissional dos egressos de residência multiprofissional: trabalho e formação em saúde. **SANARE**, Sobral, v.16, n.01, p. 60-66, Jan./Jun. 2017. Disponível em:

<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1095>. Acesso em: 30 Nov. 2019.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Centro de Documentação e Informação. Decreto nº 80.281, de 5 de setembro de 1977. Regulamenta a Residência Médica, cria a Comissão Nacional de Residência Médica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 1977.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. **Diário Oficial da União**. Brasília: DF, 2016.

BRASIL. Informes Técnicos Institucionais - Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-9. 2000.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Projeto de resolução CNE/CES: 116/2014. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 2.118, de 3 de novembro de 2005. Dispõe sobre a cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 11.129 de 2005, de 30 de junho de 2005. **Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem e Cria o Conselho Nacional da Juventude**. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2005c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.761, de 19 de novembro de 2013. Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no Âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS), 2013b. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROFAE**: Profissionalização dos Trabalhadores da área da Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde**: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Residência Multiprofissional em Saúde**: experiências, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção a Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica Ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde/PITS**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda**: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes**

operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

BRASIL. Ministério de Estado da Saúde. Portaria n° 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União.** Brasília, DF, 2017a.

BRASIL. Portaria Interministerial n° 1.802, de 26 de agosto de 2008. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - PET-Saúde. **Diário Oficial da União,** 2008.

BRASIL. Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial** [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Resolução CNS n° 466, 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 13 jun. 2012b.

CAMPOS, K. F. C.; MARQUES, R. C.; CECCIM, R. B.; SILVA, K.L. Educação permanente em saúde e modelo assistencial: correlações no cotidiano de serviços na atenção primária à saúde. **APS em Revista,** Juiz de Fora, v. 1, n. 2, p. 132-140, Jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v1i2.28>. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/28>. Acesso em: 15 Out. 2019.

CAMPOS, R. O. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 10, n.3, p.573-583, Set. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000300015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/VbPxDCccZBRWWNPmmpXNPst/?lang=pt>. Acesso em: 10 Dez. 2019.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Escola de Saúde Pública. **Interiorização da formação interprofissional em saúde Residência Multiprofissional em Saúde.** Fortaleza: Secretaria Estadual de Saúde, 2012.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunic., Saúde, Educ,** Botucatu, v.9, n.16, p.161-177, set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 30 out. 2019.

CECCIM, R. B. Residências em saúde: as muitas faces de uma especialização em área profissional integrada ao SUS. *In:* FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (org.). **Grupo Hospitalar Conceição Residências em Saúde: fazeres & saberes na formação em saúde.** Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. P. 17-22.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jun. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312004000100004>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/GtNSGFwY4hzh9G9cGgDjqMp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 Dez. 2019.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. *In*: PINHEIRO, R., MATTOS, R.A. (org.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJIMS-Abrasco, 2001. p.113-26.

CHIESA, A. M. *et al.* A formação de profissionais de saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 12, n. 2, p.236-240, 2007. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v12i2.9829>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/9829>. Acesso em: 10 Jan. 2020.

CHIZZOTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Editora Cortez, 2000.

CRUZ, P. J. R. C. Desvelando processos formativos das práticas extensionistas em educação popular na saúde. **Interagir: Pensando a extensão**, Rio de Janeiro, n. 27, p. 01-10, maio/out. 2019. DOI: <https://doi.org/10.12957/interag.2019.43065>. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/interagir/article/view/43065>. Acesso em: 10 Mar. 2020.

DALLEGRAVE, D.; KRUSE, M.H.L. A invenção da residência multiprofissional em saúde. *In*: FAJARDO, A.P.; ROCHA, M.F.; PASINI, V.L (org.). **Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2010. p.35-59.

DIAS, M. S. A. *et al.* A tutoria como dispositivo de apoio a um Sistema Municipal de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 114, p. 683-693, jul./set. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711401>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/75RCQwmD7rY7D7PQXmx884J/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 Mar. 2020.

DIERCKS, M. S. *et al.* O currículo integrado como estratégia de formação teórica em atenção primária à saúde para residentes dos programas de saúde da família e comunidade. *In*: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (orgs). **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres e saberes na formação em saúde**. Brasil. Ministério da Saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 173-189.

DOMINGOS, C. M, NUNES, E. F. P. A, CARVALHO, B. G. Potencialidades da Residência Multiprofissional em Saúde da Família: o olhar do trabalhador de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, Botucatu, v.19, n. 55, p. 1221-32, out./dez. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0653>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/rSCfWS9nWd7wZvH7FPdnNCt/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 Nov. 2020.

ESCOLA DE SAÚDE DO CEARÁ. **Gestão Estratégica**. 2020. Disponível em: <https://www.esp.ce.gov.br/institucional/gestao-estrategica/> Acesso em: 30 set. 2020.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DO CEARÁ. **Edital nº 29/2017**. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Ceará, 2017.

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA VISCONDE DE SABOIA. 2020. Disponível em: <https://blogdaescolasaudesobral.blogspot.com/>. Acesso em: 30 set. 2020.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar a reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 385-434.

ESCOREL, S. **Reviravolta da Saúde**: Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar a reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008a. p. 385-547.

ESCOREL, S.; TEIXEIRA, L.A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008b. p. 333-384.

FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde**: fazeres e saberes na formação em saúde Brasil. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010.

FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 847-852, mar. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 Nov. 2020.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* O futuro da Atenção Primária à Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 12-17. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S101>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bSpRGvzf54nJ4pQjMy7PY3r/?lang=pt>. Acesso em: 02 Set. 2020.

FERREIRA, S. R.; OLSCHOWSKY, A. Residência: uma modalidade de ensino. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. (org.). **Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde**: fazeres e saberes na formação em saúde Brasil. Ministério da Saúde. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. p. 23- 34.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869–78. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZtnLRysBYTmdC9jw9wy7hKQ/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 Out. 2020.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 12. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.

GOMES, R. A Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 67-80.

GOOGLE. **Google Imagens**. 2020. Disponível em:

https://www.google.com/search?q=como+referenciar+o+google&hl=pt-BR&sxsrf=ALeKk01Y192Ytyj3z8YsAmEjIpk2H662tw:1622633502493&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=2ahUKEwj7tpDs7PjwAhUDlBkGHce8DeIQ_AUoAnoECAEQBA&biw=1517&bih=730 . Acesso em: 30 Mar. 2020.

GUERRIERO, I. C. Z.; MINAYO, M. C. S. O desafio de revisar aspectos éticos das pesquisas em ciências sociais e humanas: a necessidade de diretrizes específicas. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 763-782, set. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312013000300006>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/physis/a/J4kGfdfNgyJBTJBTz9wGWS/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2020.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunic., Saúde, Educ**, Botucatu. v. 9, n. 17, p. 369-379, mar./ago. 2005. Disponível em:

https://www.redalyc.org/pdf/1801/Resumenes/Abstract_180114100012_2.pdf. Acesso em: 12 Out. 2020.

LINHA DO TEMPO DO SUS. **Sabedoria Política**: Um site dedicado ao estudo da política. 2011. Disponível em <http://m.sabedoriapolitica.com.br/ci%C3%Aancia-politica/politicas-publicas/saude/linha-do-tempo-do-sus/> Acesso em: 7 jan. 2020.

LOPES JUNIOR, L. C. *et al.* Dificuldades e desafios em revisar aspectos éticos das pesquisas no Brasil. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 2, p. e54476, Jun. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.54476>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/hxgzSLNg3TBLvBGXVZS7KPw/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 20 Out. 2020.

MATOS, J. D. V. *et al.* Aprendizagem significativa por meio das TICS: Levantamento das produções da área de ensino de 2016 a 2018. **Renote**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 466-475, Jul. 2019. DOI: <https://doi.org/10.22456/1679-1916.95855>. Disponível em:

<https://seer.ufrgs.br/renote/article/view/95855>. Acesso em: 01 Nov. 2020.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MERHY, E. E. *et al.* A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. *In*: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (org.). **Agir em Saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. 3 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MESQUITA, A. de. **A formação do currículo escolar nas séries iniciais**. 2017. Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/a-formacao-do-curriculoescolar-nas-series-iniciais/13479/>. Acesso em: 15 abr. 2020.

MINAYO, M. C. S. Apresentação. *In*: GOMES, R. (org.). **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio Libanes, 2014.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MIOTO, R. C. T. *et al.* As Residências Multiprofissionais em Saúde: a experiência da Universidade Federal de Santa Catarina. **Serv. Soc. & Saúde**, Campinas, v. 11, n. 2, p. 185-209, jul./dez. 2012. DOI: <https://doi.org/10.20396/sss.v11i2.8635288>. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8635288>. Acesso em: 05 set. 2020.

MONTANHA, M.; PEDUZZI, M. Educação Permanente em Enfermagem: levantamento de necessidades e resultados esperados segundo a concepção dos trabalhadores. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n.3, p.597-604, Set. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300007>. Disponível em: Acesso em: 30 Out. 2020.

MOROSINI, M. V. G. C., FONSECA, A. F. Revisão da Política Nacional de Atenção Básica numa hora dessas? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1. 2017. DOI: 10.1590/0102-311X00206316. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/xQJV3bsq88NmRJxrCm45LDK/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 02 Set. 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, Jan./Mar. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?lang=pt>. Acesso em: 05 Jul. 2020.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, C.M.A. Reflexões sobre as competências profissionais para o processo de trabalho nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 92-96. 2010. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/74/12_revisao_reflexoes.pdf. Acesso em: 10 set. 2020.

OCKÉ-REIS, C. O.; SOPHIA, D. C. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81. p. 72-79. Jan/Abr. 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341772009.pdf>. Acesso em: 02 Jun. 2020.

OLIVEIRA, B. *et al.* Mudanças Curriculares no Ensino Médico Brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. **Rev. bras. educ. med.**, Brasília, v. 32, n. 3, p. 333–346. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0100-55022008000300008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/psZR3ZYpZn9gVnkmr6fsqWN/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 set. 2020.

PAIM, J. S. A constituição e os 25 anos do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.10, p. 1927-1953, out. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00099513>. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/7kR47BM83pWg73mCFDSWXXD/?lang=pt>. Acesso em: 16 set. 2020.

PARENTE, J. R. F. *et al.* A trajetória da Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral. *In: BRASIL. Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios.* Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 81-96.

PAULA, W. K. A. S. *et al.* Avaliação da atenção básica à saúde sob a ótica dos usuários: uma revisão sistemática. **Rev. esc. enferm.**, São Paulo, v. 50, n. 2, p. 331-340, Abr. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420160000200021>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reusp/a/c9zRMRhjKc3VD7K5qMZY37C/?lang=pt>. Acesso em: 13 Jul. 2020.

RIBEIRO, K. R. B.; PRADO, M. L. A prática educativa dos preceptores nas residências em saúde: um estudo de reflexão. **Rev Gaúcha Enferm**, Rio Grande do Sul, v. 35, n. 1, p. 161-165. 2013. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2014.01.43731>. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/43731>. Acesso em: 20 set. 2020.

RIBEIRO, V. M. B. Discutindo o conceito de inovação curricular na formação dos profissionais de saúde: o longo caminho para as transformações no ensino médico. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 91-121. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462005000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/gZzzm6YD96Lh3qX83dtxz8H/?lang=pt>. Acesso em: 05 Out. 2020.

RIBEIRO, V. M. B. **Formação pedagógica de preceptores do ensino em saúde.** Juiz de Fora: UFJF, 2011.

ROSEMBERG, A. M. F. A. Breve História da Saúde Pública no Brasil. *In: ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. (org.). Epidemiologia e Saúde.* 7ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

RUIZ, C. M. M. B. O que é a vida? O que é a vida humana? [internet]. 2003. Disponível em: <<http://www.pfilosofia.xpg.com.br>>. Acesso em: 28 jul 2019.

SAMPAIO, G. B. *et al.* Educação permanente e o processo formativo dos profissionais da saúde: entrelace de saberes. **Revista eletrônica acervo saúde**, [s.l.], v.25, Jun. Suplemento 25. 2019. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e630.2019>. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/630/500>. Acesso em: 25 jul. 2020.

SANTOS, N. R. SUS, política pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 1, p. 273-280, Jan. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000100028>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/vC78GwbjwNdfQpvLRLHFGZB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 Dez. 2020.

SANTOS, W. S. Organização Curricular Baseada em Competência na Educação Médica. **Rev. Bra. Edu. Med**, Brasília, v. 35, n. 1, p. 86-92, mar. 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbem/a/c9KBjLv9py5gmFW78Q9HMdv/?lang=pt>. Acesso em: 30 Jun. 2020.

SAUL, A. M.; SILVA, A. F. G. O pensamento de Paulo Freire como referência para pesquisar políticas de currículo. *In*: FERRAÇO, C. E.; GABRIEL, C. T.; AMORIM, A. C. (org.). **Teóricos e o campo do currículo**. Campinas: FE/UNICAMP, 2012.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do Trabalho Científico**. 23. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

SILVA, C. T. *et al.* Residência multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 1, e2760014. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-0707201600002760014>. Disponível em: Acesso em: 18 set. 2020.

SILVA, Q. T. A. da; CABALERRO, R. M. da S. A micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: devir-residência. *In*: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINE, V. L. (org.). **Residências em Saúde: Fazeres e Saberes na Formação em Saúde**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. 61-74p.

SILVA, Q. T. A. **Residência multiprofissional em Saúde: o estar-junto dos residentes em saúde**. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SILVA, Q. T. A. **Residência multiprofissional em Saúde: o estar-junto dos residentes em saúde**. 2010. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

SKARE, T. Metodologia do ensino na preceptorial da residência médica. **Revista Médica Residência**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 99-116. 2012.

SOBRAL. Secretaria da Saúde de Sobral. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. Universidade Estadual Vale do Acaraú. **Projeto Pedagógico Residência Multiprofissional em Saúde da Família**. Sobral: Secretaria de Saúde, 2012.

SOBRAL. Secretaria da Saúde de Sobral. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. **Projeto Pedagógico Residência Multiprofissional em Saúde da Família – Turma 12**. Sobral: Secretaria de Saúde, 2015.

SOBRAL. Secretaria de Saúde. Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia. **Projeto de curso de especialização/residência em saúde da família**. Sobral: Secretaria de Saúde, 2005.

SOBRAL. Secretaria de Saúde. Escola de Saúde Pública Visconde de Saboia. **Plano de desenvolvimento institucional**. Sobral: Secretaria de Saúde, 2019.

SOUSA, F. L. *et al.* A Política Municipal de Educação Permanente em Sobral- Ce. **SANARE**, Sobral, v.7, n. 2, p.14-22, jul./dez. 2008. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/27>. Acesso em: 10 Set. 2020.

TANAKA, O. I.; OLIVEIRA, V. E. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.16, n.1, p.7-17, jan. /abr. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4kkNZPj5KRqzXpgzMNPfdSw/?lang=pt>. Acesso em: 10 maio 2020.

TEÓFILO, T. J. S. **Em busca de outras visibilidades para as mudanças na educação dos trabalhadores da saúde**: descrição intensiva de experiência em Sobral-CE. 2013. Dissertação (Mestrado em Clínica Médica), Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ. Pró-Reitoria de Graduação e Educação Profissional. Departamento de Educação. **Diretrizes para a Elaboração dos Projetos Pedagógicos de Cursos**: Aprovado pela Resolução N° 068/16-COGEP, de 26 de agosto de 2016. Curitiba: Universidade Tecnológica Federal do Paraná, 2006.

VASCONCELOS, M. I. O. *et. al.* Implantação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde no Estado do Ceará: um estudo de avaliabilidade. **Rev. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.7, n. 4, Dez. 2013. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17225/2/13.pdf>. Acesso em: 30 Nov. 2020.

VIEIRA, V.A. As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing. **Rev. FAE**, Curitiba, v.5, n.1, p.61-70, jan./abr. 2002. Disponível em: <https://revistafae.fae.edu/revistafae/article/view/449>. Acesso em: 10 Out. 2020.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS DOS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO ESTADO DO CEARÁ

Programa: _____

Categorias Analíticas	PPC vigente em 2006	PPC vigente em 2012	PPC vigente em 2017
Concepção de AB			
Marcos Orientadores			
Objetivos do Programa			
Competências a serem desenvolvidas			
Perfil do Egresso			
Categorias profissionais envolvidas			

**APÊNDICE B- ROTEIRO PARA ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS NOS
PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE RESIDÊNCIA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA DO ESTADO DO CEARÁ ATRAVÉS DA POLÍTICA NACIONAL DE
ATENÇÃO BÁSICA**

Programa: _____

Categorias Analíticas	PPC vigente em 2006	PPC vigente em 2012	PPC vigente em 2017
Vincula a Equipe de Residência Multiprofissional em Saúde da Família as Famílias?			
A Equipe de Residência Multiprofissional em Saúde da Família se responsabiliza pelo mesmo número de Famílias discriminado na PNAB? Se existe uma variação, é para mais ou menos famílias?			
Avança ou correlaciona as categorias da residência as equipes dispostas na PNAB?			
Os PPCs são afetados pelos marcos na PNAB?			

ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INTERFACES DOS PROJETOS PEDAGÓGICOS DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO CEARÁ COM A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Pesquisador: Clara Wirginia de Queiroz Moura

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21127419.8.0000.5053

Instituição Proponente: MUNICIPIO DE SOBRAL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.613.722

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de dissertação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para o exame de qualificação no Curso de Mestrado em Saúde da Família. É um estudo exploratório, do tipo documental, com abordagem qualitativa que será desenvolvido de novembro a dezembro de 2019 nas instituições as quais as Residências Multiprofissionais em Atenção Básica do Ceará estão vinculadas, a saber: Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE) e Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS). Na intencionalidade de reconhecer como se dá a formação dos residentes em Saúde da Família do Ceará sob a sustentação da PNAB, considerando como unidade de análise os Projetos Pedagógicos dos Cursos de Residência Multiprofissionais em Atenção Básica da Família da ESP-CE e da EFSFVS

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

-Analisar os Projetos Pedagógicos das Residências Multiprofissionais em Saúde da Família no estado do Ceará a luz da Política Nacional de Atenção Básica.

Objetivo Secundário:

-Descrever os marcos conceituais e pedagógicos orientadores que sustentam os PPC dos

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
Bairro: Derby **CEP:** 62.041-040
UF: CE **Município:** SOBRAL
Telefone: (88)3677-4255 **Fax:** (88)3677-4242 **E-mail:** uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.613.722

programas de residências multiprofissionais de Saúde da Família, no estado do Ceará;

-Correlacionar a formação das residências multiprofissionais em Saúde da Família, no estado do Ceará com os marcos orientadores da Política Nacional de Atenção Básica;

-Refletir sobre a orientação da Política Nacional de Atenção Básica na formação de trabalhadores egressos das residências multiprofissionais em Saúde da Família, para atuação no SUS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Que os pontos discutidos sobre interseções e divergências frente a formação dos residentes que compõem esses programas não sejam relevantes ao ponto de estimularem a revisão dos PPCs.

Benefícios:

Tornar pública a análise dos PPCs das Residências em saúde da Família a luz da PNAB, conversando sobre suas interseções e divergências frente a formação dos residentes que compõem esses programas, com o intuito de pontuar o quanto essa formação está sendo realizada para a atuação na ESF, respeitando a realidade de cada local em que esses profissionais serão inseridos após a formação, fortalecendo a ESF através suas diretrizes e instigando a revisão dos PPCs através da PNAB, quando se fizer necessário. Tornaremos pública as discussões

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, pois as residências multiprofissionais em saúde se apresentam como uma estratégia potente de formação profissional que visa o desenvolvimento de competências técnicas, humanas, sociais e éticas numa relação intrínseca entre o mundo do trabalho e a formação em saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta todos os termos obrigatórios para pesquisa com seres humanos conforme a Resolução 466/2012

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa aprovada pelo colegiado deste CEP. Recomenda-se o envio do relatório final.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Av Comandante Maurocílio Rocha Ponte, 150
 Bairro: Derby CEP: 62.041-040
 UF: CE Município: SOBRAL
 Telefone: (88)3677-4255 Fax: (88)3677-4242 E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA/CE



Continuação do Parecer: 3.613.722

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1382176.pdf	10/09/2019 18:25:42		Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	10/09/2019 18:24:16	Clara Wirginia de Queiroz Moura	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	JustificativaDeAusencia.pdf	10/09/2019 18:10:06	Clara Wirginia de Queiroz Moura	Aceito
Brochura Pesquisa	RoteiroParaColetaDados.pdf	10/09/2019 17:59:05	Clara Wirginia de Queiroz Moura	Aceito
Outros	ParecerESP.pdf	10/09/2019 17:56:53	Clara Wirginia de Queiroz Moura	Aceito
Parecer Anterior	ParecerSobral.pdf	10/09/2019 17:56:11	Clara Wirginia de Queiroz Moura	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ClaraWirginia.pdf	10/09/2019 17:54:59	Clara Wirginia de Queiroz Moura	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	10/09/2019 17:53:59	Clara Wirginia de Queiroz Moura	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10/09/2019 11:32:43	Clara Wirginia de Queiroz Moura	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SOBRAL, 01 de Outubro de 2019

Assinado por:
Maria do Socorro Melo Carneiro
(Coordenador(a))