

Ano 13, Vol XXIV, Núm 1, Jan-Jun, 2020, pág. 233-257.

O ENSINO EM SERVIÇO NO SUS: REFLEXÕES NORMATIVO LEGAL E CONTRIBUIÇÕES PARA A FORMAÇÃO PROFISSIONAL NA SAÚDE

Claudiléia Pereira Galvão Buchi

Tânia Suely Azevedo Brasileiro

RESUMO: Este estudo teórico sobre a Educação na Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) se propõe a discutir o ensino em serviço à luz teórica de Vázquez (1977), Freire (1996), dentre outros, em diálogo com os documentos oficiais e marco normativo legal da área. A Educação na Saúde tem sido ponto forte para a formação profissional e contribuído ao longo da história com a melhoria dos atendimentos aos usuários do SUS. Desta forma, parte-se do princípio que para se entender esta formação é necessário compreender seu marco normativo legal, pois estes dispositivos fundamentam as transformações e conquistas neste campo específico da política de formação permanente em saúde no país. Para tanto, o estudo configura-se em uma pesquisa bibliográfica e documental, de abordagem qualitativa. Enquanto conclusão constatou-se que o ensino em serviço é fundamental para a melhoria da formação permanente em saúde, tendo como diretriz a educação continuada, com vistas à qualificação de profissionais da saúde para atuarem na rede SUS, sendo a Educação na Saúde essencial para a sua constituição.

Palavras-chave: Educação na Saúde. SUS. Ensino em serviço.

ABSTRACT : This theoretical study on Health Education in the Unified Health System (SUS) proposes to discuss teaching in service in the theoretical light of Vázquez (1977), Freire (1996), among others, in dialogue with official documents and normative framework area. Health Education has been a strong point for professional training and has contributed throughout history with the improvement of services to SUS users. Thus, it is assumed that in order to understand this training, it is necessary to understand its legal normative framework, as these devices underlie the transformations and achievements in this specific field of permanent health education policy in the country. To this end, the study is configured in a bibliographic and documentary research, with a qualitative approach. As a conclusion, it was found that in-service education is fundamental for the improvement of permanent health education, with the guideline of continuing education, with a view to the qualification of health professionals to work in the SUS network, with Health Education essential for the its constitution.

Keywords: Health Education. SUS. In-service teaching.

1 INTRODUÇÃO

Ao se reconhecer a Educação como transformadora do meio social, enquanto tema que se apresente como uma situação fundamental no desenvolvimento da consciência humana, é necessário discuti-la à luz teórica de autores como Vázquez (1977), Freire (1996) dentre outros. Vale registrar que Vázquez (1977) propõe uma discussão voltada para a reflexão da prática como formação crítica do indivíduo para intervir na transformação da sociedade.

A preparação de profissionais da saúde qualificados, que analisem com criticidade as situações problemas, apontando e sugerindo alternativas, não poderá ser

descartada neste contexto. A capacidade de aprender a aprender é característica do ser humano e este, por sua vez, se apropria do conhecimento para satisfazer seus anseios e realizações no âmbito profissional. Nesse sentido, é fundamental o diálogo como forma de estreitar a comunicação entre os profissionais da saúde envolvidos nesse processo educativo de formação em serviço.

Desta forma, este artigo apresenta o arcabouço normativo legal do Sistema Único de Saúde (SUS), evidenciando a necessidade da formação de profissionais para atuar neste âmbito, expondo a legislação pertinente, corroborada pela fundamentação teórica, que subsidia a discussão sobre a Educação na Saúde, configurada como ensino em serviço e alicerçada em princípios formativos - neste caso, em nível de pós-graduação humanizada, crítica e reflexiva.

É fundamental entender e perfilhar o caminho que conjuga a construção da Educação na Saúde enquanto área de formação profissional. Assim, qual a trajetória desta formação em função da construção de um SUS efetivo? Quais as diretrizes que fundamentam uma concepção holística e crítica dos profissionais da saúde, no que se refere à um processo formativo em serviço em nível de pós-graduação? Dentre estes questionamentos, como alinhar uma discussão normativa legal com a visão de autores que tratam da temática e que defendem a ação-reflexão-ação, no qual o sujeito é protagonista de seu próprio conhecimento?

A partir dessas indagações considera-se condição *sine qua non* ter um olhar em que se compreenda o SUS por meio de uma visão que resgate a humanização e o cuidado integral do usuário deste sistema, entendendo que o ensino em serviço passou por diversos momentos e que vem apresentando sedimentação estrutural para atender as necessidades da população.

2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Na compreensão do Sistema único de Saúde faz-se necessária uma retomada histórica, com destaque aos fatos e ações que desencadearam a composição do SUS como uma das principais políticas de saúde pública brasileira. Ainda em busca da concretização dos princípios de integralidade, equidade e qualidade, estabelecidos em sua criação.

Neste sentido, Vázquez (1977) justifica que a utilização do termo “práxis” precisa ser entendido para além do conceito de prática predominante, que é estritamente

utilitário, voltando-se para a consciência mais elevada do pensamento humano e vinculada a práxis real, concebida como interpretação do mundo e guia de transformação. O ser humano assim configura-se em um ser ativo, construtor e criador do mundo, capaz de compreender toda estrutura à sua volta - em destaque o SUS.

O problema não se restringe à busca de clareza, o ponto central é a necessidade de uma linguagem que explicita os interesses perseguidos, desafie os sistemas de relevância e de lógica usualmente encontrados no discurso oficial sobre o Ensino em serviço. Colares, Gomes e Colares (2012, p. 30), ampliam a leitura desse processo formativo, anunciando:

[...]uma educação que considere e respeite a diversidade assenta-se na efetivação de um currículo capaz de promover mudanças substanciais nas relações que se estabelecem entre os diferentes, sem, contudo, deixar de considerar os fatores que promovem as desigualdades e atentar para o fato de que a aceitação do outro, do diferente, não é suficiente para a superação das desigualdades que estão presentes nas relações sociais.

É nessa lógica que se deve pensar o SUS, a partir de uma reflexão sobre a gestão do ensino pautada no redimensionamento e na reconstrução de uma Educação na Saúde focada na desalienação social e política, pois, como afirma Freire (1996, p.26), é preciso “[...] trabalhar maneiras, caminhos, métodos de ensinar. Aprender precedeu ensinar ou, em outras palavras, ensinar se diluía na experiência realmente fundante de aprender [...]”.

Desta forma, apresentam-se momentos históricos que antecederam a criação do SUS, ao mesmo tempo que se perfilha uma discussão teórica acerca de uma formação crítica dos profissionais que atuam no sistema de saúde vigente no Brasil.

2.1 Histórico: marcos importantes para a constituição do SUS

O olhar lançado nos marcos históricos de criação e consolidação do SUS encontra-se sob a ótica de Reis, Araújo e Cecílio (2012), os quais produziram o módulo “Político Gestor” para compor a discussão sobre as políticas públicas de saúde no Brasil, e a legislação estruturante do SUS (2011), elaborada pelo Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass). Desta forma, o recorte temporal concretizou-se a partir dos investimentos feitos no início do século XX.

Destaca-se como marco inicial a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) pelo Decreto Nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Esta lei ficou conhecida como Lei Elói Chaves e levou as primeiras conjecturações em torno da necessidade de atendimento público a classe trabalhadora que era afastada do trabalho por doença ou por acidente (CONASS, 2011).

Em 1932 tem destaque a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), acentuando-se como componente de assistência Médica, especialmente pela compra de serviços do setor privado. Vinte e um anos depois, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde (MS) pelo então presidente da República, Carlos Luz, fazendo o desmembramento do Ministério da Educação pela Lei nº 1.920, de 25 de julho, iniciando um processo de modernização do setor da saúde.

Outro marco importante foi a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) pelo Decreto-lei nº 72, de 21 de novembro de 1966, o qual foi resultado da unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPS), consolidando o componente assistencial que derivou na estruturação de um modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, como forma de fortalecimento do movimento de privatização do setor.

Mesmo com outras ações de mudanças, dez anos depois tem destaque a criação do Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (Sinpas) pela Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977. Dentro desse sistema, criou-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), que se configurou no grande órgão governamental prestador da assistência médica, o qual sobreviveu como órgão posterior à criação do SUS.

Outro marco na história da saúde brasileira que merece destaque ocorreu em 1982, com a implementação do Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), que dava particular ênfase na atenção primária, sendo a rede ambulatorial pensada como porta de entrada do sistema. O PAIS tinha como proposta a criação de sistemas de referência e contra referência, com atribuição de prioridade para a rede pública de serviços de saúde, com complementação pela rede privada. Surgem os principais pontos programáticos que se fazem presentes no SUS.

Foi também em fevereiro de 1982 que os secretários estaduais da saúde criaram o Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass). Ainda na década de 80, tem

proeminência a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, que consagrou a concepção ampliada de saúde e o princípio da saúde como direito universal, como dever do estado, os quais se configuram em princípios legais que corporificariam a Constituição Federal de 1988 (CF/88).

Mas, antes da promulgação da CF/88, teve destaque a criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDES) em 1987. Pela primeira vez o Governo Federal começou a repassar recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, anunciado a municipalização que se firmaria com o SUS.

Em 1988, foi aprovada a “Carta Magna”, também conhecida como “Constituição Cidadã”, nome dado à CF/88, pois estabeleceu a saúde como “direito de todos e dever do estado”, a qual instituiu a formulação de políticas sociais criando o SUS, conforme descrito em seu artigo 196:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.73).

A CF/88 vem atender as necessidades individuais e coletivas de interesse público, colocando o atendimento à saúde como responsabilidade e dever do Estado, o que vem descrito no artigo 197, pois esta é direito público subjetivo:

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado (BRASIL, 1988, p. 73).

Como base legal, o SUS enquanto sistema único, criado pela CF/88, pressupõe acesso gratuito a todos os cidadãos, bem como criam as diretrizes nas quais os Governos Federal, Estadual e Municipal devem pautar-se para que seja oferecido um serviço de qualidade àqueles que não têm condições de ter acesso ao sistema particular, como pontuados no artigo 198 e incisos adjacentes:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um **sistema único**, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988, p. 73).

É necessário entender que o SUS é uma formulação política e organizacional que propõe o reordenamento da gestão do serviço de saúde no Brasil, que vislumbra a sistematização e unificação das ações de saúde em todo o território nacional, objetivando a melhoria da saúde oferecida e disponibilizada à população. Estas ações ficam evidenciadas no artigo 200 e incisos adjacentes da CF/88, em que estão as competências e atribuições do SUS:

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (BRASIL, 1988, p. 74).

Dentre as várias competências, tem especial relevância o inciso III, que faz menção da precisão de profissionais que tenham formação específica para atuar na área da saúde. Esta é uma discussão que não se esgota na CF/88, mas se alarga para a Lei nº 8.080/1990 e a Lei nº 8.142/1990, a partir das quais possibilitam às Universidades aplicarem os princípios e diretrizes a serem trabalhados na estruturação dos Projetos Pedagógicos dos cursos, apresentando os desafios para a formação dos profissionais da saúde, especialmente, nas Residências, onde as promoções dos serviços de saúde objetivam garantir às pessoas e à sociedade condições de conforto físico, mental e social, fazendo-se premente discorrer também sobre a Lei nº 9.394/1996 (BRASIL, 1990).

2.2 Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990/Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990/Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, ficou conhecida como Lei Orgânica da Saúde e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Dos objetivos do SUS, em seu artigo 5º, inciso III, reforça a urgência de “ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas” (BRASIL, 1990, p.2). Essas atividades preventivas dizem respeito tanto aos investimentos na formação de profissionais da saúde, como também a disseminação de campanhas educativas preventivas com o intuito de levar à comunidade informações satisfatórias para a prevenção de doenças (BRASIL, 1990).

Esta lei retoma e reforça o dever do Estado de garantir a saúde por meio da execução de políticas econômicas e sociais, assegurando o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde. A Lei orgânica regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, detalhando os objetivos do SUS, a fiscalização, os princípios e as diretrizes em consonância com a CF/88. Ainda é delineado nesta Lei a participação complementar da iniciativa privada (CONASS, 2011).

Em seu artigo 14, esta lei chama a atenção para a criação das Comissões Permanentes de Integração entre os serviços de saúde e as IES, incluindo-se tanto o ensino profissional como o ensino superior. O parágrafo único deste artigo estabelece:

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos no sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (BRASIL, 1990, p.4).

A Lei Orgânica foi fundamental para se entender as atribuições comuns e específicas de cada esfera governamental, o que compreende a responsabilidade e competência no que tange ao SUS enquanto política, deixando evidente a responsabilidade na formação dos profissionais da saúde para atuarem no SUS.

Na sequência, e no mesmo ano, outra legislação que merece atenção nesta questão foi a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de

recursos financeiros. Esta lei instituiu os Conselhos de Saúde e conferiu legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais. (CONASS, 2011)

Esta Lei especifica a participação de cada esfera do governo por meio das instâncias colegiadas, as quais foram denominadas como Conferência de Saúde e Conselho de Saúde, com representatividades dos Conass e Conselho Nacional de Secretários Municipais da Saúde (Conasems). De acordo com o parágrafo 1º do artigo 1º, a Conferência de Saúde terá representação de vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação de políticas de saúde; já o Conselho de Saúde, no parágrafo 2º, é um órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde. (CONASS, 2011).

Mas, a luta histórica do SUS não se finda com sua criação, mesmo instituído todo o arcabouço jurídico que o regulamenta até os dias atuais, lembra-se que os desafios para sua implementação efetiva são muitos e são necessárias várias ações. Desta forma, em 1991 ocorreu a criação da Comissão de Intergestores Tripartite (CIT), além da Comissão de Intergestores Bipartite (CIB), ambas para o acompanhamento da implantação do SUS (CONASS, 2011).

As discussões continuaram no sentido de melhorar o funcionamento do SUS. Em 1993 é elaborada a Norma Operacional Básica de 1993 (NOB-SUS 93), criada pela Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio, procurando restaurar o compromisso da implantação do SUS e estabelecer o princípio de municipalização que se encontrava enfraquecido. O NOB-SUS 93 beneficiou a população, visto que houve a incorporação de itens de alta complexidade, dando início efetivo ao processo de descentralização política e administrativa da Saúde Pública e dos serviços assistenciais (CONASS, 2011). Também no ano de 1993 ocorreu a extinção do INAMPS pela Lei nº 8.689, de 27 de julho. Todas as funções, competências, atividades e atribuições deste órgão foram absorvidas pelas instâncias Federal, Estadual e Municipal (CONASS, 2011).

Outro ponto que foi fundamental para o fortalecimento do SUS foi a edição da Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96) pela Portaria GM/MS nº 2.203, de 5 de novembro do mesmo ano, a qual representou a aproximação mais explícita de um novo modelo de atenção. A NOB 96 delineou incentivos aos programas dirigidos às

populações mais carentes, quais sejam: Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) (CONASS, 2011).

E as lutas por um SUS fortalecido perpassaram o século XX, tornando-se necessárias no século XXI. Em 2002, houve a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS), instituída pela Portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro do corrente ano, com ênfase no processo de regionalização do SUS. Isto ocorreu a partir da constatação de que a municipalização do SUS estava sendo insuficiente para a configuração do sistema de saúde (CONASS, 2011).

Com tantas edições de normas e criações de leis, o SUS ainda passa por estruturas, como ratifica Reis, Araújo e Cecílio (2012, p. 39): “O SUS transformou-se no maior projeto público de inclusão social [...]”, necessitando a cada dia atenção e acompanhamento da população para que os seus princípios sejam respeitados e efetivados pelo poder público.

Durante esse processo de estruturação e consolidação do SUS outro marco que contribuiu para a melhoria da solidificação de uma saúde pública efetiva, aprovado pela Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, foi o Pacto pela Saúde, unindo um conjunto de reformas nas relações institucionais, funcionando como um acordo interfederativo articulado em três dimensões, onde se estabelecem compromissos entre os gestores, quais sejam: Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e Pacto de Gestão (CONASS, 2011).

O Pacto pela vida significou duas mudanças na reforma desenvolvimental do SUS, porquanto substituiu pactos fortuitos por acordos anuais obrigatórios, assim como modificou o foco para mudanças voltadas em resultados sanitários. Este pacto representou uma ação prioritária no campo da saúde, onde foram definidas seis prioridades para o desenvolvimento de ações pelos gestores, com ênfase para a Saúde do idoso, Controle de câncer de colo de útero e de mama, Redução da mortalidade infantil, Promoção da saúde e Fortalecimento da atenção primária (CONASS, 2011).

O Pacto em defesa do SUS surgiu como reafirmação de seus princípios, o que gerou ações e movimentos de mobilização social que culminaram com a mobilização permanente e organizada de diferentes setores da sociedade brasileira, o que envolveram ações concretas por parte do governo no que se refere a defender os princípios basilares

do SUS, descritos na CF/88. Este Pacto objetivou mostrar a saúde como direito de cidadania e o SUS como sistema público universal (CONASS, 2011).

Quanto ao Pacto de Gestão, este funcionou como um choque de descentralização, fomentado pelo processo de desburocratização, visando fortalecer e estruturar as Comissões Intergestores Bipartite (CIB). Este pacto estabeleceu as responsabilidades de cada ente federativo, objetivando a consolidação da gestão compartilhada e solidária do SUS. Concernente Reis, Araújo e Cecílio (2012, p. 46) afirmam que:

Este é mais um esforço para se traduzir, na prática, as grandes diretrizes do SUS construída ao longo de muitos anos. Sem a atuação concreta dos gestores municipais, do controle social, e, principalmente do aperfeiçoamento do trabalho de cada equipe, o SUS permanecerá “no papel”, sem ter um papel realmente transformador no cuidado aos brasileiros. Este é um desafio ao se pensar o SUS como política. Não uma abstração, mas um conjunto de ações concretas capazes de transformar, para melhor, a vida das pessoas.

Diante do exposto, verifica-se que tanto a CF/88 quanto a Lei nº 8.080 ensejaram, dentre as várias necessidades de estruturação do SUS, enfatizar a carência de investimentos na formação em serviço para atender os princípios elencados por este sistema. Desta forma, a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN), confere autonomia às Instituições de Ensino Superior (IES) para a preparação de um currículo completo, voltado ao desenvolvimento do ensino em serviço capaz de atender à legislação vigente e as necessidades de profissionais com uma formação voltada para o SUS (BRASIL,1996).

Neste contexto, as IES vêm contribuindo no sentido de almejar uma formação dos profissionais de saúde que atenda aos princípios e diretrizes do SUS, corroborando com a construção de um ensino que prepare profissionais a partir da realidade vivenciada. Isto se aplica às Residências Multiprofissional em Saúde, as quais precisam de vínculo com uma Universidade para oferecer o curso. Para tanto, a partir de 2005 foram delineadas as legislações para estas Residências, que se passa a tratar no tópico seguinte.

2.3 Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005/Portaria Interministerial MEC/MS nº 2117 de 3 de novembro de 2005/Portaria Interministerial MEC/MS nº 1077/2009.

A Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, instituiu a Residência em Área Profissional da Saúde, juntamente com o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – Projovem. Destaca no seu artigo 13 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, p. 3).

Esta lei regulamenta em seus § 1º e 2º, do artigo 13, como será desenvolvida esta Residência, pontuando-a como um programa de cooperação intersetorial, o qual vem favorecer a inserção dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho. Corroborando em seguida, que a residência tem caráter de dedicação exclusiva e deve ser realizada sob a supervisão de um profissional docente-assistencial (BRASIL, 2005).

A Lei nº 11.129/2005 foi melhorada com a publicação da Portaria Interministerial MEC/MS nº 2117/2005, que instituiu no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação a Residência Multiprofissional em Saúde, o programa de bolsas para a educação pelo trabalho, destinadas às categorias profissionais que integram a área da saúde (BRASIL, 2005). Observa-se que a partir de sua criação, as residências em saúde têm se fortalecido.

Em 2009, com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1077 foi instituído o Programa Nacional de Bolsas para as Residências Multiprofissionais e em área profissional da Saúde, bem como a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, estabelecendo em seu Artigo 2º que os “Programas de Residência Multiprofissional em Saúde e Residência em Área Profissional da Saúde serão orientados pelos princípios e diretrizes do SUS, a partir das necessidades locais e regionais, [...]” (BRASIL, 2009, p.01).

Com a criação do SUS e do Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, sentiu-se a necessidade da criação de estrutura, organização e funcionamento destas Residências. Desta forma, em 2010, foi publicada a Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.320, a qual instituiu a regulamentação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). (BRASIL, 2010).

Com a definição das atribuições da CNRMS, em 2012 foi publicada a Resolução CNRMS nº 2, que dispôs sobre as diretrizes gerais para os Programas de Residências Multiprofissional e em Profissional de Saúde em âmbito Nacional. Dentre essas diretrizes, destacam-se o art. 3º, e seus § 1º e 2º:

Art. 3º. Os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde constituem modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu, destinado às profissões da saúde, excetuada a médica, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por ensino em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais, duração mínima de 02 (dois) anos e em regime de dedicação exclusiva.

§ 1º O disposto no caput deste artigo abrange as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional.

§ 2º As Residências Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde a que se refere o caput deste artigo constituem programas de integração ensino-serviço-comunidade, desenvolvidos por intermédio de parcerias dos programas com os gestores, trabalhadores e usuários, visando favorecer a inserção qualificada de profissionais da saúde no mercado de trabalho, preferencialmente recém-formados, particularmente em áreas prioritárias para o SUS (CNRMS, 2012, p.1).

Além de definir o conceito de Residência Multiprofissional, esta resolução do CNRMS descreve as profissões e as parcerias dos programas. Também fica estabelecido, no § 2º do artigo 5º, a orientação para a construção do Projeto Pedagógico (PP) para estas Residências: “O PP de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde é orientado pelo desenvolvimento de prática multiprofissional e interdisciplinar em determinado campo de conhecimento, integrando os núcleos de saberes e práticas de diferentes profissões” (CNRMS, 2012, p. 02). Cabe ressaltar que ao se falar em diferentes profissões, excetua-se a profissão Médica; considera-se uma perda irreparável para o funcionamento das Residências, especialmente, as Multiprofissionais.

Assim, vislumbrando a melhoria das Residências de acordo à sua localização Regional, em 2015 foi publicada a Resolução CNRMS nº 1, de 21 de julho, que trata sobre a organização, o funcionamento e as atribuições da Comissão de Residência Multiprofissional (Coremu) das instituições que ofertam programas de residência em área profissional da saúde, na modalidade multiprofissional e uniprofissional (CNRMS Nº 1, 2015).

Por meio desta resolução, a CNRMS delega as instituições proponentes a constituição e implementação de uma Coremu, objetivando descentralização e

deliberação de responsabilidades para melhor gerir as Residências em questão. A Coremu, de acordo esta resolução, artigo 2º, §1º, afirma que será a única responsável por toda a comunicação e tramitação de processos junto à CNRMS.

Com isto, a Educação na Saúde vem se constituindo, amparada nesta legislação, com vistas a promover a melhoria da atuação dos profissionais nesta área e sua integração no mercado, por meio da formação em serviço para o SUS. Nesse sentido, o próximo tópico versa sobre a educação na saúde no SUS buscando abordar a formação destes profissionais.

3 EDUCAÇÃO NA SAÚDE NO SUS

Para discorrer sobre a Educação na Saúde é necessário diferenciá-la da Educação em Saúde, contribuindo assim para ampliar o entendimento e a compreensão de ações de educação e formação em serviço. Segundo o Ministério da Saúde (MS), Educação em Saúde é definida como:

- 1 – Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira.
- 2- Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades (BRASIL, 2012, p.19-20).

Para tanto, Falkenberg *et al* (2013) afirmam que essas ações de educação em saúde devem envolver os profissionais de saúde, os gestores como apoiadores e a população que anseia por conhecimentos e informações que lhes deem condições nos cuidados de combate às doenças, individual e coletivamente, promovendo ações educativas voltadas às suas necessidades.

No que se refere à Educação na Saúde, Feuerwerker (2007, p.04) explicita que “[...] é um campo de produção de conhecimento, necessariamente inter/transdisciplinar [...]”, o que implica uma educação voltada aos profissionais da saúde. Corroborando esta afirmativa, o MS define a Educação na Saúde como “Produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular” (BRASIL, 2012, p. 20).

Esclarecidos os conceitos, tendo como base a formação de profissionais da saúde, assume-se que ao se discorrer sobre Educação na Saúde é necessário perfilar o campo da política de formação permanente instituída para os profissionais do SUS, visto que esta política “[...] consiste em ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho na saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho [...]” (FALKENBERG *et al*, 2013, p.850).

De acordo com Farah (2003), a educação dos profissionais de saúde é uma preocupação que vem desde a III Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1963, onde foi proposto que os processos educativos assumissem a forma de se evitar o desajustamento técnico, impedindo a “fuga” do local de trabalho. Este tema também foi debatido nas Conferências Nacionais de Saúde subsequentes. Esses debates foram essenciais para a construção do art. 200 da CF/88, dando evidência ao inciso III, anteriormente destacado, em que compete ao SUS: “III – Ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde.” (BRASIL, 1988, p. 74).

A ordenação do inciso III na CF/88 representou um marco importante para a educação permanente, visto que as questões relacionadas à Educação na Saúde fazem parte do rol de atribuições finalísticas do SUS, no qual precisa estruturar mecanismos e estratégias que deem conta da função do Estado de incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico, ampliando a formação dos profissionais da saúde, objetivando a transformação de suas práticas profissionais (CONASS, 2011).

Além disso, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 de 1990 ratifica o que foi descrito na CF/88; nos artigos 6º e 14º busca estabelecer a criação das Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior, deixando explícito que é papel do SUS o desenvolvimento de programas que envolvam a certificação e habilitação profissional; da mesma forma, responsabiliza-se pelo desenvolvimento da educação permanente de recursos humanos (BRASIL, 1990; CONASS, 2011).

Mas, foi somente em 04 de setembro de 2003 que houve uma proposta efetiva que reunir a saúde e a educação, fomentando a definição de uma política de Educação na Saúde, dando concretização a “Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde”, a qual foi aprovada pelo Conselho

Nacional de Saúde (CNS), e pactuada na Comissão Intergestores Tripartite em 18 de setembro do mesmo ano. A mesma foi instituída pelo o MS por meio da Portaria nº 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004, estabelecendo a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores (BRASIL, 2004).

A partir desta iniciativa, a Educação Permanente passa a ser uma política pública e, enquanto política, os processos de qualificação dos trabalhadores da saúde passaram a ter como ponto de referência as necessidades de saúde das pessoas e da população, tendo como objetivos as transformações das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (BRASIL, 2004).

À luz da Política de Educação Permanente em Saúde, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges) decidiu:

[...] pela adoção de uma política de educação permanente no SUS capaz de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em eixo transformador, em estratégia mobilizadora de recursos e de poderes; e, ainda, em recurso estruturante do fortalecimento do Sistema (BRASIL, 2004, p. 9).

A expressão “Educação Permanente” se apresenta como uma proposta de ação estratégica para a transformação dos processos educativos nos serviços de saúde; como política dá forma ao trabalho de desenvolvimento dos profissionais promovendo, ainda, a articulação entre o sistema de saúde e as instituições de ensino formadoras.

A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa, que promove e produz sentidos, e sugere que a transformação das práticas profissionais esteja baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais, de profissionais reais, em ação na rede de serviços. A educação permanente é a realização do encontro entre o mundo de formação e o mundo de trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho [...] (BRASIL, 2004, p.10).

A Política de Educação Permanente traz como autores e atores fundamentais das instâncias de articulação, dentre outros, as Universidades e Instituições de Ensino com cursos na área da saúde, além dos Hospitais de Ensino, os quais são essenciais como espaço educativo para a reflexão sobre as práticas vividas, aumentando a capacidade de análise e intervenção desses profissionais, constituindo-se uma nova prática, atendendo os princípios do SUS para atuação no modelo assistencial de saúde vigente no país.

3.1 Residências em Saúde no Brasil

De acordo com o Ministério da Saúde (1996), a primeira Residência em Medicina Comunitária foi criada no Brasil em 1976. Esta residência foi instituída pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, em sua Unidade Sanitária denominada São José do Murialdo. À época, a Residência apresentava como proposta formar profissionais da saúde com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública.

Em 1977, o Decreto nº 80.281, 05 de setembro, regulamentou a Residência Médica na modalidade de pós-graduação *Lato Sensu*, corporificando a formação em serviço, que era considerada o “padrão ouro” da especialização Médica. Este mesmo decreto, por meio do Ministério da Educação, instituiu a Comissão Nacional de Residência Médica, a qual ficou incumbida pela implementação dos princípios e normas de funcionamento, credenciamento e avaliação das condições de ofertas dos programas de residência médica no Brasil (BRASIL, 2006).

Em 1978, a Residência de Murialdo¹ torna-se multiprofissional. Ceccim e Armani *apud* Ferreira e Olschowsky (2010, p. 27) ressaltam que essa Residência adquiriu caráter multiprofissional por oferecer vagas para profissionais da saúde enfermeiros, assistentes sociais e médicos veterinários. Neste sentido, observa-se que mesmo a Residência Multiprofissional ter nascido concomitante a Residência Médica, maior preocupação era dada a área médica, especialmente por este movimento ocorrer na era do complexo médico-industrial, no auge da ditadura militar. O Movimento da Reforma Sanitária surge como forma de se resistir ao modelo de formação especializada e fragmentada do conhecimento.

Embora a Residência Multiprofissional tenha nascido na década de 70, só foi regulamentada no ano de 2005 com a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, apresentando-se como uma modalidade de ensino em serviço que promove a assistência

¹ À título de clarificação, de acordo com o Ministério da Saúde, em trabalho produzido pela Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, pelo Departamento de Gestão e Educação na Saúde, intitulada Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios fazendo um breve retrospecto histórico, em 1976, traz que a Residência de Murialdo foi criada no Brasil pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e foi a primeira Residência em Medicina Comunitária, tornando-se dois anos depois, uma Residência Multiprofissional com uma proposta de formar profissionais com uma visão integrada entre saúde clínica, mental e pública, com perfil humanista e crítico (BRASIL, 2006). Mais informações consultar o site http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf.

do ponto de vista de vários profissionais, dando um direcionamento dos casos clínicos com um tratamento do ser humano como um todo, conforme será apresentada a continuação.

3.2 Residência Multiprofissional em Saúde

A Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, no artigo 13 institui a Residência em Área Profissional da Saúde, sendo 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. Esta lei trouxe uma nova configuração para a formação continuada em serviço. No seu artigo 14 criou no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, cuja organização e funcionamento foram disciplinados em ação conjunta dos Ministérios da Educação e da Saúde. (BRASIL, 2005)

A lei favoreceu a inserção dos jovens recém-formados numa qualificação para atuarem, especialmente, na rede do SUS. Dentre as ações de formação na saúde, o que abarca desde ações menores de prevenção até a formação *Stricto Sensu*, tem proeminência a formação continuada em serviço dos profissionais da saúde, o que engloba as Residências Médicas e a Residência Multiprofissional.

Nesse sentido, terá destaque a Residência Multiprofissional, a qual oportuniza aos profissionais não médicos Especialização *Lato Sensu* como continuidade da sua formação, garantindo a estes profissionais da saúde conhecimentos em uma área específica.

Com esta nova realidade, observa-se que a Educação não acontece somente nos espaços formais, como universidades e institutos, pois, o ensino está presente no campo da saúde, seja em forma de formação permanente ou formação continuada em serviço, uma vez que se faz necessária a formação de pessoas. Para Carlos Rodrigues Brandão (2003, p.7):

Ninguém escapa da educação. Em casa, na rua, na igreja ou na escola, de um modo ou de muitos todos nós envolvemos pedaços da vida com ela: para aprender, para ensinar, para aprender-e-ensinar. Para saber, para fazer, para ser ou para conviver, todos os dias misturamos a vida com a educação. Com uma ou com várias: educação? Educações. [...]

Depreende-se que a educação pode ocorrer em todos os lugares, dentre eles, os hospitais. A Residência Multiprofissional em Saúde é uma forma de constituir-se uma formação diferenciada para os profissionais da saúde, pois esta é um programa de cooperação intersetorial e serve como orientação para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, contribuindo na construção efetiva do SUS.

De acordo com Farah (2003, p. 2), “A educação em serviço foi o primeiro conceito a ser operacionalizado, conforme sugere o histórico das Conferências Nacionais de Saúde, como forma de ajustamento dos profissionais às necessidades de saúde nos serviços públicos [...]”. Desta forma,

A proposta das Residências em Saúde como Multiprofissionais e como integrada ao SUS apresenta-se no cenário brasileiro participativo como uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios e as diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do SUS, com as demais políticas que incidem nos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva e da equidade no acesso e no direito à saúde. Promove não só o contato entre o mundo do trabalho e o mundo da formação, mas possibilita mudanças no modelo tecnoassistencial a partir da atuação *multiprofissional* ou *integrada* adequada as necessidades locais, constituindo 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 (FARAH, 2003, p. 20)

A Integração Academia-Serviço é fundamento primordial para o alcance dos objetivos propostos para o programa, sendo necessárias a articulação e comunicação constantes entre residentes, preceptores do serviço, tutores, docentes e gestores. Esta articulação permite o planejamento e o acompanhamento das atividades teóricas, teórico-práticas e práticas de ensino e de pesquisa no âmbito desta formação.

Para tanto, é necessário que o profissional da saúde seja proativo, melhore a comunicação, as relações interpessoais e o atendimento ao público. Mas, além de todos esses quesitos, percebe a importância da integração ensino-serviço-comunidade. É imperativo que ocorra o fortalecimento da formação dos profissionais da saúde que se encontram na condição de estudantes, os quais, por meio do desenvolvimento das habilidades cognitivas e afetivas, contribuam com a construção de um sistema de saúde melhor para todos. Concernente Mitre *et al* (2008, p. 2141):

Uma educação voltada para as relações sociais emergentes deve ser capaz de desencadear uma visão do todo, de rede, de transdisciplinaridade e de interdependência - as quais devem ser levadas a sério, especialmente em um contexto de emergência dos novos referenciais da complexidade, do pensamento sistêmico [...].

Nesse contexto, para incentivar o profissional da saúde residente a implementar ações que transformem a realidade, deve-se proporcionar cursos de qualificação que tenham uma visão holística e reflexiva dos processos que envolvem as relações sociais. É necessária a valorização do profissional da saúde enquanto participante dos sistemas de saúde, especialmente, por se tratar de um sistema que busca inovações como o SUS.

Assim, faz-se relevante referenciar a importância dos HE's no Brasil, primordialmente, porque a formação em serviço traz uma perspectiva de formação prática para o profissional da saúde, sendo fundamental que ao aprender e ao ensinar seja incorporado a estruturação do cuidado à saúde da população.

3.3 Hospitais de Ensino no Brasil: a formação em serviço na saúde

Ao abordar sobre a formação em serviço, é premente entender a importância dos Hospitais de Ensino (HE's), conhecer o seu conceito, uma vez que ao visarem a certificação, os mesmos passam por um processo de transformação de sua cultura organizacional e institucional, necessitando reconhecer e colaborar com a construção do ensino e da aprendizagem de estudantes dos cursos de Saúde. De acordo com o Glossário temático do MS/2012:

Hospital de Ensino, masc. Hospital certificado em conjunto pelos ministérios da Saúde e da Educação como instituição de assistência que participa da formação de estudantes de graduação e de pós-graduação, contribui para a pesquisa, o desenvolvimento científico e a avaliação tecnológica em saúde e que atende a compromissos de educação permanente em saúde junto ao Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2012, p.24).

Os HE's colaboram com a formação de profissionais da saúde, servindo como espaço de estudos teóricos e práticos da realidade vivenciada. Estas instituições assumem um caráter de cooperadores com o processo de ensino e aprendizagem, porquanto é um “espaço de referência da atenção à saúde para alta complexidade, a formação de profissionais de saúde e desenvolvimento tecnológico” (BRASIL, Portaria GM/MS 1.702/2004, p. 01).

Os HE's são instituições que tem como foco a melhoria das práticas realizadas pelos profissionais de saúde por meio de uma avaliação permanente, na qual ocorra o compromisso de todos os envolvidos, permitindo a transparência das informações. Enquanto instituição 100% SUS, aos HE's compete cumprir o que está normatizado pela CF/88, em seu artigo 200, inciso III: “ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde” (BRASIL, 1988).

De acordo com a Portaria Interministerial Nº 285/2015, “todos os espaços de produção de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS devem constituir campos de prática de ensino, pesquisa e incorporação tecnológica [...]”; para tanto, os hospitais ensino tem uma abrangência que envolve todas as instituições de assistência à saúde do SUS (PALMEIRA; MATTOS; PETERS, 2012).

É necessário levar em consideração as diretrizes para a estratégia de atenção pactuadas e firmadas entre os HE's e os gestores do SUS, das quais tem destaque na Portaria GM/MS nº 3.390, de 3 de dezembro de 2013 em seu Art. 23, parágrafos primeiro e segundo:

§ 1º Os hospitais integrantes do SUS deverão participar tanto de ações de formação de novos profissionais de saúde, quanto de educação permanente em saúde, com prioridade para as áreas estratégicas do SUS, devendo integrar programas e políticas prioritárias de formação em saúde.

§ 2º Os hospitais podem ter uma missão específica de ensino para graduação e pós-graduação na área da saúde, podendo receber a Certificação como Hospital de Ensino (HE), de acordo com os critérios estabelecidos pelos Ministérios da Saúde e da Educação (Portaria GM/MS Nº 3.390, 2013, p. 10).

Diante disso, verifica-se que:

O Hospital de Ensino é uma construção coletiva, onde TODOS — gestores, servidores, docentes e discentes — são responsáveis pelo seu pleno funcionamento e pela manutenção do cumprimento das exigências dos processos de certificação e contratualização. Por esse motivo, Diretores, Chefias e Coordenadores devem estimular e sensibilizar suas equipes quanto à importância dessa construção (PALMEIRA, MATTOS; PETERS, 2012, p.32).

Nesse sentido, os HE's têm uma grande relevância para o cenário do ensino e a construção de uma saúde que atenda a necessidade da população, pois estes contribuem com a capacitação de profissionais da Saúde, tanto na sua formação inicial quanto na formação continuada, através das residências em saúde. Uma das vantagens de um hospital assistencial se tornar um HE é fomentar a qualificação da gestão, além de oportunizar o acesso a formação permanente para os agentes.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Sistema Único de Saúde tem representado no Brasil um espaço de apoio para a realização da educação na saúde, especialmente o ensino em serviço em forma da Residência Multiprofissional em Saúde, a qual, concernente a legislação, tem cumprindo o seu papel e tem fomentado reflexões em torno da constituição de uma formação profissional, unindo assistência e formação acadêmica.

Diante deste contexto, a Educação na Saúde, complementada pela Educação em Saúde, fornece instrumentos para que o ensino em serviço desenvolva ações de correlação entre atores que a constituem e efetivam, em busca da melhoria do processo formativo. Contudo, Brasileiro, Velanga e Sousa (2011, p.115) relembram que “Grande parte do êxito dependerá da direção que daremos à mudança, de tal forma que essa se converta num novo paradigma educativo capaz de satisfazer as necessidades geradas num mundo de incertezas e de rápidas mudanças.”.

Assim, verificou-se que esta nova realidade que se apresenta, com novos valores e demandas de várias ordens, a educação na saúde tem contribuído para uma atuação profissional alicerçada em um ensino voltado para a atenção humanizada, formando pessoas que sejam preocupadas com a prática do cuidado mais também possam ser cidadãos conscientes da transformação da realidade do SUS no país.

Ainda neste viés, com a construção de um ensino em serviço, a partir de uma gestão que fomente um SUS efetivo, é imprescindível que a relação entre as instituições responsáveis por esta formação seja condizente com as atitudes, decisões e ações de uma Residência em saúde que esteja compromissada com uma formação de excelência para os seus estudantes.

Desta forma, o processo formativo converge para a concretização de um ensino pautado nos princípios e nas diretrizes da integralidade da atenção e da intersetorialidade do Sistema Único de Saúde (SUS). No entanto, é imperativo que o profissional da saúde seja proativo, com uma comunicação efetiva, na qual as relações interpessoais e o atendimento ao público se deem sem interferências para a concretização dos estudos teórico-práticos.

Cabe destacar que a integração ensino-serviço-comunidade se faz relevante, porquanto a formação em serviço apresenta uma perspectiva de formação prática para o profissional da saúde, no qual o ato educativo seja congregado a estruturação do cuidado à saúde da população.

Observa-se que a Educação na Saúde enquanto área de formação profissional conseguiu trazer para a formação em serviço princípios fundamentais alinhados a constituição de um SUS efetivo. Essas diretrizes que fundamentam uma formação holística e crítica dos profissionais da saúde, no que se refere à uma formação em serviço em nível de pós-graduação, está inteiramente fundamentada na legislação vigente, especialmente, na Lei orgânica da Saúde.

Alinhada a esta discussão normativa legal, não pretendendo esgotar a reflexão sobre a importância desta formação, autores como Freire (1996) e Ceccim e Feuerwerker (2004) tratam desta formação em serviço, pontuando a ação-reflexão-ação como parte do processo de desenvolvimento cognitivo deste profissional imerso em uma visão global, humana e crítica de sua formação, levando à consolidação da Educação na Saúde.

Enfim, pode-se inferir que este estudo serviu para fomentar um processo de reflexão sobre a formação em serviço, especificamente, das residências multiprofissionais vinculadas ao atendimento da qualidade da formação desses profissionais, permitindo perfilhar um caminho indispensável na edificação do ensino e da aprendizagem continuadas de estudantes dos cursos de Saúde, sendo os Hospitais Ensino (HE's) um espaço privilegiado de vivências desse processo formativo.

REFERÊNCIAS

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. São Paulo: Brasiliense, 2007. (Coleção primeiros passos; 20).

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil (1998)**. 48 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2015. (Série textos básicos; nº 119).

BRASIL. LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - **Lei 9394 de 20 de dezembro de 2006**. 9. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2011. 120 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 9).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. 1. ed. Brasília: CONASS, 2011. 534 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 13).

BRASIL. **Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). Brasília, DF, 1990. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm. Acesso em: 23 de outubro de 2015.

BRASIL. **Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005**. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm. Acesso em: 15 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Resolução da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - **CNRMS Nº 2 DE 13 de Abril de 2012**. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=813&catid=247%3Aresidencia-medica&id=12500%3A20Alegislacao-especifica&option=com_content&view=article Acesso em: 10 de agosto de 2014.

BRASIL. **Portaria GM/MS Nº 3.390, de 3 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html. Acesso em: 07/02/2016.

BRASIL, **Política nacional de educação permanente (2004)**. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf. Acesso em: 12/04/2016

BRASILEIRO, Tania S. A.; VELANGA, Carmen T.; SOUSA, Andrea da S. Q. Formação de Professores para atuar com/na diversidade: Um desafio da/na contemporaneidade. **Revista Cocar**. Belém, vol 5, n. 10, – jul – dez 2011.

CECCIM, Ricardo Burg. FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde**

Coletiva, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004. Disponível em: <http://lct-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/O%20Quadri%e1tero%20da%20Forma%e7%e3o%20para%20a%20clrea%20da.pdf>. Acesso em: 30/08/2015.

COLARES, Anselmo Alencar; GOMES, Marco Antonio de Oliveira; COLARES, Maria Lília Imbiriba Sousa. A temática da diversidade na sala de aula: reflexões sobre as histórias e as culturas afro-brasileiras e indígenas. *In: COLARES, Anselmo Alencar et al. Colóquios Temáticos em Educação: Direitos Humanos e Práticas Pedagógicas*. Canoas: Editora da ULBRA, 2012.

FALKENBERG, Mirian Benites. **Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n3/1413-8123-csc-19-03-00847.pdf>. Acesso em: 10/12/2015.

FARAH, Beatriz Francisco. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? **Revista APS**, v.6, n.2, p.123-125, jul./dez. 2003. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Tribuna.pdf>. Acesso em: 03/04/2016.

FERREIRA; Silvia Regina. OLSCHOWSKY, Agnes. Residência: uma modalidade de ensino *In: Fajardo, Ananyr Porto. ROCHA, Cristianne Maria Famer. PASINI, Vera Lúcia. Grupo Hospitalar Conceição Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2010. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/4f7baaa8ca532.pdf> . Acesso em: 02/10/2016.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. (Coleção Leitura).

MITRE, S. *et al.* Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 13, supl. 2, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a18.pdf>. Acesso em: 14/09/2014.

PALMEIRA, Alba Mirindiba Bomfim. MATTOS, Priscila de. PETERS, Luísa Moura. **O que é hospital de ensino?** Cartilha. Brasília: Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde/Grupo técnico Central de Hospitais de Ensino, 2012. Disponível em: <http://dominioprovisorio.tempsite.ws/fepecs2011/>.

REIS, Denizi Oliveira; ARAÚJO, Eliane Cardoso de; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Políticas públicas de saúde no Brasil: SUS e seus pactos pela saúde. *In: Módulo Político Gestor*. São Paulo: UNA-SUS/ UNIFESP, 2012. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pdf Acesso em: 20/10/2015.

VÁZQUEZ, Adolfo Sanchez. **Filosofia da Práxis**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977. (Tradução de Luiz Fernando Cardoso, 4ª edição, impresso no Brasil em 1990).

Recebido: 15/4/2020

Aceito: 5/6/2020.

Sobre autores e contato:

Claudiléia Pereira Galvão Buchi - Mestre em Educação pela Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA). Professora titular do Centro Universitário - UNAMA. Coordenadora de Ensino e Pesquisa do Hospital Regional do Pará Dr. Waldemar Penna. Aluna especial do Programa de Doutorado em rede EDUCANORTE – doutorado em Educação na Amazônia.

E-mail: cpgalvao@hotmail.com

Tânia Suely Azevedo Brasileiro- Professora titular da Universidade Federal do Oeste do Pará (UFOPA), Pós-doutora em Psicologia (IP/USP). Doutora em Educação (URV-ES/FE/USP). Docente e pesquisadora do quadro permanente dos programas de pós-graduação em Educação na Amazônia (PPGE) e do Doutorado em Sociedade, Natureza e Desenvolvimento (PPGSND), além do Doutorado em Rede EDUCANORTE – doutorado em Educação na Amazônia, além de Coordenadora do curso de Licenciatura em Informática Educacional.

E-mail: brasileirovania@gmail.com