

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**TÂNIA MARA CAPPI MATTOS**

**IDEOLOGIA QUE PERMEIA A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO  
PERMANENTE POR TUTORES E PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE**

Rio de Janeiro  
2016

TÂNIA MARA CAPPI MATTOS

**IDEOLOGIA QUE PERMEIA A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE POR  
TUTORES E PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM  
SAÚDE**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Linha de Pesquisa: Educação e Saúde em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Manuela Vila Nova Cardoso

Rio de Janeiro  
2016

TÂNIA MARA CAPPI MATTOS

**IDEOLOGIA QUE PERMEIA A PRÁTICA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE POR  
TUTORES E PRECEPTORES DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM  
SAÚDE**

Tese de Doutorado submetida à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Banca Examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Manuela Vila Nova Cardoso - UFRJ-EEAN

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Paula Cerqueira Gomes - UFRJ-IPUB

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Leila Massaroni - UFES-DENF

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Luiza Mara Correia - UERJ-ENF

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas - UFRJ-EEAN

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nereida Lucia Palko dos Santos - UFRJ-EEAN

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Simone Mendes Carvalho - UNIRIO-EEAP

Rio de Janeiro

2016

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que de alguma forma contribuíram para a elaboração desta Tese de Doutorado, em especial àqueles que participaram diretamente deste processo.

- Ao Deus onisciente, onipresente e onipotente, digno de honra, de glória e de louvor, fonte inesgotável de sabedoria, orientador de todas as coisas entre os céus e a terra.
- Aos meus pais Hethel e Olga “in memoriam”, ao meu esposo, Welliton e nossos filhos, Lucas e Samuel, família amada que apoiou incondicionalmente a minha qualificação profissional e compartilhou os desafios, as aflições e as alegrias das novas conquistas.
- Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery, seus coordenadores, professores e funcionários, que propiciaram a realização deste estudo.
- Às Professoras Doutoras Maria Helena Costa Amorim e Márcia de Assunção Ferreira, coordenadoras do projeto DINTER/EEAN-UFES, pelo compromisso, responsabilidade e empenho nos encaminhamentos concernentes à realização deste curso.
- Às secretárias da Pós-Graduação da EEAN/UFRJ, Cintya Nóbrega e Sônia Xavier, e da Pós-Graduação da UFES, Diana de Souza Pereira, pela seriedade, compreensão e competência com que sempre nos atenderam no DINTER.
- Ao Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes pelo apoio, estímulo e por propiciar as condições necessárias para esta qualificação profissional.
- À Professora Doutora Maria Manuela Vila Nova Cardoso, pelos subsídios teóricos e metodológicos. Por proporcionar autonomia necessária à construção do conhecimento e defesa da tese. Pela maturidade expressa na ação educativa de permitir “aprendermos juntas” e vivermos o real sentido do processo ensino-aprendizagem. Você é educadora!
- Aos membros da banca examinadora por contribuírem com seus preciosos conhecimentos na área da saúde, da educação e da pesquisa em enfermagem.
- Aos participantes desta pesquisa, profissionais acionados pelos processos de transformação das práticas em saúde. Em especial a José Carlos Lima de Campos e Flávia Azevedo pelo acolhimento e contribuições no desenvolvimento deste estudo.
- Às Professoras Doutoras Ivis Emília de Oliveira Souza, Ivone Evangelista Cabral e Ann Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas. Suas valiosas contribuições enriqueceram meu aprendizado e a construção desta tese de doutorado.
- Aos colegas do DINTER, pelo compartilhamento de experiências e conhecimentos, especialmente a Marta Pereira Coelho pela prazerosa convivência, a Mônica Barros Pontes pelo companheirismo e Candida Caniçali Primo pela disponibilidade em ajudar.
- À Professora Doutora Leila Massaroni, a quem tenho profunda admiração e respeito; sempre apoiou, incentivou e contribuiu em todas as etapas da realização deste estudo.

- À Professora Doutora Simone Mendes Carvalho e sua mãe, Celeste de Barros Carvalho, pela carinhosa acolhida e hospedagem no Rio de Janeiro, sempre receptivas, cuidadoras e conselheiras, participantes das aflições e das alegrias vividas nesta caminhada.
- À enfermeira, mestre e amiga Patrícia Corrêa de Oliveira Saldanha, que me apontou o caminho da Educação Permanente em Saúde, me ajudou a dar os primeiros passos, compartilhou desafios e conquistas e me fez entender que por mais difícil que possa parecer, sempre compensará percorrer este caminho.
- Aos meus irmãos Antônio Carlos Cappi, Hethel Cappi Junior e Katya Maria Cappi de Souza, pelo apoio e incentivo ao meu crescimento profissional. E aos meus irmãos em Cristo Jesus, que me sustentaram com as suas contínuas orações.
- A Dusinelda Zietlon de Souza pelos cuidados com a casa e com os meninos, principalmente nas minhas ausências.

## **O NOVO SE RENOVA A CADA DIA**

O que é o novo?

O que ainda não foi definido, construído, respondido?

Sabe-se muito pouco do novo, mas espera-se uma resposta. Afinal, foi feita uma aposta:  
Inovar!

Mas, qual é a resposta? Definição, construção, implementação, conhecimento, crescimento, fortalecimento, envolvimento, resistência, enfrentamento...

Tudo isso, ou nada disso!

Para fazer o novo, tem que ser/estar preparado, libertado, ousado, atualizado!

Acreditar, se esforçar, se dar! Porque, na verdade, o novo foi o chamado!

Mas que chamado?

Para revisitar, reconhecer, saber, ser, conviver, fazer... Mas fazer o novo.

O novo um dia fica velho, mas não há um fim para o novo e sim um renovo, para ficar novo, de novo.

Sendo assim, a conclusão do curso não é o fim, e sim um recomeço.

Desta forma, esse momento não é a despedida, e sim as boas-vindas!

Boas-vindas, para quê?

Para um novo olhar, sobre o processo saúde/doença/cuidado.

Para uma nova vida, vivida na integralidade, na corresponsabilidade, na integração, na autonomia e na inovação!

Para a valorização de sujeitos que fazem o SUS a que temos direito.

Bem-vindos! Entrem de novo, mas para fazer o novo!

Tânia Mara Cappi Mattos  
Discurso de Formatura RMS/UFES/2012

## RESUMO

Mattos, Tânia Mara Cappi. **Ideologia que permeia a prática da educação permanente por tutores e preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde.** Rio de Janeiro, 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

Com a instituição da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e a regularização da Residência Multiprofissional em Saúde, os profissionais de saúde foram acionados a facilitar o processo de formação profissional como tutores e preceptores, sendo necessário desenvolver competências e habilidades específicas para a prática educativa da Educação Permanente em Saúde. O estudo teve como objeto: a ideologia que permeia a Educação Permanente em Saúde na formação pedagógica e na prática educativa dos tutores e preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde. Os objetivos foram: descrever as formas simbólicas que expressam a Educação Permanente em Saúde na formação pedagógica e na prática educativa dos tutores e preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde; analisar a transmissão cultural de formas simbólicas da Educação Permanente em Saúde na prática educativa dos tutores e preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde; e discutir a ideologia na prática da Educação Permanente em Saúde por tutores e preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde. Utilizaram-se como referencial teórico os conceitos de formas simbólicas, transmissão cultural e ideologia, e como referencial metodológico a Hermenêutica de Profundidade, ambos de John B. Thompson. Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, desenvolvido em duas unidades hospitalares da Universidade Federal do Rio de Janeiro, do qual participaram 27 tutores e preceptores de Residência Multiprofissional em Saúde. Foram utilizadas três fontes de evidência: fontes primárias como legislações reguladoras e projetos pedagógicos da Residência Multiprofissional em Saúde; fontes secundárias como artigos publicados em periódicos e livros; e entrevista não diretiva realizada com tutores e preceptores. Constatou-se que a implantação da Residência Multiprofissional em Saúde foi realizada de forma impositiva, sem tempo hábil para sua adequada estruturação. Dessa forma, a inserção dos tutores e preceptores ocorreu sem o devido protagonismo e formação pedagógica apropriada à prática da Educação Permanente em Saúde. Como consequência, a prática educativa foi marcada pela reprodução de ações do modelo vigente e por ações isoladas e individualizadas da Educação Permanente em Saúde, que não encontraram apoio para problematizar e modificar a prática de saúde. Contudo, em uma das instituições, após a implantação da Residência Multiprofissional em Saúde, houve por

iniciativa da Coordenação desta e dos Gestores da Instituição, contínua oferta de formação pedagógica, subsidiando o desenvolvimento de habilidades e competências para realizar a Educação Permanente em Saúde de forma coletiva e institucionalizada. O que gerou, de forma gradativa, integração da atenção e da gestão ao processo de ensino-aprendizagem, com incorporação de novos sentidos e significados à prática educativa e assistencial. Conclui-se que a prática educativa na Residência Multiprofissional em Saúde permeia a disputa de poder pelo modelo de atenção e gestão vigente na saúde. Que tutores e preceptores com formação pedagógica adequada à prática da Educação Permanente em Saúde podem por meio de saberes e fazeres compartilhados com os demais atores da produção do cuidado e do conhecimento tensionar as relações de dominação existentes na área da saúde e desencadear novas práticas de atenção e gestão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação em Saúde; Enfermagem; Educação Permanente; Internato Não Médico; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

Mattos, Tânia Mara Cappi. **Ideology that permeates the practice of Permanent Health Education by tutors and preceptors of the Multiprofessional Residency in Health.** Rio de Janeiro, 2016. Thesis (Doctorate in Nursing) - Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

With the institution of the National Policy of Permanent Education in Health and the regularization of the Multi-Professional Residence in Health, health professionals have been driven to facilitate the process of professional training by acting as tutors and preceptors, and it was necessary for them to develop specific skills and abilities for the educative practice of Permanent Education in Health. The object of the present study is the ideology that permeates the Permanent Education in Health in the education and practice of the tutors and preceptors of the Multi-professional Residence in Health. The objectives were: to describe the symbolic forms that express the Permanent Education in Health in the qualification and in the educative practice of the tutors and preceptors of Multi-Professional Residence in Health; to analyze the cultural transmission of symbolic forms in the Permanent Education in Health practice of the tutors and preceptors of the Multi-Professional Residence in Health; and to discuss the ideology in the Permanent Education in Health practice of the tutors and preceptors of Multi-Professional Residence in Health. The concepts of ideology and culture of John B. Thompson have been used as theoretical reference. The nature of this study is qualitative, developed in two hospital units of the Federal University of Rio de Janeiro, with the participation of 27 tutors and preceptors of the Multi-Professional Residence in Health, using three sources of evidence: primary sources such as regulatory laws and pedagogical projects of Multi-Professional Residence in Health; secondary sources such as articles published in periodicals and books; and non-directive interviews with the participants, which addressed the topics of insertion, formation, educational practice and activation in the personal, professional and instructional life of tutors and preceptors. For data analysis the methodological reference of John B. Thompson, denominated Depth Hermeneutics was used. It was verified that there was neither the relevant role in the insertion nor the adequate pedagogical training of tutors and preceptors for the initial performance in the Multi-Professional Residence in Health. In the process of implementation of the Multi-Professional Residence in Health there were inequalities in the management of the managers of the residence programs that influenced the practice of Permanent Education in Health and of tutoring and preceptorship. Thus, in the absence of training and encouragement to practice the Permanent Education in Health, tutors and preceptors developed insulate and individual Permanent Education in Health actions that did not find institutional support to discuss and modify the existing health practice. In this context, the educational practice was developed with and for the residents. On the other hand, the adequate training of tutors and preceptors allowed the development of skills and competences to carry out the Permanent Education in Health in a collective and institutionalized way, and there was also proximity of the attention and institutional management with the process of teaching learning in the Multi-Professional Residence in Health, which favored in positive repercussions and the incorporation of new senses and

meanings into the educational and care practice. It is concluded that the educational practice in the Multi-Professional Residence in Health permeates the dispute of knowledge and practices that maintains an ideology permeated by asymmetric relations and that can be subverted by tutors and preceptors through appropriate pedagogical training and encouragement to the Permanent Education in Health, to enable a joint action of shared knowledge with the other actors of the production of care and knowledge.

**Key Words:** Health Education; Nursing; Permanent Education; Non Medical Internship; Capacitation of Human Resources in Health; Unified Health System.

## RESUMEN

Mattos, Tania Mara Cappi. **Ideología que impregna la práctica de la Educación Permanente de la Salud por tutores y preceptores de la Residencia Multiprofesional en Salud**. Río de Janeiro, 2016. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Enfermería Anna Nery, de la Universidad Federal de Río de Janeiro, Río de Janeiro, 2016.

Se sabe que con la institución de la Política Nacional de la Educación Permanente en Salud y la regularización de la Residencia Multiprofesional en Salud, profesionales de la salud fueron desplegados para facilitar el proceso de formación en calidad de tutores y preceptores. El objetivo de este estudio es la ideología que impregna la Educación Permanente de la Salud en el entrenamiento y práctica de tutores y preceptores de la Residencia Multiprofesional en Salud. Los objetivos fueron describir las formas simbólicas que expresan la Educación Permanente de la Salud en la formación y las prácticas educativas de tutores y preceptores de la Residencia Multiprofesional en Salud; analizar la transmisión cultural de las formas simbólicas en la práctica de la Educación Permanente de la Salud de los tutores y preceptores de la Residencia Multiprofesional en Salud; y discutir la ideología en la práctica de la Educación Permanente de la Salud de los tutores y preceptores de Residencia Multiprofesional en Salud. Se utilizó como referencia teórica los conceptos de la ideología y la cultura de John B. Thompson. Se trata de un estudio cualitativo, realizado en dos hospitales de la Universidad Federal de Río de Janeiro, a que asistieron 27 tutores y preceptores de Residencia Multiprofesional en Salud, siendo utilizadas tres fuentes de evidencia: fuentes primarias tales como la legislación reguladora y proyectos educativos de la Residencia Multiprofesional en Salud; fuentes secundarias, tales como artículos de revistas y libros; y la entrevista no directiva con los participantes, que abordó las temáticas de formación, práctica educativa y activación en la vida personal, profesional y educacional de los tutores y preceptores. Para el análisis de datos se utilizó la metodología de John B. Thompson que se llama Hermenéutica de la profundidad. La conclusión fue que no había ningún papel que le correspondía en la integración y la formación pedagógica adecuada de tutores y preceptores para las operaciones iniciales en la Residencia Multiprofesional en Salud. En el proceso de implementación de la Residencia Multiprofesional en Salud se produjo desigualdades en la conducta de los administradores de los programas de residencia que influyen en la práctica de la Educación Permanente de la Salud y de la tutoría y preceptoría. Por lo tanto, en ausencia de la formación y el fomento de la práctica de la Educación Permanente de la Salud, que fueron

desarrolladas por profesionales de la salud, tutores y preceptores, acciones aisladas y Educación Permanente de la Salud individualizadas no encontraron apoyo institucional para analizar y modificar la práctica actual de la salud. En este contexto, la práctica educativa fue desarrollada con y para los residentes. Por otro lado, la formación adecuada de tutores y preceptores permitió el desarrollo de habilidades y conocimientos para llevar a cabo las Educaciones Permanentes de la Salud colectivas e institucionalizadas. Todavía hay mucha atención y gestión institucional con el proceso de enseñanza y aprendizaje en Residencia Multiprofesional en Salud, lo que favoreció en repercusiones positivas y la incorporación de nuevos significados a la práctica educativa y la atención. Se concluye que la práctica educativa en Residencia Multiprofesional en Salud impregna la disputa de los conocimientos y prácticas que mantienen una ideología permeada de relaciones asimétricas y que pueden ser subvertidas por tutores y preceptores a través de la formación pedagógica adecuada y el estímulo de Educación Permanente de la Salud, para permitir una acción conjunta del conocimiento compartido con otros actores en la producción de la atención y el conocimiento.

Palabras clave: Educación para la Salud; Enfermería; La Educación Permanente; Non Residencia Médica; Capacitación de Recursos Humanos para la Salud; Sistema Único de Salud.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Características das formas simbólicas .....	31
Figura 2	A transmissão cultural da educação permanente em saúde na ótica do estudo	38
Figura 3	Fases da hermenêutica de profundidade .....	49

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Modos de operação da ideologia .....	34
Quadro 2	Caracterização dos tutores e preceptores das residências multiprofissionais em saúde da mulher e em saúde da família e comunidade - Hospital 1 .....	44
Quadro 3	Caracterização dos tutores e preceptores da residência multiprofissional em saúde mental - Hospital 2 .....	45
Quadro 4	Narrativas que fazem referência à educação continuada .....	102
Quadro 5	Narrativas que fazem referência à educação permanente em saúde .....	103
Quadro 6	Interpretação da doxa e reinterpretação do pesquisador .....	123

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
CNRMS	Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
COREME	Comissão de Residência Médica
COREMU	Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Saúde
DEGERTS	Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde
DEGES	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DINTER	Doutorado Interinstitucional
EC	Educação Continuada
EEAN	Escola de Enfermagem Anna Nery
EPS	Educação Permanente em Saúde
FNEPAS	Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde
HESFA	Instituto de Atenção à Saúde São Francisco de Assis
H1	Hospital Cenário 1
H2	Hospital Cenário 2
HP	Hermenêutica de Profundidade
HUF	Hospital Universitário Federal
IPUB	Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
NEP	Núcleo de Educação Permanente
NOB	Normas Operacionais Básicas
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NUPESNF	Núcleo de Pesquisa Educação e Saúde em Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PRMS	Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde

SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

## SUMÁRIO

	<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	18
<b>1</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	20
1.1	CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO .....	20
1.1.1	<b>Questões norteadoras, objeto e objetivos do estudo</b> .....	25
1.1.2	<b>Relevância e contribuições do estudo</b> .....	26
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	30
<b>3</b>	<b>BASE E REFERENCIAL METODOLÓGICOS</b> .....	40
3.1	BASE METODOLÓGICA .....	40
3.1.1	<b>Abordagem do Estudo</b> .....	40
3.1.2	<b>Cenários do Estudo</b> .....	40
3.1.3	<b>Participantes da Pesquisa</b> .....	43
3.1.4	<b>Aspectos Éticos</b> .....	46
3.1.5	<b>Fontes de Evidências</b> .....	47
3.1.6	<b>Análise e discussão dos resultados - hermenêutica de profundidade</b> .....	49
<b>4</b>	<b>O CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE</b> .....	52
4.1	AS RELAÇÕES DE PODER E A MERCANTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE .....	52
4.2	OS CONFLITOS DE INTERESSES NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS .....	56
4.3	O PODER CORPORATIVO A SERVIÇO DA MEDICINA E CONTRÁRIO À RESIDENCIAL MULTIPROFISSIONAL .....	63
4.4	INTERPRETANDO O CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO .....	67
<b>5</b>	<b>ANÁLISE FORMAL OU DISCURSIVA</b> .....	69
5.1	A INSERÇÃO DOS TUTORES E PRECEPTORES NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE .....	70
5.1.1	<b>O hospital universitário federal como espaço de formação</b> .....	70
5.1.2	<b>A titulação acadêmica como pré-requisito para a inserção na RMS e para a prática da tutoria e preceptoria</b> .....	74
5.1.3	<b>As experiências e os vínculos norteados os convites</b> .....	76
5.1.4	<b>Criação dos programas de RMS e inserção dos profissionais de saúde com foco no atendimento às demandas governamentais</b> .....	78
5.1.5	<b>Interpretação das narrativas em relação à inserção na RMS</b> .....	80
5.2	A FORMAÇÃO DOS TUTORES E PRECEPTORES DA RMS .....	82

5.2.1	A realização de cursos para preceptoria/tutoria .....	83
5.2.2	A realização de diferentes cursos de capacitação e sua implicação na prática da preceptoria e tutoria .....	86
5.2.3	A ausência de capacitação na ótica dos participantes .....	88
5.2.4	Trocas de experiências e saberes como forma de aprendizado: dialogando com a prática da educação permanente .....	89
5.2.5	Interpretação das narrativas quanto à formação para a prática da tutoria e preceptoria .....	92
5.3	AS PRÁTICAS EDUCATIVAS DE TUTORES E PRECEPTORES DAS RMSs	98
5.3.1	A educação continuada nas ações educativas de tutores e preceptores .....	104
5.3.2	A educação permanente em saúde nas ações educativas de tutores e preceptores .....	110
5.3.3	Interpretação das práticas educativas dos tutores e preceptores .....	116
6	REINTERPRETAÇÃO DA DOXA .....	122
6.1	TESE DO ESTUDO .....	125
	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	126
	REFERÊNCIAS .....	130
	ANEXOS .....	137
	APÊNDICES .....	142

## APRESENTAÇÃO

O interesse pela realização deste estudo emerge das experiências vivenciadas como enfermeira, na implantação e desenvolvimento da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS)<sup>1</sup> em um Hospital Universitário Federal (HUF). Atreladas a elas, as constantes buscas por respostas para enfrentar o novo, o desconhecido, que se apresentava como algo desafiador, motivador de novas conquistas, mas em determinadas situações gerava fragilidade, impotência e comprometia a credibilidade de um programa de formação profissional para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Vivenciei, na minha trajetória profissional, o processo ensino-aprendizagem em um HUF. Após a graduação optei por trabalhar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), campo de prática dos estudantes dos cursos de enfermagem e medicina. Na UTI, experienciei o cuidado a pacientes graves, a coordenação da equipe de enfermagem e a orientação dos estudantes, em um cenário tão novo para mim quanto para eles. Esta fragilidade levou-me a aprender no fazer diário construir em exercício os alicerces da profissão.

Nesta perspectiva, minha atuação era respaldada pela reprodução das ações dos profissionais com quem convivia, em função da inexperiência no uso de tecnologias da gestão, da assistência e do ensino, essenciais para refletir a prática e impulsionar mudanças. Neste cenário, apesar da busca por estratégias que consolidassem a ação e a formação de profissionais críticos e autônomos, a força e o poder do modelo vigente direcionavam a assistência e o ensino para a reprodução das ações e transmissão dos conhecimentos, fazendo com que a prática vigente prevalecesse.

Sem saber os caminhos que trilharia, fui motivada pelo desejo de mudança a encontrar outras formas de construção de conhecimento para a prática de cuidar e ensinar. Desafiei o poder da produção e reprodução, caminhei à procura de recursos e estratégias que possibilitassem a construção de um modo de operar, não só a atuação profissional, mas a vida, e dela participar ativamente.

Nesta perspectiva, no curso de mestrado desenvolvi uma pesquisa intitulada “Riscos Biológicos à Saúde do Trabalhador de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva”. Os resultados ressaltaram a importância da participação ativa do trabalhador e a relevância da prática educativa no despertar da consciência dos profissionais de enfermagem para os riscos biológicos existentes na UTI (MATTOS, 2000). Essa pesquisa delineou minha aproximação

---

<sup>1</sup> Curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço e destinado às profissões da área da saúde, exceto a medicina (BRASIL, 2005).

com a temática da educação e motivou-me a obter maior compreensão sobre a educação e a inserção do profissional como agente modificador do seu processo de trabalho. Bem como influenciou minha saída da UTI, a inserção na diretoria do HUF e posteriormente na gerência do serviço de enfermagem.

Contudo, foi a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde<sup>2</sup> que proporcionou fundamentação e aprimoramento com a temática da educação profissional. Possibilitou a elaboração de um projeto intitulado “Ressignificando o Exercício da Enfermagem no Hospital Universitário”, desenvolvido em 2004, na perspectiva da EPS, como oferta pedagógica para refletir a dimensão ética e valorativa do cuidado e da profissão. Foi um dispositivo potencializador da inserção da categoria enquanto sujeito autônomo, crítico e corresponsável pelo processo de produção de saúde no HUF.

Quanto à prática educativa, permitiu-me experimentar a aprendizagem significativa, metodologias ativas, problematização do processo de trabalho e o poder de interferência da educação nos processos desenvolvidos na instituição. A experiência exitosa, somada à exigência do Ministério da Saúde (MS) no desenvolvimento da EPS, possibilitou a criação do Núcleo de Educação Permanente (NEP) e a sua coordenação por uma enfermeira. O interesse e as experiências com a educação levou-me a participar da sua criação e atuar na formação profissional até os dias atuais.

Todavia, foi o Curso de Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde e de Facilitadores da Educação Permanente em Saúde que me impulsionou a apoiar e reproduzir os preceitos da EPS e representar o Espírito Santo no Fórum Nacional de Educação das Profissões da Área da Saúde (FNEPAS). Nestes espaços, ampliei a compreensão sobre os processos que envolvem a educação profissional, o que me possibilitou coordenar a implantação e desenvolvimento da RMS e a Comissão de Residência Multiprofissional em Saúde (CRMS) por dois mandatos.

Assim, na realização do curso de doutorado, fui capturada pelas experiências e pela necessidade de buscar respostas, instigada a ampliar, por meio do viés acadêmico, as reflexões sobre a EPS na formação pedagógica dos tutores e preceptores e na sua prática educativa na RMS.

---

<sup>2</sup> Instituída pela Portaria Nº 198/GM/MS/2004, é definida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004, 2007).

# 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

## 1.1 CONTEXTUALIZANDO O OBJETO DE ESTUDO

As práticas educativas estão presentes na vida do ser humano com diversidades de finalidades, significados, símbolos, teorias, interpretações e metodologias. É um meio de transmitir valores éticos, morais e culturais, definir competências, padrões de comportamentos e consumo, atualizar conhecimentos, desenvolver habilidades, refletir realidades, entre outros. São utilizadas em diferentes contextos e atravessadas por formas de poder que acompanham e influenciam o processo de formação e reprodução social, política, econômica e cultural na construção dos valores e saberes que conduzem a sociedade.

A Constituição Federal Brasileira de 1988 envolve o Estado, a Família e a Sociedade na educação, objetivando o desenvolvimento pleno da pessoa, o preparo para o exercício da cidadania e a qualificação para o trabalho. Quanto à saúde, atribui ao SUS a responsabilidade de ordenar a formação profissional nesta área (BRASIL, 1988) e faz aproximação da educação, saúde e trabalho na preparação do cidadão para exercer suas funções enquanto sujeito social e profissional.

É neste contexto que se abordará a educação em saúde, como um processo que contribui para a construção e transformação de sujeitos, permitindo aprimorarem-se como cidadãos e profissionais, conscientes, críticos e reflexivos, capazes de analisar contextos, desencadear mudanças e transformar práticas vinculadas a interesses e compromissos institucionais, individuais ou coletivos.

Para tanto, neste estudo adotar-se-á a educação na concepção da EPS, segundo a qual

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação 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, tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho e sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

A EPS ganhou o estatuto de política pública na área da saúde, como estratégia para recomposição das práticas de formação, atenção e gestão. É instituída com capacidade pedagógica, oferta de tecnologias e espaços construtivistas e estratégias de ensino-aprendizagem que devem colocar o cotidiano de trabalho e da formação em saúde em análise, possibilitar a reflexão e avaliação das relações, processos e sentidos dos atos

produzidos no cotidiano do trabalho, implicando seus agentes, as práticas organizacionais, institucionais e as políticas inscritas nos atos de saúde (CECCIM, 2005).

Na perspectiva da EPS, o trabalho nos serviços de saúde é entendido como espaço para se refletir o instituído e o almejado, produzindo mudança nas práticas, sobretudo naquelas institucionalizadas. Para tanto, destaca-se a necessidade de favorecer a reflexão compartilhada e sistemática entre os profissionais de saúde e privilegiar o conhecimento prático em ações educativas. Representa assim um cenário de aprendizagem, explícito e implícito, para mudanças em prol da qualificação dos serviços, dos trabalhadores e da assistência à saúde promovida à população que usufrui dos serviços do SUS.

Das minhas leituras e vivências, destaco que a EPS é uma prática educativa de difícil realização, que, além da instituição política nos cenários de prática em saúde, fazem-se necessárias estratégias de apropriação, articulação e sustentação para a sua realização. Não se alcança a desejada reflexão da prática vigente em ações isoladas, realizadas por interesse de pequenos grupos e desassociadas do contexto institucional.

Ressalto que a problematização do processo de trabalho, com todos os envolvidos no atendimento das necessidades dos usuários, não é uma construção espontânea, realizada sem a devida capacidade pedagógica. Pelo contrário, é necessário um movimento estruturado, com processos, projetos, arranjos, negociações, estratégias, tecnologias, entre outros recursos, capazes de colocar no espaço institucional o processo de trabalho como centro privilegiado do processo pedagógico.

As experiências me mostraram que a capacidade pedagógica e de implicação da EPS paradoxalmente direcionam e sustentam a sua prática, bem como dificultam e até impedem a sua realização. Por um lado, tem influências no aumento do compromisso e da responsabilidade dos diversos participantes, por outro, pode expor os conflitos e disputas de poder entre as profissões e nas instituições, pois transformar a prática supõe transpor obstáculos, fragilidades, incoerências e ferir interesses de grupos privilegiados, constituindo-se, ao mesmo tempo, uma potente estratégia de transformação das práticas e um grande desafio a ser vencido pelos profissionais.

As vivências com a EPS afetam de diferentes formas os profissionais e os serviços de saúde. Presenciei situações em que o resultado almejado e alcançado por meio da EPS atendia a necessidade do serviço e valorizava o profissional de saúde, mas fazia oposição aos interesses pessoais de quem estava na gestão da instituição. Como consequência, processos eram interrompidos e profissionais eram remanejados para outras funções, gerando comprometimento da integridade física e emocional, colocando em risco o desempenho

profissional e a permanência na instituição. Com a participação em encontros regionais da Câmara Técnica de Humanização e do Polo de Educação Permanente, observei que esta problemática era reproduzida em algumas instituições.

Desta forma, o que tenho visto e vivido aponta que para modificar práticas institucionais há necessidade de oportunizar aos profissionais envolvidos na assistência e na educação em saúde o desenvolvimento de habilidades específicas, garantindo-lhes a possibilidade de colocar os bloqueios institucionais, regulatórios, normativos ou cognitivos em discussão. Ou seja, os serviços de saúde devem garantir às equipes de trabalho autonomia e responsabilidade de diagnóstico, discussão e busca de soluções compartilhadas, o que possibilitará novos conhecimentos e competências, assim como mudanças de ações, atitudes, comportamentos e práticas em saúde.

A fim de subsidiar o desenvolvimento dessas habilidades, foi proposto pelo NEP do hospital em que atuo um curso para docentes, tutores e preceptores da RMS. Desenvolvido por módulos, com atividades teóricas e práticas, utilizando o próprio campo de prática como cenário e o cotidiano dos serviços como situação-problema, oportunizando identificar e trabalhar os pontos frágeis da residência. Contudo, não houve sucesso na realização do referido curso, pois, embora os profissionais solicitassem e até reforçassem a sua necessidade, justificavam indisponibilidade de tempo e sobrecarga de trabalho.

Frente a isto, os profissionais envolvidos na RMS enfrentavam um duplo desafio: por um lado as exigências processuais da formação profissional dos residentes e da reorganização do sistema e serviços de saúde; e, por outro, a necessidade pessoal da própria capacitação pedagógica. Em algumas situações a ausência de recursos e apoio pedagógico gerava conflitos, exposição pessoal e institucional.

Eram notórias nas reuniões dos Departamentos de Ensino e da CRMS as dificuldades de condução, justificadas pelo descrédito no potencial do programa, pelo desejo de não envolvimento em processos de mudanças, por sobrecarga de trabalho, inexistência de incentivo financeiro, dificuldades para gerenciar conflitos e pela falta de apoio institucional. Ainda se destacaram a inexperiência com EPS, o despreparo para atuação interdisciplinar com diversidade de profissões, o desconhecimento de dispositivos essenciais para o cuidado integral, a necessidade de aprimoramento em metodologias de ensino-aprendizagem, entre outros.

Isto posto, era natural observar nos serviços e nos profissionais resistências à RMS e à incorporação de mudanças e de novas práticas em saúde. Todavia, chamou-me a atenção que, mesmo manifestando-se contrário, o profissional era pressionado a atuar como tutor e

preceptor, ministrar disciplinas, facilitar o processo de aprendizado dos residentes e a questionar a sua própria prática profissional, problematizando o modelo de saúde, como se fossem os únicos responsáveis por promover mudanças e adequar a assistência e o ensino às exigências do SUS.

Porém, com um olhar mais metucioso sobre as instituições de saúde, observa-se que refletir sobre as práticas vigentes e transformá-las implica em um processo que requer ações individuais, coletivas e institucionais. Deve-se compreender que não são os tutores e preceptores, nas práticas de ensino da RMS e de saúde nos serviços, que vão sustentar, de forma isolada, as mudanças necessárias nos serviços de saúde. Muitos outros atores devem permear este processo para desenvolvê-lo de forma coletiva, principalmente aqueles que decidem as políticas ou regras institucionais. Sendo necessário considerar as questões que atravessam as relações sociais e estruturas institucionais de poder e que são capazes de apoiar ou se opor ao modo de operar a EPS, tensionar os obstáculos ou potencializar os desafios da efetivação da RMS e, conseqüentemente, refletir a prática vigente ou sustentar a sua dominação.

Vale ressaltar que uma das linhas de tensão da RMS é representada pelas contradições entre o que é proposto pelo projeto pedagógico do curso e as intervenções realizadas nos serviços de saúde e nos Departamentos de Ensino. Em um serviço de saúde onde se desenvolve uma prática de educação orientada ou desenhada por atores que compartilham ações, falas, atitudes ou mesmos comportamentos não condizentes com a proposta de qualidade dos serviços, é normal que não se discutam os problemas ou questões que inibem as mudanças. Assim, as rotinas, o processo de trabalho, os comportamentos não são modificados e sim reproduzidos, o que reforçará ou perpetuará padrões e práticas incoerentes em saúde.

Por outro lado, a implantação da RMS em serviços que mantêm uma prática de educação não condizente com a política de EPS e a proposta da RMS pode determinar tensões e conflitos pelas diferenças e divergências de conceitos e de práticas em saúde, pois a RMS evidencia a atuação de profissionais dos serviços em uma nova condição de atuação, com práticas de tutoria e de preceptoria, que lhes exige competências específicas que garantam desenvolver a EPS como eixo norteador do projeto pedagógico do curso. Sem estas competências, estes profissionais reproduzem uma prática onde não se compreende e não se discute o ambiente e o processo de trabalho como espaços não neutros, com regras instituídas que exercem influência sobre as condutas dos profissionais de saúde e que são incorporadas em seus modos de pensar e agir, sustentando hábitos de trabalho que não condizem com o que se almeja.

Faz-se necessário criar mecanismos capazes de tensionar determinados conflitos e mobilizações interprofissionais, que estão presentes no processo de subjetivação dos profissionais de saúde em formação e no exercício da práxis do cotidiano das instituições de saúde, perpetuando saberes e práticas individualizadas em cada profissão, centradas em interesses corporativos e em territórios e práticas hierarquizadas, que fragmentam as ações em saúde. Deve-se ainda interferir nas redes de saberes que conformam e organizam as relações sociais, que se mostram naturalizadas e, portanto, invisíveis nas práticas sociais, mas movimentam-se nas relações de poder entre profissões e profissionais e tornam as práticas em saúde um espaço social de intensa efervescência, com conflitos que buscam desacomodar os saberes e os limites (OJEDA, 2008).

Nesse contexto, por meio das demandas que chegavam à coordenação da RMS, eram perceptíveis as associações entre gestão e atenção, trabalho e educação, academia e serviço. Todavia, na prática estabelecia-se a dicotomia, a falta de comunicação, as dissociações e as suas influências na teoria e na prática profissional. Gerando conflitos, disputas e superposição de poderes e saberes, com práticas permeadas por ações isoladas e fragmentadas, cada um fazendo a sua parte no que se refere às atividades que norteiam a divisão social do trabalho em saúde.

É importante esclarecer que não há nestes relatos uma ação intencional de exposição da prática vivenciada e da realidade dos serviços, tampouco questionamentos ou descréditos da capacidade pedagógica da EPS, ou mesmo crítica ao potencial de transformação da RMS. Em que pese todo o cenário adverso compete registrar que se acredita nesta modalidade de formação em saúde e na sua aposta e proposta de problematizar a conjuntura política, econômica, social e pedagógica desfavorável aos princípios e diretrizes do SUS.

O que foi ressaltado nesta aproximação inicial com a temática da EPS e da RMS justifica-se em função deste estudo alinhar-se à dicotomia entre a estrutura e funcionamento dos HUFs e a proposta das RMSs, entre a prática dos profissionais de saúde atuantes nestas instituições de saúde e a prática destes mesmos profissionais, na condição de preceptores e tutores da RMS, entre a EPS como estratégia de ensino da RMS e estratégia de aprendizagem no cotidiano dos serviços de saúde.

Desta forma, para desenvolver esta pesquisa buscou-se um referencial teórico e metodológico que permitisse analisar as relações sociais, os conflitos, as tensões e as formas de manifestação e sustentação do poder. Utilizar-se-á o referencial teórico e metodológico desenvolvido por John B. Thompson (2011), que, mesmo que não esteja diretamente relacionado aos eixos da educação, da saúde e do trabalho, constitui-se em uma teoria social

crítica, que permite estudar as formas de poder e de dominação, a natureza da estrutura social, a reprodução e mudança social, assim como as qualidades das ações e intervenções e os seus papéis na vida social.

Na observação do referido autor, as formas simbólicas, entendidas como atitudes, gestos, falas, objetos, imagens, dentre outros, são construções estruturadas, interpretadas e compreendidas pelas pessoas que as produzem, transmitem e as recebem. As tensões, diversidades e disputas de poder presentes em determinados cenários são totalmente aceitáveis e explicáveis, considerando que há uma multiplicidade de produção, reprodução e interpretação de formas simbólicas, transmitidas culturalmente para manter relações de dominação e subordinação. Para Thompson (2011, p. 16), as formas simbólicas podem ser usadas para estabelecer e sustentar relações assimétricas, que determinam o conceito de ideologia como “sentido a serviço do poder”.

Abre-se, então, a partir deste entendimento, a possibilidade de afirmar que as relações sociais construídas no contexto das RMSs implantadas nos HUFs são permeadas por formas simbólicas, como rotinas, interações e regulações, hierarquias, tradições e trajetórias históricas, que incluem um sistema de credenciais, normas e incentivos explícitos e implícitos de funcionamento. Frente a isto, os profissionais de saúde internalizam estes elementos, produzindo, transmitindo e reproduzindo, por meio das relações sociais, regras e normas, assim como ações, falas, condutas, dentre outros aspectos, constituindo-se um dispositivo de impacto e de manutenção da estrutura do poder, na gestão, na atenção e na formação em saúde.

Diante do exposto, entende-se que o referencial teórico de John B.Thompson (2011) ajusta-se ao estudo e permitirá interpretar e (re)interpretar a produção, transmissão e reprodução de formas simbólicas por tutores e preceptores da RMS, abordando as relações sociais em todos os seus contextos históricos e sociais.

### **1.1.1 Questões norteadoras, objeto e objetivos do estudo**

Diante da problematização exposta, foram elaboradas as seguintes questões norteadoras:

- Os profissionais de saúde tiveram formação pedagógica para atuarem como tutores e preceptores da RMS e desempenharem ações de EPS?
- As práticas educativas desenvolvidas pelos tutores e preceptores da RMS expressam a EPS?

- Quais relações de poder permeiam a EPS desenvolvida por tutores e preceptores da RMS?

Tais questionamentos indicam como objeto deste estudo:

**A ideologia que permeia a Educação Permanente em Saúde na formação e na prática dos tutores e preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde.**

Para atender ao objeto proposto, foram construídos os seguintes objetivos:

- Descrever as formas simbólicas que expressam a educação permanente em saúde (EPS) na formação pedagógica e na prática educativa dos tutores e preceptores da RMS;
- Analisar a transmissão cultural de formas simbólicas da EPS na prática educativa dos tutores e preceptores da RMS;
- Discutir a ideologia na prática da EPS dos tutores e preceptores da RMS.

### **1.1.2 Relevância e contribuições do estudo**

Evidencia-se que a formação profissional está destacada na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, na subagenda 21 da Gestão do Trabalho e Educação em Saúde:

Lógicas e processos da formação de profissionais para todos os níveis de formação e de atuação no Sistema Único de Saúde (SUS); Processos de trabalho e formação em saúde, suas especificidades relativas ao conjunto de profissões frente à incorporação de novas tecnologias, saberes, práticas e formas de inserção profissional, considerando a atenção básica, média e de alta complexidade (BRASIL, 2008).

Ambos os itens estão diretamente relacionados ao propósito da RMS e ao objeto desta pesquisa, que, por meio de uma política pública de formação profissional, discute os eixos da educação, do trabalho e da saúde no SUS. No que diz respeito à educação, o estudo poderá contribuir com a produção de conhecimentos, com o desenvolvimento de tecnologias e de inovações na formação profissional. Quanto ao trabalho em saúde, releva-se que na EPS o processo de ensino-aprendizagem ocorre a partir da problematização do processo de trabalho dos profissionais de instituições de saúde, que atuam na assistência, no ensino e na pesquisa, favorecendo a análise crítica das realidades vivenciadas e o fortalecimento dos espaços coletivos de (re)construção multiprofissional das práticas vigentes.

No que se refere à saúde, a pesquisa traz à discussão questões relacionadas ao sistema de saúde, com destaque para o processo de ensino-aprendizagem multiprofissional e interdisciplinar focado no cuidado integral, trazendo a necessidade de implicações dos profissionais nas necessidades de saúde dos usuários, de ações de enfrentamento ao modelo médico hegemônico e de fortalecimento do SUS.

Todos estes eixos unem-se e potencializam-se em uma pesquisa desenvolvida na perspectiva da EPS. Pelos princípios e diretrizes que a norteiam é perceptível evidenciar os desafios do SUS, das instituições de saúde onde está sendo implantada a RMS, das profissões e dos profissionais de saúde envolvidos e destacar a formação em saúde como um processo de intervenção nos modos de cuidar e de gerir os serviços de saúde, assim como uma forma de divulgar a prática educativa realizada por tutores e preceptores e criar espaços para reflexões de práticas, saberes, conflitos e tensões no contexto da assistência e do ensino em saúde.

Vale destacar que o parecer do Comitê de Ética e Pesquisa considera que esta pesquisa é inovadora e acompanha o processo de construção e desenvolvimento da RMS. Relata que o projeto é importante para o processo de construção da residência multidisciplinar, do desenvolvimento da tutoria e preceptoria na residência e da prática educativa nos serviços de saúde. Ressalta também o papel da enfermagem e de outros profissionais na EPS.

Quanto à linha de pesquisa Educação e Saúde em Enfermagem, pretende-se somar aos que vislumbram na prática educativa estratégias para estimular uma formação mais crítica, reflexiva e consciente, comprometida com a transformação da realidade vivida hoje nas instituições de saúde, superando os limites individuais e coletivos de cada profissão.

No que se refere à prioridade de pesquisa em enfermagem, apesar de possuir enfoque multiprofissional, a RMS pressupõe a qualificação do trabalho de cada profissão envolvida na equipe multiprofissional. Podendo então contribuir com as discussões no campo do saber disciplinar e interdisciplinar das profissões, impactando a assistência, o ensino e a pesquisa na enfermagem.

Neste sentido, ao refletir sobre a prática educativa dos tutores e preceptores na formação dos residentes, em especial do enfermeiro, é possível trabalhar a articulação da teoria e da prática e favorecer a participação da enfermagem tanto na sua área específica quanto na equipe multiprofissional. O estudo poderá ainda evidenciar a prática do cuidado e a produção do conhecimento na enfermagem e a sua inter-relação com as demais profissões da área da saúde.

Quanto ao referencial teórico e metodológico, confere um caráter crítico à pesquisa, possibilita refletir, analisar e interpretar as relações constituídas por meio do saber, do fazer e

do poder estabelecido no processo de trabalho na saúde. Isto porque o processo de ensino-aprendizagem é, sobretudo, um processo de comunicação, de interação e de mediação estabelecido entre os educadores e os estudantes.

Releva-se ainda que os referenciais teórico e/ou metodológico de John B. Thompson (2011) têm sido utilizados e aprimorados em teses e dissertações inseridas na linha de pesquisa Educação e Saúde em Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Escola de Enfermagem Anna Nery, para refletir a formação em saúde no contexto da prática assistencial e da docência em enfermagem, dentre as quais se destacam as Teses de Doutorado de Cardoso (2007), Santos (2007) e Silva (2013), e as Dissertações de Mestrado de Costa (2005), Rufino (2014), Silva (2007), Ferreira (2013), Silva (2016) e Villarinho (2016).

Segundo a concepção de Thompson (2011), ao desenvolver uma interpretação da ideologia, interpreta-se inicialmente a opinião dos participantes sobre as formas simbólicas e sobre o contexto social onde estas foram produzidas, transmitidas e reproduzidas, assim como reinterpretam-se, na perspectiva do olhar hermenêutico do pesquisador, as ações, falas, gestos, comportamentos e atitudes das pessoas que constituem o mundo social analisado, possibilitando assim uma compreensão mais profunda do objeto de estudo investigado.

Neste estudo, por meio da Hermenêutica de Profundidade (HP) proposta por John B. Thompson, pretende-se refletir a prática da EPS por tutores e preceptores da RMS no HUF. Produzir dados, provocar respostas, despertar para a necessidade de examinar-se a si mesmo, dar voz ao ser profissional e institucional para discutir as relações de saber e poder, os interesses e perspectivas presentes no exercício profissional, que se concretizam nas relações sociais e atravessam a formação dos residentes, interferindo no processo ensino-aprendizagem e no conjunto das relações sociais que visam à transformação das práticas de atenção e gestão vigentes na saúde.

Cabe aqui divulgar o resultado da busca das publicações que tratam da tutoria e da preceptoria sob a ótica da EPS e da RMS, nos bancos de dados científicos LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), MEDLINE (Medical Literature Analysis And Retrieval System Online) e BDENF (Base de Dados de Enfermagem), nos idiomas português, inglês e espanhol, sob o recorte temporal compreendido entre 2005 (ano de instituição legal da RMS) e 2016, em que se constata que há um número reduzido de publicações. Convém destacar que não há descritores para residência em saúde nem residência multiprofissional, devendo o pesquisador optar pelo descritor “internato não médico”.

A concepção de ideologia proposta por Thompson (2011) nos permite refletir que o sentido e o significado da inexistência de um descritor apropriado para a residência multiprofissional podem estar ligados ao exercício de dominação, uma vez que, no Brasil, a modalidade de ensino denominada residência por muitos anos esteve atrelada à medicina. É oportuno, então, estudar a RMS, divulgar os resultados destes estudos, publicando artigos e criando espaços de discussão de produções científicas em eventos com a participação da academia e do serviço, para fortalecimento desta modalidade de ensino, que pode contribuir na busca de alternativas multiprofissionais que articulem a educação e o trabalho.

Diante do exposto, presumo que tutores e preceptores da RMS só poderão problematizar o processo de trabalho na saúde se tiverem formação pedagógica para desenvolver a prática educativa na perspectiva da EPS. Bem como só será possível incorporar novos significados à prática profissional e ativar processos de mudanças na saúde e na educação se efetivamente a EPS for o eixo norteador do projeto pedagógico da RMS, estratégia para inserir todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde e educação.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Como foi mencionado anteriormente, para o desenvolvimento deste estudo adotou-se o referencial teórico de John B. Thompson, cientista social inglês formado pela Universidade de Cambridge, onde é pesquisador e professor de sociologia. Em seu livro intitulado “Ideologia e Cultura Moderna”, Thompson (2011) elabora uma teoria social crítica que permite compreender o papel da mídia nas sociedades modernas. A comunicação de massa é o tema central da sua análise, destacando o impacto desta na cultura moderna, a sua influência e as formas de dominação manifestas nas mensagens produzidas, reproduzidas e interpretadas pelos agentes sociais.

Instigado com os processos que permeiam os meios de comunicação e o sentido/significado das ações e reações humanas, o referido autor faz uma revisão crítica nos campos teóricos da ideologia, cultura e mídia. Argumenta que a ideologia pode ser usada para se referir às maneiras como o sentido (significado) serve para estabelecer e sustentar relações de poder e a define como “sentido a serviço do poder”, em que as formas de dominação são estabelecidas pelo uso ideológico das formas simbólicas (THOMPSON, 2011, p. 16), entendidas como atitudes, objetos, imagens, gestos, falas, etc., que são construções estruturadas, interpretadas e compreendidas pelas pessoas que as produzem e as recebem e que circulam em vários contextos socio-históricos e podem produzir traços de sua condição social de produção (THOMPSON, 2011).

Nesta perspectiva, Thompson (2011) desenvolve um referencial teórico e ainda metodológico que visa à compreensão dos processos sociais nos quais e pelos quais se mantêm relações assimétricas de dominação estabelecidas no convívio diário. Destaca que para compreender as relações sociais é necessário considerar dois aspectos: o primeiro é que os seres humanos dão intencionalidades, significados e interpretações às suas ações e construções; o segundo é que não se analisam estas ações somente com a interpretação do seu ator, uma vez que ele pode ser influenciado pela subjetividade e diversidade de poderes e interesses presentes nas relações sociais.

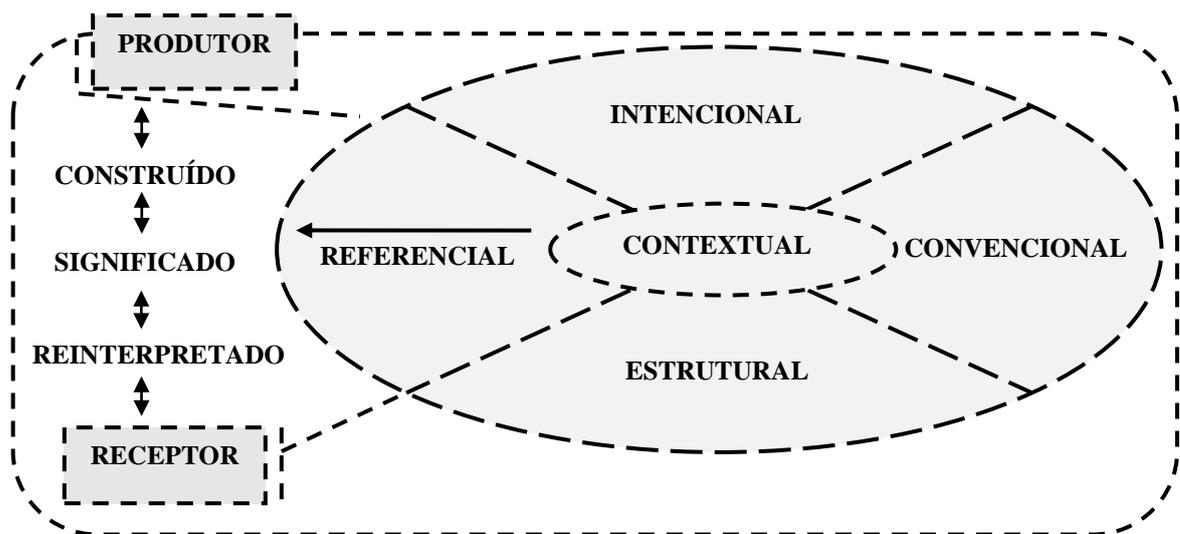
Tais concepções permitem afirmar que as formas simbólicas são produzidas por sujeitos e para sujeitos dentro de contextos socio-históricos específicos, com características espaciais e temporais destes contextos. Dependendo da forma como o sentido construído, empregado e entendido for usado, pode-se estabelecer relações de dominação pelo uso ideológico das formas simbólicas (THOMPSON, 2011).

Pode-se falar então em “dominação”, quando as relações estabelecidas de poder são “sistematicamente assimétricas”, isto é, quando grupos particulares de agentes possuem poder de uma maneira permanente, e em grau significativo, permanecendo inacessível a outros agentes, ou a grupos de agentes, independente da base sobre a qual tal exclusão é levada a efeito (THOMPSON, 2011, p. 80).

Por meio destas reflexões, afirma-se que pode haver desigualdades nas relações sociais, o que favorecerá a existência de uma classe dominante, que utiliza seus recursos para influenciar e impor valores, crenças, culturas e interesses a uma classe dominada, o que implicará em intervenção no curso dos acontecimentos. Estes, por sua vez, deixam de ser naturais e passam a ser naturalizados pelos atores sociais envolvidos, embora, muitas vezes, a interferência não seja percebida no que se refere às posições de subordinação ou de dominação, aos recursos utilizados na intervenção e ao favorecimento de uns em detrimento de outros (THOMPSON, 2011).

O referido autor descreve cinco características das formas simbólicas (Figura 1) que, com seus aspectos intencionais, convencionais, estruturais, referenciais e contextuais, estão relacionadas aos termos significado, sentido e significação e permitem que as formas simbólicas possam ser vistas como fenômenos significativos. Destaca o aspecto contextual em função de as características espaciais, temporais e estruturais do contexto de produção interferirem diretamente no contexto de recepção.

Figura 1 - Características das formas simbólicas



Fonte: a autora.

No que se refere ao aspecto intencional, pode-se dizer que o objeto, enquanto fenômeno significativo, foi produzido ou percebido intencionalmente por um sujeito. Entretanto, o seu significado não é idêntico àquilo que o sujeito produtor quis dizer ao produzi-lo, podendo ser interpretado e reinterpretado pelo receptor. No aspecto convencional, tanto a sua produção quanto a sua interpretação são processos que envolvem a aplicação de convenções, e, portanto, podem ser corrigidas ou sancionadas (THOMPSON, 2011).

A estrutura das formas simbólicas constitui-se em um padrão de elementos que podem ser discernidos e o significado transmitido é construído com traços estruturais e elementos sistêmicos. Destaca-se no aspecto referencial a capacidade de as formas simbólicas afirmarem, expressarem e retratarem o que foi produzido como referência, ou seja, é esta capacidade que projeta o significado que foi construído pelo produtor e que será reinterpretado pelo receptor. Já o aspecto contextual refere-se ao fato de as formas simbólicas estarem inseridas em contextos sócio-históricos específicos e serem produzidas por sujeitos e para sujeitos com características espaciais e temporais de determinado contexto (THOMPSON, 2011).

Ressalto as características das formas simbólicas para demonstrar que se trata de algo que foi construído com intenção, convenção, estrutura, referência e contexto. Entendendo que sua produção e reprodução não foram ingênuas e sem significado preestabelecido, mas, ao contrário, já foram interpretadas para passar o significado definido pelo seu produtor, a fim de alcançar seus objetivos.

São então construções que representam, referem, dizem algo sobre alguma coisa. Uma vez dito, têm poder para afirmar, declarar, projetar ou retratar determinado objeto, que, mesmo sendo um objeto estático, por sua forma estruturada, tem a capacidade de movimentar-se, comunicar-se e expressar uma mensagem, exercendo algum tipo de reação em quem a está recebendo, podendo então tornar-se objeto de avaliação, valorização, repudiação, conflitos, entre outros (THOMPSON, 2011).

Neste contexto, as manifestações humanas são construídas, trocadas e reproduzidas socialmente. A sociedade intervém sobre o indivíduo, impondo-lhe um comportamento, definindo uma identidade social, criando uma cultura homogênea, anulando as características singulares, as necessidades pessoais e os interesses individuais de pessoas distintas. Para tanto, as formas simbólicas são mediadas por ações, interações e contextos sociais, cruciais à análise da cultura.

Sobre a concepção de cultura Thompson afirma que:

Cultura é o padrão de significados incorporados nas formas simbólicas, que inclui ações, manifestações verbais e objetos significativos de vários tipos, em virtude dos quais os indivíduos comunicam-se entre si e partilham suas experiências, concepções e crenças (THOMPSON, 2011, p. 176).

A partir desta concepção, os fenômenos culturais podem ser entendidos como formas simbólicas em contextos estruturados e a análise cultural como o estudo da constituição significativa e da contextualização social das formas simbólicas. A maneira de produzir, compreender, interpretar, avaliar e valorizar as formas simbólicas pode diferir de um indivíduo para outro, sendo influenciada por recursos, regras, esquemas e posições ocupadas pelos sujeitos envolvidos (THOMPSON, 2011).

Posição, tempo e recursos podem criar um campo de forças, sustentar relações que são sistematicamente assimétricas, estabelecendo disputa de poder em determinados campos ou instituições. As construções ideológicas se afirmam por meio de diferentes possibilidades de relações de dominação e subordinação, estabelecidas pela aceitação e obediência ao cumprimento das imposições presentes no cotidiano das relações sociais. São construídas por pessoas que dão sentido às formas simbólicas e as integram a outros aspectos de suas vidas.

Assim, as formas simbólicas sustentam e legitimam as relações assimétricas, mantendo um ciclo vicioso, onde determinados sujeitos podem assumir posição de vítima (subordinado) e de agente (dominante) ao mesmo tempo, contribuindo com a manutenção do poder e com a transmissão cultural das formas simbólicas de diversas maneiras, por diferentes grupos de produtores e receptores, que as recebem e interpretam em diferentes contextos espaciais e temporais.

Contudo, as relações assimétricas não obedecem a um modelo padrão, convencional. O poder pode ser manifestado de diversas formas, em contextos variados e por diferentes pessoas. Existem inúmeras maneiras de manifestação e modos de operação da ideologia, com suas respectivas estratégias de construção simbólica, para Thompson (2011) (Quadro 1).

Quadro 1 - Modos de operação da ideologia.

<b>Modos Gerais de Operação da Ideologia</b>	<b>Algumas Estratégias Típicas de Construção Simbólica</b>
LEGITIMAÇÃO	Racionalização Universalização Narrativização
DISSIMULAÇÃO	Deslocamento Eufemização Tropo (sinédoque, metonímia, metáfora)
UNIFICAÇÃO	Estandardização Simbolização da unidade
FRAGMENTAÇÃO	Diferenciação Expurgo do outro
REIFICAÇÃO	Naturalização Eternização Nominalização/passivização

Fonte: Thompson, 2011, p. 81.

No modo **legitimação**, a ideia é defendida como legítima e digna de apoio. Thompson (2011) afirma que por meio das estratégias de:

- **Racionalização** - Constrói-se uma cadeia de raciocínio para defender e/ou justificar um conjunto de relações ou instituições sociais, utilizando-se da persuasão para realizar convencimento, forçar aceitação e alcançar apoio;
- **Universalização** - Os acordos institucionais beneficiam os interesses de número reduzido de pessoas e são apresentados como se representassem os interesses de todos; e
- **Narrativização** - Destaca-se a reconstrução do passado como se fosse o presente, ressaltando a tradição e o sentimento de pertencimento.

Na **dissimulação** a ideologia é estabelecida e sustentada pela ocultação, negação e obscuração. Este modo de operação da ideologia, de acordo com Thompson (2011), pode ser expresso pelas estratégias de:

- **Deslocamento** - Há transferência de conotações de termos costumeiros, invertendo o positivo ou o negativo de um a outro objeto ou pessoa;

- **Eufemização** - As ações, instituições ou relações sociais são descritas ou reescritas, sutilmente com pequenas ou imperceptíveis mudanças, com a finalidade de despertar um processo de valorização positiva; e
- **Tropo** - Faz-se uso figurativo da linguagem, seja por meio da **sinédoque**, que envolve a junção semântica da parte e do todo, por meio da confusão ou inversão das relações entre a coletividade e suas partes; da **metonímia**, onde um termo toma o lugar de um atributo, adjunto ou característica, mesmo que não se encontre conexão entre o termo utilizado e o objeto referido; ou da **metáfora**, quando há o emprego inadequado de um termo ou frase a um objeto, implicando características que eles não possuem fornecendo tanto um sentido negativo quanto positivo.

Outro modo de operar a ideologia é a **unificação**, sustentada e estabelecida por intermédio da construção simbólica, de formas de unidade que estabelecem conexão entre os indivíduos, interligando-os em uma identidade coletiva, independentemente de suas diferenças e divisões. Este modo de acordo com Thompson (2011) pode ser expresso pelas estratégias de:

- **Padronização** - Há proposição de um referencial padrão, para ser compartilhado e aceito por grupos em contextos distintos; e
- **Simbolização da Unidade** - Relatada como a construção de símbolos de unidade, identidade ou identificação coletivas, que representam e afirmam a união de todos suprimindo as diferenças e divisões.

A ideologia também pode ser operada mediante a **fragmentação**, como ação oposta à unificação, por meio da separação de indivíduos e grupos que podem representar ameaças ou oposição aos grupos dominantes. De acordo com Thompson (2011) este modo pode ser evidenciado pelas estratégias de:

- **Diferenciação** - Há ênfase nas distinções, diferenças e divisões individuais e coletivas apoiando a desunião e impedindo o fortalecimento e o exercício do poder; e

- **Expurgo do Outro** - Instituída pela criação de um inimigo que representa o mau, o perigo, a ameaça e, portanto, deve ser expurgado como um adversário.

Quanto ao modo de **reificação**, destaca-se uma situação transitória, histórica, que é retratada como sendo natural, permanente, atemporal, de forma a eliminar ou a ocultar o caráter sócio-histórico dos fenômenos. Segundo Thompson (2011), este modo pode ser expresso pelas estratégias de:

- **Naturalização** - Onde uma criação social e histórica é analisada como um fenômeno natural ou como um resultado inevitável de características naturais;
- **Eternalização** - Os fenômenos sócio-históricos perdem seu caráter histórico e assumem caráter permanente; e
- **Nominalização/Passivização** - São recursos gramaticais e sintáticos que visam concentrar a atenção do ouvinte ou leitor para certos temas, em prejuízo de outros, apagar o autor e a ação e representar processos como coisas ou acontecimentos que acontecem na ausência do sujeito que os produziram, bem como eliminar referências e contextos espaciais e temporais específicos.

Ao valer-se da ideologia e de seus modos de operação, uma classe dominante legitima o seu poder com a mobilização do sentido por um sistema de representações e significados, estabelecidos em diferentes contextos sócio-históricos, por meio daqueles que ocupam importantes funções no mecanismo de reprodução social. E, portanto, estes sujeitos, ambientes ou objetos possuem meios para defender e beneficiar os interesses particulares em detrimento dos coletivos, exercendo certo controle sobre as relações sociais, criando um distanciamento espacial e temporal entre os indivíduos e a sociedade, ao mesmo tempo em que reafirmam a divisão de classes e de poder.

Todavia, apesar da existência de diversos modos de operar a ideologia, nenhum ser humano é capaz de exercer o domínio absoluto do curso dos acontecimentos. Sempre há possibilidade de buscar recursos e desenvolver estratégias para transpor as barreiras encontradas no convívio social, a fim de que seja alcançada uma posição central na sociedade, com plena capacidade de refletir, criticar, problematizar, subverter a ordem social, política, econômica, cultural, entre outras, que tenham caráter dominante.

Entretanto, para contrapor a aceitação passiva, há de se fazer mudanças significativas, estimular a reflexão crítica, resistir à imposição sustentada por interesses, fazer confronto, interpretar o significado transmitido pelas formas simbólicas, assumir uma posição de repúdio sobre as relações de poder que favorecem a transmissão cultural e os modos de operação da ideologia.

Quanto à **transmissão cultural** das formas simbólicas, Thompson (2011) descreve três aspectos fundamentais: o meio técnico de transmissão, o aparato institucional e o distanciamento espaço-temporal. O **Meio Técnico** é descrito como o substrato material pelo qual as formas são produzidas e transmitidas, permitindo a fixação e reprodução destas formas simbólicas e a participação dos indivíduos que empregam este meio de transmissão.

Já o **Aparato Institucional** é descrito como o conjunto de articulações institucionais como regras, recursos e relações hierárquicas de poder, onde o meio técnico é elaborado, recebido e tratado pelos indivíduos envolvidos neste meio. Tais articulações possuem canais de difusão seletiva utilizada toda vez que a estratégia visa promover a acessibilidade — e ainda mecanismos para implementação restrita, quando o objetivo é preservar, proteger e restringir a circulação das formas simbólicas, sendo a condução definida pelos interesses pessoais ou coletivos.

No **Distanciamento Espaço-Temporal**, considera-se a combinação do meio técnico e do aparato institucional, onde a forma simbólica é distanciada do seu contexto espacial e temporal de produção, sendo inserida em novos contextos, que podem ser localizados em diferentes tempos e locais ou espaços de recepção e tratamento.

As construções simbólicas e ideológicas são manifestadas em vários contextos da vida cotidiana nas sociedades modernas e são capazes de afetar diversas pessoas em locais e tempos distantes. Representam uma característica do movimento político organizado, estando presentes, por exemplo, nos contextos políticos (THOMPSON, 2011).

A partir desta concepção, analisar-se-á a transmissão cultural de formas simbólicas na EPS, com a intenção de questionar o sentido construído e empregado na prática educativa dos tutores e preceptores na RMS.

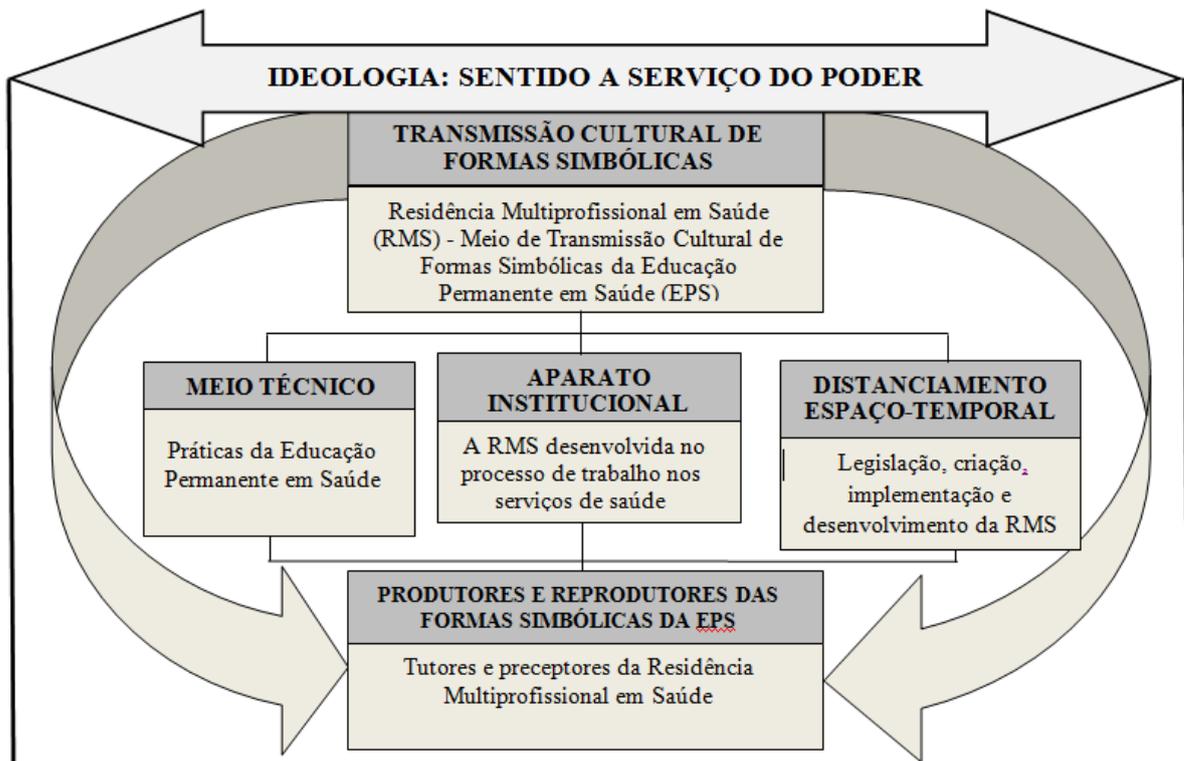
Considerando os três aspectos da transmissão cultural de formas simbólicas, pode-se dizer que o meio técnico deste estudo é a prática educativa experimentada pelos tutores e preceptores ao longo de sua trajetória profissional e sobre a qual as formas simbólicas da EPS são produzidas e reproduzidas por meio da prática da tutoria e da preceptoría na RMS, com diversidade de profissões e participações dos profissionais que empregam este meio.

No estudo em questão, o aparato institucional refere-se à RMS, onde o meio técnico, ou seja, a prática educativa, é produzido, reproduzido e circulado por diferentes maneiras e por meio de um conjunto de arranjos institucionais, presentes no processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuam como tutores e preceptores. A RMS, enquanto aparato institucional, pode ser utilizada tanto como canal de difusão seletiva quanto como mecanismo para implementação restrita das formas simbólicas da EPS.

Considerando o distanciamento espaço-temporal como a combinação do meio técnico e do aparato institucional e o fato de ter-se estudado programas de residência de instituições de saúde distintas, vários aspectos foram entendidos como distanciamento espaço-temporal tais como: as mudanças nas legislações, os diferentes contextos sócio-históricos das instituições, as características dos projetos pedagógicos dos cursos, a trajetória dos profissionais de saúde, a prática educativa, a formação e a experiência com a EPS, as mudanças sociais, culturais, espaciais e temporais, realizadas a partir da inserção e atuação como tutores e preceptores da RMS, dentre outros aspectos.

Para ilustrar os elementos da transmissão cultural definidos para efeito de desenvolvimento deste estudo, foi elaborada a Figura 2.

Figura 2 - A transmissão cultural da educação permanente em saúde na ótica do estudo.



Fonte: a autora.

Assim, o referencial teórico elaborado por John B. Thompson, amparado por seus conceitos, apoiará o desenvolvimento de uma interpretação da ideologia que permeia a produção, transmissão e reprodução de formas simbólicas na prática da EPS no universo simbólico da RMS, contemplando o contexto sócio-histórico e o discurso dos tutores e preceptores desta modalidade de ensino.

### **3 BASE E REFERENCIAL METODOLÓGICOS**

#### **3.1 BASE METODOLÓGICA**

##### **3.1.1 Abordagem do Estudo**

O desenvolvimento de uma pesquisa é um processo de busca por respostas, um mergulho no mundo imaginário ou real, a fim de construir o conhecimento científico, sendo indispensável correlacionar às propostas teórica e metodológica, a fim de permitir ao pesquisador desvelar o objeto e compreender melhor o fenômeno estudado.

Utilizou-se neste estudo a abordagem qualitativa que, na observação de Minayo (2007), favorece a análise das relações entre indivíduos e sociedade, entre ação, estrutura e significados, representações, percepções e interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, pensam, constroem seus artefatos e a si mesmos. Esta abordagem é capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais. Assemelha-se a procedimentos de interpretação dos fenômenos que se empregam no cotidiano, permitindo interpretar processos sociais pouco conhecidos referentes a grupos particulares.

Nesta perspectiva, a abordagem qualitativa se conformou melhor ao estudo proposto por ser capaz de contemplar a subjetividade das instituições, das relações sociais e dos significados construídos, assim como por permitir a investigação de relações sociais e culturais por meio da análise de documentos, contextos e discursos que se estabelecem no interior dos hospitais universitários, no processo de produção de saúde e de conhecimento. Permitiu, assim, discutir as ações e reações dos tutores e preceptores da RMS e compreender o objeto de estudo a partir das perspectivas dos participantes, dos diferentes significados atribuídos às experiências vividas no contexto da assistência e do ensino na saúde.

##### **3.1.2 Cenários do Estudo**

Foram escolhidos como cenários deste estudo dois (2) hospitais de ensino de uma universidade pública federal, localizada no Município do Rio de Janeiro, que tiveram seus programas de RMS implementados no ano de 2010, a saber: Hospital 1 (H1) - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Mulher e Programa de Residência

Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade; Hospital 2 (H2) - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental.

As descrições das instituições e dos programas de RMS foram realizadas a partir dos dados colhidos nos projetos pedagógicos. A instituição H1 é um hospital escola que contribui com a formação de enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos e médicos. Cumpre com seu papel histórico, social e de vanguarda com o desenvolvimento de profissionais da área da saúde e com a formação e qualificação de profissionais, objetivando a melhoria da saúde da população brasileira. O H1 desenvolve outras ações relacionadas à sua função como instituição universitária, inserida na rede de assistência pública de saúde, desenvolvendo ações de baixa e média complexidade simultaneamente, assim como atividades de ensino, pesquisa e extensão, numa perspectiva interdisciplinar e integrada.

O Programa de RMS em Saúde da Família e Comunidade, sob a responsabilidade do H1, tem por objetivo promover o desenvolvimento de habilidades e competências profissionais para enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas, para o exercício profissional com excelência na atenção à saúde da população, gestão e organização do trabalho, fundamentadas nas diretrizes do SUS, na perspectiva da integralidade e do modelo de vigilância à saúde. A construção do processo educativo organiza-se a partir do exercício da cidadania, que por sua vez fundamenta-se a partir de quatro aprendizagens fundamentais, com ênfase primária no saber ser, sobre o qual se estruturam os demais saberes: saber fazer, saber aprender e saber conviver.

O método proposto fundamenta-se nas teorias da pedagogia crítica e da educação reflexiva, na filosofia do construtivismo de Piaget, no método participativo e coletivo da psicologia libertária, proposto por Rogers, na perspectiva de autonomia e resistência política construída por Freire, na ideia de currículo multiculturalista iniciada por Giroux, na educação para formação de identidade crítica e comprometida com a realidade social apontada por Silva, na teoria da atividade proposta por Vygotsky e, por fim, na filosofia da educação pela pesquisa organizada por Demo.

Já o Programa de RMS em Saúde da Mulher, também sob a responsabilidade do H1, objetiva promover o desenvolvimento de atributos profissionais de enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, nos diferentes campos de saberes e práticas, para o exercício profissional com excelência nas áreas de cuidado à saúde da mulher e sua família, assim como na gestão e organização do trabalho, visando à melhoria da saúde e da qualidade de vida e o atendimento das necessidades da rede para a consolidação do SUS.

Em sua proposta pedagógica o Programa de RMS em Saúde da Mulher não apresenta teoria nem referencial específico da educação, mas fundamenta a sua prática na singularidade da aprendizagem, segundo as necessidades particulares de cada residente, além de caracterizar uma abordagem pedagógica centrada no residente a ser utilizada no desenvolvimento do programa. Descreve atividades que caracterizam a utilização de metodologias ativas de aprendizagem, tais como: debates sobre aspectos ideológicos, teóricos e conceituais; grupos de discussão de estudos de casos clínicos; seminários, oficinas e workshop; análise de histórias e temas gravados ou em filmes; teorização e reflexão crítica, relatos da prática profissional dos residentes e situações problemas.

A instituição H2 é uma unidade de ensino, pesquisa e extensão nas diversas áreas da saúde mental, que tem como missão institucional desenvolver ações de ensino e pesquisa, em consonância com a função social da Universidade, articuladas à assistência em saúde mental integrada ao SUS, provendo ao seu público um atendimento de qualidade.

O reconhecimento da indissociabilidade entre trabalho e formação, a construção de processos de educação permanente, a consolidação de redes de cooperação e, principalmente, o reconhecimento de que tanto os processos de formação quanto de trabalho produzem conhecimentos técnicos e políticos, são princípios que balizam o compromisso social do H2 como uma instituição formadora.

No Programa de RMS em Saúde Mental estão inseridas as profissões de enfermagem, psicologia, serviço social e terapia ocupacional. O programa tem por objetivo desenvolver um curso de pós-graduação, nos moldes de residência, multiprofissional e interdisciplinar em saúde mental, com base nas definições e determinações da Política Nacional de Saúde Mental, com formação especializada em serviço, sob orientação docente-assistencial, tendo como eixo o cuidado em saúde visando à qualidade de vida.

O marco conceitual está fundamentado nos quatro pilares do conhecimento e formação permanente trabalhado por Moacir Gadotti, a saber: aprender a conhecer; aprender a fazer, aprender a viver junto; e aprender a ser. O processo ensino-aprendizagem permite entender a educação profissional como uma competência a ser adquirida numa determinada área de atuação e nas dimensões psicológica e pedagógica da aprendizagem, selecionadas para o desenvolvimento de competências. Estão referenciadas na concepção construtivista do processo ensino-aprendizagem, na integração teoria-prática, nos referenciais da aprendizagem significativa e de adultos e na utilização de metodologias ativas de aprendizagem.

A equipe de desenvolvimento dos referidos programas de Residência Multiprofissional é composta por coordenador da COREMU, coordenador do programa,

docentes, tutores, preceptores e profissionais da saúde residentes, conforme determina a Resolução CNRMS nº 2, de 13 de abril de 2012 (BRASIL, 2012), sendo os residentes acompanhados pedagogicamente por tutores e preceptores.

### **3.1.3 Participantes da Pesquisa**

Os participantes da pesquisa foram os tutores e preceptores da equipe multiprofissional, ampliando o olhar sobre a transmissão cultural, nos diversos contextos sociais, transcendendo o aspecto uno disciplinar, setorial e dicotomizado. Por tratar-se de uma equipe multiprofissional inserida em diferentes cenários das instituições de saúde, os dados fornecidos pelos participantes são diversificados e contemplam a realidade dos programas estudados.

Foram adotados como critérios incluir no presente estudo todos os profissionais de saúde tutores e ou preceptores dos programas de RMS selecionados e excluir os profissionais que não aceitaram participar da pesquisa e estiveram em gozo de licença ou férias no período de coleta de dados.

Sendo assim, participaram desta pesquisa 13 (treze) enfermeiros, 6 (seis) psicólogos, 4 (quatro) assistentes sociais, 1 (um) terapeuta ocupacional e 3 (três) médicos, perfazendo um total de 27 (vinte e sete) participantes, conforme os Quadros 1 e 2.

Quadro 2 - Caracterização dos tutores e preceptores das residências multiprofissionais em saúde da mulher e em saúde da família e comunidade - Hospital 1.

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL				FORMAÇÃO PROFISSIONAL			ATUAÇÃO NO PROGRAMA		
CÓD.	IDADE	SEXO	PROF.	FORM	ANO	ÁREA	INÍCIO VÍNCULO	ATUAÇÃO RMS	INÍCIO ATUAÇÃO
E01H1	53	F	PSIC	GRAD MEST DOUT	NI 2006 Incomp	Psicologia Psicologia Psicologia	2012	Tutor SF/SM	2012
E02H1	36	F	ASS SOC	GRAD ESP MEST	2002 2007 2012	Serviço Social Saúde Pública Saúde Pública	2010	Tutor Preceptor SF/SM	2010
E03H1	36	F	ENF	GRAD ESP	2000 2003	Enfermagem Saúde da Família	2006 2006	Preceptor SM	2010
E04H1	45	F	ENF	GRAD ESP MEST	2001 2009 2013	Enfermagem Saúde e Envelhec. Saúde Coletiva	2008	Preceptor SM	2010
								Tutor SM	
E05H1	61	F	PSIC	GRAD MEST	NI 2003	Psicologia Téc. Educ. Saúde	2010	Tutor SF/SM	2010
E06H1	42	M	ASS SOC	GRAD MEST	2001 2003	Serviço Social Serviço Social	204	Preceptor Tutor SF	2010 2012
E07H1	42	F	ENF	GRAD ESP MEST DOUT	1997 1999 2002 2004	Enfermagem CTI Gerontologia Enfermagem Enfermagem	2013	Tutor SF	2013
E08H1	59	F	ENF	GRAD ESP MEST	NI 1989 2014	Enfermagem Pediatría e Puericultura Ensino na Saúde	1988	Tutor SM	2010
E09H1	51	F	ASS SOC	GRAD ESP	1987 INCOM P	Serviço Social Saúde Pública	1994	Preceptor Tutor SM	2010
E10H1	52	F	ENF	GRAD ESP MEST	1987 2002 2010	Enfermagem CCIH Saúde Pública	2003	Preceptor SM	2010
E11H1	36	F	MED	GRAD ESP MEST	2004 2014 2015	Medicina Dor Crônica Atenção Primária	2014	Preceptor SF	2015
E12H1	52	F	ENF	GRAD ESP	2013 2014	Enfermagem Saúde da Família	2014	Preceptor SF/SM	2014
E13H1	37	F	ENF	GRAD ESP	2012 2015	Enfermagem Intensivista	2014 2015	Preceptor SF/SM	2014

CÓD. = Código; PROFIS. = Profissão; FORM. = Formação; F = Feminino; M = Masculino; ENF = Enfermeiro; ASS SOC = Assistente Social; MED = Médico; PSIC = Psicólogo; GRAD = Graduação; ESP = Especialização; MEST = Mestrado; DOUT = Doutorado; NI = Não informado; INCOMP = Incompleto; SM = Saúde da Mulher; SF = Saúde da Família e Comunidade.

Fonte: a autora.

Quadro 3 - Caracterização dos tutores e preceptores da residência multiprofissional em saúde mental - Hospital 2.

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL				FORMAÇÃO PROFISSIONAL			ATUAÇÃO NO PROGRAMA		
CÓD.	IDADE	SEXO	PROF.	FORM.	ANO	ÁREA	INÍCIO VÍNCULO	ATUAÇÃO	INÍCIO ATUAÇÃO
E14H2	40	F	ENF	GRAD ESP	2001 2003	Enfermagem Licenciatura Psiquiatria Saúde Mental	2013	Preceptor	2013
E15H2	39	F	PSIC	GRAD ESP MEST	1999 2013 2010/ 13	Psicologia Residência / At. Mud. Psiquiatria da Saúde	2010	Tutor Preceptor Docente	2010 2011 2012
E16H2	38	F	ENF	GRAD ESP	2002 2004	Enfermagem Saúde da Família	2013	Preceptor	2014
E17H2	38	F	ENF	GRAD ESP MEST DOUT	2000 2003 2013 2015	Enfermagem Saúde Mental Saúde Mental Saúde Mental	2013	Preceptor	2014
E18H2	48	F	PSIC	GRAD MEST DOUT	1990 1996 2002	Psicologia Psicologia Saúde Mental	2002	Preceptor	2010
E19H2	57	F	PSIC	GRAD ESP ESP	1982 1989 2011	Psicologia Saúde Mental Saúde Coletiva	2013	Tutor	2013
E20H2	30	F	ENF	GRAD ESP MEST	2008 2009 2012	Enfermagem Saúde Mental Educação em Saúde	2013	Preceptor	2014
E21H2	41	F	ENF	GRAD ESP MEST	1999 2002 2014	Enfermagem Paciente Crítico Enfermagem	2004	Preceptor	2014
E22H2	57	M	MED	GRAD ESP MEST DOUT	1979 1982 2007 2013	Medicina Psiquiatria Saúde Coletiva Saúde Coletiva	2013	Preceptor Tutor	2011 2012
E23H2	39	M	MED	GRAD ESP MEST DOUT	1998 2000 2006 2012	Medicina Residência MED Psiquiatria Psiquiatria	2003	Preceptor	2010
E24H2	54	F	PSIC	GRAD ESP MEST DOUT	1986 1987 1992 2005	Psicologia Terapia Familiar Psicologia Saúde Mental	2010	Docente Tutor	2010 2012
E25H2	62	F	TER OCUP	GRAD ESP MEST	NI NI NI	TER OCUP Psiquiatria Social Psicologia	2011	Preceptor	2011
E26H2	48	M	ENF	GRAD MEST	1993 2002	Enfermagem Enfermagem	1994	Tutor Preceptor Docente	2010
E27H2	28	F	ASS SOC	GRAD ESP	2012 2014	Serviço Social Saúde Mental	2015	Preceptor	2015

CÓD. = Código; PROFIS. = Profissão; FORM. = Formação; F = Feminino; M = Masculino; ENF = Enfermeiro; ASS SOC = Assistente Social; MED = Médico; PSIC = Psicólogo; TER OCUP = Terapeuta Ocupacional; GRAD = Graduação; ESP = Especialização; MEST = Mestrado; DOUT = Doutorado; NI = Não informado; INCOMP = Incompleto

Fonte: a autora.

Cabe ressaltar que, embora a nutrição fizesse parte do Programa de RMS em Saúde da Família e Comunidade do H1, no período de realização das entrevistas não foram encontrados

preceptores nem tutores desta profissão nos campos de prática, impossibilitando a realização de entrevistas e sua participação neste estudo.

Quanto aos médicos, eles fazem parte da equipe de saúde que atua em um dos campos de prática do Programa de RMS em Saúde Mental, sendo, portanto, preceptores tanto de estudantes de cursos de graduação quanto de cursos de pós-graduação que desenvolvem atividades práticas no H2. Já quanto à terapia ocupacional, por possuir um número reduzido de tutores e preceptores, não houve possibilidade de agendamento de entrevista com este profissional.

Em ambas as instituições, H1 e H2, encontra-se uma particularidade que trata do desenvolvimento da preceptoria e da tutoria pela medicina que não está inserida na legislação da RMS. Em ambas as instituições os médicos que compõem a equipe multiprofissional de saúde, que presta assistência aos usuários nos campos de prática da RMS, fizeram o curso de formação pedagógica para preceptores e tutores e atuam na RMS. Alguns participam efetivamente do colegiado da RMS, na coordenação dos campos de prática e na condução e discussão de casos clínicos com a equipe multiprofissional.

Neste projeto de pesquisa não há nenhuma limitação ou impedimento à participação dos médicos, uma vez que atendem perfeitamente aos critérios de inclusão, ser preceptor ou tutor da RMS e aceitar participar do estudo.

### **3.1.4 Aspectos Éticos**

Quanto aos aspectos éticos, considerou-se a Resolução n° 466/12, do Comitê Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes receberam convite e por meio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) foram orientados a respeito dos objetivos, dos passos das implicações da pesquisa, dando ou não o seu aceite. Consentindo com a participação, assinaram o TCLE, preencheram o formulário de caracterização dos participantes e realizou-se a coleta de dados.

Os participantes receberam pseudônimos e tiveram o anonimato garantido em seus depoimentos, gravados em mídia MP3 e transcritos na íntegra, sendo garantido o direito de não querer participar deste trabalho, retirar o consentimento a qualquer momento ou recusar-se a responder a qualquer pergunta que ocasionasse constrangimento de qualquer natureza.

Os dados coletados foram utilizados somente para esta pesquisa, assim como para produção e divulgação de conhecimento que dela emergir, sendo sua guarda de inteira responsabilidade da pesquisadora e arquivados por um período de cinco anos. As informações

obtidas de cada entrevistado foram analisadas em conjunto, mantendo-se o devido sigilo quanto à identidade dos participantes.

Este estudo encontra-se inscrito no Núcleo de Pesquisa Educação e Saúde em Enfermagem, (NUPESNF) do Departamento de Metodologia de Enfermagem, da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). A tese de doutorado foi submetida à Plataforma Brasil, na condição de projeto de pesquisa, e encaminhada para a avaliação dos Comitês de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA e IPUB/UFRJ, garantindo o grau de aprovação em 03 de dezembro de 2014, sob a ordem CAAE: 37508314.03001.5263.

### **3.1.5 Fontes de Evidências**

Foram utilizadas três fontes de evidência: fontes bibliográficas; dados referentes à caracterização dos participantes; e depoimentos dos participantes. Foram analisados como fontes bibliográficas artigos científicos, livros, legislações e os projetos pedagógicos das RMSs em estudo. Para coleta de dados junto aos participantes foi utilizado um formulário de caracterização e a técnica de entrevista não diretiva.

Na entrevista não diretiva não se especificam as questões e as respostas requeridas. O investigador não formula perguntas, apenas sugere o tema abordado no estudo, deixando o entrevistado em liberdade para falar sobre os temas colocados, podendo-se retornar, quando necessário, a determinado tema para esclarecer ou aprofundar as ideias do(s) entrevistado(s). Cabe ao entrevistador manter-se atento e receptivo às informações significativas, podendo intervir discretamente com conteúdo ou sugestões que estimulem a comunicação verbal e atitudinal, sem, contudo, qualificar, exortar, aconselhar ou discordar das suas interpretações. Trata-se de uma técnica adequada para detectar opiniões dos entrevistados e demanda leitura e experiência para descrever práticas e atribuir sentido a gestos e palavras (HOFFMAN, 2009).

Na técnica de entrevista não diretiva, os contatos entre participantes e pesquisador são de extrema importância, possibilitando o acesso a experiências, atitudes, valores, visões, interpretações de eventos, entendimentos e relações sociais, podendo atingir nível de profundidade e complexidade que, muitas vezes, não está disponível em abordagens baseadas em levantamentos (SILVERMAN, 2009).

No estudo proposto, os temas para a entrevista não diretiva foram validados na primeira entrevista, pois, se houvesse necessidade de explicar as questões de modo repetitivo, seria avaliada a possibilidade de retirar determinado tema do roteiro, uma vez que sua

permanência poderia incorrer em erro de coleta ou de indução dos participantes pela excessiva explicação do seu conteúdo. Os temas que seguem foram aprovados e as entrevistas foram realizadas individualmente:

- Inserção e participação no programa de RMS como tutor e ou preceptor;
- Formação enquanto tutor ou preceptor para a prática da educação permanente na RMS;
- Atuação prática na tutoria e ou preceptoria da RMS;
- Estratégias e recursos utilizados enquanto tutor ou preceptor para desenvolver a EPS na RMS; e
- Contribuição da EPS para a tutoria e/ou preceptoria.

A coleta de dados foi iniciada após a apresentação do projeto de pesquisa para os coordenadores dos programas das RMSs em estudo. Procedeu-se inicialmente com a solicitação dos projetos pedagógicos dos referidos programas, a fim de verificar se estavam de acordo com o modelo, pressupostos e requisitos estabelecidos pelo Ministério da Educação (MEC), assim como conhecer a sua estruturação para facilitar a identificação dos campos de prática dos tutores e preceptores e a compreensão dos depoimentos.

Posteriormente, realizaram-se as entrevistas no período compreendido entre os meses de abril e junho de 2015, de acordo com a disponibilidade dos depoentes, ocasionando o menor transtorno possível em relação à interrupção das atividades e deslocamento do local de trabalho.

Pela facilidade de acesso, por ocasião das reuniões para apresentação do projeto de pesquisa, foram agendadas inicialmente as entrevistas com os tutores que faziam parte da coordenação dos programas. Os demais tutores e preceptores foram contatados em seus locais de trabalho ou campos de prática da RMS. Alguns foram entrevistados logo após a abordagem inicial e os demais de acordo com os agendamentos realizados.

Não foi estabelecido nenhum critério para escolha dos participantes, a não ser os de inclusão e exclusão. Contudo, procurou-se contemplar tutores e preceptores de todas as profissões inseridas nos programas.

Como foi mencionado, por questões éticas adotou-se a identificação codificada para cada um dos participantes. A codificação obedeceu à ordem de realização das entrevistas, sendo realizadas treze (13) entrevistas na primeira instituição (H1), codificadas como E01H1

a E13H1, e quatorze (14) entrevistas na segunda instituição (H2), codificadas como E14H2 a E27H2.

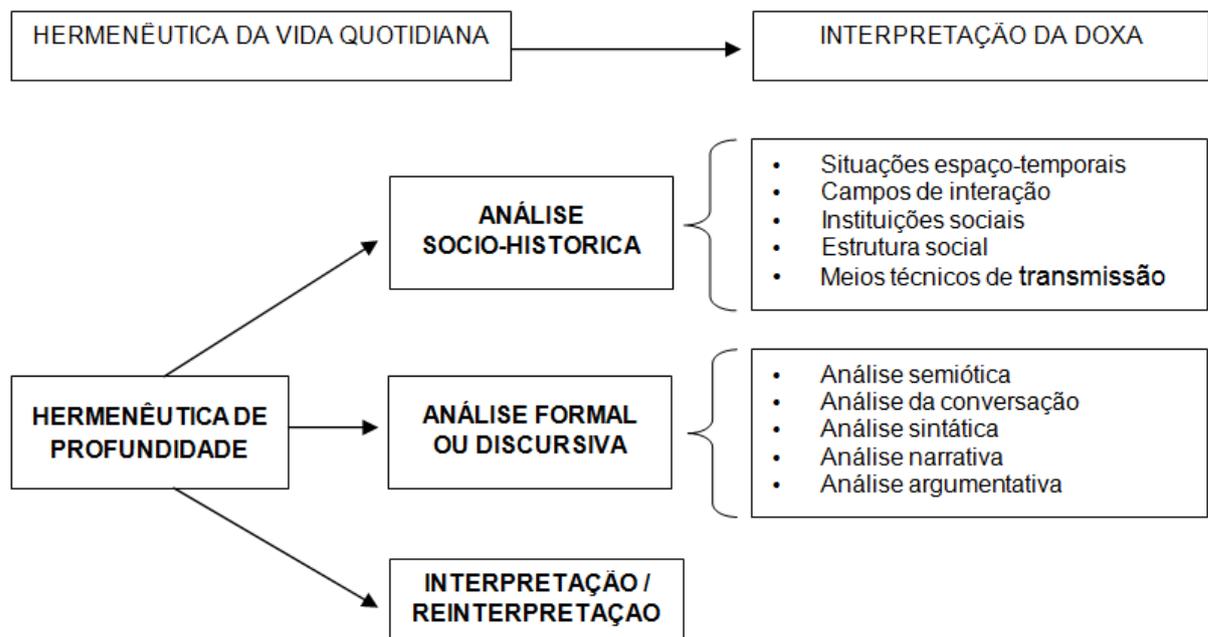
Para o tratamento dos textos dos depoimentos transcritos, realizou-se uma revisão de língua portuguesa com a retirada do excesso das expressões coloquiais. Este tratamento pautou-se no interesse analítico dos textos dos depoimentos que esteve voltado para seus conteúdos temáticos e não para os linguísticos.

### 3.1.6 Análise e discussão dos resultados - hermenêutica de profundidade

Para a análise e interpretação dos resultados utilizou-se o referencial metodológico de John B. Thompson (2011), denominado ‘Hermenêutica de Profundidade’ (HP), que possui três fases de desenvolvimento, a saber: análise sócio-histórica, análise formal ou discursiva e interpretação/reinterpretação.

A figura criada por Thompson (2011, p. 365) sintetiza as várias fases do enfoque da HP para interpretação da doxa (crença/opinião dos participantes) a partir da hermenêutica da vida cotidiana.

Figura 3 - Fases da hermenêutica de profundidade.



Fonte: Thompson (2011, p. 365).

Estas fases devem ser vistas como dimensões analíticas distintas de um processo interpretativo complexo. Dependendo do objeto de análise e da investigação proposta, em cada fase pode-se usar uma variedade de métodos de pesquisa, desde que as fases estejam

inter-relacionadas. Na realidade, o que Thompson (2011) ressalta quando propõe a HP é a necessidade de inter-relacionar métodos de análise que possibilitem a compreensão e interpretação das formas simbólicas, entendendo-as como construções significativas.

O objetivo da análise sócio-histórica é reconstruir as condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas, podendo ser descritas e interpretadas situações espaço temporais, campos de interação, instituições e estruturas sociais, permitindo examinar as regras e convenções, as relações sociais e institucionais e a distribuição de poder e de recursos.

Para efeitos deste estudo a análise sócio-histórica está estruturada no capítulo quatro, que trata do **Contexto Sócio-Histórico das Residências Multiprofissionais em Saúde** e se inter-relaciona com os resultados discutidos no capítulo cinco, que trata da **Análise Formal ou Discursiva**, realizada por meio da análise dos depoimentos dos participantes do estudo. Destaca-se que esta inter-relação se deve ao fato de que as formas simbólicas presentes nas narrativas dos participantes podem estar relacionadas a situações espaço-temporais específicas, campos de interação, instituições e estruturas sociais, ou seja, com o contexto sócio-histórico analisado.

A análise formal ou discursiva é a segunda fase da HP e se preocupa com a organização interna das formas simbólicas, as características estruturais, seus padrões e relações. Pode ser realizada por meio da análise semiótica, análise da conversação, análise sintática, análise narrativa e a análise argumentativa. Neste estudo, para o desenvolvimento desta fase utilizou-se a análise narrativa dos depoimentos dos participantes, procurando identificar formas simbólicas que apoiem a interpretação do objeto de estudo, visando evidenciar o conteúdo e os significados. Os resultados foram distribuídos em unidades de interpretação, a saber: inserção e formação, significado, prática e ativação.

Assim, na primeira e segunda fase foram analisadas as formas simbólicas como fenômenos significativos e o contexto sócio-histórico em que foram produzidas e recebidas por meio da análise e interpretação das relações sociais, onde ambos, produtores e receptores, utilizam seus recursos.

A terceira e última fase da HP foi a interpretação/reinterpretação, que foi facilitada pelas fases descritas anteriormente, pois utilizam-se seus resultados para fazer um movimento novo e, por meio de sínteses, dar um novo olhar interpretativo aos resultados, propondo-se a construir criativamente possíveis significados e a dar uma explicação interpretativa daquilo que está sendo representado ou dito. É este caráter transcendente que deve ser compreendido pelo processo de interpretação, dando um significado que pode divergir do contexto sócio-

histórico e da crença dos participantes, ou seja, do significado construído nestes/por estes acerca de determinado fenômeno (doxa). Pode-se então fazer uma analogia da HP descrita por Thompson como uma engrenagem, onde uma fase impulsiona a outra.

Assim, considerando que as formas simbólicas foram inicialmente interpretadas pelos sujeitos que as produziram, transmitiram e reproduziram, realizou-se a reinterpretação da doxa sustentada em um movimento hermenêutico do pesquisador de reinterpretar as interpretações dos participantes evidenciadas nas três fases da HP, e que está descrita após as unidades de interpretação inserção e formação, significado, prática e ativação. Estas interpretações da crença/opinião dos participantes propiciaram um olhar crítico do pesquisador, dando a tais interpretações um novo significado, no movimento de reinterpretá-las.

No capítulo seis, intitulado **(Re)Interpretação da Prática da EPS por Tutores e Preceptores da RMS**, apresenta-se um quadro, estruturado em duas colunas, sendo a primeira referente à síntese da interpretação dos participantes no que se refere às unidades e subunidades de interpretação e denominada **Interpretação da Doxa**; e a segunda coluna, referente à **Reinterpretação do Pesquisador**. Ao final do capítulo, foi apresentada a tese defendida no presente estudo.

## 4 O CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO DAS RESIDÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE

Na observação de Rosa (2010), quando se trata da RMS, há vários enfrentamentos que devem ser considerados e ressalta três eixos de discussão:

A cultura instituída para a negação do SUS e a mercantilização do sistema de saúde sustentada por grupos da elite conservadora; a própria luta com a corporação médica com discursos, quase exclusivos, contra a proposta da residência para outros profissionais não médicos; e o ‘**jogo**’ de interesses dos ministérios da Saúde e da Educação para formulação de políticas públicas (ROSA, 2010, p. 487, grifo da autora).

Em concordância com as afirmações dessa autora, realizo breves comentários a respeito destes eixos, sobretudo, destacando aspectos relacionados ao referencial teórico desta tese.

### 4.1 AS RELAÇÕES DE PODER E A MERCANTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE

O SUS foi conquistado por meio de um expressivo movimento social, a Oitava Conferência Nacional de Saúde (8ª CNS), realizada em 1986 no período da nova república. A 8ª CNS foi um marco na propagação do movimento da Reforma Sanitária e na luta pela saúde pública no Brasil, fruto de um processo de articulação política, econômica e social. Envolveu relações de forças internas e externas, em um movimento com repercussão nacional e internacional, que combatia a política de saúde vigente no país e buscava melhorias para as condições de vida da população. Este contexto justificou um intenso movimento de acumulação de forças e poder dos atores sociais envolvidos na transformação dos serviços de saúde.

Em um processo democrático como um forte mecanismo de inclusão das diversas forças sociais, a 8ª CNS contou com a participação de quase todas as instituições que atuavam no setor, bem como de representantes da sociedade civil, dos grupos profissionais, de movimentos populares de saúde, de partidos políticos, entre outros, perfazendo um total de mais de quatro mil pessoas, com o objetivo comum de inaugurar um novo conceito de saúde e permitir a inserção da sociedade civil. Buscava-se muito mais que uma reforma administrativa e financeira, pois se exigia uma reformulação do conceito de saúde e uma profunda mudança na política pública de saúde no Brasil (BRASIL, 1986).

Segundo o relatório da 8ª CNS, a sociedade era marcada pelo autoritarismo, com política social voltada para o controle das classes dominantes, presença de estratificação, hierarquização e desigualdades sociais, regionais e econômicas, assim como ausência de prioridades, pouca eficiência e eficácia na gestão da saúde, falta de transparência na aplicação de recursos e na sua utilização na iniciativa privada, bem como escassa participação popular, formação inapropriada de recursos humanos, baixa remuneração, interferência clientelista na contratação de pessoal e, ainda, ação de grupos dedicados à mercantilização da saúde, predomínio de interesses de empresários da área médico-hospitalar, controle do setor de medicamentos e equipamentos pelas multinacionais. Enfim, tratava-se de um cenário caracterizado por insatisfatório desenvolvimento da educação e da assistência à saúde, assim como inadequada organização social e produtiva do trabalho (BRASIL, 1986).

Entre conflitos, embates e diversidade de interesses, a 8ª CNS contribuiu para o processo de reorganização do sistema de saúde no país e estabeleceu as bases para a Seção II da Saúde na Constituição Brasileira de 1988, que a garantiu como direito de todos os cidadãos e um dever do Estado. Instituiu o SUS e deu início à organização de um sistema de dimensão nacional, de caráter público, com princípios e diretrizes comuns em todo o território nacional (BATISTA, 2011).

Todavia, a carta constitucional permitiu que a assistência à saúde fosse livre à iniciativa privada, de forma complementar ao SUS, tendo preferência às entidades filantrópicas e às sem fins lucrativos. Assim, o novo sistema não foi o único meio de assistência à saúde e não incorporou todos os cidadãos, pois, em 1988, parte significativa da população já estava e ainda hoje continua fora do SUS, obrigada a utilizar, quando há possibilidade, planos de saúde privados (MENICICCI, 2014).

O novo sistema de saúde encontrou na década de 1990 um grande desafio, um cenário de crise bastante desfavorável à consolidação de políticas sociais. O Brasil sofreu a influência do neoliberalismo, iniciado na Europa e nos EUA na década de 1970. Como um movimento conservador de reformas no plano político, econômico e social, propôs restringir a ação do Estado na regulação da vida social, buscou demonstrar a sua ineficácia e ineficiência, reforçando as tendências de adoção de políticas de abertura da economia e de ajuste estrutural, bem como assegurar condições para o livre mercado. Na saúde, o neoliberalismo encontrou respaldo na própria carta constitucional, que permitiu a inserção da iniciativa privada. Nessa perspectiva, efetivar o modelo proposto significava romper com a conjuntura política e econômica nacional e internacional (PAIVA, 2014).

Na instituição do SUS na década de 1980, o país estava vivendo um importante movimento de abertura política e inclusão social, o fim da ditadura e do regime militar e o retorno ao regime democrático, com ampla participação da sociedade civil em busca de um estado de bem-estar social. Já na sua efetivação na década de 1990, como consequência do neoliberalismo, o Estado perde poder e capacidade de intervenção, ganhando força a concepção de saúde como mercadoria, em detrimento do direito à saúde do cidadão brasileiro.

Cria-se uma situação dicotômica, com defesa de grupos com interesses e objetivos distintos. Por um lado, o enfrentamento dos atores do movimento sanitário para organização de novos processos de gestão e de atenção à saúde, e, por outro, a manutenção e fortalecimento dos processos vigentes na saúde, instituídos e sustentados por grupos da elite conservadora. Em diferentes contextos, com relações desiguais e contraditórias, em pequeno espaço de tempo, observa-se uma mudança significativa, que repercute até os dias atuais nos movimentos e nas relações sociais, na política de saúde e no poder de governabilidade dos estados brasileiros.

Buscou-se, com isto, a ampliação do poder e ocupação de lugar estratégico, recursos e posição privilegiada para interferir no processo de gestão do Estado e defender os interesses próprios. De certa forma, este processo foi bem-sucedido. O próprio poder estatal, que deveria garantir o direito à saúde, sofre a interferência e permite a relação de dominação da elite conservadora. Para Thompson (2011), embora o Estado possa desempenhar melhor seu papel, mantendo certa distância dos objetivos da classe dominante e de suas facções, ele opera dentro de um conjunto de condições limitadoras, definidas pelo caráter classista do processo de produção. Este enfoque apoia um sistema de relações sociais sustentadas pela exploração de classes, pela propagação de uma ideologia dominante por meio dos aparelhos ideológicos do Estado.

Na observação de Borlini (2010), com a queda do regime militar na sociedade brasileira, a disputa intensificou-se entre o projeto neoliberal, com interesse no ajuste econômico e expansão do mercado, e o democrático-participativo, que visava ampliar a atuação política e democrática da sociedade, oferecendo-lhe um papel de cogestão. Pode-se dizer que a relação de forças entre os projetos influencia a forma e intensidade com que estes são implantados, sendo as características de ambos encontradas nos embates políticos, econômicos e sociais até a atualidade.

Desta forma, os múltiplos processos de efetivação do SUS geram conflitos com os que estão comprometidos com diferentes propostas de atenção e gestão na saúde. Como consequência, este sistema é continuamente tensionado por diversos obstáculos estruturais e

conjunturais, em uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, entre outros, que operam em um processo de disputa da atenção nas instituições de saúde. Diante disto, mecanismos instituídos de dominação e de relações de poder, entre as corporações e seus atores sociais, ocultam a colaboração que deve existir entre os vários profissionais para que o cuidado multiprofissional aconteça, bem como estabelecem resistências aos novos arranjos mais coletivos, que são propostos pelas políticas públicas e experimentados por profissionais e programas de saúde (OSMO, 2012).

Com isto, é possível encontrar paralelamente uma diversidade de produção do SUS, permeada pelas forças da Reforma Sanitária, pelo MS, pelas políticas públicas, instituições e serviços de saúde, pelas diferentes profissões com seus saberes e práticas, entre outros. Embora o novo sistema de saúde tenha sido estruturado com princípios e diretrizes únicas para todo o país, esta diversidade de produção define uma prática marcada por interesses e desigualdades (FEUERWEKER, 2013).

Na observação de Pierre Bourdieu (2014), há uma disputa fundamentada na força e no sentido gerado e legitimado socialmente. Neste contexto, não existe vítima nem culpado, pois todos os envolvidos que aceitam passivamente a dominação do sistema são cúmplices. Entretanto, não se pode negar que há uma relação desigual e que o sistema favorece os que já são favorecidos, em desvantagem aos que não têm posses e recursos. Fundamentam-se justamente nesta relação desigual, os interesses e estratégias desenvolvidos para a sua reprodução. Ou seja, mantém-se assim o poder na mão dos que já são favorecidos pelo sistema, perpetuando relações assimétricas de dominação e de subordinação.

Desta forma, em um sistema capitalista, com visão mercantil e neoliberal da saúde, a instituição do SUS não é garantia de um direito adquirido e sim instituído. Há uma limitação da atuação de um sistema público de saúde, sendo imprescindível que o direito à saúde seja continuamente respaldado pela ação sistemática do Estado. Para tanto, há grupos que se mantêm constantemente na luta em defesa do SUS, que empreendem recursos e poder para tensionar e subverter a relação de dominação e os interesses da elite conservadora.

Neste sentido, a sustentação de processo onde há ruptura entre a velha e a nova conduta profissional exige esforços e encontros. Pressupõem-se ainda intervenções nos muitos interesses e poderes instalados no ambiente de produção da saúde. Toda vez que há uma instabilidade política, econômica e social as propostas conservadoras e corporativistas se fortalecem, o SUS é ameaçado e os embates se renovam em prol da defesa da saúde pública brasileira. Sempre que há ameaça de retrocesso aos direitos conquistados com o movimento da Reforma Sanitária, garantidos na Constituição de 1988, um forte apelo convoca os

movimentos sociais e as entidades representativas da saúde em defesa do SUS a fim de avaliar a situação da saúde no país, ajudar a definir novos caminhos e a reafirmar que o SUS seja um direito de todos (FRANCO, 2013).

Assim, o SUS vive em uma eterna instabilidade, mantendo os polos de tensão da Reforma Sanitária, e a qualquer momento pode transformar-se em uma luta de oposição, tendo de um lado a defesa da saúde pública e do direito do cidadão e, do outro, a defesa da saúde privada e dos interesses corporativistas da elite conservadora. Conseqüentemente, mantêm-se ameaças de retrocessos e extinção de políticas e programas desenvolvidos na atenção, gestão, formação e controle social para fortalecimento do SUS.

#### 4.2 OS CONFLITOS DE INTERESSES NA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS

O movimento da Reforma Sanitária incluiu, em suas reivindicações, aspectos relacionados à política de recursos humanos e ressaltou a importância da formação de profissionais de saúde integrada ao sistema, a necessidade de discutir a inserção do profissional no processo de trabalho na saúde e a participação dos profissionais como facilitadores da integração ensino e serviço. Estas e outras reflexões contribuíram para que a Constituição Federal previsse no inciso III do Art. 200, o “ordenamento na formação de recursos humanos na área da saúde” como competência do SUS (BRASIL, 1988).

Assim, o novo sistema de saúde também trouxe consigo a necessidade e a responsabilidade de operar mudanças na formação dos trabalhadores da saúde e de desenvolver os processos formativos em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, para dar continuidade à recomposição das práticas de saúde iniciadas com a Reforma Sanitária. Também relevou a importância de buscar estratégias de aproximação entre o novo conceito de saúde, as necessidades de saúde dos usuários, as demandas da formação profissional e de mudanças no processo de trabalho na área da saúde.

Este movimento se justifica por que:

Há emergência de um domínio de conhecimento como interface ou como interseção entre os setores da saúde e da educação nas políticas públicas e entre as áreas do conhecimento científico da Educação (dos Profissionais de Saúde) e da Saúde Coletiva. Tal domínio foi designado por Educação e Ensino da Saúde, tendo a sua emergência demonstrada pela anotação de movimentos na Educação (mudança na educação dos profissionais de saúde), na Saúde (reforma sanitária) e na sociedade (constituição de diretrizes de gestão para o trabalho na área da saúde) (CECCIM, 2008, p. 9).

Contudo, não houve por parte da saúde e da educação a elaboração de uma política pública que se ocupasse em pensar uma reforma do ensino, que compreendesse a natureza da Reforma Sanitária para lhe dar suporte intelectual ou tensionar o suporte educativo (CECCIM, 2008). Com isto, intensificam-se as discussões e avaliações a respeito da importância de mudanças na formação e do potencial de transformação dos processos educativos. Estas necessidades são reafirmadas nas Conferências Nacionais de Saúde, nas Diretrizes Curriculares Nacionais, nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Graduação e de Pós-Graduação, nas Normas Operacionais Básicas (NOB), Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), entre outras.

Neste contexto, a temática da formação de trabalhadores para o SUS sofreu grandes tensões em debate nos fóruns nacionais, nas Conferências Nacionais de Saúde, ganhando mais visibilidade a partir do ano 2000, na virada do século, passando a ser avaliada como uma condição necessária para uma política específica, em meio às críticas ao modelo de formação hegemônico, que não disparava mudanças nos modelos de atenção, conforme concebido pela lógica dos ideais preconizados pela Reforma Sanitária. Estas discussões contribuíram para que houvesse uma movimentação no aparato governamental, gerando novas perspectivas para a formação profissional (BRUNHOLE, 2013).

Com esta premissa, foi criada, na estrutura do MS, a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação (SGTES), organizada em dois departamentos, sendo um de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e outro de Gestão e da Regulação do Trabalho na Saúde (DEGERTS). A SGTES responsabilizou-se pela elaboração de políticas públicas orientadoras da gestão, formação e qualificação dos trabalhadores e da regulação profissional na área da saúde. Com a criação da SGTES, foi ampliada a discussão sobre a formação, a qualificação dos profissionais de saúde e a regulação profissional no âmbito do SUS. Ganhou destaque a busca de estratégias, que favoreciam a mudança de conceitos e práticas na saúde, sendo considerada essencial, para a consolidação do SUS, a existência de políticas eficazes, tanto em termos de políticas de relações trabalhistas como em matéria de formação e desenvolvimento dos trabalhadores da saúde (MERHY, 2006).

Na área da educação, uma das primeiras iniciativas da SGTES foi a criação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída em 2004, pela Portaria nº 198/GM/MS<sup>3</sup> (BRASIL, 2004). A EPS foi concebida como uma pedra angular na construção de práticas inovadoras no sistema de gestão democrática, capazes de aproximar o objetivo de

---

<sup>3</sup> Alterada em 2007, pela Portaria nº 1.996/GM/MS, adequando-a às diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

fornecer atenção integral à saúde e educação de qualidade para todos os brasileiros (MERHY, 2006).

Tornava-se então necessário investir na formação dos trabalhadores da área da saúde, desenvolver um processo educativo que possibilitasse identificar, promover e gerir os saberes que devem ser mobilizados por estes profissionais, para que atuem segundo a premissa básica de melhorar a qualidade da assistência em saúde, incorporando em suas ações os princípios da integralidade da atenção, da humanização do cuidado, da equipe multiprofissional e do reconhecimento da autonomia e dos direitos dos usuários dos serviços de saúde.

Isto posto, torna-se essencial à implementação da EPS nos HUFs, instituições que atuam na formação profissional, na prestação da assistência, no desenvolvimento de pesquisas e incorporação de novas tecnologias e que possibilitam o aprimoramento permanente do atendimento, a elaboração de protocolos e a qualificação dos profissionais e estudantes.

Entretanto, conforme afirma Drago (2011), esta multiplicidade de objetivos gera conflitos que dificultam tanto a formação quanto a assistência realizada pelos hospitais de ensino, que são orientados por políticas públicas distintas, nos contextos da saúde e da educação. As contradições entre a lógica assistencial e a lógica do ensino e da pesquisa provocam um embate de forças e a superposição de poderes e saberes entre a autoridade administrativa e a autoridade acadêmica. Neste embate, há valorização de uns objetivos em detrimento de outros, intensificando os conflitos institucionais.

Como forma de garantir a indissociabilidade e diminuir os conflitos que há entre o ensino e a assistência, o MEC e o MS recorrem à legislação para garantir a distribuição de recursos financeiros e ordenar a formação profissional. Na relação com os preceitos da teoria de Thompson (2011), as leis, normas, decretos e portarias — criadas pelo legislador, que confere efeitos jurídicos às falas, atitudes, comportamentos entre outras ações estabelecidas no convívio social, para exercer poder sobre o cidadão — podem ser consideradas como formas simbólicas, que estabelecem e sustentam relações assimétricas no fluxo diário da vida social. A situação instituída possui, por isto, um caráter ideológico.

Mesmo que tenha, muitas vezes, um caráter benéfico, com fins de proteção, regulação, punição ou mesmo financiamento, enquanto forma simbólica estabelece relações assimétricas, de poder e de dominação, com o objetivo de proteger valores que o legislador julga ser socialmente significativos. Pode-se descrever este efeito na EPS, instituída pela legislação dentro de uma perspectiva benéfica, tanto para a educação profissional quanto para os serviços de saúde. Contudo, a sua regularização é marcada por uma série de conflitos.

No que se refere à RMS, um aspecto que retrata bem o embate é a legislação e o espaço que define a sua regulação. A RMS foi instituída por meio da Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, entre as proposições que instituem o Programa Nacional de Jovens (ProJovem), e a Secretaria Nacional da Juventude, sendo referida no Art. 13, que estabelece que:

Fica instituída a Residência em Área Profissional da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica (BRASIL, 2005).

Segundo esta legislação, a RMS foi constituída como um programa de cooperação intersetorial, a fim de subsidiar a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, atendendo às prioridades do SUS, sendo desenvolvida com responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde, sob supervisão docente-assistencial. A mesma lei define ainda a criação da CNRMS:

Art. 14. Fica criada, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e funcionamento serão disciplinados em ato conjunto dos Ministros de Estado da Educação e da Saúde (BRASIL, 2005).

Sem nos alongar na análise, é possível constatar que a RMS e a CNRMS não tiveram nenhum destaque nesta legislação, ficando quase despercebidas como estratégias, sem despertar atenções para a sua organização e o seu funcionamento. Com isto, foram travados dois anos de disputas, compreendidos entre a instituição da CNRM em 2005 e a sua constituição em 2007, quando se dá a publicação da Portaria Interministerial MEC/MS nº 45/2007<sup>4</sup>, que dispõe sobre os princípios e diretrizes da RMS e a instituiu no âmbito do MEC.

A CNRMS, após a sua constituição legal, foi operacionalizada em 2008, tornando possível o financiamento de bolsas e a instituição das RMSs nos HUFs em 2010. No caminho percorrido verifica-se um distanciamento espaço-temporal de cinco anos, entre a instituição legal da RMS em 2005 pela Presidência da República e a sua implantação nos HUFs em 2010, por determinação interministerial do MS e do MEC.

Assim sendo, a instituição da RMS só foi possível de ser realizada por meio da legislação, envolvendo o alto escalão do governo e, ainda assim, foi alvo de conflitos e resistências. Percebe-se que há uma diversidade de forças visíveis e invisíveis, conhecidas e

---

<sup>4</sup> Revogada pela Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.

desconhecidas, que se encontram e desencontram, fazem oposições e defendem seus interesses e podem comprometer a formação profissional para o SUS.

Vale ressaltar que a criação de uma política não garante a sua implantação dentro dos pressupostos em que foi criada. Contextos diversos e processos específicos de implantação influem nos resultados de uma intervenção. Além disso, as naturezas técnica, ética e/ou política, relacionadas ao sucesso ou resistência organizacional, são elementos fundamentais na implantação de uma política e na efetividade de suas ações.

Neste contexto, como forma de garantir a implantação da RMS nas instituições de ensino, em maio de 2009, durante o III Fórum dos Dirigentes dos HUFs<sup>5</sup>, realizado em Brasília, foram apresentadas as diretrizes básicas do projeto de implantação da RMS nos HUFs. Assim como, foi estabelecida como meta para o próximo ano implantá-la nos HUFs e formar profissionais para atuarem como tutores e preceptores. Em 1º de fevereiro de 2010, tiveram início 35 (trinta e cinco) programas de RMS, desenvolvidos em 40 (quarenta) hospitais universitários federais, com o objetivo de:

[...] incentivar a implantação de programas de residência integrada multiprofissional em todos os hospitais universitários federais, de forma a atender às demandas por profissionais de saúde especialistas em áreas prioritárias para o SUS, no escopo de um modelo de atenção integral e do desenvolvimento do processo de trabalho integrado entre os profissionais da saúde (BRASIL, 2010).

Atingida somente a meta de implantação da RMS nos HUFs, até a presente data não há nenhum registro oficial de que tenha sido realizada, por intermédio ou financiamento do governo federal, nenhuma formação específica para a prática educativa da tutoria e preceptoria por profissionais de saúde na RMS. O que consta em alguns sites de programas de RMS consultados são cursos realizados por iniciativas isoladas de algumas universidades ou das coordenações dos próprios programas de RMS.

Todavia, o MS mantém o financiamento regular de bolsas para os residentes, por entender que esta modalidade de formação profissional promove:

Não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas possibilita mudanças no modelo technoassistencial a partir da atuação *multiprofissional* ou *integrada* adequada às necessidades locais, constituinte de um processo de *Educação Permanente em Saúde* que possibilite a afirmação do trabalhador em seu universo de trabalho e na sociedade em que vive políticas que incidem nos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, como a política de educação (BRASIL, 2010, p. 20).

---

<sup>5</sup> Ver Gestão de Educação 2003-2010 em: [http://gestao2010.mec.gov.br/o\\_que\\_foifeito/program\\_125.php](http://gestao2010.mec.gov.br/o_que_foifeito/program_125.php).

Em função do reconhecimento da sua importância, o MS utiliza alguns recursos para garantir a instituição da RMS e cumprir sua função de ordenar a formação profissional para o SUS. Além disso, condiciona aos hospitais de ensino, como um dos requisitos para a obtenção da certificação, a oferta de programas de residência em áreas profissionais da saúde, credenciados junto à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (BRASIL, 2015a). Utiliza também os instrumentos de contratualização de resultados e o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Nestas ações há requisitos, indicadores e metas obrigatórias, que dizem respeito à formação profissional, tendo na sua realização a incorporação de algum incentivo e/ou recurso financeiro.

Assim, MS e HUF cumprem suas responsabilidades no que se refere à formação em saúde, por meio de relações assimétricas, exigências, cobranças e relações de trocas, onde evidenciam-se as instituições de saúde, colocadas em posição de subordinação pelo governo federal. Os HUFs aceitam as condições impostas, pela dependência de certificação e de financiamento, sem os quais se estabelecem precárias condições de gestão e de atenção à saúde. Cabe destacar que, muitas vezes, o benefício oferecido já é de direito dos HUFs e de responsabilidade do governo federal, mas é garantido por meio das relações de troca, justamente para reafirmar o exercício do poder e a dominação.

Os mecanismos de coerção e as condições precárias são formas de dominação que favorecem o acatamento dos dominados, pelo constrangimento e exposição, ao desejar algo compreendido pelo grupo como fora do seu alcance (GONÇALVES, 2010). Sem o financiamento e outros benefícios oferecidos pelo governo federal fica inviabilizado o funcionamento do HUF, no que tange à manutenção da assistência, do ensino e da pesquisa.

Não há dúvida de que a implantação da RMS encontrou resistência e foi realizada a partir do poder, autoridade e responsabilidade do MS, em prol de uma formação profissional mais qualificada para o SUS. Contudo, causa-nos estranheza que o próprio governo federal ande na contramão das suas exigências, pois, embora disponha e utilize seus recursos e poderes para garantir a instituição da RMS nos HUFs, não age de igual forma, com o mesmo empenho, para assegurar a formação de tutores e preceptores e a certificação das RMSs por meio de avaliação dos programas, por tratarem-se de modalidades de formação em saúde, regulamentadas por lei, que atendem às necessidades do SUS, sendo pré-requisitos exigidos para garantir incentivo e recursos financeiros aos HUFs e por demandarem a oferta de bolsas de estudo financiadas pelo governo.

Pode-se inclusive interpretar que há de certa forma uma recusa, uma vez que a avaliação e a certificação são ações que deveriam, naturalmente, suceder a instituição da

referida residência, sendo de extrema relevância as ações do governo federal, na figura do MS e do MEC, para mediar os conflitos e as resistências e subsidiar política, ética e financeiramente o processo de certificação da RMS. A este respeito há um importante questionamento “Como pode o Governo justificar o alto investimento em uma modalidade de pós-graduação que ele próprio não reconhece e não certifica?” (BRASIL, 2006, p. 07).

Somente em 09 de julho de 2016, após algumas tentativas sem êxito, a CNRMS emite um comunicado que estará iniciando a Capacitação de Avaliadores das RMSs, realizada sob formato de educação a distância e com o objetivo de apresentar as etapas do processo de avaliação dos Programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades uniprofissional e multiprofissional e o treinamento para a utilização de um instrumento específico de avaliação. Pelos desafios apontados em nossa reflexão, não se pode garantir que a referida capacitação, sem nenhuma mudança no contexto social, político e legal, seja suficiente para alavancar o processo de certificação das RMSs.

A ausência de certificação traz uma série de transtornos para o programa de RMS e para os residentes, pois ambos ficam sem reconhecimento e respaldo legal. Há desvalorização enquanto curso de pós-graduação na modalidade de treinamento em serviço, podendo inclusive dificultar a ascensão do residente por meio de concurso público ou plano de cargos e salários, além do questionamento e constrangimento social.

Parte dos enfrentamentos feitos às RMS passa pelos interesses do S e do MEC para formulação de políticas públicas (ROSA, 2010). Neste sentido, observam-se algumas mudanças de atitudes dos referidos ministérios que interferem diretamente nos programas de RMS. Na observação de Feuerwerker:

O Ministério da Saúde, antes propositor do movimento, agora declara que a especialização a distância é sua aposta preferencial, pois atinge mais gente, mais rapidamente e com menos recursos. Assim, mingam os recursos da saúde para apoiar programas multiprofissionais. Já o Ministério da Educação, antes praticamente um expectador, coloca-se mais ativamente no cenário, propondo a criação de programas multiprofissionais, articulados com o SUS, no âmbito dos hospitais universitários, dispondo-se a financiar bolsas para sua efetivação (que entende importantes para a inovação da atenção à saúde no âmbito dos hospitais de ensino) (FEUERWERKER, 2009, p. 230).

As lutas sociais, intelectuais, sanitárias e educacionais propiciaram interação e interseção entre a saúde e a educação, e, por definição constitucional, os sistemas de educação e de saúde precisam fazer alianças nestas áreas de conhecimento. Todavia, ainda falta um encontro catalisador de potências entre as acumulações de lutas no interior das áreas da saúde e da educação. Trata-se não apenas de ponto de contato, mas de um território com potências

teóricas, políticas e pragmáticas próprias, inaugurando um conhecimento que contribui com a renovação na saúde coletiva e na educação de profissionais de saúde (CECCIM, 2008).

Destaca-se ainda que, recentemente, os coordenadores das Comissões de Residência Médica e Multiprofissional receberam o Ofício-Circular nº 16/2016/CGRS/DDES/SESU/SESU-MEC, de 19 de setembro de 2016, informando que, em função do corte orçamentário para o ano de 2017, o MEC não financiará novas bolsas para residentes. Será mantido apenas o quantitativo de bolsas financiadas em 2016. Cabe ressaltar que alguns coordenadores tomaram ciência desta circular por meio de um grupo criado em um aplicativo para celular, logo após a realização dos processos seletivos das RMSs, gerando fragilidade na coordenação das RMSs e incertezas quanto à permanência do incentivo à realização desta modalidade de formação.

Assim, fica evidente que o MEC e o MS têm empreendido esforços e contribuído com importantes construções na formulação de políticas de saúde e educação para o SUS. Por intermédio desta parceria, a RMS venceu alguns desafios, o que possibilitou sua regularização e trouxe novas perspectivas para a atenção à saúde. Contudo, faz-se necessário estreitar os laços existentes entre os referidos ministérios, respeitar as esferas de poder, tomar o acúmulo de recursos, experiências, conquistas e avanços em prol de investimentos na saúde e na educação, a fim de cumprir com a responsabilidade constitucional de consolidação do SUS.

#### 4.3 O PODER CORPORATIVO A SERVIÇO DA MEDICINA E CONTRÁRIO À RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL

Nas discussões sobre a RMS não se pode desconsiderar as forças políticas, a questão corporativa e os processos históricos e culturais que legitimaram a medicina, para determinar as políticas de intervenção no campo da saúde, a produção de conhecimento e de verdades sobre a saúde e a doença, bem como o poder de ação do profissional médico sobre a ordem social brasileira (ROSA, 2010).

Quando a Constituição Federal atribuiu ao SUS o papel de ordenar a formação profissional, ela defendeu os interesses da sociedade, mas, colocou um tensor/vetor nos interesses privados ou corporativos. O SUS defende uma maneira multiprofissional da educação especializada em serviço, orientado pelo cuidado integral, interdisciplinar, trabalho em equipe, abordagem biopsicossocial, com a prevenção, promoção e proteção à saúde, em reconhecimento as necessidades sociais em saúde.

Nesta premissa, a defesa da multiprofissionalidade provocaria um abalo ao saber-poder-desejo instituído como modelo médico-hegemônico, marcado pela fragmentação do conhecimento em forma de especialização, medicalização, tratamento da doença e pela prática privada e corporativista. Como política ou lei, surgia uma nova possibilidade de tensão e divergência ao modelo instituído (CECCIM, 2009).

Neste cenário, a RMS apresenta-se como uma possibilidade de interferir no modelo educacional e contribuir com as requeridas mudanças na prática dos profissionais de saúde. Na perspectiva da EPS como treinamento em serviço enfocando diversas categorias profissionais favorece a produção das condições necessárias às mudanças no modelo médico-assistencial restritivo de atenção em saúde. Foi inicialmente apresentado como estratégia de reorientação da Atenção Básica para a implantação e reorganização dos serviços públicos embasados na lógica do SUS (ROSA, 2010).

O novo contexto da saúde preconizado pelo SUS não só inclui como integra todas as profissões da área da saúde, requer compartilhamento de saberes e poderes, sendo perfeitamente propício tanto para o desenvolvimento da Residência em Área Profissional da Saúde quanto para a RMS. Contudo, nos discursos que colocam em evidência a temática da RMS, há os que se posicionam a favor e os que são contra esta proposta. Para Dellegrave, (2009, p. 09), “o poder é posto em jogo por meio desses discursos, os quais produzem efeitos de verdade e constituem as coisas de que falam”.

Isto posto, observam-se registros de conflitos e reatividade quase exclusivos da categoria médica contra a RMS, tentando manter o poder da corporação (Brasil, 2006), Dellegrave (2009), Ceccim (2009), Feuerwerker (2009), Rosa (2010). Os conflitos justificam-se em função de uma diversidade de motivos, para Travassos (2012). O modelo de saúde vigente visa à produtividade e o poder econômico, há uma turbulência na regulamentação profissional, algumas profissões sentem-se à margem dos processos produtivos e buscam reconhecimento, os atos profissionais são disputados com o intuito de tornarem-se exclusivos de uma determinada profissão, entre outros.

Nesta perspectiva, encontra-se o Ato Médico, que na defesa dos interesses da profissão delimita os atos restritos à prática médica. Com isto, colide com outros interesses profissionais da área, causando um conflito de corporações. Isto posto, os atos, decretos e leis regulamentares das profissões apontam para dois caminhos, nos conduzem a uma uniformidade de interesses e aspectos formais regulatórios ou nos levam aos conflitos de interesses insolúveis, em função da dureza da defesa profissional. É necessário então dialogar

com os interesses externos ao ofício da profissão e subverter o viés corporativo à essencialidade das políticas públicas e sociais (ACIOLI, 2006).

Todavia, é apresentada no cenário legislativo da Câmara Federal a PEC 451, de 2014, que propõe alteração no Art. 7º da Constituição, inserindo o inciso XXXV – plano de assistência à saúde, oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício, na utilização dos serviços de assistência médica. Faz-se necessário destacar que não é uma lei que vai ao encontro das necessidades de saúde do trabalhador, e sim em defesa da manutenção da força e do poder da corporação médica e do modelo hegemônico centrado na doença. A lei especifica a obrigatoriedade de garantir ao trabalhador a utilização dos serviços de assistência médica por meio da iniciativa privada.

É neste contexto de valorização da categoria médica que se apresenta à resistência das entidades médicas a possibilidade da residência multiprofissional. Segundo Feuerwerker (2009), há muitas respostas que justificam esta contrariedade, dentre as quais: o fato de a residência ter sido única propriedade de uma categoria, o que fez com que a residência médica vivesse muitos anos à margem das políticas públicas, orientada pelos interesses corporativos; a presença de outra residência instituída como política pública que abre a possibilidade de regulação e de disputa de orientação e de financiamento por recursos públicos, antes destinados exclusivamente às residências médicas; bem como a defesa de um espaço privilegiado de formação para a medicina, que se sobrepõe às demais profissões e que contava com um mecanismo de reprodução, quem sabe agora ameaçado.

Todavia, mesmo com toda a oposição feita à RMS e, apesar da existência de relações assimétricas marcadas por desigualdades significativas, em um contexto sócio-histórico desfavorável, permeado por conflitos, resistências e interesses de grupos privilegiados, é possível contestar e subverter as relações sociais. A própria mobilização do poder pode, em determinados contextos, provocar contrariedade, contradição e ser contestada por quem possui estratégias e recursos superiores aos utilizados por aquele que está tentando exercer o domínio (THOMPSON, 2011).

Nesta perspectiva, a RMS encontrou apoio no poder político, ético e legalmente instituído, contrariando a resistência da própria categoria. Segundo Ceccim (2009, p. 235), “o ministro que bancou a lei de criação da residência em área profissional da saúde para todas as profissões da área era médico e homem”. Desta forma a RMS venceu os desafios colocados à sua regulação. Contudo, a força da categoria médica trouxe na legislação a relação assimétrica da medicina com as profissões da área da saúde. Como afirma Ceccim:

A reatividade médica, contrária à criação em lei de residências na área da saúde, que não destinadas aos diplomados em medicina, que fez constar, na lei, que a criação da Residência em Área Profissional da Saúde se destinava às profissões da saúde, excetuada a categoria médica (ocorre uma inversão discursiva na linguagem hegemônica: de “médicos e não médicos” para “profissionais de saúde, exceto médicos” (CECCIM, 2009, p. 234 e 235).

É facilmente perceptível que o legislador, em cumplicidade com a corporação médica, legitimou o interesse de diferenciar a residência médica, preservar certa exclusividade, impor significações e concepções construídas e reproduzidas socialmente pela medicina, a fim de manter e defender seus interesses corporativistas. Situação semelhante pôde ser observada quando a SGTES<sup>6</sup> propôs a criação de uma única Comissão de Residências em Saúde e encontrou fortes resistências, o que desencadeou que a proposta não se concretizasse, sendo mantidas duas Comissões Nacionais separadas, a de residência médica e a multiprofissional (BRASIL, 2006).

Também merece destaque a resistência e os enfrentamentos colocados à certificação dos programas de RMS. A residência médica encontrou no ano de 1977, no ato da sua instituição, respaldo político e legal para garantir a sua organização, estruturação e certificação pela CNRM na modalidade de residência. Vinte e oito anos depois, em 2005 a RMS é regularizada e até os dias atuais não conseguiu garantir a sua certificação. Consta que quando a RMS está vinculada a uma universidade, esta consegue garantir ao residente a certificação na modalidade de especialização, mas não na modalidade de residência, que possui carga horária e custo bem maiores (BRASIL, 2006).

Cabe ressaltar que em 1977 estava-se sob a ditadura do regime militar e em 2005 em plena democracia. Isto comprova que as forças contrárias à RMS ultrapassam fronteiras, não são exercidas pelo poder governamental, mas, com o seu consentimento, em favor de uma categoria, de uma corporação. Talvez justificado pelo fato de que historicamente os médicos sempre ocuparam os cargos e posições de poder na área da saúde.

Entretanto, não se pode generalizar, pois nem todos os médicos tiveram ou têm posição contrária à RMS. Nos polos discursivos em defesa do cuidado integral e do trabalho em equipe de saúde, estão incluídos médicos que fazem intenso uso da palavra escrita e falada em favor da RMS (CECCIM, 2009).

---

<sup>6</sup> Criada pelo Decreto n.º 4.726, de 9/6/2003, responde pela gestão federal do SUS no que se refere à formulação de políticas orientadoras da formação, do desenvolvimento, da distribuição, da regulação e da gestão dos trabalhadores da Saúde (BRASIL, 2016).

#### 4.4 INTERPRETANDO O CONTEXTO SÓCIO-HISTÓRICO

Pode-se identificar claramente o conceito de ideologia de Thompson (2011, p. 16), “sentido a serviço do poder”, na instituição do SUS e na sua responsabilidade de ordenar a formação profissional na área da saúde. Consequentemente, a presença de construções simbólicas e ideológicas na regulação da RMS, desenvolvida na perspectiva da EPS, pode contrariar os interesses privados e corporativistas e fortalecer os princípios do SUS em defesa da cidadania, da igualdade de direitos e afirmação da vida.

Desta forma, é possível perceber na instituição da RMS alguns modos e estratégias de operar a ideologia descrita por Thompson (2011). Um dos modos utilizados foi a **Legitimação**, que se estabeleceu frente à relevância de apoiar uma ideia justa, digna, que faz apelo ao atendimento de uma necessidade. No caso em questão, o apoio apresenta-se como forma de assegurar o direito à saúde pelo fortalecimento do SUS e da sua responsabilidade de ordenar a formação profissional nesta área. As estratégias utilizadas foram a **Racionalização** e a **Universalização**.

No que diz respeito à formação profissional a estratégia de **Racionalização** fundamenta-se pela construção de uma sequência de raciocínios para defender que a RMS enquanto curso de pós-graduação é capaz de contribuir com as necessárias mudanças nas práticas de atenção, gestão e formação, afirmando os princípios e diretrizes do SUS, sendo digno o apoio dos ministérios na regulação e financiamento de bolsas para esta modalidade de formação.

A **Universalização** traz os acordos institucionais representando os interesses de todos, mesmo que estes atendam somente a uma parcela dos interessados. Aplica-se perfeitamente ao SUS e à RMS uma vez que a legitimação de ambos é necessária para fortalecer um sistema de saúde, ao qual todos os brasileiros têm direito e pelo qual podem ser beneficiados, apesar de alguns por interesses próprios serem contrários à sua efetivação.

A ideologia também está presente na RMS por meio da **unificação**, estabelecida tanto na inclusão de todos os hospitais universitários federais<sup>7</sup> quanto na definição dos pressupostos, diretrizes e modelo para construção dos projetos pedagógicos das instituições de saúde.

---

<sup>7</sup> Durante o III Fórum dos Dirigentes dos HUFs, realizado em Brasília, definiu-se como meta para 2010 implantar a RMS em todos os HUFs. Assim, entre 1º de fevereiro e 1º abril de 2010, tiveram início 36 programas desenvolvidos em 40 hospitais universitários federais (HUF), uma vez que alguns programas envolviam mais de um HUF, sob a forma de complexo hospitalar.

Com isto, interligam-se os programas, construindo uma identidade coletiva para a RMS, independente das diferenças existentes nos HUFs em todos os estados brasileiros. A estratégia usada para expressar este modo de operar a ideologia é a **Padronização**, quando se cria um referencial padrão a fim de partilhar e aceitar uma linguagem nacional, em contextos e grupos diversificados. No caso da RMS a padronização pode servir tanto para criar uma identidade coletiva dos programas quanto para estabelecer uma hierarquia unificada de linguagem dentro da CNRMS.

Outro modo de operar a ideologia na RMS é a **fragmentação**, utilizada para separar indivíduos que possam ser capazes de desafiar, fazer oposição ou ameaçar os grupos dominantes. É notória a fragmentação realizada na separação da categoria médica da RMS. Por meio da estratégia de **Diferenciação** distingue-se a medicina das demais profissões da saúde constituindo dois grupos, médicos e não médicos. Desta forma, apóiam-se as características que a diferenciam, gera-se desunião com conseqüente redução das ameaças às relações sociais existentes e ao exercício do poder da medicina.

Em relação à medicina, pode-se identificar outro modo de operação da ideologia, a **Reificação**. Neste caso, situações transitórias, atípicas são retratadas como se fossem permanentes, atemporais e eternas. A permanência, por muitos anos, da exclusividade da medicina nesta modalidade de formação na área da saúde possibilitou a utilização da estratégia de **Eternização** da residência médica, como um fenômeno imutável, inatingível, inquestionável, estabelecendo certo poder, status, cristalização na vida profissional e social, uma rigidez difícil de ser questionada e quebrada, que mantém a sua diferenciação das demais profissões da área da saúde.

Contudo, as estratégias ideológicas presentes na instituição da RMS não ficaram somente a cargo dos ministérios. A CNRMS no uso de suas atribuições legais também usou de autoridade, hierarquia, desigualdade de posições e recursos para estabelecer as diretrizes gerais para os programas de RMS. Algumas vezes, reproduzindo as estratégias ideológicas utilizadas pelos ministérios, outras vezes, estabelecendo as suas próprias estratégias.

## 5 ANÁLISE FORMAL OU DISCURSIVA

Os tutores e preceptores, assim como os docentes, compõem a equipe responsável por colocar em prática os Projetos Pedagógicos das RMSs, e destacam-se pela sua importância no contexto da formação em saúde na condição de facilitadores da aprendizagem, interlocutores e integradores entre/de assistência e ensino, teoria e prática, instituído e o que se deseja instituir. São desafiados a conduzirem uma prática profissional que ultrapasse um fazer repetitivo e valorize um saber compartilhado, consciente, reflexivo, problematizador e transformador, bem como a desenvolver estratégias de ensino e aprendizagem que promovam um processo educacional capaz de reconstruir novos saberes e gerar corresponsabilização na produção da saúde.

Desta forma, tutores e preceptores constituem-se como elementos essenciais no processo de formação profissional na RMS, sem os quais seria impossível aos residentes criar, experimentar e experienciar uma nova concepção de formação em saúde, permeada pelos preceitos da EPS, que estabelece a necessidade de utilização de metodologias de ensino inovadoras, que permitam a problematização do processo de trabalho em saúde, o compartilhamento de saberes e a integralidade do cuidado garantida na atuação coletiva e multiprofissional dos profissionais de saúde.

Para efeito deste estudo será analisada a ideologia que permeia a EPS na formação e na prática dos tutores e preceptores da RMS. Para tanto, serão objeto de análise aspectos que contemplam: a inserção dos participantes na prática da tutoria e/ou preceptoria no programa de RMS; a formação dos participantes para a prática da tutoria e/ou preceptoria; as estratégias e recursos utilizados pelos participantes para desenvolver a EPS na RMS; e a sua opinião sobre a contribuição da EPS para a prática da tutoria e/ou preceptoria na RMS.

Por meio da análise narrativa foram identificadas temáticas recorrentes nos depoimentos, que contextualizam formas simbólicas produzidas e reproduzidas pelos participantes no que se refere à EPS na inserção e na prática da tutoria e preceptoria da RMS, as quais foram posteriormente agrupadas por recorrência, frequência e relevância em unidades e subunidades de interpretação, que serão discutidas no presente capítulo.

## 5.1 A INSERÇÃO DOS TUTORES E PRECEPTORES NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Na perspectiva do referencial teórico proposto para este estudo, a compreensão da inserção dos tutores e preceptores precisa ser firmada com olhar crítico às construções simbólicas, portanto, por meio da análise e discussão de ações que contêm intenção, convenção, estrutura e referência, realizadas por meio de recursos e estratégias, permeados por significados, que precisam ser interpretados e reinterpretados.

Na narrativa dos participantes acerca da inserção nos programas de RMS, embora que de forma diferenciada, constata-se que a inserção da maioria dos tutores e preceptores na RMS ocorreu por meio do convite verbal. Observa-se ainda que os convites realizados individualmente tiveram como referência e fatores motivadores a atuação dos profissionais em um HUF, a titulação acadêmica dos profissionais, a parceria com os coordenadores dos programas de RMS, as experiências profissionais que denotavam competências em diferentes cenários, assim como os vínculos institucionais e coletivos.

### 5.1.1 O hospital universitário federal como espaço de formação

No contexto dos HUFs, cenários de atuação dos participantes do presente estudo, estabelece-se esta dupla compreensão: a do HUF como espaço de formação e a do profissional de saúde como facilitador do processo formativo. Assim sendo, os HUFs, com suas diversidades e complexidades, são compreendidos como cenários de produção de saúde, centros de formação profissional e de geração de conhecimentos e de novas práticas em saúde. Enquanto que os profissionais de saúde, com seus conhecimentos, experiências e competências adquiridos, sustentam-se na condição de facilitadores no processo de formação, com domínio do funcionamento e estrutura do ambiente de cuidado e do processo de trabalho.

Exatamente por atuarem numa instituição universitária de assistência à saúde, a maioria dos participantes do presente estudo destaca em seus depoimentos que inserção na RMS se deve ao fato de atuarem em um HUF, interpretando esta inserção como uma obrigatoriedade ou imposição aos profissionais de saúde que atuam em HUF, como pode ser evidenciado no relato abaixo:

*Na verdade, não existiu inserção! Então nós temos como se fosse obrigatório, temos que receber (o residente), porque funcionamos dentro de um hospital escola (E12H1).*

Destaca-se na narrativa que a inserção dos profissionais de saúde na RMS é determinada pelas características próprias da instituição de saúde. Assim sendo, a lotação e o desenvolvimento de práticas em saúde nos HUFs determina que os participantes interpretem como obrigatórias as práticas atreladas à formação em saúde, sem quaisquer questionamentos sobre vontade, disponibilidade, preparo para a formação em saúde e para a inserção na RMS e, conseqüentemente, para a prática da tutoria e preceptoria.

Neste contexto, as formas simbólicas presentes no depoimento e na interpretação dos participantes determinam o estabelecimento de relações assimétricas, tendo de um lado as características próprias dos HUFs (dominantes) como instituições de ensino e por onde circulam docentes, discentes de graduação e pós-graduação, pesquisadores, etc., que determinam, de forma velada, que os profissionais de saúde acatem as demandas que emergem destes cenários e reproduzam gestos, falas e atitudes de subordinação ao cenário e, conseqüentemente, aceitem, sem questionamentos, receber os estudantes em seu ambiente de trabalho e desenvolver a prática da preceptoria e tutoria na RMS.

Esta interpretação dos depoentes deve-se ao fato de os hospitais universitários, na condição de hospitais escola, serem estabelecimentos de saúde, que pertencem ou são conveniados a uma instituição de ensino superior, podendo esta ser das esferas pública ou privada, e que têm por finalidade ser campo e espaço para a prática de atividades de ensino, pesquisa e assistência na área da saúde. Dentre as atividades de ensino desenvolvidas nos hospitais escola destacam-se o estágio curricular de cursos de graduação na área da saúde, o internato, a residência média, a residência multiprofissional, a residência em área profissional, entre outras atividades (BRASIL, 2015a).

Para Agnol (2013), faz-se referência ao hospital escola como laboratório acadêmico para a formação de profissionais e geração do conhecimento por meio da assistência, do ensino e da pesquisa, que possibilita a integração entre as instituições formadoras e os serviços de saúde, entre ensino e assistência e, em conseqüência, entre teoria e prática, e que contribui com a implantação e implementação de políticas públicas no SUS e ainda com a qualificação dos profissionais de saúde, a melhoria da qualidade das ações de saúde e investigativas, na busca de respostas para os problemas de saúde da população. Neste cenário, todos os atores envolvidos precisam participar efetivamente do processo de produção da saúde, do conhecimento e da tecnologia, desempenhando assim papel de destaque neste processo.

Frente a isto, pelo compromisso do hospital universitário com o ensino, os profissionais que ali atuam tornam-se naturalmente educadores e conseqüentemente identificam-se como facilitadores do processo de ensino e aprendizagem, participando efetivamente da formação de estudantes de graduação e de pós-graduação. É fato ainda que, na perspectiva da RMS e da EPS, tanto o hospital como os profissionais de saúde desempenham papel fundamental, pois devem relevar a formação em saúde como meio para problematizar o processo de trabalho e compartilhamento de saberes, entendendo o profissional de saúde como ator principal na ativação de processos de mudança nas práticas em saúde.

Foi encontrado, em outras narrativas, um discurso semelhante, que também destaca uma compreensão do HUF como espaço de formação e do profissional de saúde como detentor de conhecimento prático, entendido como relevante no processo de formação, independente de formação específica para a prática da tutoria e/ou preceptoria, como pode ser constatado no depoimento abaixo:

*Como é uma instituição universitária, a gente acaba assumindo a preceptoria independente de formação ou não a gente acaba falando um pouco da nossa prática [...] (E14H2).*

Mesmo havendo uma interpretação semelhante pela depoente, acerca de acatar as características do HUF como determinantes de uma obrigatoriedade de inserção dos profissionais de saúde em programas e atividades de ensino realizados nos HUFs, destaca-se uma particularidade na narrativa acerca da banalização de uma formação específica para a prática da preceptoria. Da mesma forma, há uma supervalorização das experiências e domínio da prática assistencial nos cenários, quando o depoente afirma que “independente de formação ou não”, sua prática pode ser suficiente para favorecer a formação dos profissionais no contexto da RMS.

Sendo assim, há uma atitude de naturalizar a responsabilização pelo fato de atuarem em um espaço de formação e ainda, no contexto da formação em saúde, de passivizar as experiências em detrimento de uma formação específica para o desenvolvimento de práticas educativas.

Também não se evidencia na interpretação do depoente a necessidade de competências específicas para desenvolver a preceptoria na RMS. Assim, esta forma simbólica releva a experiência assistencial em detrimento das ações educativas, assim como a EPS não é apontada como eixo norteador dos programas de RMS, o que pode determinar em risco

evidenciado em atuação dos preceptores ou tutores limitada à reprodução de suas práticas em saúde, como ações corriqueiras em saúde, determinadas pelo cotidiano, e demandas institucionais, sem que haja a problematização do processo de trabalho, das condutas profissionais que sustentam a produção de uma preceptoria que não motiva, ativa e/ou transforma as práticas em saúde, e que, conseqüentemente, transmitida aos residentes, tende a ser reproduzida por eles na futura prática profissional quando inseridos no SUS.

Assim, as narrativas dos participantes que atribuem a sua inserção na RMS em função da atuação no HUF retrataram que, apesar das oportunidades geradas neste espaço no que se refere à formação em saúde, ficam em evidência a acomodação e aceitação da obrigatoriedade, da ausência de formação, da responsabilidade e da banalização de um processo formativo mais adequado à política da EPS.

Por outro lado, também não foram constatadas nas narrativas quaisquer resistências individuais ou coletivas, sendo aceita de forma passiva pelos depoentes a inserção na RMS e na prática da tutoria e preceptoria, sem questionamentos. Alguns depoentes, inclusive, colocaram-se à disposição, mesmo reconhecendo que não possuíam amadurecimento e admitindo ausência de conhecimento para estar desempenhando tal função. Relataram ainda um movimento dos coordenadores dos programas em levantar junto aos profissionais de saúde aqueles que possuíam interesse na inserção no programa de RMS, conforme é evidenciado nos depoimentos a seguir:

*[...] eles (os coordenadores) precisavam fazer o levantamento dos possíveis profissionais que tinham interesse (ser preceptor e tutor) e eu me coloquei também à disposição. [...] até por integrar um hospital escola. É interesse pessoal porque eu acho que isto acrescenta muito para a gente (E04H1).*

Nesta narrativa observa-se que a participante, ao saber da necessidade de levantamento dos profissionais que tinham interesse em participar da RMS como tutor ou preceptor, antecedeu-se ao convite, colocando-se à disposição por interesse pessoal. Observa-se na ação da participante a oportunidade de contribuir com a RMS, colocando suas habilidades, conhecimentos e experiências à disposição do processo de formação, em função de um possível crescimento pessoal. Contudo, a mesma participante, em outro trecho da narrativa, diz que no momento da sua inserção não possuía capacitação ou maturidade para atuar na RMS:

*À época (na inserção) [...] eu não tinha amadurecimento para poder estar ali (na RMS) (E04H1).*

No contexto do referencial teórico pode-se dizer que, da mesma forma que nas análises anteriores, estabeleceu-se uma relação assimétrica. O campo de prática (dominante) por sedução impôs-se ao conhecimento e maturidade necessários ao profissional (dominado) para assumir determinadas funções ou atividades. Sendo assim, também há uma atitude de naturalizar a responsabilização que se estabelece pela atuação em um espaço de formação e ainda, no contexto da formação em saúde, de passivizar os interesses pessoais dos profissionais de saúde em detrimento de uma formação específica para o desenvolvimento das práticas educativas na RMS sob a forma de preceptoria e tutoria.

### **5.1.2 A titulação acadêmica como pré-requisito para a inserção na RMS e para a prática da tutoria e preceptoria**

Nas narrativas dos participantes observa-se um movimento pessoal em prol da formação profissional. Todos realizaram curso de graduação e de pós-graduação que viabilizaram o convite para atuarem na RMS. Alguns dos participantes possuíam a especialização e realizaram o curso de mestrado e/ou doutorado, concomitante ou posterior à inserção na RMS. Os depoimentos abaixo ilustram estes resultados:

*Eu comecei como preceptora [...] no período de defesa da dissertação, [...] veio o convite para eu ser tutora (E02H1).*

*À época eu não tinha o mestrado [...] (E04H1).*

*[...] passei no mestrado [...] isto me deu assim um gás enorme. [...] eu penso que foi importante a minha inserção quando eu terminei o mestrado docente (E08H1).*

A pós-graduação é um segmento do ensino superior constituído de duas modalidades, que compreendem os cursos de especialização e aperfeiçoamento (*lato sensu*), e os programas de mestrado e doutorado (*stricto sensu*). Ambas as modalidades são abertas aos candidatos diplomados em cursos superiores de graduação e que atendam às exigências das instituições de ensino, e, quando necessário, a edital de seleção (BRASIL, 1996). Frente a isto, a pós-graduação possui um papel social e educativo diferenciado em função do rigor teórico-metodológico das pesquisas e daquilo que se produz, implicando diretamente na formação do pesquisador, em especial do professor de ensino superior, nas perspectivas futuras das universidades e na legitimação do conhecimento, que deve ser capaz de propor novos olhares sobre os problemas educacionais brasileiros.

Dependendo da conjuntura política, econômica e social, a titulação em um curso de pós-graduação confere ao profissional um valor simbólico, que o diferencia frente aos que não a possuem. Na observação de Veloso (2014, p. 04), “o alto valor atribuído aos diplomas acadêmicos levou a uma rápida proliferação de programas de pós-graduação em todo o país”.

A pós-graduação *lato sensu* confere ao profissional um certificado e a *stricto sensu* um diploma, que para Cunha (1974, p. 66) indicam que:

[...] seu possuidor é elegível, para um determinado grupo de ocupações assegurando-lhe a posse de valores econômicos, de poder e de prestígio. O que ao mesmo tempo são negadas aos demais. A partir da posse dos requisitos educacionais mínimos, a competição se faz pela manipulação das relações sociais, pela competência, etc.

Nesta perspectiva, as narrativas condizem com a afirmação de Cunha (1974) acerca da titulação acadêmica: apresenta-se como um fator determinante para que os profissionais de saúde possam ser convidados ou elegíveis para atuarem como preceptores e tutores na RMS. Contudo, não há garantia de que a titulação acadêmica, por si só, represente uma prática profissional de qualidade. Até porque não existe na legislação a exigência de que a pós-graduação seja realizada na área de concentração da referida residência, podendo inclusive ter sido construído conhecimento em área distinta, sem correlação ou aplicação na prática na tutoria e preceptoria na RMS.

Semelhante à análise anterior, estabeleceu-se uma relação assimétrica por meio da titulação acadêmica. Na condição de exigência legal, ela domina o processo de seleção dos profissionais de saúde, que ficam em posição de subordinação, convocados a atuar na tutoria e na preceptoria por deterem titulação acadêmica. Por outro lado, também existem relações assimétricas quando os profissionais de saúde com a titulação exigida são colocados como elegíveis em detrimento de outros profissionais de saúde da instituição, que não atendem ao disposto nos dispositivos legais. Neste sentido, a legislação, com suas exigências, favorece o empoderamento de alguns profissionais em detrimento de outros em um mesmo cenário.

Nossa experiência no campo da prática assistencial tem evidenciado que a busca por qualificação em cursos de pós-graduação é muito mais comum em profissionais mais jovens, com domínio da pesquisa, sendo rotineiro encontrar profissionais com anos de prática e experiências exitosas na esfera assistencial e na preceptoria de estudantes de graduação que não possuem qualquer titulação. Para minimizar a possibilidade de compartilhamento de saberes com profissionais como estes, devem ser estabelecidas nas RMSs estratégias de

integração de residentes, tutores, preceptores e este profissional inelegível e com relevada experiência.

### 5.1.3 As experiências e os vínculos norteando os convites

No que diz respeito a este estudo, nas narrativas observa-se que alguns tutores e preceptores atribuem a sua inserção na RMS às experiências acadêmicas, vínculos e parcerias realizadas no cotidiano das instituições de saúde, decorrentes de certa vivência pedagógica na trajetória profissional. Estas situações foram estabelecidas antes da implantação da RMS nas instituições em estudo, em residências que não eram multiprofissionais, em atividades que não eram da pós-graduação e em práticas educativas que não tinham a EPS como eixo pedagógico, como fica evidente nos depoimentos abaixo:

*Eu já atuava como preceptor da residência médica [...], os residentes multiprofissionais entraram na equipe da residência médica já formada (E23H2).*

*Eu já trabalhava com a coordenadora deste programa, era parceira dela no sentido de receber seus alunos da graduação no ambulatório, de dar algumas aulas no que ela sempre me convidou e eu dava, então a gente já tinha uma relação (E08H1)[...]*

*a atual coordenadora da residência multiprofissional me convidou para vir aqui (RMS)[...] embora não falasse educação permanente, educação em serviço, mas a gente tinha um trabalho já pensando nisso (E18H2).*

*[...] tudo que vem para mim como trabalhadora do hospital, eu sempre recebo com os braços muito abertos [...] por mais que eu diga eu não sei nada disso [...] (E09H1).*

A conjuntura das políticas públicas em saúde deve ser compreendida a partir das relações e dos conflitos existentes entre os sujeitos envolvidos na práxis social. Assim, faz-se necessário estabelecer interfaces que revelem as particularidades destas práticas, a partir de sua inserção num contexto social, econômico e político. Frente a isto, os vínculos, parcerias e experiências podem ser ferramentas agenciadoras da coparticipação e corresponsabilidade dos profissionais envolvidos no processo de produção da saúde, contribuindo com as desejadas mudanças na atenção e gestão, por meio do treinamento em serviço realizado na RMS.

Isto posto, considera-se de extrema relevância a parceria com os profissionais de saúde, corresponsáveis com o processo de formação dos residentes, uma vez que se espera que a RMS esteja envolvida e comprometida com um novo modo de fazer saúde, a fim de prestar serviços com eficiência, que atendam às necessidades dos usuários e possibilitem crescimento, valorização e autonomia do profissional da área da saúde.

Nesta perspectiva, a formação faz um convite que possibilita muitos encontros, com os serviços, com políticas, dispositivos e tecnologias, com o trabalho em equipe, com a invenção e reinvenção de novas práticas em saúde. Neste contexto, a formação não é caracterizada como transmissão e aquisição de conhecimento. A aprendizagem ocorre na produção da subjetividade e dá lugar às parcerias, aos vínculos, à inserção de profissionais de saúde mais habilitados e disponíveis ao trabalho de qualidade, construído coletivamente com ênfase na formação baseada na experiência.

Embora possa parecer espaço informal para a educação, na perspectiva da EPS as experiências e os vínculos profissionais são essenciais para a formação profissional, reforçam a aprendizagem no serviço e potencializam a problematização do processo de trabalho, devendo ser considerado o protagonismo dos profissionais onde espaços coletivos são instituídos, de forma a viabilizar trocas de saberes, reflexões e problematização do processo de trabalho e, conseqüentemente, construir novos modos de produção da atenção e gestão no SUS.

O MS, por meio da Rede HumanizaSUS, reconhece a importância da inserção dos trabalhadores nas políticas de saúde, abrindo espaço para o compartilhamento das vivências, desafios, atualidades e uma série de formas de conhecimento produzido, para dar visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho. Assim, os profissionais de saúde são reconhecidos como construtores de novas realidades em saúde (BRASIL, 2013).

Observam-se nas narrativas descritas duas situações estabelecidas de formas distintas. A ação da coordenação em convidar profissionais sem o conhecimento requerido para o desempenho da função para serem tutores e preceptores, e os mesmos profissionais, sem a devida qualificação, aceitam o convite pelo desejo de contribuir com a instituição, sem nenhuma relutância pela falta do domínio específico da prática da preceptoria e tutoria. A relação assimétrica maior aí é a da instituição (dominadora) ao atribuir aos participantes (dominados) a função de preceptoria e tutoria considerando as práticas educativas que não qualificaram os profissionais para atuação multiprofissional.

Em relação à inserção na RMS, observa-se que tanto a realização dos convites pela coordenação dos programas quanto a sua compreensão e aceitação por parte dos tutores e preceptores foram influenciadas pelo contexto sócio-histórico pessoal, profissional e institucional. As diferentes percepções presentes nas narrativas dos participantes podem ser justificadas de acordo com Ceccim (2009), quando este afirma que os profissionais são bem diferentes entre si e nas relações uns com os outros, podendo ser percebida em uma mesma

situação diversidade de formas de compreensão e atuação. Todavia, independente das particularidades, enquanto participantes das relações estabelecidas no processo de trabalho, todo encontro provoca certa tensão para o espaço público de negociação, estabelecendo um apelo para que determinada necessidade seja considerada.

Neste sentido, percebe-se pelas narrativas que, com raras exceções, os participantes não questionaram a sua inserção na RMS, sendo compreendida como uma ação de valorização e forma de reconhecimento pessoal e profissional. Há semelhança na aceitação passiva e determinação de relações assimétricas, que em determinados contextos são consideradas construções simbólicas e ideológicas. Os participantes aceitaram receber funções/atividades educativas, a partir de uma relação de dominação e submissão, manifestada por diferentes significados e compreendidos como imposição, obrigação, responsabilização, sedução, entre outras formas simbólicas que muitas vezes são legitimadas nas relações sociais sem serem percebidas como formas de dominação.

Desta maneira, o campo de prática, os supostos conhecimentos, as experiências, parcerias e vínculos, independente do conhecimento construído, das competências e habilidades desenvolvidas, impõem aos profissionais de saúde a prática educativa na RMS. Na posição de tutores e preceptores, eles acatam a imposição, atendem ao convite e a demanda da RMS para realização de algo ainda desconhecido, sem suporte político e pedagógico. Muitas vezes, acatam tais imposições em troca da inclusão social, prestígio, poder e reconhecimento acadêmico. Esta problemática identificada na inserção dos tutores e preceptores poderá gerar inicialmente certa fragilidade na prática educativa e direcionar novas formas simbólicas.

#### **5.1.4 Criação dos programas de RMS e inserção dos profissionais de saúde com foco no atendimento às demandas governamentais**

Aspectos da trajetória profissional, como atuação em hospital escola, titulação acadêmica, experiências com a formação, parcerias, vínculos estabelecidos com a instituição e ou coordenação da RMS, sem dúvida, podem representar certo diferencial na prática educativa dos tutores. Contudo, não fica evidente nas narrativas que as coordenações da RMS tenham tido tempo hábil para realizar análise da trajetória destes profissionais, visando à seleção e posterior convite à inserção na RMS, a partir da qualificação. Depoimentos de ambas as instituições retrataram esta realidade:

*Depois do primeiro ano [...] Mas (o PRMS) caiu assim meio de paraquedas [...] o hospital ofereceu em conjunto com a escola um curso de capacitação de preceptoria [...] (E03H1).*

*Teoricamente, nós íamos pensar em uma residência durante seis meses, para no outro semestre começar o curso. Não, não podia, não havia tempo, [...] em 2010 começou a primeira turma (E26H2).*

Frente a estas narrativas, pode-se concluir que a partir do momento em que surge a demanda para realização de um curso, que se caracteriza como treinamento em serviço, buscam-se profissionais para o desempenho de um novo papel na instituição, novas competências e novas funções. Faz-se então necessário constituir uma equipe de educação com os profissionais que estão diretamente envolvidos no processo de produção de cuidado e conhecimento em saúde e garantir sua participação no processo de formação.

Desta forma, embora não se perceba nas narrativas questionamentos, relutância, subversão ou outras ações que poderiam representar oposição à aceitação passiva, é mais provável pensar que a inserção dos tutores e preceptores na prática educativa da RMS ocorreu por meio de uma convocação institucional, em uma nítida relação assimétrica, em função da necessidade emergencial de implantação da RMS nos HUFs.

Vale ressaltar que as relações assimétricas obedeceram a uma hierarquia envolvendo o SUS, o MEC e o MS, os HUFs, as coordenações das RMSs, as profissões e os profissionais envolvidos na atenção, gestão e formação na saúde. Cabe lembrar que os ministérios impuseram a implantação da RMS nos HUFs em 2010. Assim, as universidades federais, diante da obrigatoriedade de implantação, da sua dependência financeira e política, aceitaram a dominação e assumiram posição de subordinação implantando a RMS.

Percebe-se na inserção dos tutores e preceptores participantes deste estudo que houve por parte das instituições, na figura dos coordenadores da RMS, uma reprodução das construções simbólicas e ideológicas estabelecidas pela CNRMS por meio da Resolução nº 2, de 13 de abril de 2012, que dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional de Saúde.

Art. 11 **A função de tutor** caracteriza-se por atividade de orientação acadêmica de preceptores e residentes, estruturada preferencialmente nas modalidades de tutoria de núcleo e tutoria de campo, exercida por profissional com **formação mínima de mestre e experiência profissional de, no mínimo, 03 (três) anos** (BRASIL, 2012, grifos da autora).

Art.13 **A função de preceptor** caracteriza-se por supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional **vinculado à instituição formadora ou**

**executora, com formação mínima de especialista** (BRASIL, 2012, grifos da autora).

Desta forma, sem tempo hábil para buscar os recursos e estratégias necessárias para desenvolver-se uma nova e complexa modalidade de ensino, os HUFs não só implantaram a RMS, mas atenderam com rigor a legislação estabelecida pela CNRMS.

### 5.1.5 Interpretação das narrativas em relação à inserção na RMS

Destaca-se na narrativa dos participantes uma série de ações e reações que culminaram com a instituição da referida residência, e os fatos descritos ocorrem em uma sequência de ações produzidas e reproduzidas em contextos sócio-históricos estruturados, relações assimétricas, transmissão cultural de formas simbólicas, distanciamento espaço-temporal e construções ideológicas.

Nesta perspectiva, a inserção dos tutores e preceptores obedeceu à caracterização estabelecida pela CNRMS. Ou seja, foram inseridos profissionais que atuam ou tenham ligação direta com o **hospital escola**, possuam **titulação acadêmica** de especialista e ou mestre, bem como **vínculos** com as instituições formadoras ou executoras e tenham **experiência profissional**. Um olhar mais atento para a análise da inserção dos tutores e preceptores permitirá constatar que estas foram as justificativas apresentadas nas narrativas dos participantes.

No que se refere aos modos de operação da ideologia, pode-se identificar quando os participantes relevam em suas falas o compromisso do hospital universitário com o ensino e o entendimento da obrigatoriedade de atuarem como educadores neste contexto, o modo de **Legitimação**, por meio da estratégia de **Racionalização** na medida em que os participantes constroem uma cadeia de raciocínio para defender ou justificar a situação e a sua relação com a instituição de saúde.

Também se identifica o modo de **Reificação**, por meio da estratégia de **Naturalização**, porque os participantes entendem a situação como um fenômeno natural e inevitável. Desta forma, inserem-se nos programas de RMS porque atuam em um hospital de ensino e serviço e por consequência identificam-se como facilitadores do processo de ensino e aprendizagem neste contexto, participando efetivamente de formação de estudantes de graduação e de pós-graduação, apoiados na própria experiência profissional, banalizando, por vezes, a necessidade de uma formação específica para a prática da tutoria e preceptoria na RMS.

Outro modo de operação da ideologia nesta narrativa dos participantes é a **Unificação**, sustentada e estabelecida por intermédio das estratégias de **Padronização**, pelo fato de os participantes fornecerem ao HUF uma identidade padronizada a ser compartilhada e aceita no contexto da formação em saúde; e de **Simbolização da Unidade**, pela forma como os participantes relevam a experiência profissional como aspecto que lhes fornece poder e uma identidade específica para atuação nos programas de RMS.

A ideologia opera também pelo modo de **Dissimulação** nas narrativas dos participantes, por meio da estratégia de **Deslocamento** quando os participantes não destacam ou banalizam a necessidade de formação específica para a prática da tutoria e preceptoria, despertando um processo de valorização positiva à própria experiência profissional e às características institucionais. A inserção à RMS pelos participantes é interpretada como processo natural, inevitável e passivo, sendo desconsiderados os papéis sociais de tutores e preceptores e a base da construção dos projetos pedagógicos das RMSs permeados pela política de EPS, o que expressa o modo de **Reificação**, por meio das estratégias de **Naturalização e Passivização**.

Constata-se que a titulação acadêmica, estabelecida como requisito nas legislações de criação de programas de RMS, apresentou-se com um fator determinante para que os profissionais de saúde fossem convidados ou elegíveis para atuarem como preceptores e tutores, o que destaca o modo de **Unificação**, expresso pela estratégia de **Padronização** na medida em que a legislação unificou, por intermédio da construção simbólica, a titulação acadêmica como forma de unidade entre os profissionais de saúde, padronizando a inserção aos programas de RMS, independentemente de suas diferenças, experiências, competências, dentre outros aspectos relevantes no contexto da prática da preceptoria e tutoria e da EPS.

Contudo, as formas simbólicas envolvidas neste contexto também expressam o modo de **Fragmentação**, evidenciado pela estratégia de **Diferenciação** quando a própria regulamentação estabelece diferenciação entre alguns profissionais de saúde – com a titulação exigida e elegíveis para a prática da preceptoria e tutoria – e outros profissionais que não atendem ao disposto nos dispositivos legais.

Destaca-se que as questões de dependência financeira e política e a imposição de criação de programas de RMS nos HUFs a partir de 2010 determinou a criação de projetos pedagógicos e a implantação das RMSs nos HUFs em um curto espaço de tempo. A situação é interpretada pelos participantes como um processo natural e como um resultado inevitável e passivo às demandas e responsabilidades governamentais, evidenciando-se nas narrativas o

modo de **Reificação**, na operação da ideologia, expresso pelas estratégias de **Naturalização** e **Passivização**.

Percebe-se assim que os profissionais não foram convidados, e sim convocados, para implicarem-se na prática educativa da RMS, assumirem compromissos éticos, políticos e pedagógico com a consolidação do SUS e ser participantes da transformação das práticas vigentes na saúde e na educação. Contudo, constata-se que a inserção dos tutores e preceptores ocorreu por meio de relações assimétricas, por meio da legislação e da hierarquia, envolvendo presidente da República, ministros da Saúde e Educação, dirigentes dos HUFs, gestores da CNRMS, coordenadores dos Programas e os profissionais da academia e do serviço que atuam como tutores e preceptores.

Assim, contata-se que para ordenar a política de educação profissional, em detrimento das demandas do SUS, foram realizadas ações em direções contrárias às exigências de implantação de processos corresponsáveis, coparticipativos, dinâmicos e reflexíveis, onde os profissionais estejam cada vez mais envolvidos e qualificados para o desempenho das suas funções. Assim, no lugar da autonomia, liberdade de expressão e participação, foram produzidas e recebidas formas simbólicas de controle e obrigatoriedade.

## 5.2 A FORMAÇÃO DOS TUTORES E PRECEPTORES DA RMS

Diante da análise da inserção pode-se dizer que os tutores e preceptores são profissionais pós-graduados, com certa experiência profissional e vínculo com as instituições em que trabalham. Desta forma, possuem competências e habilidades para o exercício de suas funções nos diversos serviços do hospital escola, cenários de aprendizagem e campos de prática dos residentes. Logo, pode-se presumir que se trata de pessoas habilitadas para atuar como educadores. Sendo assim, cabe contextualizar a necessidade de formação para a prática educativa na RMS.

Os participantes relataram que após a inserção, em dado momento da atuação como tutor ou preceptor, tiveram a oportunidade de participar de atividades educativas desenvolvidas com o objetivo de fornecer apoio pedagógico aos tutores e preceptores da RMS. Em função da diversidade de atividades relatadas e para melhor desenvolver a análise dos resultados, as atividades foram articuladas ao processo de aprendizagem formal e não formal voltado para a formação pedagógica.

### 5.2.1 A realização de cursos para preceptoria/tutoria

Alguns participantes narraram ter participado de processos educativos por meio da educação formal, por meio do Curso de Formação Pedagógica para Tutor e Preceptor, oportunizado pela coordenação da RMS; Curso de Especialização em Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde; Curso de Facilitadores de Educação Permanente, oferecido pelo MS; e mestrado e doutorado realizado por iniciativa e interesse pessoal.

Vale ressaltar inicialmente que os participantes de ambas as instituições fizeram referência à realização de curso de preceptoria com a participação tanto de preceptores quanto de tutores. No decorrer da análise das entrevistas chama-nos a atenção o fato de as instituições H1 e H2 só terem promovido o referido curso após o início da RMS, pois todos os participantes narraram que não foi oferecido pelos ministérios, pelas instituições em que atuam ou pelas coordenações da RMS nenhum curso de formação pedagógica antes do início da prática educativa na referida residência.

*Não (houve curso). Anteriormente (à implantação do PRMS) também não. Depois do primeiro ano [...] nós fizemos. O hospital ofereceu juntamente com a Escola (de Enfermagem) [...] um curso de capacitação de preceptoria (E03H1).*

*Assim que nós implantamos a residência, não sei se um ano ou um semestre depois, nós [...] fomos todos fazer este curso (de formação para tutores e preceptores) (E26H2).*

Embora não haja por parte deste estudo interesse de comparar os resultados encontrados nas duas instituições nem de quantificá-los, pela importância da formação pedagógica para a realização da EPS, por estar diretamente ligada ao objeto deste estudo e, principalmente, pelas diferentes realidades encontradas, os dados serão analisados por instituição.

Observa-se que a instituição H1 ofereceu curso de preceptoria uma única vez, em um período de cinco anos, compreendido entre o início da RMS no ano de 2010 e o período de realização desta entrevista, em 2015.

*Eu comecei a fazer o curso de preceptoria, só que não concluí por causa da gravidez. Ficou uma lacuna, porque não houve outro curso. É até uma coisa que a gente tem que rever e fazer outro curso para preceptor (E02H1).*

*E a questão da capacitação houve esta. Depois desta, não teve mais [...] Ficou uma coisa mais dispersa [...] (E03H1).*

Chamou-nos atenção o resultado encontrado: por motivos pessoais, profissionais ou institucionais, dos treze (13) entrevistados, nove (09) participantes narraram não ter realizado o curso, dois (02) iniciaram e não o concluíram, outros dois (02) iniciaram e concluíram, o que nos leva a concluir que só dois (2) participantes tiveram a oportunidade de realizar o curso. Dos três (03) membros da coordenação atual dos programas de RMS que participaram deste estudo, nenhum fez o curso. Não há nas narrativas uma precisão quanto ao período de realização do curso – uns relatam no início, outros no primeiro ano, no segundo ano e alguns não fizeram nenhuma referência ao tempo. Ficou evidente que alguns participantes desejaram fazer o curso, mas não tiveram oportunidade.

*Teve nosso aperfeiçoamento depois de um ano ou dois quase neste trabalho. Eu não pude integrar porque estava afastada para o mestrado (E04H1).*

*Antes não. Durante (a implementação da RMS) foi oferecido (o curso de formação) [...]. Na verdade, eu não pude participar [...]. O horário para mim não dava (E06H1).*

*[...] Eu só não realizei porque eu estava afastada (E08H1).*

*[...] Em 2011, nós começamos a fazer o curso para preceptores (E09H1).*

*[...] Eu iniciei o curso de preceptoria, só que eu tive uma intercorrência, um problema de saúde, e tive que interromper [...]. (E10H1).*

Já a instituição H2 divulga de forma contínua um curso de formação pedagógica, oferecido por outra instância acadêmica da universidade, visando à qualificação profissional para exercer o papel de formador nas residências em saúde, independente da categoria profissional e o período de inserção como tutor ou preceptor e da área de concentração da residência em saúde. Destaca-se ainda o fato de a coordenadora da RMS integrar a equipe docente do referido curso.

As narrativas em análise apontam que há nesta instituição a preocupação tanto com a formação pedagógica individual quanto coletiva, bem como para a atuação em área profissional e em área multiprofissional, para discutir conteúdos específicos de uma categoria ou importantes eixos da formação na área da saúde.

*Foi um curso que nós, supervisores da equipe médica, fizemos ao mesmo tempo na UFRJ. Era um curso de preceptoria para a área de saúde (E23H2).*

*Nós criamos uma grande turma de quem seria tutor e preceptor aqui e fomos todos fazer este curso (formação para preceptor). Fomos nos encontrar com as questões dos eixos trabalho, saúde e educação (E26H2).*

*[..] Primeiro a gente entrou (refere-se à admissão no H2). Concomitantemente veio o convite para estar preceptorando [...] e ao mesmo tempo a gente entrou em um curso que tem aqui na Universidade [...] É um curso que é aberto para todos. Vêm todas as formas de preceptores da rede, não só da rede de saúde mental. Vem tudo quanto é preceptor de residências. É aberta uma seleção e a gente faz este curso (E20H2).*

Percebe-se que alguns participantes narraram ter realizado o curso de formação pedagógica anterior ao convite e a sua inserção na RMS, mas posterior à implementação da RMS na instituição em estudo.

*Fiz, no ano passado, um curso de formação para preceptores. Este curso me foi oferecido (indicado) pela Chefia de Enfermagem. Foi oferecido para todas as enfermeiras que entraram à época (admissão no H2) e todos nós fomos fazer, mas por uma motivação pessoal também, porque o convite veio depois para a gente ser preceptor de campo (E16H2).*

Retrata-se a preocupação da instituição com a composição e qualificação da equipe de educação, uma vez que na implantação da RMS não houve tempo hábil para uma adequada estruturação, gerando inicialmente sobrecarga de trabalho e sobreposição de atividades e atribuições, principalmente para os profissionais que participaram mais intensamente da implantação.

*Começamos com seis alunos e três categorias profissionais. E como fazer para sustentar o núcleo de enfermagem? Eu? Eu vou sustentar o núcleo da enfermagem! Então até hoje eu tenho estas inserções na residência (coordenação, tutoria, preceptoria). Ministro disciplinas no campo da saúde mental e da enfermagem também. Eu sou docente (em outra instituição universitária) (E26H2).*

*[..] Eu chego para compor as primeiras três pessoas responsáveis pelo programa (PRMS). [...] Como a gente chegou no começo, todo o desenho do programa, as disciplinas, o cenário, foi algo que a gente foi construindo, até mesmo a nossa própria função diante dos alunos (E15H2).*

Na instituição H2, dos quatorzes (14) entrevistados, nove (09) realizaram o curso de preceptoria, os cinco (05) que não o realizaram não narraram ausência de oferta, deixando a entender que foram motivos pessoais que dificultaram a sua realização, o que nos leva a concluir que todos tiveram a oportunidade de realizar o curso. Dos 05 (cinco) membros da coordenação atual do programa de RMS que participaram deste estudo, três (03) fizeram o curso. Como a oferta era contínua o curso foi realizado pelos participantes em diferentes períodos, tendo uma frequência maior na fase de implantação da RMS e na inserção de novos profissionais na instituição.

Apesar das instituições H1 e H2 serem unidades acadêmicas da mesma universidade identificam-se realidades distintas. Todavia em ambas as instituições a RMS iniciou sem a

devida formação pedagógica para os tutores e preceptores, desempenharem a prática educativa em um processo de formação complexo e que requer corresponsabilidade e conhecimentos teórico e prático para alavancar mudanças nos cenários de prática. Em especial porque os princípios pedagógicos que direcionam a supervisão das atividades discentes na graduação não são os mesmos que estabelecem a problematização do processo de trabalho na modalidade de RMS.

Neste sentido, constata-se ações da gestão institucional, responsável pela organização, planejamento e implantação da RMS, em atribuir aos profissionais diferentes funções/atividades com base em sua formação prévia. Assim como a ação de acatar atribuições, mesmo com certa relutância, sem domínio de como desenvolvê-las por parte dos profissionais determina relações assimétricas, tanto da gestão institucional (dominante), que impõe tais atribuições aos profissionais, quanto do campo de prática (dominador) que demanda conhecimentos e habilidades que o profissional não possui, em detrimento dos participantes (subordinados) que as acatam. Estas ações em determinados contextos são consideradas construções simbólicas e ideológicas. A gestão institucional e os profissionais de saúde desconsideraram a necessidade de formação pedagógica para a prática educativa desenvolvida a partir da discussão do processo de trabalho.

Desta forma, a EPS fica prejudicada, pois há domínio e reprodução de ações e atitudes que não permitem que ela se dê na totalidade. Ressaltando a complexidade dos desafios da efetivação da RMS e revelando a magnitude da educação como ato de ação e reflexão, onde o ser humano é capaz de aprender, criar, construir, reconstruir e constatar para mudar. Ações essenciais às transformações almejadas, tanto em nível de grupo quanto de instituição, e necessárias à transposição de obstáculos, conflitos e interesses de grupos dominantes.

### **5.2.2 A realização de diferentes cursos de capacitação e sua implicação na prática da preceptoria e tutoria**

Nas narrativas constata-se que 01 (um) participante da H1 fez mestrado na área da educação; 01(um) em H1 e 01 (um) da H2 fizeram curso para supervisores; 01 (um) da H1 fez o Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde e 02 (dois) da H1 e 4 (quatro) da H2 fizeram o Curso de Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais da Saúde. Todos foram realizados antes da inserção na RMS.

*[...] A educação permanente eu aprendi porque fiz um Curso de Facilitadores de Educação Permanente (E02H1).*

*[...] Fiz o Curso de Ativadores de Mudanças [...]. E eu fiz o mestrado na área de educação (E05H1).*

*[...] Depois que eu fiz o Curso de Ativadores de Mudança [...] (E19H2).*

*Eu fiz um Curso de Ativação de Processos de Mudança [...] (E25H2).*

*A minha formação é toda antiga. É do Ministério da Saúde antes de existir a formação para preceptoria [...]. Eram fornecidos cursos [...] para supervisores (E24H2).*

Abordar-se-ão somente os Cursos de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde e de Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde, que são estratégias de fortalecimento do SUS por meio da formação dos profissionais de saúde e processos de mudanças das práticas em saúde.

O Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde, promovido pela SGTES em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, foi desenvolvido como estratégia para suprir a ausência de domínio do conceito, metodologia e operação da educação permanente, subsidiando a ação dos polos de educação permanente, instância de articulação interinstitucional para a gestão da educação em saúde, no desenvolvimento das ações locais. As atividades de problematização das práticas estimulam os participantes a refletirem sobre situações de aprendizagem significativas, tendo como motivação as experiências e os contextos dos campos de práticas e da vida (BRASIL, 2005).

O Curso de Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde foi promovido pela SGTES em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca e a Rede Unida. Reuniu profissionais com produções de experiências de mudanças, metodologias ativas de ensino e aprendizagem, educação a distância, avaliação formativa e a elaboração de projetos de intervenção voltados à transformação de práticas. Foi relevante por formar profissionais capazes de desencadear e ampliar o pensamento crítico e a ação estratégica, fortalecer a capacidade local de propor, ativar e produzir mudanças na formação, por meio da exposição de experiências, elaboração de questões de aprendizagem e criação de vínculos para uma reflexão conjunta e transformação de contextos a partir da própria transformação (LIMA, 2015).

Ambos os cursos contribuem para a construção de cenários que propiciam a reflexão contínua sobre a prática, visando ampliar as capacidades institucionais e profissionais. Os Cursos de Ativação de Processos de Mudança na Formação Superior de Profissionais de Saúde e de Formação de Facilitadores da Educação Permanente foram descritos pelos tutores e preceptores tanto como justificativa para o convite à inserção na RMS quanto como forma de capacitação para desempenhar a prática educativa.

### 5.2.3 A ausência de capacitação na ótica dos participantes

Apesar de relatos de experiências no que concerne ao ensino formal, alguns participantes também narraram que não tiveram nenhum tipo de formação, o que pode ser identificado nos relatos a seguir:

*Não teve nenhum contato, uma formação, uma reunião de tutores, uma reunião científica, uma reunião de metodologia, nada! (E11H1)*

*Não, não nunca fiz (capacitação para preceptoria). Até gostaria muito de fazer (E12H1).*

*Eu não tive uma formação para isso (exercer a preceptoria) (E18H2).*

Os participantes, ao negarem a formação, desconsideraram a educação informal que acontece espontaneamente. Onde os indivíduos aprendem durante seu processo de socialização e por meio das relações sociais desenvolvem hábitos, atitudes, comportamentos, modos de pensar e se expressar segundo valores, culturas, saberes e crenças de grupos a que pertencem. Nesta relação os conhecimentos desenvolvem-se por meio de um processo contínuo e não sistematizado e são repassados a partir das práticas, das vivências e experiências anteriores. São produzidos e reproduzidos segundo os modos e as formas como foram apreendidas e codificadas (GOHN, 2006).

Os ambientes de trabalho são locais propícios para a transmissão cultural, principalmente se forem locais de assistência e ensino como o hospital escola, onde a circulação de formas simbólicas desempenha papel fundamental na prática profissional e no processo de ensino-aprendizagem. Há diversidade de relações, processos, profissionais, atitudes, comportamentos, normas, protocolos, entre outras formas que circulam rotineiramente no cotidiano da instituição, com multiplicidade de contextos sócio-histórico e

significados que são transformados em símbolos e usadas para estabelecer e sustentar relações de dominação, por meio das ações e interações sociais (THOMPSON, 2011).

É imprescindível ressaltar que a EPS traz uma perspectiva de mudança do modelo assistencial hegemônico de saúde por meio da problematização, onde as intervenções resultam das reflexões que incidem na gestão do próprio trabalho e da prática educativa desenvolvida, instigando o despertar para atitudes que direcionam a consolidação do SUS (SILVA, 2014).

Neste sentido, a educação informal desempenha papel de suma importância, pois se estabelece nas relações sociais, no convívio diário, nas trocas de conhecimentos e experiências individuais e coletivas vivenciadas na assistência às necessidades de saúde dos usuários. Portanto, nesta perspectiva, todos os agentes envolvidos tornam-se naturalmente educadores e podem participar ativamente das ações e reflexões do processo de trabalho, sendo esta característica a possibilidade de ser ao mesmo tempo educador e educado, interferir diretamente no processo de ensino-aprendizagem, uma grande conquista e importante desafio da EPS.

Para tanto, faz-se necessária a condução de um processo participativo, inclusivo, que gere sentimento de pertencimento e de corresponsabilidade para fazer oposição à transmissão cultural das formas simbólicas do modelo vigente, centralizador, dominante e hegemônico, contrário ao proposto pelo SUS. Todavia, a narrativa reforça mais uma vez a existência de relação assimétrica estabelecida, nesta circunstância, pelo campo de prática (dominante) em detrimento dos participantes (dominados) que sem a devida qualificação profissional para a prática educativa assumiram novas funções, certamente, produzindo e reproduzindo uma atuação profissional contrária à requerida pela RMS.

#### **5.2.4 Trocas de experiências e saberes como forma de aprendizado: dialogando com a prática da educação permanente**

Segundo as narrativas para alguns participantes, a formação pedagógica para a prática educativa na preceptoria e tutoria veio por meio das trocas de saberes e experiências realizadas por meio de reuniões, participação em projetos de pesquisa, em espaços e práticas sociais, políticas e educativas com representações e repercussões que contribuem e influenciam a sua formação, a sua própria história e trajetória de vida.

*[...] Ela (se refere à vice-cordenadora do PRMS) se reunia com os tutores e a gente discutia um pouco [...], porque ninguém tinha capacitação (E01H1).*

*[...] Participei de vários projetos, tanto de pesquisa quanto de atividades na área de educação permanente [...]. Eu estou me formando na vida. [...] Junto com um grupo de pesquisa (externo ao PRMS) que está historicamente na área da saúde coletiva e que são precursores [...] (E07H1).*

*E realmente é o que eu acredito mesmo, que a formação ela se dá através da experiência, da produção. Não tenho dúvida disso. Eu sempre acreditei nisso e achava que estava falando de outra coisa (E19H2).*

A RMS, por ser um curso de pós-graduação, desenvolvido na perspectiva da EPS, caracterizado como treinamento em serviço, permite a realização de diferentes atividades educativas e a possibilidade de desenvolver simultaneamente a educação formal, informal e não formal. Em linhas gerais engloba todos os processos, todos os contextos, toda a produção, todos os envolvidos e toda subjetividade existente na instituição.

Na educação não formal parte-se do pressuposto que se aprende por processos de compartilhamento de experiências em espaços e ações coletivos. O educador é aquele com quem se interage por meio das relações sociais e os espaços educativos são os territórios e as situações que acompanham as trajetórias de vida dos grupos e indivíduos, onde há processos interativos e intencionais. A participação não é obrigatória, mas poderá ocorrer por forças do contexto sócio-histórico e das circunstâncias vivenciadas e compartilhadas. A transmissão de informação e formação parte da cultura e da problematização da vida, e os conteúdos emergem das necessidades, carências, desafios, obstáculos ou ações a serem realizadas. O método passa pela sistematização dos modos de agir e de pensar o mundo, penetra-se no campo do simbólico, das orientações e representações que conferem significado às ações humanas (GOHR, 2006).

No que diz respeito à RMS o que interessa em última instância é a oportunidade de operar, por meio da prática educativa, novos saberes e sentidos para a ressignificação das ações e reações produzidas e (re)produzidas nas instituições de saúde. Tomar o trabalho, o trabalhador, as tecnologias e a produção realizada pelos profissionais dos serviços como ferramenta para propor intervenções, criar rupturas e alavancar mudanças.

Mais uma vez encontram-se diferenças entre as instituições, pois pelas narrativas observa-se que na instituição H1 estes espaços de trocas não foram ofertados formalmente pela coordenação do programa, não assumiram caráter de formação permanente e não se estabeleceram como atividades periódicas, sendo destacados como um movimento à parte, de iniciativa pessoal de um dos membros da coordenação da RMS.

*[...] Ela (refere-se a um membro da coordenação) nos ajudou, mas foi uma coisa de iniciativa nossa e dela. Ela nos deu alguns textos, mas não teve uma coisa formal, um programa de capacitação em educação permanente (E01H1).*

*[...] Nós tivemos movimentos de reuniões periódicas, mas a participação foi muito pequena. E, hoje, esta formação não existe [...]. Ela (refere-se a um membro da coordenação) propôs reuniões com os tutores para pensar em uma formação constante, em um apoio mesmo para os tutores. Teve uma ou duas reuniões, se eu não me engano, e a participação foi mínima (E02H1).*

Nas narrativas da instituição H2, os participantes destacaram a participação contínua, desde a implantação, em espaços de formação, de trocas, de discussão da prática por meio da educação permanente, descritos na modalidade de reuniões, destacando a força do modelo ainda vigente. Ainda não há a apropriação da terminologia da EPS que substituiria a reunião por rodas de conversa, mas há a problematização do espaço de trabalho.

*[...] A gente tinha reuniões de formação, nós que compúnhamos (a coordenação) na época [...]. Eu acho que isto que eu estou chamando de formação é como se fosse uma educação permanente [...] do nosso grupo. Porque a gente tem educação permanente até hoje no nosso grupo de tutores A gente tem espaço uma vez por mês de educação permanente. A discussão da nossa prática, do nosso trabalho, de reflexão do nosso lugar (E15H2).*

*Nós fazemos, quer dizer, este coletivo da residência que eu te falei da coordenação é o coletivo que conduz dois grandes coletivos que nós criamos. Que é a reunião dos preceptores internos e a reunião dos preceptores externos. Então este coletivo de tutores, nós seis, tocamos esta reunião e fazemos e discutimos a formação. E são reuniões muito ricas, que nós fazemos tanto para dentro [...] quanto para toda a rede (E26H2).*

Observa-se que as reuniões descritas pelos participantes quando abordados a respeito da formação têm como objetivo a formação dos profissionais para a prática educativa e a estruturação da RMS, afirmando que na EPS o ensinar e o aprender acontecem ao mesmo tempo e durante o processo de trabalho. Como retrata a narrativa o tutor busca a qualificação profissional, construção de identidade, de pertencimento, fortalecimento da função e do espaço ocupado na prática educativa na RMS, para então realizar as atividades de orientações acadêmicas dos profissionais da rede de atenção que atuam como preceptores da RMS e dos residentes.

*Nós temos os encontros clássicos, encontros calendarizados [...] espaço de educação permanente com os residentes. Um espaço difícil tanto para eles quanto para nós, porque aquilo que é, assim, muito tensionado na tutoria, você diz: “Ótimo! Leva como ponto de pauta para a EPS” (E26H2).*

*Os espaços destas reuniões são para discutir o trabalho da preceptoria conjuntamente. Eu acho que isto marca a diferença da nossa entrada no serviço (E15H2).*

*A gente tem uma reunião que [...] envolve todos os preceptores e todos os tutores. Tem a EPS também que é realizada [...] toda terça-feira e que a gente também pode estar participando (E21H2).*

Assim, as reuniões e encontros, espaços de educação permanente, são a essência da aprendizagem tanto do educador quanto do educando, pois favorecem não só as ações educativas, como estimulam, enriquecem e dão vida a uma série de processos que acontecem nas instituições de saúde.

*[...] A Direção (do Hospital) [...] começou a marcar uma reunião de assistência com todas as profissões envolvidas na assistência do paciente. Ela começou praticamente depois da inserção da residência [...]. As pessoas não se comunicavam e possivelmente ela, enquanto direção, devia receber as queixas isoladas. Então ela viu a necessidade de juntar estas equipes para estarem discutindo (E21H2).*

Percebe-se nas narrativas que na H2, a partir das reuniões de EPS realizadas na RMS pelos tutores, com a participação dos preceptores e residentes, foi gerada necessidade e oportunidade de discussões do processo de trabalho entre as profissões envolvidas na assistência e a direção da instituição H2. As reuniões de EPS realizadas em função do processo de formação na RMS colocaram na roda as profissões, a assistência, a gestão e os gestores. A transmissão cultural de formas simbólicas da EPS contribui então para subverter a relação de dominação da instituição, do campo, dos saberes e fazeres profissionais. Constituindo assim, por meio da educação não formal e informal, espaços de formação desencadeados pelas trocas de conhecimentos e experiências nas atividades educativas.

### **5.2.5 Interpretação das narrativas quanto à formação para a prática da tutoria e preceptoria**

A partir da década de 1970, no Brasil, foram muitas as transformações legais, institucionais, políticas e paradigmáticas ocorridas nos campos da saúde e da educação. Pode-se destacar o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Federal Brasileira de 1998 e a criação e regulação do SUS. Na educação, a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) em 1996 e as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação em Saúde (DCN) no ano de 2001. Há um

arcabouço teórico e legal, programas e ações que sustentam as mudanças na educação e na saúde enquanto campos do conhecimento e setores da organização social e pública, a fim de aproximar a saúde e a educação, adequar a formação profissional às necessidades da realidade social, contribuir para a integração ensino-serviço e consolidação do SUS (RAMOS, 2014).

Este intenso e dinâmico processo é tensionado continuamente, em especial no hospital escola, que é orientada por duas políticas públicas distintas da saúde e da educação, onde há multiplicidade de objetivos e conflitos que interferem tanto na formação quanto na assistência realizada por esta instituição. As contradições entre a lógica assistencial e a lógica do ensino e da pesquisa provocam um embate de forças, superposição de poderes e saberes entre a autoridade administrativa e a autoridade acadêmica. Nesta disputa há valorização de uns objetivos em detrimento de outros, e muitas vezes prevalece a redução da ação do Estado e a exaltação do setor privado nos serviços sociais, a especulação financeira e as exigências mercadológicas na formação dos recursos humanos, que evidenciam a retração dos direitos sociais em nome da maximização dos lucros (DRAGO, 2011).

Nesta perspectiva, há uma crescente preocupação na área da saúde com os desafios, avanços e impasses vividos pelos profissionais que estão diretamente ligados à formação profissional. Entre outros se destacam a condução do processo ensino-aprendizagem, a corresponsabilidade na construção do conhecimento, desenvolvimento de competências e habilidades teóricas, práticas e pedagógicas necessárias à atuação profissional e as vivências compartilhadas entre docentes, discentes, profissionais da assistência à saúde, gestores e comunidade.

Vale destacar, quando se reflete sobre a atuação do profissional da assistência à saúde na prática educativa, os problemas concernentes à política de pessoal, a baixa oferta de acesso a cursos de cunho generalista e de apoio institucional. A precarização na infraestrutura, sobrecarga de trabalho, baixa remuneração e motivação das equipes. A construção do conhecimento na área da saúde e a formação de seus profissionais serem consideradas atividades isoladas. A disseminação de novos conhecimentos está pouco orientada à prática profissional e o distanciamento temporal entre a produção, difusão e a sua integração à prática de saúde. Ainda, a necessidade de aperfeiçoar as iniciativas de educação permanente, o fato de as práticas educativas raramente possibilitarem aos estudantes e profissionais a oportunidade de vivenciar a aprendizagem por meio da problematização do processo de trabalho, da reflexão das próprias experiências e o compartilhamento de saberes nos fóruns de debates (MOHR, 2011).

Desta forma, com tantos desafios a serem vencidos, propor um modelo de formação pedagógica para os profissionais envolvidos na prática educativa é pensar na sua atuação para além das funções técnicas que lhe são atribuídas. Considerar a natureza e as condições do processo de trabalho na atenção, gestão e formação e a necessidade de espaço para problematizar as relações e as questões pedagógicas. Valorizar os múltiplos papéis desenvolvidos por aqueles que atuam tanto na assistência quanto na formação dos futuros profissionais, seja pelo exemplo prático de suas ações nos serviços, seja pela orientação e supervisão dedicada aos estudantes nos campos de prática. É reafirmar o compromisso da universidade, do hospital escola com a saúde da população brasileira e aprofundar os vínculos entre educação, saúde e sociedade.

Não se pode ignorar que a RMS, enquanto estratégia da EPS, trabalha com metodologias e ferramentas que buscam desenvolver no profissional as habilidades necessárias à reflexão crítica sobre as práticas de saúde, a fim de garantir uma relação didática entre o ensino e a aprendizagem, sendo, por si só, um processo educativo aplicado ao trabalho. Com isto requer a promoção de eventos que favoreçam a participação dos profissionais e usuários do sistema de saúde e ampliação dos espaços de aprendizagem no próprio local de trabalho (CAROTTA, 2009).

Um aspecto importante na proposta pedagógica da EPS é que as ações que envolvem a formação e o desenvolvimento profissional devem ser feitas de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, a fim de propiciar a democratização institucional; o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, do docente e de enfrentamento criativo das situações de saúde; o trabalho em equipes matriciais; a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde; e a constituição de práticas tecnológicas, éticas e humanísticas. Desta forma, para transformar a formação e a gestão do trabalho em saúde é preciso considerar as questões de natureza técnicas e políticas implicadas na articulação de ações de saúde, especialmente as mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e nas pessoas (BRASIL, 2004).

Neste ponto, para Abraão (2014, p. 316), “a formação no campo da saúde pode estar articulada a quatro tensões: formação como movimento de produzir-se; formação como território do trabalho vivo; formação como experimentar; e formação como criação”. Ao trabalhar estas tensões, trabalham-se os conceitos e o campo de experiência como um problema do experimentar na existência, viver o conceito como vida, agenciar os elementos da relação usuário-aluno-professor-profissional.

Levando tudo isto em consideração, faz-se necessário destacar que a atuação profissional em um hospital escola envolve atividades assistenciais e educativas, que muitas

vezes estão em conflitos e determinam embates pessoais, profissionais e institucionais. Exigindo para o exercício profissional o desenvolvimento de competência técnica, ética, política e pedagógica para compreender, planejar e executar as ações educativas. Tais competências não são comuns a todas as pessoas, não são adquiridas desde o nascimento, devem fazer parte do processo ensino-aprendizagem da mesma forma e importância com que se ensina e se aprende o exercício profissional na área da saúde (MOHR, 2011).

Ainda segundo a autora (MOHR, 2011), a formação pedagógica para os profissionais da saúde que atuam na prática educativa é tão importante quanto a formação de professores para o ensino de ciências, podendo a atividade de preceptoria ser comparada à atividade de um professor que dedica-se à formação de futuros profissionais, principalmente ao considerar que os profissionais da área da saúde possuem como foco da sua atuação o cuidado, que, por si só, encerra muito do educar, sendo o ato de educar compreendido como atividade que visa estimular o raciocínio, o senso crítico, a curiosidade, a construção de valores profissionais, éticos e morais para construir com o exercício profissional e da cidadania. Desta forma, a educação pode acontecer em uma diversidade de modalidades, formatos, metodologias e ambientes, ser formal, informal e não formal.

Diante desta contextualização, é preciso ressaltar que o fato de ser ou estar na função de tutor ou preceptor não significa que o profissional detenha todo o saber e poder necessário à prática educativa. É necessário admitir que na área da saúde a atenção e a formação ocorrem em um processo dinâmico, produzido, (re)produzido e consumido ao mesmo tempo, com diversidade de formas, intensidades, frequências e agentes envolvidos.

Assim, na sua atuação diária em um hospital escola o profissional de saúde continuamente educa e é educado, forma e é formado, participa de ações formais, informais e não formais que dizem respeito tanto à sua própria formação quanto à formação dos futuros profissionais, sendo de extrema relevância a formação pedagógica para os profissionais que atuam como preceptores e tutores na RMS desenvolvida no HUF.

Quando o MS e o MEC definiram como meta implantar a RMS nos HUFs, colocá-la no Portal da Saúde, e que a EPS dos tutores e preceptores é pré-requisito para implantação da RMS, eles destacaram a importância da formação pedagógica e a sua contribuição na estruturação da prática educativa.

Todavia, quando a regularizam, estabelecem as diretrizes, pressupostos e requisitos e não ofertam ou contemplam no processo de estruturação tempo hábil e recursos necessários para a adequada estruturação dos programas, tampouco para realizar a qualificação profissional, negligenciam as próprias determinações. Desconsideram que para fomentar

ações capazes de construir cenários de aprendizagens para problematização e transformação do processo de trabalho na saúde é essencial contemplar entre outros aspectos a realidade social, a capacidade de implicação, o protagonismo, a corresponsabilidade, a valorização da subjetividade das instituições, dos profissionais e da própria prática cotidiana. Assim como aspectos do processo ensino-aprendizagem elementares à EPS e pontos de partida para a construção de uma nova realidade na saúde. Há uma convocação para ser obedecida:

*A professora (coordenadora da RMS) começa a construir o projeto, em resposta àquele grande edital (dos Ministérios da Saúde e Educação), que não era um oferecimento, era uma convocação: Tem que se montar a residência! (E26H2)*

Vale ressaltar que apesar de toda rigidez, autoritarismo, despreparo para tal prática educativa e discordância de alguns, não houve inicialmente resistência, ao contrário, a aceitação foi passiva dos tutores e preceptores em assumirem novas demandas institucionais, atendendo a convocação dos ministérios, provedores de grande parte do financiamento e da certificação dos HUFs.

Esta problemática identificada tanto na inserção quanto na formação dos tutores e preceptores poderá gerar inicialmente certa fragilidade na prática educativa pelas dificuldades em desenvolver a EPS, discutir o processo de trabalho e direcionar novas formas simbólicas, dentre elas o aprendizado na prática, onde os profissionais vão aprender a preceptoria e tutoria fazendo, praticando juntos.

No que se refere à operação da ideologia, quando os participantes apontam a ausência de capacitação específica para a prática da tutoria e da preceptoria, mesmo com a oferta de cursos pelas instituições analisadas, revela-se o modo de **Fragmentação**, evidenciado pelas estratégias de **Diferenciação**, pois dão ênfase às distinções individuais e coletivas entre aqueles profissionais com formação específica e aqueles sem tal formação, o que impede o fortalecimento e o exercício do poder relacionado à prática da tutoria e da preceptoria por determinados profissionais.

Os depoentes nas narrativas revelam o modo de **Legitimação**, ao justificarem a não realização do curso de formação à época em que este foi ofertado, por meio da estratégia de **Racionalização**, pois se defende da responsabilidade de frequentar a atividade proposta institucionalmente com justificativas pessoais, utilizando-se da persuasão para realizar convencimento, forçar aceitação e alcançar apoio. Nestas mesmas narrativas constata-se o modo de **Dissimulação**, expresso pela estratégia de **Deslocamento**, pois ocultam ou negam nos depoimentos os prejuízos destas ações à atuação na RMS.

Quando os depoentes do H2 relevam a necessidade de formação específica para integrar o programa de RMS e uma participação mais efetiva e incentivada institucionalmente no curso indicado e oferecido de forma frequente, também se revela o modo de **Legitimação**, por meio da estratégia de **Racionalização**, pois constroem uma cadeia de raciocínio para defender ou justificar o curso ofertado e a necessidade de participação efetiva no mesmo pelos profissionais que integram a RMS. Evidencia-se nestas narrativas o modo de **Unificação**, expresso pelas estratégias de **Padronização** e **Simbolização da Unidade**, pois indicam uma padronização de capacitação profissional de tutores e preceptores, sustentada e estabelecida por intermédio da construção simbólica de uma forma de unidade entre os profissionais de saúde, assim como de identidade, que representa e afirma a união de todos os integrantes do programa de RMS em uma mesma linha de condutas e ações.

Quando as narrativas apontam uma formação pedagógica para a prática educativa na preceptoria e tutoria que se deu por meio da realização individual de cursos e de trocas de saberes e experiências realizadas em reuniões, em participação em projetos de pesquisa, em espaços e práticas sociais, políticas e educativas, com representações e repercussões que contribuem e influenciam a sua formação, a sua própria história e trajetória de vida, constata-se que a ideologia opera pelo modo de **Legitimação**, expresso pela estratégia de **Narrativização**, assim como pelo modo de **Unificação**, expresso pelas estratégias de **Padronização**, pois as formas simbólicas expressam um referencial padrão, compartilhado e aceito pelos profissionais de saúde. Também se observa nas narrativas o modo de **Dissimulação**, expresso pela estratégia de **Deslocamento**, pois ocultam ou negam nos depoimentos as responsabilidades institucionais e os prejuízos da ausência de formação específica para a atuação na RMS.

Entretanto, com o distanciamento temporal e a partir da oferta de formação pedagógica por parte das coordenações da RMS, com a transmissão cultural das formas simbólicas da EPS, dos conhecimentos e habilidades adquiridos, este cenário tende a modificar e a mobilizar os profissionais de saúde, agora embasados nas próprias vivências da prática da tutoria e preceptoria na RMS em desenvolver novas práticas, novas ações. Esta apropriação temporal do cenário de prática pelos profissionais de saúde proporciona a redução ou inversão das relações assimétricas, pois o campo de prática é finalmente dominado, a partir da aquisição de competências e habilidades pelos profissionais de saúde.

Todavia, na sua inserção representou dificuldade em assumir demandas institucionais, sem uma preocupação com a qualificação profissional. Quando se toma o processo de trabalho nos serviços de saúde e pensa-se na RMS como dispositivo de mudanças, colocam-se

os tutores e preceptores como intercessores do SUS, mediadores entre a teoria e a prática, a assistência e o ensino. Não como uma mera vítima da formação profissional, mas como um importante componente do processo de produção da saúde, dando-o visibilidade e poder como educadores e valorizando sua prática assistencial e educativa.

Contudo, observou-se que as instituições H1 e H2 tiveram inicialmente o mesmo contexto, a inserção sem o devido protagonismo e corresponsabilidade e o início da prática educativa sem a adequada formação pedagógica. Entretanto, na fase de implantação constatam-se diferenças no processo de formação pedagógica dos tutores e preceptores de ambas as instituições. Percebe-se que a instituição H2, pela oferta contínua e com certa estrutura política e pedagógica, conseguiu por meio da formação dos tutores e preceptores abrir alguns canais de difusão da EPS e criar ainda que inicialmente de forma tímida um ambiente propício à problematização do processo de trabalho e construção compartilhada de novos sentidos e significado na organização e produção da saúde pública.

Nesta perspectiva, faz-se necessário ampliar o olhar sobre a inserção e a formação dos tutores e preceptores. Não como única, mas como importante forma de atuação dos profissionais da saúde para provocar mudanças, romper com paradigmas e construir um cuidado mais integral atendendo aos objetivos da RMS e às necessidades dos usuários do SUS. Sendo essencial para alavancar mudanças à promoção da reflexão crítica, da problematização, do diálogo entre as instituições, os profissionais, os saberes, os poderes, as práticas instituídas e a que deseja instituir. Enfim, é fundamental a realização da EPS e a valorização da formação pedagógica dos tutores e preceptores.

### 5.3 AS PRÁTICAS EDUCATIVAS DE TUTORES E PRECEPTORES DAS RMSs

No Brasil, as mudanças na formação em saúde têm destacado a necessidade de compreender a saúde sob a perspectiva que convida o estudante a experimentar, criticar e participar da experiência como algo que o afeta, que o mobiliza para o campo dos sentidos e o estimula a buscar novas significações. Deve-se então compreender a formação como uma prática que promova a emergência de novos saberes e suas articulações, onde estudante e facilitadores da aprendizagem experimentem, por meio da problematização, do emprego das ferramentas pedagógicas e do cuidado em ato, uma nova forma de cuidar e de ensinar (ABRAHÃO, 2014).

Neste sentido, considera-se que esta nova forma de cuidar e de ensinar deve dialogar com as políticas públicas, o que denota a necessidade de conhecimento e de participação

efetiva dos profissionais na implementação das políticas públicas instituídas no campo da saúde, pois abre novos espaços para o compartilhamento das vivências, desafios, atualidades e uma série de formas de conhecimento e cuidado produzidos e os inclui na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho, transformando as práticas em saúde. Sendo assim, os profissionais de saúde e da formação em saúde devem ser reconhecidos como construtores de novas realidades na saúde e na educação (BRASIL, 2013).

A EPS enquanto política pública envolve a metodologia da problematização, equipe multiprofissional, ênfase nas situações-problema das práticas cotidianas, possibilitando reflexões críticas e articulando soluções estratégicas em coletivo, a fim de transformar os serviços de saúde em espaços de produção de conhecimento e de desenvolvimento para a consolidação do SUS. Neste contexto, o aprender associa-se ao ensinar e implica em mudanças, pois os atores da produção da saúde refletem, planejam e agem de forma articulada (STROSCHEIN, 2012).

Enquanto oferta pedagógica a EPS reivindica que os profissionais dos serviços, da educação e da gestão em saúde sintam-se convocados à criação, à abertura e ao coletivo. Constitui-se em potência de afetar e ser afetado, de caminhar na diversidade e de construir alianças e desconstruir evidências. Com esta lógica é um investimento pedagógico para problematização do processo de trabalho, ampliação da autonomia, da corresponsabilidade e da constituição de espaços críticos, criativos e sensíveis na produção da saúde e do conhecimento (CECCIM, 2009).

Enquanto proposta de intervenção nas práticas de saúde a EPS promove cenários de aprendizagem configurados em linhas de cuidado nas redes de atenção à saúde, possibilita formação fundamentada na atenção integral, multiprofissional e interdisciplinar. Prevê metodologias de integração de saberes e práticas que permitam construir competências compartilhadas, contrapondo ideias e valores correspondentes ao modelo médico-hegemônico, tendo em vista a necessidade de mudanças nos processos de formação, de atenção e de gestão na saúde e a consolidação do SUS.

Neste contexto encontram-se as RMSs, por terem como eixo de construção de seus projetos pedagógicos a EPS, devendo assim ser desenvolvidas com as concepções políticas, pedagógicas e assistenciais descritas anteriormente, em um processo de ensinar, aprender, experimentar, vivenciar, construir junto, compartilhar em ato, afetar e deixar-se ser afetado, na produção de um ato de saúde que tome o mundo do trabalho como uma escola, como um local de produzir-se e abrir-se para encontros de sujeitos/poderes, com seus saberes/fazerem a

serem extraídos do próprio encontro, ao desterritorializar-se dos núcleos profissionais, deixar-se contaminar pelo outro e construir individual e coletivamente novas formas de cuidar na saúde (MERY, 2013).

Todavia para ter força de problematização, potência de colocar em cena os atores e o cenário da produção do cuidado e gerar autoanálise e autogestão dos coletivos, é necessário colocar no centro do processo a implicação ética e política do profissional e dos coletivos na produção do cuidado em saúde. Para tanto, o dispositivo analisador tem que ter a potência de expor o trabalho vivo e em ato para a própria autoanálise e pedagogicamente abrir espaços relacionais para poder se falar e implicar-se no processo de trabalho (MERY, 2005).

Com estes pressupostos, as RMSs podem exigir em seu processo metodológico diversas ações educacionais, dirigidas a grupo específico ou diferenciado de profissionais, mas que precisam estar articuladas à estratégia de mudança institucional, com desenho metodológico e execução a partir da análise das condições institucionais, políticas, ideológicas e culturais dos serviços de saúde em que se insere. Este processo é intenso, dinâmico, tensionado e conflitivo e requer aparatos governamentais, institucionais, profissionais e pessoais (BRASIL, 2006).

Isto posto, para analisar a ideologia que permeia a prática da EPS na RMS por tutores e preceptores, os dados devem permitir verificar se a prática educativa contempla o processo de trabalho como centro privilegiado do aprendizado, se as práticas educativas são desenvolvidas na perspectiva da pedagogia em ato, produzindo os atos de saúde, problematizando-os, mudando a realidade e a prática vigente, ao mesmo tempo em que o profissional produz e transforma-se a si mesmo.

Considerando que nem sempre a prática educativa é desenvolvida com métodos e recursos capazes de acionar processos de mudança, faz-se necessário compreender a prática de tutores e preceptores em uma variedade de contextos, disputas, significações, relações sociais e distanciamento espaço-temporal que explicitem a conexão entre o sentido mobilizado pelas formas simbólicas e as relações de dominação estabelecidas por este sentido.

Assim, a fim de identificar se na prática educativa da RMS os tutores e preceptores estão desenvolvendo a EPS e acionando o seu poder de implicação, subversão e transformação, será necessário conciliar a interpretação dos participantes do presente estudo quanto ao significado da EPS, a prática educativa desenvolvida individual e coletivamente e a ativação de processos de mudança decorrentes de formas simbólicas produzidas e transmitidas. Isto é, será objeto de análise nesta unidade de interpretação se a prática

educativa é problematizadora e está para o trabalho assim como o trabalho está para a prática educativa e se os dois juntos potencializam-se e ativam-se produzindo mudanças.

Ainda que não seja objeto de análise, pois se pretende destacar neste capítulo as práticas educativas de tutores e preceptores e sua relação com os preceitos da EPS, entende-se que o significado da EPS na interpretação dos participantes interfere nas ações educativas que estes desenvolvem e que as formas simbólicas que circulam, produzidas ou reproduzidas nos cenários pesquisados, provocam ativações diferenciadas para as ações educativas no contexto da formação em saúde.

Assim, constatou-se que enquanto alguns tutores e preceptores (13) – 09 (nove) do cenário H1 e 04 (quatro) do cenário H2 – descreveram sua prática educativa dentro dos pressupostos da Educação Continuada (EC), os demais (14) – 10 (dez) do cenário H1 e 04 (quatro) do cenário H2 – contemplaram os pressupostos da EPS.

Para efeitos de ilustrar as diferentes narrativas optou-se por inicialmente apresentar significado, prática e ativação condensados em quadros (Quadros 4 e 5), que ilustram tais narrativas diversificadas.

Quadro 4 - Narrativas que fazem referência à educação continuada

<b>SIGNIFICADO</b>	<b>PRÁTICA</b>	<b>ATIVACÃO</b>	<b>CÓD.</b>
<i>EPS [...] é atualização constante, leitura de texto que tem a ver com a prática, de saúde da mulher ou da saúde da família. Não só para nós tutores mas junto com os preceptores e residentes, todo corpo técnico do cenário de prática dos residentes.</i>	<i>Desenvolve-se [...] uma reunião onde a gente vai tratar da prática e fazer uma ponte com a teoria. Geralmente são leituras e discussões de textos em cima dessas leituras [...], como se fosse uma supervisão.</i>	<i>Estar na universidade, pois antes eu não estava. Estudar. Antes eu não estudava, não precisava estudar para atuar.</i>	<i>E01H1</i>
<i>A EPS [...] é o movimento de cada profissional. Então, quem quer vai e faz cursos [...] de especialização, mestrado e doutorado [...], atividades ou eventos mais específicos, [...] A RMS é uma prática ligada à formação, uma reflexão sobre a prática, uma visão crítica, uma capacidade de discutir, de articular tantas ideias, tantas práticas como outros colegas, eu acho que é um modo de se colocar na prática.</i>	<i>[...] O aluno sempre é respaldado pela supervisão. Eles se inserem em atividades do serviço [...] nos pressupostos em que está fundado o CAPSi. Suas práticas são muito próximas, se não idênticas, às que são a base da residência multiprofissional. Por isso a gente não se preocupa com um tensionamento, porque eu entendo que já é a mesma matriz.</i>	<i>[...] Me tirou um pouco da caixinha. Por mais que eu esteja atenta é uma equipe multi. [...] É uma coisa cheia de surpresas, tanto no que eu tenho para dar quanto para aprender. [...] A residência é um momento arrojado [...] uma reflexão sobre a prática, uma visão crítica, uma capacidade de discutir, de articular, tantas ideias, tantas práticas com outros colegas, eu acho que é um modo de se colocar na prática.</i>	<i>E18H2</i>
<i>Eu conheço basicamente na medicina [...]. EP em enfermagem, não tenho a menor noção de como acontece. Por especialidade [...] ela basicamente envolve não só os alunos como os funcionários também da instituição. Pelo que eu entendo, a residência multiprofissional se entrelaça com a EP enquanto está passando por aqui.</i>	<i>[...] É muito parecida com a residência médica, porque o foco na minha supervisão, preceptoria, são os pacientes da enfermagem. [...] É muito mais estudo de caso individual, caso a caso. [...] Como tem residência médica e multiprofissional eu acabo dividindo as tarefas entre eles.</i>	<i>[...] A supervisão já era multiprofissional, apesar de ser uma supervisão para a residência médica [...]. Os casos eram discutidos pela equipe e levados em consideração todos os diferentes pontos de vista. A gente sempre integrou tudo e mais gente para discutir [...] acaba até ajudando, porque você consegue realizar melhor o atendimento de cada indivíduo.</i>	<i>E23H2</i>

Fonte: dados da pesquisa.

Quadro 5 - Narrativas que fazem referência à educação permanente em saúde

SIGNIFICADO	PRÁTICA	ATIVACÃO	CÓD
<p>[...] É você não vir com algo pronto [...] quando na verdade você não entrou na realidade daqueles profissionais. Você não está trabalhando com eles, vendo a necessidade que eles estão tendo nos seus campos de prática. [...] Ela tem que ser oportunizada na prática, vindo da prática, de uma dificuldade que eles estão tendo de aprendizado. [...] Vejo a EPS como se fosse um facilitador para poder discutir os problemas do dia a dia e as propostas de mudanças, para melhorar a qualidade do trabalho.</p>	<p>[...] procura ouvir o campo de prática, o que eles têm para apresentar de necessidades ou de ausência, para poder trazer a teoria para isso. [...] sempre discute, reflete os casos [...] é de acordo com o que eles trazem, das suas necessidades, que é o princípio da educação permanente mesmo.</p>	<p>[...] Quando eu cheguei aqui eu me deparei com uma atuação de saúde no modelo curativista, de profissional atendendo individualmente. A minha vida profissional mudou totalmente para melhor. Em relação à preceptoria. [...] sinto necessidade de mais espaço, porque apesar disso tudo eu sinto que a prática mesmo, não foi modificada. Parece um monstro, uma coisa bem grandona. Aquelas práticas bem tradicionais, eu sinto que é muito difícil modificar.</p>	E02H1
<p>Integrar teoria e prática [...] mas tem que estar muito qualificado para coordenar um grupo de discussão de educação permanente. Você tem que ter o mínimo de capacidade de integrar o grupo, de trazer as questões [...] Para ser eixo metodológico tem que ter metodologia e para ter metodologia tem que ter gente habilitada para conduzir metodologicamente.</p>	<p>[...] a função do tutor é integrar teoria e prática. Então, é um espaço de educação permanente, onde os meninos trazem as questões que eles estão vivendo no campo. A gente discute e em cima disso situa aquelas questões predominantes, em um aporte teórico e trabalha esse aporte, para voltar para o campo com reflexão mais instrumentalizada, para trabalhar naquela situação que eles estão trazendo.</p>	<p>Eu acho que é isso que nos move. Se eu não pensar isso eu não fico neste lugar. Pensar que alguma coisa está se produzindo com esses residentes, para que eles possam ter uma prática profissional diferenciada. Claro que é transformador, mas eu acho que é pelo esforço do residente, da coordenação que fica enlouquecida. A minha figura é daquele equilibrador de pratos. Corre aqui que está caindo, pega lá aquele prato e o serviço a reboque disto. A academia então é uma coisa esquizofrênica.</p>	E05H2
<p>[...] é poder criar reconhecimento de que você está se propondo a um trabalho e tem que dar a mão para quem está junto e esperar essa coisa da interferência [...] É você pegar o seu dia a dia, a sua caixa de ferramentas [...] que é a bagagem que você vai construindo e saber que ferramenta você coloca para aquilo que está à sua frente. [...] EPS e a residência é uma construção de quem está a fim de fazer. [...] É ficar fazendo o SUS. É a construção da minha carreira profissional nos próximos 20 anos.</p>	<p>Vai variar de residente para residente, de realidade para realidade, vou trabalhar na EPS, vou trabalhar território. [...] Eu apresento para eles: o lugar de onde eu me posiciono para trabalhar tutoria a partir do referencial da EPS, do referencial de apoio institucional. Desses lugares não é possível construir nenhum tipo de tutoria a partir de mim, somente a partir de nós. É de acordo com o que a gente vai desenhando pactuando, o tempo todo, é construído pelo cotidiano.</p>	<p>Na verdade, a partir da linha de pesquisa e da ideia de que eu estou tentando fazer esse movimento da formação [...] está virando uma forma de pensar o que eu faço na universidade. E para qualquer lugar que eu for, mestrado, doutorado, residência, graduação, aperfeiçoamento, extensão, essa vai ser a forma como eu vejo o processo de formação. Então não é uma mudança, nesse sentido, para mim é uma tomada de posição. Porque mudar vai depender da pessoa querer, se aquilo faz sentido para ela e se ela acha que vale topar essa luta.</p>	E07H1

<p><i>Eu acho que é a vida, a gente está o tempo todo, de alguma forma, trabalhando a EPS [...]. Ela está tão dentro do meu trabalho, na minha formação, que era algo que eu fazia, sem saber que estava fazendo. A EPS traz para você a possibilidade de trazer outros recursos no trabalho, dentro do teu próprio trabalho [...] e criar em cima das nossas próprias experiências e do outro e ir fazendo.</i></p>	<p><i>[...] vou muito mais mediar, articular, dar mais visibilidade ao trabalho [...] ofertar experiência [...], colocar-me a serviço de uma construção. A EPS é um espaço coletivo [...]. O objetivo ali é trazer justamente o cotidiano dos serviços, as questões que eles estão travando para problematizar situações [...]. É um dos espaços mais ricos e mais difíceis [...], tentando reconhecer os nós críticos no trabalho, tentando trazer essa discussão para o coletivo.</i></p>	<p><i>[...] A oportunidade de poder trazer a instituição para o SUS. De alguma forma a instituição ainda fica muito na academia. [...] Até mesmo as políticas, são coisas que eu estou lendo agora, que estou vendo agora, não fazia parte do meu cotidiano, eu diria a você que a gente está no caminho. Tenta o tempo todo estar repensando, problematizando.</i></p>	<p>E19H2</p>
--	---	---	--------------

Fonte: dados da pesquisa.

A partir da apresentação destas narrativas, os dados serão analisados sob a ótica de uma prática educativa voltada para a EC e sob a ótica de uma prática educativa voltada para a EPS, com destaque e complementação de narrativas que colaborem na interpretação da doxa.

### 5.3.1 A educação continuada nas ações educativas de tutores e preceptores

A EC tem como pressuposto pedagógico que o conhecimento define as práticas e como objetivo principal a atualização do conhecimento com um público definido de acordo com os profissionais específicos e em função dos conhecimentos a serem trabalhados. A partir de uma leitura geral dos problemas, identificam-se temas a serem trabalhados, geralmente sob o formato de cursos, padronizados com carga horária, conteúdo e dinâmicas predefinidas e centralizadas na figura do educador. As atividades educativas são construídas de forma desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social, sendo pontuais e fragmentadas e esgotando-se em si mesmas, sem dar voz àqueles que participam de tais atividades e, portanto, sem potencial de transformação pessoal, profissional e institucional (BRASIL, 2004).

Na narrativa abaixo podemos constatar uma interpretação que dialoga com os preceitos da EC:

*[...] É atualização constante, leitura de texto que tem a ver com a prática de saúde da mulher ou da saúde da família. Não só para nós tutores mas junto com os preceptores e residentes, todo corpo técnico do cenário de prática dos residentes. [...] É uma reunião onde a gente vai tratar da prática e fazer uma ponte com a teoria. [...] São leituras e discussões de textos [...] como se fosse uma supervisão. Às vezes o residente está relatando alguma questão do campo e eu, muitas vezes, não conheço, não sei nem o que ele está falando. Eu nunca tive reunião com o*

*preceptor, nunca participei de nenhuma avaliação, não conheço a legislação da RMS. Não, eu não tenho nenhum problema de dizer que aqui ela (EPS) não acontece. [...] Não é uma tarefa fácil [...]. É uma boa proposta, mas tem que ser organizada para não ser uma ação individual (E01H1).*

Como aponta a narrativa, a EPS é atualização de conhecimento e a necessidade de estudar surgiu a partir da inserção na universidade, no hospital escola e na prática educativa da RMS, que é realizada por meio da supervisão. Subentende-se, no discurso do participante, que a prática diária, fora do espaço da formação profissional, pode ser realizada sem a atualização dos conhecimentos. Se assim for, certamente será realizada pela produção e reprodução do cotidiano dos serviços, sem intenção e recursos de/para modificar as práticas em saúde no cenário.

Destaca-se que a depoente atua na RMS na coordenação e tutoria no programa da RMS e verbaliza a necessidade de organização para que a prática educativa não seja individualizada e isolada, o que denota desconhecimento acerca da legislação que norteia os projetos pedagógicos da RMS, assim como a própria política da EPS e seus preceitos, colocando em evidência ações incoerentes no que concerne aos papéis assumidos na coordenação e tutoria, como, por exemplo, afirmar nunca ter participado de avaliações, não dialogar com os preceptores, tão pouco conhecer as legislações que sustentam a implementação das RMSs e o próprio cenário onde estão inseridos os residentes no processo formativo.

Por outro lado, vale destacar a preocupação que emerge da narrativa ao refletir sobre o fato de a gestão do programa produzir formas simbólicas que não dialogam com a prática da EPS, que podem ser transmitidas aos tutores e preceptores da RMS e que, conseqüentemente, poderão reproduzir o mesmo discurso, as mesmas ações e as mesmas práticas que não evidenciam o que é preconizado pelo MS e MEC. Neste sentido, a prática vigente mantém uma relação assimétrica com a legislação da RMS, com as instituições e com os profissionais, colocando-os na posição de subordinação (dominados). Com isto, os processos educacionais estabelecem-se pelas atitudes, comportamentos, normas, regimentos, entre outros dispositivos (dominantes), que não são direcionados pela problematização do processo de trabalho, pelo compartilhamento de saberes e pela transformação das práticas em saúde.

Outra narrativa também dialoga com os preceitos da EC conforme o depoimento abaixo:

*[...] No nosso caso tem as doenças [...] os manuais. A gente orienta para que eles estudem. [...] Sempre tem que estar reforçando alguns tópicos, para que ele estude*

*mais aquela área, aquele tema. [...] Fazemos acompanhamento da consulta e [...] discussão sobre os casos que chamam mais atenção. [...] A gente começou até a implantar o multiprofissional [...]. Era muito bom, [...] mas por questões de trabalho, [...] da produtividade [...] acabou separando, mas era bem interessante. [...] Eu tenho contato com os tutores daqui, [...] e reuniões de preceptores não tem. [...] A gente não se envolve mais profundamente. É um processo vicioso. E a gente tem poucas reuniões. Aqui do setor mesmo, praticamente não existem (E03H1).*

A narrativa acima não traz um conceito de educação permanente e sim um exemplo clássico do objetivo da EC, que trata da atualização do conhecimento específico, voltado para a necessidade da prática profissional, e ainda, no modelo curativista e fragmentado, quando afirma a necessidade de estudar as doenças e os manuais.

Na prática educativa, destaca-se na narrativa a autoridade do educador em fazer o educando estudar áreas e temas definidos por ele previamente como prioridades no processo formativo. Na ótica da narrativa, as mudanças na prática profissional ainda repercutem fortemente nos procedimentos, reproduzindo a relação de dominação do modelo vigente.

Evidencia-se também na narrativa uma iniciativa de atendimento conjunto na RMS, entre a enfermagem e o serviço social, que foi considerada como boa e interessante pela participante, mas que, por questões de trabalho e de produtividade, teve que ser interrompida, voltando a se desenvolver o atendimento individualizado.

Uma das participantes também contempla em sua narrativa esta proposta de consulta integrada entre enfermagem e serviço social, como também uma crítica à gestão do programa e à dificuldade de transformação das práticas, o que pode ser constatado no relato que segue abaixo:

*Quando eu cheguei aqui eu me deparei com uma atuação de saúde no modelo de saúde curativista, de profissional atendendo individualmente. [...] Eu comecei a fazer consulta com a enfermagem [...] Eu senti que estava meio que incomodando, então eu saí de cena [...]. Os residentes não! Eles permanecem fazendo o atendimento em conjunto. Aqui, multiprofissional eu não sou mais [...]. Sinto necessidade de mais espaço, porque apesar disto tudo eu sinto que a prática mesmo não foi modificada. Parece um monstro [...] pois aquelas práticas [...] bem tradicionais, eu sinto que é muito difícil você modificar. E eu acho que passa pela gestão também, de quem está conduzindo este avião. Parece que o piloto não está com esta visão, com este olhar (E02H1).*

Destaca-se na narrativa o fato de o atendimento em conjunto ter sido interrompido pelos profissionais do serviço, mas ter permanecido na prática educativa dos residentes, supervisionados por estes mesmos profissionais de forma dissociada, na condição de tutores e preceptores de campo. Contudo, convocam-se os residentes a um olhar multiprofissional, quando os profissionais de saúde não o sustentam em suas práticas cotidianas, reduzindo o

papel de tutores e preceptores à supervisão da prática desenvolvida pelos residentes do PRMS. Ressalta-se assim na narrativa que a prática educativa dos residentes comporta o atendimento conjunto, mas a prática diária dos profissionais não permite atuação multiprofissional, sendo uma ação isolada de certa categoria profissional do e no processo de educação, desarticulada da realidade e sem perspectiva de mudança no modelo assistencial.

A multiprofissionalidade, presente na narrativa de muitos dos participantes de ambas as instituições, é favorecida tanto na inserção dos residentes nos diferentes cenários quanto na realização da preceptoria e tutoria pelos profissionais de saúde. Destaca-se, contudo, que mesmo que a inserção e atuação multiprofissional sejam favorecidas pelas ações desenvolvidas nos serviços, será a prática educativa que determinará um diferencial. Assim sendo, se as ações educativas de tutores e preceptores são desenvolvidas na perspectiva da EPS haverá potencial para produzir novos significados e ativações. Porém, se as ações educativas de tutores e preceptores forem desenvolvidas na perspectiva da EC, haverá potencial para a melhoria do atendimento ao usuário dos serviços, mas poderá não implicar em problematização da prática, em mudanças nas práticas em saúde, na discussão do processo de trabalho, no compartilhamento de saberes e em outros preceitos da EPS que norteiam a RMS.

Outro aspecto que emerge da narrativa é o fato de a depoente referir-se como não mais multiprofissional, mas que se sustenta em um programa de ensino multiprofissional na prática da tutoria dos programas de RMS da Mulher e da Família e Comunidade, que contemplam, além do serviço social, profissionais da enfermagem, psicologia, odontologia e nutrição.

Há certa dificuldade em entender um programa de formação em saúde que determina em sua concepção práticas educativas com pressupostos da multiprofissionalidade e que, por isto, deveria ser conduzido em conjunto, com a participação efetiva de outros profissionais e com compartilhamento de saberes na perspectiva da integralidade e do cuidado multiprofissional, sem estas perspectivas implementadas pelos facilitadores do ensino-aprendizagem.

Na interpretação da participante, tal situação reflete o somatório das ações educativas de diversas profissões, contudo não contempla um atendimento integral e multidisciplinar e, no que se refere às práticas educativas, evidencia-se que estas acontecem de forma isolada, a ser determinada por cada tutor ou preceptor individualmente nos cenários em que atuam, sem que haja reuniões acadêmicas que integrem tutores, preceptores e gestores e onde poderiam ser estabelecidas formas simbólicas comuns a serem reproduzidas pelos profissionais de saúde

no contexto da RMS, para que houvesse uma unidade de atuação e não a fragmentação do processo de ensino e aprendizagem.

Emerge ainda da narrativa a necessidade de apoio institucional para efetivação de ações que poderiam tensionar e garantir mudanças nas práticas em saúde, assim como as dificuldades de vencer os obstáculos firmados por uma prática vigente, denominada como tradicional e entendida como “monstro” no uso figurativo da linguagem pela depoente, responsabilizando de certa forma a gestão do programa, pois, como foi dito em sua narrativa, “*Parece que o piloto não está com esta visão, com este olhar*”. Na interpretação da depoente, a gestão não valoriza, apoia ou tenciona iniciativas de mudanças assistenciais que, certamente, melhorariam a qualidade da assistência ao usuário.

De acordo com Thompson (2011), quem está hierarquicamente em uma posição superior, com mais recursos, estratégias e poder de interferência, usa-os para defender os seus próprios interesses. Contudo, não se pode atribuir este poder à gestão, e sim à prática vigente, que por uma relação de dominação colocou todos os atores da produção de saúde, descritos no quadrilátero assistência, ensino, gestão e usuário, na posição de subordinação cumprindo metas e produtividade, para atender às demandas dos órgãos governamentais, dando uma tonalidade ao SUS de valorização da quantificação em detrimento da qualificação, perpetuando desta forma a produção e reprodução de formas simbólicas que não condizem com os preceitos do próprio SUS, dificultando a subversão no e do serviço de saúde.

Nas narrativas também emerge o entendimento da EPS como busca individual de conhecimento por meio da capacitação pelos profissionais de saúde e mesmo que a RMS seja descrita como possibilidade de prática crítica e reflexiva, com potencial de articular ideias e práticas. Os papéis de tutores e preceptores refletem o acompanhamento dos residentes por meio da supervisão, sem tensionamento para a problematização da prática e do processo de trabalho, o que pode ser evidenciado na narrativa que segue:

*[...] É o movimento de cada profissional. Então, quem quer, vai e faz cursos [...] de especialização, mestrado e doutorado [...], atividades ou eventos mais específicos. [...] O aluno sempre respaldado pela supervisão. Eles se inserem em atividades do serviço [...] nos pressupostos em que está fundado o CAPSi. Suas práticas são muito próximas, se não idênticas, às que são a base da RMS. Por isto a gente não se preocupa com um tensionamento, porque eu entendo que é a mesma matriz. Nós somos o SUS. Toda a responsabilidade que a gente tem pelo território, todo o entendimento que a gente tem do trabalho, ele é preocupado com as práticas voltadas para o SUS [...]. A gente cria um monte de coisas que contrariam a tendência da mecanização instrucional, a mera reprodução [...]. Em algum momento já conheci (fala do projeto pedagógico do PRMS), mas agora não tenho totalmente claro para mim. Não, não conheço a legislação da RMS. A gente tem uma reunião mensal da RMS onde estão todos os tutores e todos os preceptores [...]. Me tirou um pouco da caixinha. Por mais que eu esteja atenta na equipe, é uma*

*equipe multiprofissional. É uma coisa cheia de surpresas, tanto no que eu tenho para dar quanto para aprender. [...] A residência é um momento arrojado, uma reflexão sobre a prática, uma visão crítica, uma capacidade de discutir, de articular tantas ideias, tantas práticas com outros colegas. Eu acho que é um modo de se colocar na prática (E18H2).*

Percebe-se que a RMS é entendida como uma prática diferenciada, que pode favorecer a reflexão crítica, mas a referência ainda é o serviço, pois “ela apresenta os mesmos pressupostos do serviço”. A narrativa de certa forma aponta para a questão da integração teoria e prática, da mesma identidade com a assistência prestada e o cuidado multiprofissional. Todavia, chama a quando a participante na narrativa diz que não há preocupação com o tensionamento dos problemas que emergem da prática e do processo de trabalho, como se este já fizesse parte da prática cotidiana assistencial e não fosse atribuição de tutores e preceptores.

Desta forma, não há valorização dos papéis de tutores e preceptores, ao serem entendidos como supervisores das práticas desenvolvidas pelos residentes, tampouco da capacidade de problematização e de encaminhamentos resolutivos da RMS, enquanto estratégia da EPS. Acredita-se que estas formas simbólicas produzidas e narradas pela depoente podem estar pautadas no desconhecimento da legislação e do projeto pedagógico da RMS.

Por outro lado, há na narrativa a supervalorização das práticas desenvolvidas nos cenários, que dialogam com as práticas inerentes aos dispositivos assistenciais de saúde mental e que dialogam com os preceitos da reforma psiquiátrica. Estando em evidência na visão da depoente a área de conhecimento do programa, em detrimento do eixo metodológico de seu desenvolvimento. Neste sentido, valorizam-se ações de boas práticas em saúde mental sustentando a ideia de uma boa experiência a ser transmitida aos residentes, não sendo valorizada a EPS neste contexto.

Outra narrativa favorece interpretar as ações educativas de tutores e preceptores na perspectiva da EC, assim como também destaca como papéis de tutores e preceptores o acompanhamento dos residentes por meio da supervisão, descrita a seguir:

*Eu conheço basicamente na medicina [...], mas, por exemplo, educação permanente em enfermagem não tenho a menor noção de como acontece. Por especialidade [...] ela basicamente envolve não só os alunos como os funcionários também da instituição. Pelo que eu entendo a RMS se entrelaça com a EPS enquanto está passando por aqui [...]. É muito parecida com a residência médica, porque o foco da minha supervisão, preceptoria, são os pacientes da enfermagem. [...] É muito mais estudo de caso individual, caso a caso. [...] Como tem residência médica e multiprofissional eu acabo dividindo as tarefas entre eles [...]. A supervisão já era multiprofissional, apesar de ser uma supervisão para a residência médica [...]. Os*

*casos eram discutidos pela equipe e levados em consideração todos os diferentes pontos de vista. A gente sempre integrou tudo. Não conheço a projeto pedagógico. Conheço a legislação. Tem reunião mensal, toda a primeira terça-feira do mês. É mais gente para discutir, então acaba até ajudando, porque você consegue realizar melhor o atendimento de cada indivíduo (E23H2).*

Segundo a narrativa deste participante, que é médico e preceptor da residência médica, os residentes da RMS foram inseridos no campo de prática, onde há o desenvolvimento de ações multiprofissionais, por meio da supervisão e discussão de casos clínicos e distribuição de tarefas desenvolvidas em conjunto com os residentes da medicina. Ratifica-se que as ações pontuais, realizadas por equipe multiprofissional, podem desencadear certa melhoria no atendimento, mas não são ações que repercutem mudanças significativas na prática profissional e institucional.

Encontram-se, em ambas as instituições, médicos atuando como preceptores e tutores da residência médica e multiprofissional. Contudo, cabe ressaltar que a medicina não está contemplada na legislação como uma das profissões inseridas na RMS e, portanto, segundo informação contida no Portal da Saúde, para o MS os médicos não podem ser preceptores desta modalidade de formação. Nesta perspectiva, num olhar reducionista, pode-se identificar uma relação assimétrica que reflete a legislação da RMS subordinada (dominada) à força e o domínio do campo de prática (dominante). Porém, neste caso específico, houve integração da medicina e da residência médica à residência multiprofissional, garantindo no cenário de implementação da RMS perspectivas de uma visão e atuação multiprofissional mais ampliada, com a inserção e participação de todas as categorias profissionais do serviço no processo de formação dos residentes, o que pode e tende a favorecer as atividades de formação e de assistência.

### **5.3.2 A educação permanente em saúde nas ações educativas de tutores e preceptores**

As práticas são definidas por múltiplos fatores como conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho, entre outros elementos que tenham significado para os sujeitos envolvidos. Por meio da análise coletiva dos processos de trabalho, identificam-se os diversos nós críticos enfrentados na atenção ou na gestão. A EPS possibilita a construção de estratégias contextualizadoras que promovem o diálogo entre as políticas, a singularidade do processo de trabalho e a subjetividade das pessoas. As práticas educativas são construídas de acordo com as necessidades específicas dos serviços, profissionais e equipes, articuladas com

as medidas para reorganização de todo o sistema, e implicam acompanhamento e apoio técnico (BRASIL, 2004).

Cabe aqui esclarecer que as narrativas que fizeram referência à EPS contemplaram os seus pressupostos no que diz respeito ao significado e à prática, sendo esta conduzida por meio da equipe multiprofissional e da problematização do processo de trabalho, a partir das necessidades e dos problemas enfrentados no cotidiano, considerando as experiências, os saberes e os fazeres das profissões e adotando metodologias que contemplam a aprendizagem significativa.

Contudo, observa-se que há diferenças na ativação e no potencial pedagógico de gerar protagonismo, corresponsabilidade e orientar novas práticas de atenção e gestão na saúde. Neste contexto, algumas ações se limitaram à prática educativa sem significativas repercussões no modelo de assistência, mas não se pode afirmar diante disto que não exerçam nenhuma influência na prática assistencial e sim que apresentam certa limitação em convocar a participação dos diversos atores envolvidos na produção de saúde, para gerar mudanças nas práticas instituídas.

Assim, optou-se em destacar inicialmente as narrativas que abordam questões que se referem à crítica ao contexto social e histórico, que determinou a realidade institucional atual. Destaca-se ainda que as narrativas, embora dialoguem com os preceitos da EPS, emergem de preceptores e tutores que atuam nas RMS do cenário H1, onde não há evidências que denotam uma unidade na prática de EPS na RMS. A EPS é desenvolvida de forma individual, a critério de cada tutor e preceptor, desde que este esteja devidamente capacitado e compreenda o seu significado e a sua articulação com o programa de RMS, como pode ser constatado no relato a seguir:

*Aqui (o contato com o tutor, preceptor e o campo de prática) é muito na informalidade. A prática educativa na RMS pressupõe um modelo pelo qual este preceptor e tutor não foram formados. E que, se ele não tiver uma prática profissional refletida, ele vai repetir o modelo em que ele foi formado, um modelo fragmentado, unidisciplinar, com pouca reflexão até do sistema de saúde, embora esteja dentro dele. É assim que eu vou formar estes meninos que estão chegando? É meio que um Frankenstein! Para ser eixo metodológico (a EPS na RMS) tem que ter metodologia, para ter metodologia tem que ter gente habilitada, para conduzir metodologicamente. Não existe isso, a emenda está saindo pior do que o soneto, porque o espaço é disponibilizado e as pessoas odeiam, porque elas não veem a produção que poderia acontecer, a potência daquele espaço. É uma prática muito intuitiva, voluntária e não tem reconhecimento institucional, não tem uma carga horária protegida para o preceptor fazer esta educação permanente, nem tem o reconhecimento institucional. Olha, eu acho que é isto que nos move, se eu não pensar isso, eu não fico neste lugar. De que alguma coisa está se produzindo, com estes residentes, para que eles possam ter uma prática profissional diferenciada. Claro que é transformador, mas eu acho que é pelo esforço do residente, da*

*coordenação que fica enlouquecida. A minha figura é daquele monte de pratos, corre aqui está caindo, pega lá aquele prato, e o serviço a reboque disso, a academia então é uma coisa esquizofrênica (E05H1).*

Um dos aspectos em destaque na narrativa refere-se à formação dos tutores e preceptores e as implicações do modelo de formação dos profissionais de saúde que desempenham este papel na prática educativa junto à RMS. É fato que há muito as grades curriculares de cursos da saúde não tencionam a multiprofissionalidade, o compartilhamento de saberes, dentre outros preceitos da EPS. Isto determina profissionais formados em um modelo que não mais orienta as práticas em saúde, mas que na ausência de uma formação específica acaba por reproduzir o modelo de formação vivenciado na graduação.

Esta dicotomia entre a formação de profissionais de saúde e a prática no SUS também é evidenciada nas propostas governamentais implantadas ao longo dos anos, no intuito de modificar esta realidade. Dentre tais propostas podemos destacar a política da EPS, o PROFAE, os PETs e o PRO-SAÚDE, os mestrados profissionais e as RMS, permeadas muitas vezes por financiamento a instituições de ensino e por demandas para certificação das instituições de saúde.

Contudo, no que se refere à RMS, houve pouco investimento para que os profissionais de saúde, envolvidos no processo de formação, adquirissem competências e habilidades para desenvolver ações educativas e práticas diferenciadas, que dialogassem com as novas propostas instituídas.

Missaka (2010), ao destacar a função do preceptor, refere a mediação entre os aspectos teóricos e os práticos da formação, onde a dissociação entre teoria e prática é rompida na medida em que os preceptores praticam atividades assistenciais na presença de estudantes, decodificando conceitos que adquirem durante a graduação. De acordo com a autora (2010, p. 21) “mais que aplicar a teoria na prática, a função do preceptor caracteriza-se pelo exercício de uma prática clínica que levanta problemas e provoca a busca de explicações ou soluções”.

A autora destaca ainda a necessidade de incluir na formação dos preceptores:

*Discussões e análise dos principais modelos e estratégias de ensino em saúde, noções de planejamento curricular, problematização do ensino, diferentes formas de avaliação, uso de tecnologias de informação e comunicação e em especial a capacitação para planejar o programa ao qual se insere (MISSAKA, 2010, p. 21).*

Contudo a formação de tutores e preceptores não contempla tais aspectos e suas práticas educativas refletem ações isoladas, concernentes com os preceitos da EPS, desde que

haja investimento pessoal e implicação dos sujeitos envolvidos no processo de formação, seja na gestão ou na prática da tutoria e da preceptoria.

Acerca desta implicação com o processo de formação, destacamos a narrativa abaixo descrita:

*[...] É poder criar reconhecimento de que você está se propondo a um trabalho. Eu não consigo mais pensar que eu sou uma docente, ou seja, sou um objeto da formação, que ocupa um espaço que eu acho que é ímpar, de estar na formação para a saúde, que tem a prática do cotidiano deste cuidado, com uma discussão sobre ela sem que se faça uma coisa junto. E que eu não use o que vem me afetando do mundo com o objeto de trabalho. Não dá para ser de outro jeito. É uma tomada de postura mesmo. Como que eu tenho que saber – saber ser, saber fazer – tem que ser junto. É isto que eu falo do acontecimento. É em acontecimento, é em ato. A residência não dá conta, porque a gente fala do modelo do SUS. [...] Só que a prática e os mecanismos de controle, que se tem desta prática, são de financiamento, são de dinheiro, são de produtividade. Isto reforça o modelo intervencionista da terapêutica. A EPS e a residência é uma construção de quem está a fim de fazer. [...] Para mim é uma tomada de posição. Porque mudar vai depender da pessoa querer. Se aquilo faz sentido para ela e se ela acha que vale topar esta luta (E07H1).*

A participante releva em sua narrativa a importância de desenvolver uma prática educativa diferenciada, criticando ainda o modelo de saúde vigente que é permeado por mecanismos de controle, pela produtividade e pelo financiamento. Contudo, faz-se destaque na narrativa ao entendimento da necessidade de tomada de postura e de posição dos profissionais para desenvolver ações educativas que impliquem inicialmente na transformação de si para posteriormente possibilitar a transformação da formação e das práticas em saúde.

A interpretação da depoente aponta para a necessidade de haver um movimento individual para que o protagonismo no processo de formação se desenvolva. Contudo, ratifica-se que na ausência de qualificação profissional que ative mudanças subjetivas e na falta de apoio político e pedagógico os tutores e preceptores não conseguem, sobretudo sozinhos, subverter as relações assimétricas de dominação do modelo de saúde vigente e a posição de subordinação dos profissionais de saúde.

Também se observou nas narrativas que a RMS é desenvolvida em consonância com as políticas de saúde, estando este aspecto presente na fala dos participantes do cenário H2, como pode ser identificado no depoimento abaixo descrito:

*[...] É um programa dentro de uma universidade pública, dentro do SUS, dentro de uma política de reforma psiquiátrica. [...] A gente está submetido a toda uma regulamentação do campo da saúde e da saúde mental [...] dada pela política e que tem um embasamento teórico, que eles precisam ter acesso. [...] A gente é muito afinada com a proposta da residência [...], com esta coisa da desinstitucionalização, da reforma psiquiátrica, de que é possível cuidar em*

*liberdade. [...] Eu sou muito mais crítica. Eu penso mais sobre o que eu faço e em alguns aspectos eu sustento muito mais algumas práticas e decisões do que antes. Eu sou muito mais sensível às mudanças, ao sujeito, à vida, de uma forma geral, daquele sujeito que eu acompanho. [...] Eu sou muito mais responsável pelo SUS e uma das tarefas nossa é transmitir esta responsabilidade para os alunos. O SUS é o que a gente conseguir sustentar dele. A minha posição é muito mais protagonista tanto da reforma, tanto do SUS. E isto é uma coisa que a gente transmite para eles, porque neste enfrentamento, nesta dificuldade eles precisam tomar posição, eles precisam propor mudanças. [...] A gente sustenta o SUS ou a gente acaba com o SUS no nosso fazer. [...] A própria diretora fala aquela expressão do Deleuze “a residência é uma máquina de guerra”, no sentido de uma produção de uma militância ideológica, mas, muito prática do que você precisa, você sustenta a reforma psiquiátrica em ato. A gente tem conseguido espaços institucionais aqui e na rede que têm vindo pelo reconhecimento do nosso trabalho (E15H2).*

A Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), apoiada na lei 10.216/02, busca a transformação da assistência por meio da reforma psiquiátrica e visa:

Consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, que garanta a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade. Conta com a rede de serviços e equipamentos Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, os Centros de Convivência e Cultura, Programa de Volta para Casa, atenção integral em álcool e drogas, leitos de retaguarda e a Escola de Redutores de Danos, entre outros (BRASIL, 2015b).

A base fundamental da PNSM é a desinstitucionalização realizada por meio da desconstrução de saberes, discursos e práticas psiquiátricas que sustentam a loucura centrada na doença e reforçam o hospital como a principal referência da atenção nesta área. Busca a desconstrução da realidade manicomial e a construção de novas realidades, segundo novas bases epistemológicas, políticas e sociais, operando transformações da cultura que sustenta a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura (AMORIM, 2009).

Foi construída para favorecer a reorientação do processo de trabalho, reconhecendo a equipe multiprofissional, a multi e a interdisciplinaridade, a integralidade do cuidado e a lógica da promoção, prevenção e proteção à saúde. É estabelecida como forma de apoio, de contribuir com o planejamento e programação das ações e serviços de saúde, subsidiando as mudanças no modelo hegemônico de atenção à saúde.

Destaca-se que no cenário estudado uma das atividades propostas para os residentes é o investimento no processo de desinstitucionalização da clientela de longa permanência, dialogando assim com os preceitos da Reforma Psiquiátrica e com a PNSM. Neste sentido, a RMS como oferta pedagógica e a equipe multiprofissional desenvolvendo o processo de formação e de cuidado em saúde potencializam a PNSM, a partir de bases teóricas e metodológicas inovadoras instituídas no modelo assistencial e da diversidade de cenários de

prática disponibilizados como laboratórios vivos de aprendizado e de cuidado em saúde, cumprindo desta forma os objetivos de consolidação do SUS.

Observou-se ainda neste contexto que as formas simbólicas produzidas pela gestão institucional e do programa de RMS, mesmo dentro de um hospital psiquiátrico, mantêm uma relação de dominação sobre práticas manicomialistas instituídas, apoiando, dentro de um dispositivo assistencial não reconhecido como Rede de Atenção Psicossocial, práticas pró-reforma psiquiátrica, que dialogam com a PNSM. As relações assimétricas aqui apontadas são favoráveis e convocam, por meio de políticas públicas da educação e da assistência, a corresponsabilidade e o protagonismo necessário à subversão do modelo manicomial. A efetivação deste processo de transformação repercute na ação profissional com o desenvolvimento da criticidade, da reflexão, da sustentação de práticas, ideais e decisões, da corresponsabilidade com o SUS, da sensibilidade às mudanças e aos sujeitos e os processos da vida.

A (re)produção dessas formas simbólicas repercute ainda na sustentação das políticas de saúde, na gestão institucional, no reconhecimento do trabalho realizado e no processo de educação profissional. Enfim, desencadeia um processo de ativação de mudanças, uma militância como descrito na narrativa a seguir:

*É sustentar um lugar social para sustentar uma discussão e produção de um saber. A residência me traz e me leva ao encontro com a política nacional. Eu faço representação da residência nos encontros nacionais. A residência me coloca nestes lugares e me convoca a sustentar este lugar político e defender. É muito difícil nós defendermos este projeto pedagógico em que nós acreditamos. Defendemos e temos prazer de executá-lo, em coletivos que estão debaixo da circulação multiprofissional [...] Sustentar uma formação multiprofissional, nós sustentamos a nossa desde o concurso. É muito complexo. Eu tive que me repensar em metodologias ativas, buscar o que é enfermagem, ouvir as pessoas falando da enfermagem, isto me recoloca [...] A residência me recolocou em várias instâncias. Você encomenda ao RI, você pode ficar com cinquenta pacientes, mas todos os pacientes de longa permanência eu quero dentro da RMS, sendo assistidos por residentes multiprofissionais. Porque aí eu vou começar pela política da reforma psiquiátrica, da desinstitucionalização. A residência me recolocou em várias instâncias. Eu acho que estes pequenos acúmulos profissionais foram me dando coragem, eu diria para dizer: eu topo, eu topo ser tutor, topo ser preceptor de núcleo, mais confortável neste encontro com a enfermagem (E26H2).*

A narrativa destaca alguns aspectos discutidos por Silva (2010), que ao discutir a realidade da enfermagem afirma que os espaços onde se desenvolve a assistência, a pesquisa e a formação são destinados à manifestação do poder e exercício da cidadania para construção do conhecimento, em uma sociedade com diversidade de padrões de comportamentos e movida pela ideologia. Nestes espaços há atividades de aprendizagem com as quais o

enfermeiro educador precisa articular-se para elencar determinados conteúdos e as devidas estratégias pedagógicas para a construção e produção do conhecimento na enfermagem. Desta forma, educadores e estudantes resgatam uma formação problematizada, crítica e reflexiva, carregada de conhecimentos técnicos científicos para a enfermagem.

As construções simbólicas e ideológicas da educação, desenvolvidas na perspectiva crítica e interpretativa, podem promover estratégias e recursos que favoreçam mudanças e reestruturações. No que se refere à educação profissional podem sustentar uma prática educativa que produz novos sentidos e significado para as profissões da saúde.

No que se refere à RMS, apesar de possuir enfoque multiprofissional, pressupõe a qualificação do trabalho de cada profissão que compõe a equipe multiprofissional, podendo então contribuir com as discussões no campo do saber disciplinar e interdisciplinar das profissões, bem como promover no espaço de poder do cuidado e da formação ações que repercutem na assistência, no ensino e impactam a pesquisa na área da saúde.

Neste sentido, ao refletir sobre a prática educativa dos tutores e preceptores na formação dos residentes, em especial do enfermeiro, é possível trabalhar a articulação da teoria e da prática e favorecer a participação da enfermagem tanto na sua área específica quanto na equipe multiprofissional, evidenciar a prática do cuidado e a produção do conhecimento na enfermagem e a sua inter-relação com as demais profissões da área da saúde.

### **5.3.3 Interpretação das práticas educativas dos tutores e preceptores**

Apesar da intenção dos participantes em apontar o significado e a prática da EPS, algumas narrativas refletem ações que retrataram a prática da EC, realizada por meio de reuniões, leitura de texto, manuais de doenças, estudo de caso, acompanhamento de consultas, divisão de tarefas e capacitação profissional. Tais ações não foram conduzidas por meio da problematização das realidades específicas dos cenários de prática.

Algumas narrativas refletem ainda as dificuldades em se desenvolver uma prática multiprofissional, discutir o processo de trabalho e modificar as realidades subjetivas e instituídas. Outras as inseriram nas ações desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais nos serviços de saúde, sem muitos questionamentos e apontamentos, sem tensionar a problematização do processo de trabalho e das práticas em saúde.

Percebe-se, como em análises anteriores da inserção e formação, que em nenhum momento os participantes questionaram ou resistiram à atuação enquanto coordenador, tutor e

preceptor. Ao contrário, acataram funções sem competências e habilidades sem uma preocupação inerente ao processo formativo, o que inviabiliza a mudança das práticas em saúde e um ensino de qualidade respaldado na política de EPS.

No que se refere à operação da ideologia, quando os participantes apontam significado e prática da EPS por meio de ações educativas que se adequam aos pressupostos da EC, revela-se o modo de **Dissimulação**, evidenciado pela estratégia de **Eufemização**, pois tais ações são descritas, sutilmente com pequenas ou imperceptíveis mudanças, com a finalidade de despertar um processo de valorização positiva de uma prática que não dialoga com os preceitos da EPS.

O modo **Dissimulação** também se estabelece nas narrativas, por meio da estratégia **Tropo**, pois um dos participantes faz uso figurativo da linguagem, por meio da metáfora, empregando inadequadamente o termo “monstro” ao se referir às práticas de saúde tradicionais difíceis de serem modificadas. Tal narrativa também reflete o modo de **Fragmentação**, evidenciado pela estratégia de **Expurgo do Outro** instituída pelo entendimento destas práticas como algo que representa o perigo, a ameaça e, portanto, deve ser expurgado como um adversário.

O modo de **Legitimação** também consta nas narrativas, pois muitas ideias são defendidas pelos depoentes como legítimas e dignas de apoio, operando por meio das estratégias de **Racionalização** e de **Universalização** quando as narrativas expressam uma cadeia de raciocínio para defender ou justificar um conjunto de relações ou instituições sociais, utilizando-se da persuasão para realizar convencimento, forçar aceitação e alcançar apoio, ou ainda quando os acordos institucionais beneficiam os interesses de número reduzido de pessoas e são apresentados como se representassem os interesses de todos. Tais estratégias estão evidentes nas falas que se referem à ausência de integração entre docentes, tutores e preceptores, de reuniões para discussão do processo de formação dos residentes, de envolvimento maior no processo de formação e atividades de multidisciplinaridade interrompidas por questões de trabalho e de produtividade.

A estratégia de **Narrativização** também é observada em um dos depoimentos ao se destacar questões do passado, ressaltando a tradição e o sentimento de pertencimento, quando o depoente destaca a residência médica, com prática de reuniões coletivas para a discussão de casos, sustentando a prática da EPS na RMS, e a supervisão como atividade para a residência médica, apesar de ser desenvolvida com profissionais de diferentes áreas de saber.

O modo de **Unificação**, sustentado e estabelecido por intermédio da construção simbólica de formas de unidade que estabelecem conexão entre os indivíduos, interligando-os

em uma identidade coletiva, é expresso nas narrativas pela estratégia de **Padronização** quando os depoentes defendem a multidisciplinaridade presente nas atividades dos residentes sem, contudo, refletir a prática da EPS ou tampouco a sua própria prática.

Destacam-se neste contexto construções simbólicas e ideológicas da:

- Instituição (dominadora) - que permite a inserção na RMS e o exercício da preceptoria e tutoria sem a capacitação específica e o devido conhecimento da base que sustenta o programa, a educação permanente, para com profissionais de saúde (subordinados) que acatam sem resistência.
- Formação - no que diz respeito ao conhecimento adquirido na graduação em saúde (dominador) x conhecimento necessário para a prática da EPS (subordinado).
- Prática - experiências profissionais nos diferentes (dominadora) em detrimento de ações educativas concernentes com a formação na modalidade de RMS (subordinada).

Tais construções simbólicas e ideológicas dificultam a efetivação da EPS, porque não houve apropriação de como aplicá-la, nem tampouco há o devido protagonismo dos participantes para disparar mudanças. Sem recursos e estratégias adequadas tutores e preceptores utilizaram ações que dominavam e que provavelmente foram experimentadas durante a sua própria formação.

Desta forma, a prática da EPS fica prejudicada, pois há domínio e reprodução de ações e atitudes que não permitem que ela ocorra na sua totalidade. As ações relatadas seriam importantes se emergissem da discussão do processo de trabalho, da realidade institucional, da prática que se pretende modificar.

Na concepção de EC, sem muita implicação e protagonismo com a prática educativa e assistencial, a necessidade de estudar e de adquirir conhecimentos teórico e prático foi tanto uma demanda para atuação enquanto tutor e preceptor quanto um produto da prática educativa. Não se desconsidera a importância da EC, nem se questiona a capacidade de difusão do conhecimento, apenas ressalta-se que, na perspectiva da EPS, o resultado esperado transcende a atualização ou aperfeiçoamento de métodos, técnicas ou tecnologia, isolados do real contexto do trabalho e da instituição.

É imprescindível destacar que a EPS não é um fim, e sim um meio. Não é um produto em si, mas um meio para alcançá-lo, ela por si só não transforma as práticas, mas oferta

metodologia para repensá-la, para ampliar a autonomia, a corresponsabilidade e a capacidade de inserção e intervenção sobre o processo de trabalho na saúde. A EPS foi instituída como uma oferta para subsidiar a discussão das práticas em saúde, com todos os atores envolvidos na sua produção e gerar o conhecimento que vai alavancar as mudanças necessárias.

Também foi destacada nas narrativas uma prática de ações educativas que refletem os preceitos da EPS. Contudo, evidencia-se que o profissional da assistência sozinho, mesmo com profundo conhecimento da sua realidade, não consegue transformar as práticas de saúde. Vale destacar que a EPS toma o processo de trabalho com os diversos atores envolvidos na produção de saúde como centro privilegiado da aprendizagem, sendo imprescindível a aproximação e integração entre a formação, gestão, atenção e controle social, descritos por Ceccim (2004), como o quadrilátero da formação. Quanto maior for a implicação dos profissionais e o comprometimento destas instâncias, maior será a imposição ética de mudarem a si mesmos. Mudanças conjuntas envolvendo a formação, gestão, atenção e controle social implicam em transformação das práticas em saúde.

Os espaços destinados à educação formal ou informal são espaços de poder e de cidadania para construção do conhecimento, em uma sociedade com diversidade de padrões de comportamentos e movida pela ideologia (SILVA, 2009). Nestes espaços as ações e reações são intencionais e estruturadas, podem por meio da reprodução sustentar os padrões instituídos ou suscitar estratégias e recursos que favoreçam mudanças e reestruturações. No que se refere à educação profissional podem sustentar uma prática educativa que se caracteriza pela transmissão do conhecimento ou pelo pensar crítico e reflexivo que produz novos sentidos e significados.

Quanto à operação da ideologia o modo **Dissimulação** se estabelece em uma das narrativas, por meio da estratégia **Tropo**, pois se faz uso figurativo da linguagem, por meio da metáfora, no emprego inadequado do termo “Frankenstein” relacionado ao processo de implementação da RMS, implicando características que ele não possui e fornecendo-lhe um sentido negativo.

O modo de **Fragmentação** foi evidenciado pela estratégia de **Diferenciação**, pois alguns depoentes dão ênfase nas suas narrativas a distinções, diferenças e divisões individuais e coletivas, afirmando, por exemplo, a ausência de formação específica de tutores e receptores para uma prática adequada no contexto da RMS, a falta de valorização de espaços e a crítica ao modelo assistencial institucionalizado.

Também consta nas narrativas o modo **Unificação**, pois houve a construção simbólica de formas de unidade que estabelecem conexão entre os preceptores e tutores, interligando-os

em uma identidade coletiva, independentemente de suas diferenças e divisões. Este modo foi expresso pela estratégia de **Padronização, pois os depoentes fazem referência a um** padrão de ações compartilhado e aceito na prática da EPS durante a implementação da RMS.

Estas construções simbólicas e ideológicas não permitem realizar uma análise mais aprofundada dos cenários do estudo e das transformações ocorridas a partir da implementação das RMSs e tampouco a intenção de comparar os resultados encontrados. Todavia, a partir das questões analisadas pode-se afirmar que a RMS é desenvolvida em cenários heterogêneos com diferentes contextos institucionais. Um dos cenários (H2) revelou-se favorável à implementação da RMS por possuir elementos políticos, organizacionais, sociais, pedagógicos e ideológicos favoráveis à prática educativa desenvolvida na perspectiva da EPS. Já o outro cenário (H1), embora tenha iniciativas subjetivas desenvolvidas, ainda é marcado pelos modelos hegemônicos da assistência e do ensino, que reforçam a reprodução da prática vigente e a transmissão do conhecimento.

Supõe-se que haja uma relação entre o modo de produção do cuidado e a construção de significados e sentidos para a oferta e demanda de serviços. A ideia do cuidado que se produz nos serviços é formada por um conjunto de representações que dão significado à assistência prestada. E esta é uma construção sócio-histórica que tem sua gênese na forma como foram construídos os modelos tecnoassistenciais para a saúde, ou seja, estão relacionados ao perfil do serviço, à forma como é processada a produção do cuidado e às relações profissionais e institucionais. O desenvolvimento de processos de mudanças no modelo assistencial implica em processos cognitivos, protagonismo, subjetividade, autoanálise, desconstruções, métodos e ferramentas de intervenções, e um processo conjunto com todos os atores envolvidos na produção do cuidado (FRANCO, 2013).

Neste sentido, formar é estar em formação, é produção de diferentes formas de ser no mundo, de cuidar de si e do outro. O ato da formação convoca o conhecimento racional e convida também aquilo que está nos sujeitos que participam do processo. Desta forma, a produção faz-se na dobra dos encontros, tornando possível a produção de subjetivações a partir de uma relação intercessora consigo mesmo e com outro, em atos que remetem para dentro de si próprio, junto e na interação com o outro e impulsiona e desloca cada sujeito para dentro e provoca mudanças sobre as ações, remetendo-lhes a uma produção diferente da que estavam construindo anteriormente (ABRAHÃO, 2014).

O esforço para mudança é grande, pressupõe intervenções em nível de micropolítica, enfrentamentos e pactuações de formas de agir, mexendo com muitos interesses e poderes instalados no ambiente de produção da saúde. Sob esta perspectiva, entende-se que a mudança

dos serviços de saúde é a chave para a constituição de novos referenciais simbólicos, sentidos e significados do cuidado e do trabalho na saúde capazes de reorganizar os serviços. Para tanto, é necessário gerar um processo de autoanálise, de interrogação das próprias práticas, do tradicional modo de agir, ao mesmo tempo em que se constrói um novo sentido para o trabalho, nova forma de se interpretar e relacionar-se com o trabalho e a produção do cuidado. Ressignificando saberes, atitudes, relações, práticas, construindo novas bases produtivas para a saúde (FRANCO, 2013).

A EPS como política pública para fortalecimento do SUS deve considerar as necessidades dos serviços, do desenvolvimento dos profissionais e a capacidade de resolução e gestão do processo de trabalho. Para tanto, requer, exige, convoca à análise dos múltiplos sentidos e significados das práticas de saúde, a construção de dispositivos e arranjos institucionais para orientação de novos processos, que conduzam a mudanças na organização dos serviços de saúde, transformação da prática vigente.

A RMS em seu modo de operar traz consigo alguns desafios do SUS, da EPS, da instituição de saúde onde está sendo implantada, das profissões e profissionais inseridos e não inseridos e de seus saberes, fazeres e poderes. Nesta perspectiva, se estabelece de forma autônoma, dinâmica, reflexiva e conflitiva no sistema de saúde, que confronta o instituído como possibilidade de mobilização para disparar novos processos, conceitos e significados ao modelo assistencial e educação profissional.

## 6 REINTERPRETAÇÃO DA DOXA

Na compreensão de Thompson (2011), quando se analisa a ideologia e enfatiza as inter-relações entre significado e poder, se faz necessário assumir um caráter crítico, reflexivo e reinterpretativo para a produção e reprodução das formas simbólicas. Todavia, deve-se iniciar a reinterpretação a partir da hermenêutica da vida quotidiana, denominada pelo referido autor como a interpretação da doxa, que é uma interpretação de como as pessoas que constituem o mundo social entendem sua realidade, sustentam e compartilham suas crenças, opiniões, senso comum, compreensões, etc., dando sentido a essas formas simbólicas.

Contudo, quando o significado é usado para sustentar relações de dominação, a compreensão da vida cotidiana pode ser diferente da realidade tal qual ela se apresenta. O significado projetado e mobilizado por interesses pessoais ou coletivos pode divergir do significado compreendido pelas pessoas que constituem o mundo social, que em posição de subordinação reproduzem um significado que já foi interpretado no ato de sua produção, para sustentar a relação de dominação.

No campo da pesquisa a interpretação da doxa é a exposição do fenômeno a ser estudado, descrito da forma como é compreendido, vivido, interpretado e integrado pelo participante, a sua vida quotidiana no cenário do estudo. Nessa perspectiva, a ênfase da HP é a interpretação do fenômeno estudado pelo participante da pesquisa e a sua reinterpretação pelo pesquisador permitindo-lhe identificar, descrever e discutir um campo-sujeito-objeto.

Assim, como descrito anteriormente, apresentaremos uma síntese da terceira fase da HP, no quadro abaixo estruturado em duas colunas, sendo a primeira referente à **Interpretação da Doxa**, ou seja, à síntese das interpretações que emergem da análise formal ou discursiva. Já na segunda coluna, apresenta-se a síntese da **Reinterpretação do Pesquisador**.

Quadro 6 – Interpretação da doxa e reinterpretação do pesquisador (Continua).

<b>INTERPRETAÇÃO DA DOXA</b>	<b>REINTERPRETAÇÃO DO PESQUISADOR</b>
<p>Os profissionais de saúde relevam o compromisso do hospital universitário com o ensino e entendem-se naturalmente obrigados a atuarem como educadores. Identificam-se como detentores de experiência profissional satisfatória para atuarem como facilitadores do processo de ensino e aprendizagem, participando efetivamente da formação de estudantes de graduação e de pós-graduação, apoiados na própria trajetória profissional, banalizando, por vezes, a necessidade de uma formação específica para a prática da tutoria e preceptoria na RMS.</p>	<p>Há uma atitude dos participantes em unificar o HUF com identidade padronizada no contexto da formação em saúde, assim como de simbolizar a experiência profissional como aspecto que lhes fornece poder e uma identidade específica para atuação nos programas de RMS. Desloca-se nas falas e ações a necessidade de formação específica para a prática da tutoria e preceptoria, despertando um processo de valorização positiva à própria experiência profissional e às características institucionais. A inserção à RMS pelos participantes é interpretada como processo natural, inevitável e passivo, não sendo relevada a importância do papel social dos tutores e preceptores e a base da construção dos projetos pedagógicos das RMSs permeados pela política de EPS.</p>
<p>A titulação acadêmica, estabelecida como requisito nas legislações de criação de programas de RMS, apresentou-se como um fator determinante para que os profissionais de saúde fossem convidados ou elegíveis para atuarem como preceptores e tutores.</p>	<p>Constata-se que a legislação unificou, por intermédio da construção simbólica, a titulação acadêmica como forma de unidade entre os profissionais de saúde, padronizando a inserção aos programas de RMS, independentemente de suas diferenças, experiências, competências, dentre outros aspectos relevantes no contexto da prática da preceptoria e tutoria e da EPS. Contudo, a regulamentação estabelece ações institucionais de fragmentação veladas nos relatos dos participantes, quando alguns profissionais de saúde, com a titulação exigida, sofrem diferenciação e são colocados como elegíveis para a prática da preceptoria e tutoria em detrimento de outros profissionais que não atendem ao disposto nos dispositivos legais. Estas formas simbólicas podem excluir, do processo de formação em saúde, profissionais com relevante trajetória profissional e formativa que lhes garantem competências e habilidades para a prática da tutoria e preceptoria mesmo sem titulação acadêmica.</p>
<p>Entre o lançamento do edital e a elaboração e aprovação dos programas de RMS, não houve tempo hábil para que instituição de saúde, representada pela gestão da RMS, pudesse realizar o levantamento adequado dos profissionais de saúde que poderiam integrar os projetos pedagógicos desempenhando os papéis de tutores e preceptores, o que sustenta a inserção pela titulação acadêmica.</p>	<p>Destaca-se que as questões de dependência financeira e política e a imposição de criação de programas de RMS nos HUFs a partir de 2010 determinou a implantação das RMSs nos HUFs em um curto espaço de tempo. A situação é interpretada pelos participantes como um processo natural e como um resultado inevitável e passivo às demandas e responsabilidades governamentais.</p>

Quadro 6 – Interpretação da doxa e reinterpretação do pesquisador (Continuação).

INTERPRETAÇÃO DA DOXA	REINTERPRETAÇÃO DO PESQUISADOR
<p>Nenhum curso de formação pedagógica para a prática da preceptoria e tutoria foi fornecido aos participantes antes do início da prática educativa nas RMSs. Após a implantação dos programas de RMS constata-se que no H1 a não realização de um único curso oferecido deu-se por falta de oferta ou por abandono, enquanto que no H2 releva-se a necessidade de formação específica para integrar o programa de RMS e uma participação mais efetiva e incentivada institucionalmente em curso específico, oferecido de forma frequente. Ainda assim, em ambas as instituições se aponta a ausência de capacitação específica para a prática da tutoria e da preceptoria.</p>	<p>A ausência de capacitação específica para a prática da tutoria e da preceptoria, mesmo com a oferta de cursos pelas instituições analisadas, enfatiza distinções individuais e coletivas entre profissionais com formação específica e outros sem tal formação, o que impede o fortalecimento e o desenvolvimento profissional na prática da tutoria e da preceptoria por determinados profissionais. Ao serem legitimados nas narrativas os motivos de não realização dos cursos, os depoentes ocultam ou negam os prejuízos da ausência da capacitação na atuação junto à RMS. Por outro lado, a unificação do processo de formação dos profissionais de saúde para a prática da tutoria e preceptoria e o incentivo institucional determinam a construção simbólica de unidade e identidade, que representam a união de todos os integrantes do programa de RMS em uma mesma linha de condutas e ações, ou seja, de reprodução de formas simbólicas que favorecem a prática da tutoria e da preceptoria.</p>
<p>A formação pedagógica para a prática educativa na preceptoria e tutoria veio da realização de cursos realizados individualmente e de trocas de saberes e experiências realizadas por meio de reuniões, participação em projetos de pesquisa, interação em espaços e práticas sociais, políticas e educativas com representações e repercussões que contribuem e influenciam a formação dos participantes, a sua própria história e a trajetória de suas vidas.</p>	<p>A formação para a prática da preceptoria e tutoria na RMS se dá por meio de ações individuais e coletivas, formalizadas ou não, que comportem a interação com ambientes e o compartilhamento de saberes, práticas e experiências, interfere no desenvolvimento profissional dos trabalhadores da saúde e na aquisição de competências para uma prática educativa em saúde que dialoga com as diretrizes da EPS. Por esta ser eixo norteador do desenvolvimento dos projetos pedagógicos dos programas de RMS, tal formação contribuiria consequentemente para a prática da preceptoria e tutoria, assim como para uma prática multiprofissional de integração de saberes em prol de uma assistência qualificada à saúde no SUS.</p>
<p>As ações educativas de tutores e preceptores estão intrinsecamente relacionadas ao significado conferido pelos participantes à educação profissional, ora aproximando-se da perspectiva de desenvolvimento da EC, ora pautada nos preceitos da EPS.</p>	<p>As ações educativas de tutores e preceptores dialogam com a política da EPS quando há desenvolvimento de competências nos profissionais de saúde para a prática da tutoria e preceptoria na RMS, retroalimentadas pelo incentivo da gestão dos programas e apoio institucional, pelo diálogo permanente com as políticas de saúde vigentes e práticas de ensino inovadoras, que permitam a integração teoria-prática e ensino-serviço, a problematização e a discussão do processo de trabalho, o compartilhamento de saberes e, consequentemente, a transformação das práticas em saúde.</p>

Fonte: a autora.

## 6.1 TESE DO ESTUDO

Defende-se como tese do presente estudo que quando o tutor e preceptor possuem formação pedagógica que lhes forneçam aprendizado e desenvolvimento de habilidades e competências para realizar a prática educativa da RMS na perspectiva da EPS essa prática é permeada pela ideologia que se configura na produção, transmissão e reprodução de suas formas simbólicas, com a corresponsabilidade das instituições governamentais, das instituições de ensino, de saúde e dos coordenadores. Nesse contexto, tutores e preceptores em ação conjunta com os demais atores da produção do cuidado e do conhecimento podem subverter o modelo hegemônico, incorporar novos sentidos e significados às práticas de atenção, gestão e formação na saúde, mantendo a indissociabilidade que há entre eles.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A ideologia que permeia a EPS na formação e na prática dos tutores e preceptores da RMS, objeto do presente estudo, foi discutida considerando os processos de inserção, formação e práticas educativas desenvolvidas por profissionais de saúde que atuam como tutores e preceptores de três RMSs de uma universidade federal. A discussão foi realizada a partir da formação e prática dos tutores e preceptores com os preceitos da EPS, que nortearam a construção dos projetos pedagógicos dos referidos programas, por meio do referencial teórico e metodológico de John B. Thompson desenvolvido para interpretar as relações de dominação.

A EPS parte do pressuposto da aprendizagem significativa através da reflexão das diversas realidades vividas nas instituições de saúde. É imprescindível destacar que ela não é um fim, um produto em si, mas um meio para alcançá-lo. Por si só não transforma as práticas, não pode ser desenvolvida de forma prescritiva, para apresentar um modelo ideal de saúde, e sim como oferta de metodologia que amplie a autonomia e a capacidade de intervenção sobre os modelos de saúde.

Contudo, por se tratar de uma política pública de educação para a saúde, a discussão da EPS na RMS envolve as instituições governamentais, as instituições de ensino, as instituições de saúde, os coordenadores da RMS, os profissionais de saúde que atuam como tutores e preceptores, com seus respectivos interesses, suas disputas de poder e suas interferências na formação pedagógica e na prática educativa na RMS. Observou-se nessa pesquisa que em todos esses segmentos há disputas de poder, relações assimétricas, modos e estratégias de operar a ideologia descrita por Thompson.

Os HUFs, enquanto instituições de ensino e de saúde, e os coordenadores da RMS, em uma posição de submissão ao MEC e MS, aceitaram passivamente a imposição de implantar a RMS. Para tanto, reproduziram os modos e as estratégias ideológicas utilizadas pelo referidos ministérios, o que levou os profissionais de saúde que atuam como tutores e preceptores a também aceitarem passivamente a implantação da RMS. Nesse contexto não é de se estranhar que a inserção à RMS é interpretada pelos participantes como processo natural, inevitável e passivo, que se justifica pela atuação no hospital de ensino, pela titulação acadêmica e pela experiência prática, sendo desconsiderados os papéis sociais e educativos e a base da construção dos projetos pedagógicos das RMSs permeados pela política de EPS.

Ampliando o olhar sobre as relações sociais, observa-se na implantação da RMS e na atuação dos tutores e preceptores a clássica relação estruturada em níveis assimétricos, onde

as pessoas que ocupam as posições inferiores são subordinadas às que estão em posições superiores. Destacam-se o MS e o MEC nas posições superiores, os HUFs e os coordenadores da RMS nas posições intermediárias e os profissionais de saúde tutores e preceptores em posição inferior com atribuições e responsabilidade, nem sempre conjunta, de implantar os preceitos da EPS e sustentar a RMS.

Destaca-se ainda que nas estruturas hierárquicas existem diferentes níveis de comando, marcados pela disputa de poder, pois os que ocupam as posições superiores e intermediárias, como os HUFs e a gestão dos programas de RMS, são pressionados a estabelecerem-se e sustentarem-se nos espaços sociais, estando também em posição de subordinação, mas sem deixar de exercer poder e dominação sobre os subordinados.

As normas, leis, exigências e as determinações sociais, éticas, políticas, econômicas, pedagógicas, entre outras, regulam a interação, ocultam a subjetividade das relações sociais e mantêm a dominação. Conferem efeitos legais às falas, atitudes, comportamentos e demais ações estabelecidas no convívio social, para exercer poder sobre o cidadão, e, portanto, podem ser consideradas como formas simbólicas, pois estabelecem e sustentam relações assimétricas no fluxo diário da vida social.

Neste sentido, apesar de a EPS ter sido instituída dentro de uma perspectiva benéfica, tanto para a educação profissional quanto para os serviços de saúde, a sua implantação efetiva tem sido prejudicada pela ausência de entendimento da própria política pelas instituições e profissionais de saúde. Da mesma forma, no que se refere aos programas de RMS, condicionaram-se os HUFs a instituí-las para a obtenção da certificação como hospital de ensino, assim como a cumprir requisitos, indicadores e metas obrigatórias, que dizem respeito à formação profissional, tendo como barganha algum incentivo ou recurso financeiro.

Assim, as formas simbólicas produzidas, transmitidas e reproduzidas culturalmente, bem como os modos e estratégias de operação da ideologia utilizada na implantação da RMS, não definiram nos cenários dessa pesquisa mudanças da atenção e fortalecimento do SUS. Ao contrário, sustentaram relações assimétricas, de dominação e subordinação, entre as corporações e seus atores sociais, velando e resistindo a novos arranjos e propostas de colaboração institucionais, individuais e coletivas, que são propostos pelas políticas públicas e que deveriam ser instituídos na atenção, gestão, formação e controle social, nos cenários de atenção à saúde da população.

Foi relevante observar nessa pesquisa que a implantação da RMS em instituições com diferentes contextos sócio-históricos, mas por meio das mesmas formas simbólicas e estratégias ideológicas, determinou resultados semelhantes. Mesmo sendo política pública já

instituída e eixo norteador dos programas de RMS, a EPS teve sua implantação efetiva prejudicada pela ausência de formação pedagógica dos profissionais que passaram a atuar na prática educativa da tutoria e preceptoria e no seu diálogo com os preceitos da EPS, tendo como consequência ações que produziam, reproduziam e transmitiam as formas simbólicas do modelo hegemônico ainda vigente nos cenários da pesquisa.

Todavia, após a implantação, a oferta contínua de formação pedagógica em um dos programas de RMS definiu diferenças significativas na prática da tutoria e preceptoria, fazendo do HUF espaço favorável à implantação da RMS por possuir elementos políticos, organizacionais, sociais, pedagógicos e ideológicos favoráveis à prática educativa desenvolvida na perspectiva da EPS. Ressaltando a importância do desenvolvimento de competências e habilidades para prática educativa concernentes com os preceitos da EPS. Afirmando o espaço de poder estabelecido pela educação profissional, a importância do tutor e preceptor na função do educador e mediador do aprendizado, bem como o potencial da EPS para problematizar o processo de trabalho, sustentar uma prática educativa que se caracteriza pela construção do conhecimento, apropriação da realidade, busca de estratégias e recursos que favoreçam mudanças das práticas em saúde.

Assim sendo, as ações educativas de tutores e preceptores dialogarão com a política da EPS quando houver formação de competências por meio da capacitação dos profissionais de saúde para a prática da tutoria e preceptoria na RMS, incentivo da gestão dos programas e apoio institucional ao diálogo permanente com as políticas de saúde vigentes e a práticas de ensino inovadoras, que permitam a integração teoria e prática, ensino e serviço, compartilhamento de saberes, problematização e, conseqüentemente, transformações das práticas em saúde.

A formação pedagógica para a prática educativa na perspectiva da EPS permite ao tutor e preceptor refletir sobre a ideologia que mantém as relações sociais e as lutas de poder, assim como os mecanismos de produção que regem as suas próprias práticas e oferecem subsídios para transformá-las. Permite reconhecer-se naquilo que produz, dominar a produção e construir novos sentidos e significados para a prática do ensino e da assistência. Pode subsidiar o exercício de uma prática libertadora, emancipadora, autônoma, estabelecendo uma dinâmica reflexiva no sistema de saúde, de forma a conhecer e questionar os saberes, fazeres e poderes das profissões e profissionais inseridos e não inseridos na RMS.

Podemos dizer que a EPS possibilita ao tutor e preceptor confrontar o modelo e a prática instituída como possibilidade de mobilização para disparar novos processos, conceitos e significados ao modelo assistencial e educacional. Assim como a ausência da EPS pode

favorecer a alienação do fazer prescritivo, repetitivo, e levar a reprodução e reprodução passiva, submissa aos padrões construídos e definidos pelos que mantêm as relações de dominação, sem exercer a capacidade crítica de interpretar a ideologia, ficando presos ao modelo vigente e à realidade que se apresenta à sua volta.

Vale ressaltar que o profissional da assistência sem os demais atores da produção da saúde e do conhecimento, mesmo com profundo conhecimento da sua realidade, não consegue transformar as práticas de saúde, sendo imprescindível a aproximação e integração entre a formação, gestão, atenção e controle social. Quanto maior for a implicação dos profissionais e o comprometimento dessas instâncias, maior será a imposição ética de mudarem a si mesmos. Mudanças conjuntas envolvendo a formação, gestão, atenção e controle social implicam em transformação das práticas em saúde.

A falta de uma avaliação dos PRMSs pelos órgãos governamentais tem evidência nas diferentes propostas aprovadas e formas de operar os programas e terá reflexo na formação dos residentes multiprofissionais. Consequentemente, haverá em muitos casos a reprodução dos modelos de saúde vigentes, sem qualquer transformação das práticas. Urge assim a necessidade de avaliação dos programas para a aprovação e manutenção daqueles que dialogam com a política de EPS. Também deve haver investimento governamental para proporcionar aos profissionais de saúde competências e habilidades para o desenvolvimento de ações educativas concernentes com os preceitos da EPS.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO AL, MERHY EE. Healthcare training and micropolitics: concept tools in teaching practices. **Interface** (Botucatu). 2014; vol. 18, n. 49, p. 313-24.

ACIOLI, G.G. A lei do Ato Médico: Notas Sobre Suas Influencias para a Educação Médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v.30, n1, jan./abril. 2006

AGNOL, C. M. D. et al. Motivações, contradições e ambiguidades na liderança de enfermeiros em cargo de chefia num hospital universitário **Rev. Latino-Am. Enfermagem** set.-out. 2013; v. 21, n. 5., 07 telas.

AMORIM, A.; DIMENSTEIN, M. Desinstitucionalização em saúde mental e práticas de cuidado no contexto do serviço residencial terapêutico. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 195-204, 2009

BATISTA, K. B. C.; GONÇALVES. O. S. J. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.4, p.884-899, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório final. Brasília/DF: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1041](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041). Acesso em março de 2015.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF, Senado, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 198/GM/MS**, 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. Brasília, v. 141, n. 32, 2004a. Seção 1. p.37-41.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Lei nº11. 129 de 30 de junho de 2005. **Institui a residência por Área Profissional em Saúde e dá outras providências**. Disponível em: <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2005/11129.htm>. Acesso: junho de 2012. Acesso em março de 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MSnº 1996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 ago. 2007. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 414 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2. ed. Brasília, 2008. 68 p. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

\_\_\_\_\_. MEC. **Gestão de Educação 2003-2010**. Brasília: Ministério da Educação, 2010c. Disponível em: [http://gestao2010.mec.gov.br/o\\_que\\_foi\\_feito/program\\_125.php](http://gestao2010.mec.gov.br/o_que_foi_feito/program_125.php). Acesso em junho de 2012.

\_\_\_\_\_. MEC/MS. **Relatório de Atividades da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde – CNRMS Exercício 2007/2009 - Brasília, DF Outubro/2009b**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3\\_b\\_relatorio\\_atividades\\_cnrms\\_261109b.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/3_b_relatorio_atividades_cnrms_261109b.pdf). Acesso: junho de 2012.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial Nº 285** Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 25 mar. 2015a. Seção I, p 31-34.

\_\_\_\_\_. **Ministério da Saúde**. Portal da Saúde: <[portalsaude.saude.gov.br](http://portalsaude.saude.gov.br). [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em novembro de 2015. 2015b.

BORLINI. L.M. Há pedras no meio do caminho do SUS - os impactos do neoliberalismo na saúde do Brasil. **Textos & Contextos (Porto Alegre)**, v. 9, n. 2, p. 321 - 333, ago./dez. 2010.

GONÇALVES. N. G.; GONÇALVES. S. A. **Educação para além da reprodução**. Bourdieu P. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

BOURDIEU. P; PASSERON. J. C. **A reprodução: Elementos para uma teoria do sistema de ensino**: Tradução Reynado Bairão; 7ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BRUNHOLE, G. N. **Caminhando pelo fio da história: a Residência Multiprofissional em Saúde nos espaços de construção da política de formação de trabalhadores para o SUS**. 2013. Dissertação (Mestrado em Política Social): Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2013.

CARATTA, F; KAWAMURA. D; SALAZAR. J. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia de gestão para pensar, refletir e construir práticas educativas e processos de trabalhos. **Saúde e Sociedade**, v.18, supl.1, 2009.

CARDOSO, M. M. V. N. **Tríade ensino, pesquisa e extensão: Aspectos Ideológicos que Permeiam a Prática dos Docentes da Escola Enfermagem Anna Nery no Ensino de Graduação**

e Pós-Graduação em Enfermagem. 2007. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface** – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v.9, n.16, p.61-177, 2005

\_\_\_\_\_. “Ligar gente, lançar sentido: onda branda da guerra” a propósito da invenção da residência multiprofissional em saúde. In: **Interface** (Botucatu) vol.13 no.28 Botucatu Jan./Mar. 2009

\_\_\_\_\_. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 9-23, jan./jun. 2008.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.41-65, 2004.

CECCIM, R. B.; MERHY, E.E. Intense micropolitical and pedagogical action: humanization between ties and perspectives. **Interface** - Comunic., Saude, Educ., v.13, supl.1, p.531-42, 2009.

CECCIM, R. B. FERLA. A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras **Trab. Educ. Saúde**, v. 6 n. 3, p. 443-456, nov.2008/fev.2009.

COSTA, A.J. **A Relação Professora-Aluna de Graduação em Enfermagem**: revelando as estratégias de ensino-aprendizagem. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2005.

CUNHA, L.A.C.R. A Pós-Graduação no Brasil Técnica e Função Social. **R. Adm. Emp.** Rio de Janeiro vol. 14, n. 51, p. 66-70 set./out.1994.

DELLEGRAVE, D.; KRUSE, M. H. L. No olho do furacão, na ilha da fantasia: a invenção da residência multiprofissional em saúde. **Interface** (Botucatu) vol.13 n°. 28 Botucatu Jan./Mar. 2009.

DRAGO, L. M. B. **Servindo a dois senhores**: a gestão do HUCAM entre o ensino e a assistência. 2011. 210 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2011.

FRANCO.T.B; MERY.E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho. In: FRANCO, T. B.; MEHRY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2013.

FERREIRA, R. G. S. **Implicações das estratégias de ensino-aprendizagem dos programas de educação continuada em enfermagem para os enfermeiros**. 2013. Universidade Federal Rio de Janeiro - Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2013.

FEUERWERKER, L. C. M. No olho do furacão: contribuição ao debate sobre a residência multiprofissional em saúde. **Interface** COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO v.13, n.28, p.213-37, jan./mar. 2009.

FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. A. Mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referências de partida do eixo Trabalho em Saúde. In: CAPOZZOLO, A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (Org.) **Clínica comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec; 2013.

GOHN. M.G. Educação não-formal, participação da sociedade civil e estruturas colegiadas nas escolas. **Ensaio**: aval. pol.públ. Educ., Rio de Janeiro, v.14, n.50, p. 27-38, jan./mar. 2006

HOFFMAN, M. V.; OLIVEIRA, I .C. S.Entrevista não-diretiva: uma possibilidade de abordagem em grupo. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, nov-dez: vol. 62, n. 6, p. 923-7, 2009.

LIMA, V. V. et al. Ativadores de processos de mudança: uma proposta orientada à transformação das práticas educacionais e da formação de profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 20, n. 1, p. 279-288, 2015.

MATTOS, Tânia Mara Cappi. **Riscos biológicos à saúde do trabalhador de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem): Rio de Janeiro. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2000.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92.

MERHY. E. E. **O desafio que a educação permanente tem em si**: a pedagogia da implicação. **Interface: Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p.161-77, set.2004/fev.2005

\_\_\_\_\_. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: FRANCO, T. B.; MEHRY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec; 2013.

MERHY. E. E.; FEUERWERKER, L. C. M.; CECCIM, R. B. Educación Permanente enSalud: una Estrategia para intervenirenla Micropolítica del Trabajo en Saúde. **Saludcolectiva**, Buenos Aires, vol. 2, n. 2, p. 147-160, Mayo- Agosto, 2006

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. -10 ed. - São Paulo: Hucitec, 2007.

MISSAKA, H. **A prática pedagógica dos preceptores do Internato em Emergência e Medicina Intensiva de um serviço publico não universitário**. Rio de Janeiro: UFRJ Núcleo de Tecnologia Educacional para a saúde 2010.

MOHR, A. A formação pedagógica dos profissionais da área da saúde. In: BRANT, Vitoria (org). **Formação Pedagógica de Preceptores do Ensino em Saúde**. Juiz de Fora: Ed.UFRJ,2011.

OJEDA, S, B; STREY, N. M. Saberes e poderes em saúde: um olhar sobre as relações interprofissionais. **Revista Ciência & Saúde**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 2-8, jan./jun. 2008

OSME, A. A. Processo Gerencial. In: **Gestão em Saúde**. VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2012.

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

ROSA, S. D.; LOPES, E. R. Residência Multiprofissional em Saúde e pós-graduação lato Senso no Brasil: Apontamentos Históricos. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 479-498, nov. 2009/fev. 2010

RUFINO, N. A. **Formas simbólicas (re)produzidas por enfermeiros na prática da enfermagem psiquiátrica com foco na aprendizagem pela experiência**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2014

SANTOS, C. R. G. C. **O ensino do aluno de graduação em enfermagem – componentes ideológicos da pedagogia. histórico-crítico: o caso da Escola de Enfermagem Anna Nery**. 2007.168. Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, C. M. S. L. M. D. **A pratica do professor na tutoria do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário Serra dos Órgãos (Unifeso)**. 2013. Tese (Doutorado em Enfermagem): Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2013.

\_\_\_\_\_. **O filme no ensino da graduação em enfermagem 2007**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem): Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, P. C. P. O. **Padrões de conhecimento dos enfermeiros no aprendizado para o cuidado ao cliente queimado**. 2016. 105. Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro. 2016.

SILVA, C. M. S. L. M. D; PICININI, N. M. S. Os cenários de aprendizagem: espaços de cuidado, conhecimento, poder e cidadania na formação do Enfermeiro **Revista Portuguesa de Educação**, vol. 23, núm. 2, 2010, pp. 173-189 Universidade do Minho Braga, Portugal

SILVA, C. T. A Educação permanente em saúde a partir de profissionais de uma residência multidisciplinar: estudo de caso. **Rev Gaúcha Enferm**. 2014 set; vol. 35, n. 3, p. 49-54.

STROSCHEIN, K. A.; ZOCHE, D. A. A. Educação permanente nos serviços de saúde: um estudo sobre as experiências realizadas no Brasil. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 505-519, nov.2011/fev.2012

SILVERMAN, D. **Interpretação de Dados Qualitativos**: métodos para análise de entrevistas, textos e interações. Tradução Magda França Lopes. - Porto Alegre: Artmed, 2009.

TRAVASSOS, D. V. et al. Ato Médico: histórico e reflexão. **Arq. Odontol.** Belo Horizonte, vol. 48, n. 2, p. 102-108, abr/jun 2012

THOMPSON, J. B. Ideologia e cultura moderna. Rio de Janeiro: Vozes Editora, 2011.

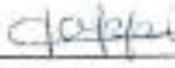
VELOSO, A. A pós-graduação no Brasil legados e desafios. **Amanaque Multidisciplinar de Pesquisa**. Universidade UNIGRANRIO. Ano I, v.1, n. 1, 2014.

VILLARINHO, P. R. L. **Características e habilidades dos enfermeiros empreendedores adquiridas por meio do aprendizado na formação e na prática profissional**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2016

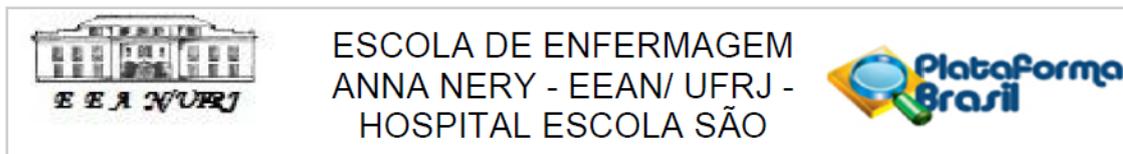
**ANEXOS**

## ANEXO 01 – FOLHA DE ROSTO

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP  
**FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

1. Projeto de Pesquisa: A. Prática de Educação Permanente por Tutores e Preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde		2. Número do Participante da Pesquisa: 30	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 6. Ciências da Saúde			
<b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL</b>			
5. Nome: Tânia Mara Cappi Malton			
6. CPF: 756.925.547-04		7. Endereço (Rua, n.º): DOM PEDRO I ARBURI 226 VILA VELHA ESPÍRITO SANTO 29121633	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (27) 3340-3980	
		10. Outro Telefone:	
		11. E-mail: taniscappi@gmail.com	
12. Cargo:			
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para as fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Trecho cêntrico que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do resumo.</p>			
Data: <u>06, 08, 2014</u>		 Assinatura	
<b>INSTITUIÇÃO PROPONENTE</b>			
13. Nome: Escola de Enfermagem Anna Nery		14. CNPJ: 33.063.083/0002-05	
15. Unidade/Orgão:			
16. Telefone: (21) 1269-8148		17. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumpro os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, através sua associação.</p>			
Responsável: <u>Carla Kazia França Araújo</u> CPF: <u>866.250.557-00</u>			
Cargo/Função: <u>Vice-Diretora</u>			
Data: <u>19, 08, 14</u>		 Carla Kazia França Araújo Vice-Diretora da EENAN/UFPA SIAPE: 0383771	
<b>PATROCINADOR PRINCIPAL</b>			
Não se aplica.			

## ANEXO 02 – PARECER DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A Prática de Educação Permanente por Tutores e Preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde

**Pesquisador:** Tânia Mara Cappi Mattos

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 37508314.0.0000.5238

**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem Anna Nery

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 884.899

**Data da Relatoria:** 24/11/2014

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Doutorado da EEAN/UFRJ intitulado "A Prática de Educação Permanente por Tutores e Preceptores da Residência Multiprofissional em Saúde", questiona se a residência multiprofissional em saúde, na prática diária, está se constituindo uma estratégia para a educação permanente em saúde. Será realizada pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. A pesquisa utilizará o referencial teórico e metodológico sistematizado por John B. Thompson (Conceitos de ideologia, transmissão cultural e das formas simbólicas). A metodologia a ser utilizada será a hermenêutica de profundidade. Os Participantes da pesquisa serão os tutores e preceptores de programas de residência multiprofissional em saúde de hospitais de ensino de uma universidade pública, situada no estado do Rio de Janeiro.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:** Analisar se a residência multiprofissional em saúde, na prática diária dos tutores e preceptores, se constituiu como estratégia para o desenvolvimento da educação permanente em saúde nos hospitais universitários;

**Objetivo Secundário:**

- Evidenciar na formação dos tutores e preceptores e na sua prática educativa na residência multiprofissional em saúde a (re)produção de formas simbólicas que expressam a educação

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275

**Bairro:** Cidade Nova

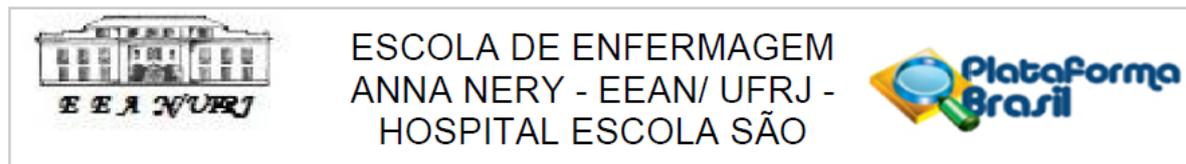
**CEP:** 20.211-110

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2293-8148

**E-mail:** cepeanhesfa@gmail.com



Continuação do Parecer: 884.899

permanente em saúde;

- Discutir as implicações das formas simbólicas da educação permanente (re)produzidas por tutores e preceptores na residência multiprofissional em saúde.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Os pesquisadores ressaltam que os riscos da pesquisa estão relacionados aos possíveis constrangimentos durante uma entrevista ou uma observação; risco de dano emocional e risco social. Estes serão minimizados com a participação voluntária, o que lhe faculta permanecer ou afastar-se do estudo a qualquer momento, retirando seu consentimento, o que não lhe trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou instituição envolvida. Ainda é garantido o direito de se recusar a responder a qualquer pergunta, ou observação, que ocasione constrangimento de qualquer natureza, e é garantido o sigilo dos participantes e a proteção de informações por eles fornecidas.

**Benefícios:** Quanto aos benefícios, os pesquisadores ressaltam que por possuir enfoque multiprofissional a residência pressupõe a qualificação do trabalho de cada profissão envolvida e assumimos o compromisso de discutir a inserção da enfermagem na equipe multiprofissional, podendo assim, contribuir com as discussões no campo do saber disciplinar e interdisciplinar dessa profissão

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto importante para o processo de construção da Residência Multidisciplinar, o desenvolvimento da tutoria e preceptoria na residência e serviços de saúde. Ressalta também o papel da enfermagem e de outros profissionais na educação permanente. Pesquisa inovadora e acompanha o processo de construção e desenvolvimento da Residência multiprofissional.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: ajustado.
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado/apresentado (parte integrante do

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275

**Bairro:** Cidade Nova

**CEP:** 20.211-110

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2293-8148

**E-mail:** cepeeanchesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM  
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -  
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 884.899

projeto)

- 4) Termos de Consentimento Livre e Esclarecido: realizado ajuste. Adequado segundo resolução 466/12
- 5) Cronograma: realizado ajuste solicitado pelo CEP;
- 6) Carta de anuência IPUB e HESFA: adequado
- 7) Termo de confiabilidade: adequado;
- 8) Carta de encaminhamento ao CEP: apresentado
- 9) Instrumento de coleta de informações: apresentado

**Recomendações:**

nenhuma.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

sem pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 25 de novembro de 2014. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

RIO DE JANEIRO, 25 de Novembro de 2014

Assinado por:

**Maria Aparecida Vasconcelos Moura**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua Afonso Cavalcanti, 275

**Bairro:** Cidade Nova

**CEP:** 20.211-110

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2293-8148

**E-mail:** cepeeahesfa@gmail.com

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA

**Identificação codificada:** \_\_\_\_\_

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos
2. Sexo: ( ) feminino ( ) masculino
3. Profissão: \_\_\_\_\_
4. Tempo de formado(a): ( ) 0 a 5 anos ( ) 6 a 10 anos ( ) mais de 11 anos
5. Pós-graduação: ( ) Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado
6. Tempo que atua na instituição: ( ) 0 a 5 anos ( ) 6 a 10 anos ( ) mais de 11 anos
7. Experiência na educação permanente em saúde: ( ) Sim ( ) Não
8. Se afirmativo, assinale de que modo teve estas experiências:  
  
( ) Atuando na formação profissional  
  
( ) Atuando nos serviços de saúde  
  
( ) Como participante ouvinte
9. Tempo que atua na Residência Multiprofissional: ( ) 0 a 5 anos ( ) mais de 6 anos

## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO



### Prezado Tutor e Preceptor:

Você está convidado a participar do projeto de tese do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ, orientado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Manuela Vila Nova Cardoso, cujo título é **“Ideologia que permeia a prática da educação permanente por tutores e preceptores da residência multiprofissional em saúde”**.

Os objetivos deste estudo são: Descrever as formas simbólicas que expressam a educação permanente em saúde na formação pedagógica e na prática educativa dos tutores e preceptores da residência multiprofissional em saúde; Analisar a transmissão cultural de formas simbólicas da educação permanente em saúde na prática educativa dos tutores e preceptores da residência multiprofissional em saúde; Discutir a ideologia na prática da educação permanente em saúde dos tutores e preceptores da residência multiprofissional em saúde.

Os riscos da pesquisa são possíveis constrangimentos durante uma entrevista ou uma observação; risco de dano emocional e risco social. Estes são minimizados com a participação voluntária, o que lhe faculta permanecer ou afastar-se do estudo a qualquer momento, retirando seu consentimento, o que não lhe trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou instituição envolvida. Ainda é garantido o direito de se recusar a responder a qualquer pergunta, ou observação, que ocasione constrangimento de qualquer natureza, e é garantido o sigilo dos participantes e a proteção de informações por eles fornecidas.

Caso aceite participar deste processo, será solicitado(a) a preencher um formulário de caracterização, a fim de traçarmos o perfil dos participantes da pesquisa e a realização de uma entrevista não diretiva, através de um encontro, previamente agendado, que não o desloque de suas atividades corriqueiras. As entrevistas serão gravadas por meio de MP3, transcritas encaminhadas a você, para que concorde com a utilização dos dados de modo integral, parcial ou nulo. Estes dados ficarão guardados por mim, durante cinco (05) anos após o término da pesquisa e só então, serão desprezados.

Você não terá nenhum custo ou compensação financeira e esta pesquisa terá duração de Três (03) anos e resultará em uma tese de doutorado, de importância profissional particular, mas que trará benefícios para a assistência e para o ensino na área da saúde, já que discutirá o tema referente à formação profissional de especialistas para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Rubrica do Participante

Rubrica da Pesquisadora

Cabe certificar que o conteúdo desta pesquisa, foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa o que lhe assegura confiabilidade.

Você receberá cópia deste documento, contendo minhas referências de contato, bem como de minha orientadora, para que sane qualquer dúvida, a qualquer momento da pesquisa.

Os temas abordados serão:

- Inserção e participação no programa de residência multiprofissional em saúde como tutor e preceptor;
- Formação enquanto tutor e preceptor para a prática da educação permanente na residência multiprofissional em saúde;
- Conhecimento da legislação do ministério da saúde e do projeto da residência multiprofissional em que atua no que diz respeito à tutoria e preceptoria;
- Atuação prática na tutoria e preceptoria da residência multiprofissional em saúde;
- Estratégias e recursos utilizados enquanto tutor e preceptor para desenvolver a educação permanente em saúde na residência multiprofissional em saúde;
- Contribuição da educação permanente em saúde para a tutoria e preceptoria realizada na residência multiprofissional em saúde.

Desde então, agradecemos sua participação e nos colocamos ao seu dispor.

Tânia Mara Cappi Mattos  
[taniacappi@gmail.com](mailto:taniacappi@gmail.com)

Maria Manuela Vila Nova Cardoso  
[manuela.ufrj@gmail.com](mailto:manuela.ufrj@gmail.com)

Acredito ter sido suficientemente informado(a) sobre o trabalho acima citado, tendo lido o pedido de autorização para participar do mesmo. Concordo voluntariamente em participar do estudo e poderei retirar o meu consentimento, se assim o desejar.

---

Nome do participante - Assinatura

---

Nome da pesquisadora - Assinatura

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO



### Prezado Tutor e Preceptor:

Você está convidado a participar do projeto de tese do Curso de Doutorado do Programa de Pós Graduação e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery - UFRJ, orientado pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Manuela Vila Nova Cardoso, cujo título é **“Ideologia que permeia a prática da educação permanente por tutores e preceptores da residência multiprofissional em saúde”**.

Os objetivos deste estudo são: Descrever as formas simbólicas que expressam a educação permanente em saúde na formação pedagógica e na prática educativa dos tutores e preceptores da residência multiprofissional em saúde; Analisar a transmissão cultural de formas simbólicas da educação permanente em saúde na prática educativa dos tutores e preceptores da residência multiprofissional em saúde; Discutir a ideologia na prática da educação permanente em saúde dos tutores e preceptores da residência multiprofissional em saúde.

Os riscos da pesquisa são possíveis constrangimentos durante uma entrevista ou uma observação; risco de dano emocional e risco social. Estes são minimizados com a participação voluntária, o que lhe faculta permanecer ou afastar-se do estudo a qualquer momento, retirando seu consentimento, o que não lhe trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou instituição envolvida. Ainda é garantido o direito de se recusar a responder a qualquer pergunta, ou observação, que ocasione constrangimento de qualquer natureza, e é garantido o sigilo dos participantes e a proteção de informações por eles fornecidas.

Caso aceite participar deste processo, será solicitado(a) a preencher um formulário de caracterização, a fim de traçarmos o perfil dos participantes da pesquisa e a realização de uma entrevista não diretiva, através de um encontro, previamente agendado, que não o desloque de suas atividades corriqueiras. As entrevistas serão gravadas por meio de MP3, transcritas encaminhadas a você, para que concorde com a utilização dos dados de modo integral, parcial ou nulo. Estes dados ficarão guardados por mim, durante cinco (05) anos após o término da pesquisa e só então, serão desprezados.

Você não terá nenhum custo ou compensação financeira e esta pesquisa terá duração de Três (03) anos e resultará em uma tese de doutorado, de importância profissional particular, mas que trará benefícios para a assistência e para o ensino na área da saúde, já que discutirá o tema referente à formação profissional de especialistas para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Rubrica do Participante

Rubrica da Pesquisadora

Cabe certificar que o conteúdo desta pesquisa, foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa o que também lhe assegura confiabilidade.

Você receberá cópia deste documento, contendo minhas referências de contato, bem como de minha orientadora, para que sane qualquer dúvida, a qualquer momento da pesquisa.

Os temas abordados serão:

- Inserção e participação no programa de residência multiprofissional em saúde como tutor e preceptor;
- Formação enquanto tutor e preceptor para a prática da educação permanente na residência multiprofissional em saúde;
- Conhecimento da legislação do ministério da saúde e do projeto da residência multiprofissional em que atua no que diz respeito à tutoria e preceptoría;
- Atuação prática na tutoria e preceptoría da residência multiprofissional em saúde;
- Estratégias e recursos utilizados enquanto tutor e preceptor para desenvolver a educação permanente em saúde na residência multiprofissional em saúde;
- Contribuição da educação permanente em saúde para a tutoria e preceptoría realizada na residência multiprofissional em saúde.

Desde então, agradecemos sua participação e nos colocamos ao seu dispor.

Tânia Mara Cappi Mattos  
[taniacappi@gmail.com](mailto:taniacappi@gmail.com)

Maria Manuela Vila Nova Cardoso  
[manuela.ufrj@gmail.com](mailto:manuela.ufrj@gmail.com)

Acredito ter sido suficientemente informado(a) sobre o trabalho acima citado, tendo lido o pedido de autorização para participar do mesmo. Concordo voluntariamente em participar do estudo e poderei retirar o meu consentimento, se assim o desejar.

---

Nome do participante - Assinatura

---

Nome da pesquisadora - Assinatura

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_