

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL: A CONTRIBUIÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA FORMAÇÃO DOS RESIDENTES

MULTIPROFESSIONAL RESIDENCY: THE CONTRIBUTION OF HEALTH EDUCATION FOR TRAINING RESIDENTS

Reinalda Maria de Assis¹, Estela Márcia Rondina Scandola²,
Maria de Fátima Bregolato Rubira de Assis³

RESUMO

Introdução: Os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (PREMUS) constituem-se uma forma de operacionalização da educação permanente no Sistema Único de Saúde (SUS), integrando os pressupostos da Políticas de Educação Permanente em Saúde, Educação Permanente para o Controle Social no SUS e Política Nacional de Educação Popular em Saúde. **Objetivo:** Compreender como a PREMUS em Cuidados Continuados Integrados (CCI) contribuiu na formação dos residentes no que se refere à educação em saúde. **Materiais e métodos:** É uma pesquisa qualitativa, com dados primários coletados em entrevistas com residentes, mediadas com questões geradoras. A organização ocorreu pelo Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e a análise por bloco de Ideias Centrais sendo eles: Formação universitária em educação em saúde; Aprendizados e práticas em educação em saúde no PREMUS/CCI. **Resultados:** Fundamentações teóricas utilizadas durante a residência e contribuições do PREMUS/CCI na formação profissional o PREMUS é uma imersão na educação em saúde. **Conclusão:** Há heterogeneidade formativa na graduação em educação em saúde e o PREMUS/CCI constitui-se em uma forma de imersão em um ambiente educador com experiências nas três políticas. A formação ocorreu tanto nas fundamentações teóricas quanto nas práticas de produção de saúde.

Palavras-chave: Educação em saúde. Residência multiprofissional. Formação em saúde.

ABSTRACT

Introduction: The Multiprofessional Residency Programs in Health (PREMUS) are a form of permanent operation in the Unified Health System SUS, integrating the education rules of Permanent Education in Health, Permanent Education for Social Control in SUS and National Education Policy Popular in Health. **Objective:** To understand how PREMUS in Continuing Integrated Care (ICC) provided in the training of residents with regard to health education **Materials and Methods:** qualitative research with data It is a primary media with interviews with residents, generating questions. The block organization arose from the Subject's Discourse (CSD and the analysis by block) Central being: Training in health education; Learning and practices in health education at PREMUS/CCI. **Results:** The Foundation in training in professional education of PREM is a training in professional education in health, results used during the residency and contributions from PREUS/CCI. **Conclusion:** There is a formative education in health policy education PREMUS/CCI and it constitutes a heterogeneous form of education in an educational environment with experiences in all three. Training both in theoretical foundations and in health production practices.

Keywords: Health education. Multiprofessional residence. Health formation.

¹ UFMS / Hospital São Julião, Prefeitura Municipal de Campo Grande, Campo Grande, MS. ORCID: 0000-0002-7213-7431. E-mail: reinalda-assis@hotmail.com

² Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS. ORCID: 0000-0003-1152-8567. E-mail: estelascandola@yahoo.com.br

³ UFMS / Hospital São Julião, Campo Grande, MS. ORCID: 0000-0002-2332-5815. E-mail: fatimabrubira@gmail.com



INTRODUÇÃO

Os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde (PREMUS) são espaços privilegiados em processos educativos posto que reúnem não somente preceptores, tutores e residentes em uma perspectiva de formação em serviço, como também os trabalhadores da instituição, usuários, pesquisadores e comunidade envolvente, em um contexto sócio-histórico de determinantes sociais ricos em contradições, limites e possibilidades. As Residências são, nesta concepção, uma das formas de operacionalização da educação permanente no Sistema Único de Saúde (SUS) e, como afirma o Estado brasileiro, na Portaria 1996/2007, essa formação de trabalhadores em saúde contém é, sobretudo, um conceito pedagógico que propicia dentre tantos aprendizados, relações intrínsecas entre ensino, ações e serviços, “e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde” (BRASIL, 2007, não paginado).

Essa definição coaduna com a ideia que a educação permanente é, em si, um conjunto de ações “intencionais e planejadas” que visam atuar sobre os problemas relacionados ao trabalho cotidiano, considerando os fundamentos do SUS e agindo sobre a dinâmica das organizações com vistas ao fortalecimento do conhecimento, habilidades e práticas. No entanto, há alguns equívocos que necessitam ser evitados, como a simplificação à qualificação técnica, a visão instrumental da educação, o imediatismo, a insuficiente descrição dos problemas e a tendência a atuar por projetos que finalizam em si ao invés de serem processos que devem ser geradores de outras formações (DAVINI, 2009).

A ideia da educação em saúde como sendo uma permanência inerente ao próprio viver também deve considerar que, embora no período da Residência Multiprofissional haja uma intensificação das ações educativas entre diferentes grupos de usuários, trabalhadores e gestores em saúde, a formação em saúde é resultado das relações com a família, comunidade, escola, igreja, meios de comunicação e todo o conjunto de instituições que compõem a constituição do ser social. Assim, os PREMUS não são o primeiro lugar de aprendizagem em educação em saúde, mas são o convívio de todas as aprendizagens anteriormente vivenciadas pelos Residentes e que recebem uma carga de problematizações e desafios nos dois anos dessa modalidade de formação com a intensificação dos exercícios de educação na saúde. Como afirma Burg Ceccim (2005, p. 161), a Educação Permanente, ao mesmo tempo em que disputa atualização dos conhecimentos teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos, também “insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta [...] às práticas organizacionais e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais”.

A multiplicidade de aprendizados possíveis nos PREMUS constitui sinergia de relações entre saberes, e estes são da especificidade humana na medida em que há sempre uma intencionalidade. Segundo Freire (2002), requer a compreensão que todo ato de ensinar é uma forma de intervenção no mundo. Tanto os processos não sistematizados academicamente, como são aqueles do cotidiano, como também as formações

organizadas em escola, todos mudam o mundo em diferentes âmbitos, mesmo não transparecendo seus objetivos. Nas Residências, os processos educativos ocorrem no mundo do trabalho em saúde e é, dessa forma, o aprender-fazendo permeado de intencionalidade.

Essa intervenção de aprender-fazendo é resultado das relações humanas de educador-educando, que podem ocorrer em diferentes perspectivas pedagógicas. Segundo Bordenave (1983) três delas são as mais comuns e podem objetivar, por exemplo: a) a transmissão de conhecimentos em relações verticalizadas de ensinar, fundamentada no saber erudito e universalmente aceito como correto; b) o condicionamento dos sujeitos destinatários visando ao cumprimento de objetivos estabelecidos pelos detentores do saber do certo ou do errado; e c) a problematização crítica da realidade envolvendo todos em um processo coletivo de pensar, agir e pensar novamente.

Freire (2002) e Bordenave (1983), defendem práticas pedagógicas que propiciam o pensar e agir criticamente sobre a realidade e, com isso, o enfrentamento da alienação sobre os processos de trabalho. É nos PREMUS, nesse estudo em tela, que há as possibilidades de educação permanente com a intencionalidade de transformação das práticas cotidianas como instituinte dos fundamentos do SUS. A educação permanente propiciada no âmbito das Residências pode ser, desta forma, o exercício da práxis comprometida com as transformações necessárias no Sistema.

É possível também, que as relações entre as necessidades do SUS e a formação universitária não estejam imbrincadas suficientemente e continuem em tensionamentos. Como afirmam Moreira e Dias (2015), embora tenha sido explicitado na Constituição Federal de 1988 que ao SUS cabia o ordenamento da formação da área da saúde, a incumbência mantida, exclusivamente, ao Ministério da Educação (MEC) de aprovar os currículos ganhou sempre o desafio de atuar uma política pública sobre a outra, não desconsiderando as controversas decisões entre ambos.

Esse processo de formar profissionais para atuarem a partir dos fundamentos do SUS, ou seja, para um novo modelo de atenção à saúde, tendo como estratégia a mudança das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), exige um “outro paradigma de formação, tendo como referência um novo modelo de atenção à saúde” (MOREIRA e DIAS, 2015, p. 302). Além disso, se aportarmos as lutas do movimento sanitário, há de se considerar que se preconiza um modelo de atenção público, de qualidade, solidário e que tem, na participação dos sujeitos envolvidos, as premissas de atuação no processo saúde-doença nos âmbitos da promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A atuação do SUS na perspectiva de incidir sobre a formação no âmbito da graduação torna-se estratégica para o reordenamento do próprio Sistema, mas não é suficiente. A pós-graduação e a formação em serviço tornam-se também destinatárias da atuação política do SUS. Com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) em 2003, iniciaram-se as pactuações entre os diferentes âmbitos de governo sobre a intensificação da educação em saúde no âmbito da rede do SUS destinada a gestores, trabalhadores e usuários do SUS. No mesmo ano, o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Política

de Educação e Desenvolvimento para o SUS: Caminhos para a Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2009).

A educação permanente, enquanto política, tem o desafio de superar a reprodução do que está aprendido como uma forma de educação de pessoal sem reflexão. Sendo uma concentração formativa, uma intensificação no processo de trabalho, para converter o aprendizado em ação, conforme Davini (2009), é preciso considerar: a) o mundo do trabalho como espaço não neutro, com regras institucionais instaladas historicamente e que podem ou não ser facilitadoras das mudanças e, b) que os próprios sujeitos do processo educativo também têm incorporadas regras de pensar e agir sobre a realidade.

Considerar todos os aprendizados prévios dos Residentes, no processo de educação em todos os âmbitos, exige exercícios de reflexão crítica:

[...] na formação permanente [...], o momento fundamental é o da reflexão crítica sobre a prática. É pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática. O próprio discurso teórico, necessário à reflexão crítica, tem de ser tal modo concreto que quase se confunde com a prática (FREIRE, 2002, p. 18).

O encontro entre a Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde (PREMUS), além de essa última ter recebido incentivos financeiros daquela, possibilita que cumpram de forma conjunta um dos objetivos que é “a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho”, exercitando de forma sistemática o pensar e o agir sobre os problemas enfrentados na realidade, levando “em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm” (BRASIL, 2009, p. 20).

No mesmo período em que a PNEPS foi gestada e aprovada, os movimentos de saúde, representados no Conselho Nacional de Saúde (CNS), fizeram aprovar a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social (PNEPCS) em 2006, respondendo às necessidades de fortalecer uma das estratégias para o avanço do SUS, que é a participação da sociedade. De acordo com essa política:

entende-se como educação permanente para o controle social os processos pedagógicos que contribuem para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas (BRASIL, 2007, p. 7).

A política tem como eixos estruturantes para sua operacionalização a participação social, financiamento da participação e do controle social, intersectorialidade, informação e comunicação em saúde e legislação do SUS. Os Conselhos de Saúde tornam-se os atores coletivos estratégicos para a operacionalização da educação permanente considerando que os colegiados são necessários em todas as instâncias e serviços públicos e conveniados do SUS (BRASIL, 2007).

No entanto, a educação para a participação e controle social deve ocorrer tanto na rede de saúde quanto envolvendo outras políticas públicas e seus conselhos, como também os movimentos e organizações

na sociedade. Cumpre-se, dessa forma, um dos fundamentos da reforma sanitária que é a compreensão do conceito ampliado de saúde, seus determinantes e condicionantes que, “entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais” (BRASIL, 1990; BRASIL, 2013).

Em 2012, respondendo tanto à pressão dos movimentos populares como também às deliberações das Conferências Nacionais de Saúde, foi aprovada a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS) que reafirma o compromisso com a universalidade, a equidade, a integralidade e a efetiva participação popular no SUS. Ao explicitar seus âmbitos de atuação registra que a educação popular deve ocorrer na promoção, proteção e recuperação da saúde e, que seu método, está fundado no “diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS” (BRASIL, 2012a).

Visando construir permeabilidade da PNEPS-SUS nos diferentes espaços de produção de saúde, estabeleceram-se como eixos estratégicos: participação, controle social e gestão participativa; formação, comunicação e produção de conhecimento; cuidado em saúde, e intersetorialidade e diálogos multiculturais (BRASIL, 2012a). O conjunto do SUS é desafiado na implantação dessa política na perspectiva da construção coletiva do fazer saúde em toda a sua complexidade, tendo como princípios o diálogo, amorosidade, problematização, construção compartilhada do conhecimento, emancipação e compromisso com a construção do projeto democrático e popular.

As três políticas acima apresentadas compõem parte dos fundamentos teórico-metodológicos da educação em saúde no SUS e, portanto, base para os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde. Como afirma a Resolução nº 2 da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS), esses devem ser orientados a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas pelos princípios do SUS e se constituem na integração ensino-serviço-comunidade (BRASIL, 2012b).

Os Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde - PREMUS formam profissionais para consolidação do SUS, para fins de construções coletivas de saberes, valorização dos trabalhos em Equipe e reorientação da lógica tecnoassistencial (LOBATO, 2010). Tem, pois, nessa modalidade de formação de trabalhadores, as condições e possibilidades de exercitar a implementação das políticas de educação em e na saúde que estão em curso no Brasil.

O Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Continuados Integrados (PREMUS/CCI), que ocorre no Hospital São Julião (HSJ), a partir do projeto apresentado no âmbito da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), em parceria com a Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” de Mato Grosso do Sul (ESP-MS), é uma das possibilidades de experienciar as políticas de educação em saúde posto que seu objetivo é:

Especializar profissionais de diversas áreas da saúde, por meio da formação em serviço, visando promover atenção integral à saúde do idoso, com foco no tratamento, reabilitação e trabalho em equipe, de forma interdisciplinar e resolutiva, contribuindo para o desenvolvimento de práticas assistenciais, de gestão e de pesquisas que favoreçam a implementação e concretização dos princípios e diretrizes do SUS (UFMS, 2013, não paginado).

A educação em e na saúde, portanto, está engendrada em todos os processos de trabalho que envolvem o PREMUS do Hospital São Julião e seu Projeto Pedagógico instiga a processos de avaliação permanente da sua implicação no processo formativo dos residentes. A metodologia em Cuidados Continuados Integrados (CCI) ainda é pouco operacionalizada no Brasil. Considerando-a, além disso, como ocorrendo no âmbito do hospital de retaguarda (atenção integral que ocorre entre o hospital de agudos e a atenção primária em saúde), essa modalidade de atenção desafia a educação em saúde a constituir-se como a base para todos os processos de atenção. O trabalho educativo com todos os envolvidos é um processo de permanente construção e, na perspectiva de Burg Ceccim (2005, p. 161) “um desafio ambicioso e necessário”.

Por isso, a importância do objetivo dessa pesquisa é compreender como a residência multiprofissional contribuiu na formação dos residentes no que se refere à educação em saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

Esta pesquisa qualitativa teve como base os fundamentos apresentados por Minayo (2010), que ancora essa metodologia como sendo aquela que tem caráter histórico, ou seja, tem os seus dados considerados a partir da realidade que os emerge, e traz, em si, as marcas dos saberes teórico-práticos em que foram gerados. Além disso, pesquisadoras e pesquisados são partícipes do mesmo mundo e, portanto, não se propõem à neutralidade, mas, à aproximação sucessiva com o desafio permanente pela objetividade.

O reconhecimento que pesquisadores e pesquisados integram um processo de troca de saberes e sentimentos permite afirmar que a pesquisa qualitativa com dados primários coletados a partir de entrevistas também é um processo de intervenção educativa na medida em que todos os envolvidos passam a refletir sobre conceitos teóricos e práticas cotidianas. Essa metodologia proporciona, dessa forma, a práxis na concepção de Freire (2009, p. 47), pois exige a reflexão sobre a prática cotidiana e sua relação com o mundo, ou seja, “não apenas está no mundo, mas com o mundo. Estar com o mundo resulta de sua abertura à realidade, o que o faz ser o ente de relações”. As entrevistas são, em si, o pensar sobre si e o mundo de forma a construir criticidade mediatizada por um roteiro de intencionalidades, mas que não se fecham em si, sobretudo porque estão abertas às reflexões e proposições intersubjetivas dos próprios entrevistados.

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas individualizadas com seis (6) residentes cursando o 2º ano do PREMUS-CCI do Hospital São Julião, sendo um de cada profissão - enfermagem, nutrição, fisioterapia, farmácia, psicologia e serviço social. As entrevistas foram gravadas, mediadas por um roteiro de questões geradoras: Como foi a formação - teórico e práticas - em educação em saúde na universidade?; Além destas, que outras práticas de educação em saúde você vivenciou antes da residência?; Quais são as práticas de educação em saúde que você realizou na residência multiprofissional?; Houve a utilização de alguma fundamentação teórica?; Que aprendizados a Residência proporcionou para sua formação em Educação em Saúde?

A organização dos dados se deu a partir da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), conforme a orientação de Lefèvre e Lefèvre (2005). É uma técnica de construção do pensamento coletivo que visa revelar a representação social de um determinado grupo. Assim, revela o que as pessoas pensam, suas atribuições de sentido diante de uma realidade manifestada e seus posicionamentos sobre dado assunto. O DSC constitui-se em um instrumento de trazer em evidência as ideias compartilhadas dentro de um grupo social. Como afirmam os autores sobre a tarefa a que se propõe o método: “produzir o sujeito social ou coletivo do discurso e o discurso coletivo correspondente, fazendo um social falar como se fosse um indivíduo” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005, p. 29)

As leituras exaustivas sobre cada entrevista permitiram eleger inicialmente os Blocos organizativos e construir os DSCs, sendo que as Ideias Centrais (IC) foram sendo reescritas dialeticamente de forma a cumprirem seu objetivo que é expressar de forma concisa o conteúdo de vários discursos que, embora possam ter informações diversas, versam sobre um mesmo tema. Os discursos foram agrupados pela homogeneidade de ideias e foram construídos buscando evidenciar as contradições sobre os assuntos que foram levantados. Como propõem os autores, utilizou-se a ideia de complementariedade em um mesmo discurso e de diferença entre os DSC, possibilitando assim que os dados fizessem emergir a realidade representada nos discursos. As IC seguiram o rito de apresentar os dados também a partir da diversidade de conteúdo e, assim, emergir a representação social no contexto pesquisado. O DSC reconstrói os discursos a partir de fragmentos singulares e o faz apresentando “[...] tantos discursos-síntese quantos se julguem necessários para expressar uma dada “figura”, ou um dado pensar, ou representação social” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003, p. 19).

A análise de dados ocorreu por eixo, sendo que os quatro (4) identificados: Formação universitária em educação em saúde; Aprendizados e práticas em educação em saúde no PREMUS/CCI; Utilização de fundamentações teóricas durante a residência e Contribuição do PREMUS/CCI na formação profissional. Embora tivessem sido inicialmente observados de forma singular, foram sendo compreendidos na relação entre eles, buscando identificar as incompletudes e as realidades apresentadas pelos dados que fizeram emergir entre similitudes, complementariedades e contradições. Os fundamentos teóricos foram sendo

aportados não somente aqueles já apreendidos no estado da arte anteriormente estudados, como também foram buscadas novas referências bibliográficas necessárias à compreensão dos dados.

A pesquisa foi submetida a todos os preceitos éticos, de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c), tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (CEP/UFMS) com o número do CAAE 57138916.5.0000.0021, como também foram observadas as tratativas do Código de Ética do Serviço Social (CFESS, 1993).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram realizadas 6 entrevistas e, a partir das transcrições destas, a organização dos dados possibilitou a identificação de quatro (4) Blocos (A, B, C, D), doze (12) Ideias Centrais- ICs e vinte (20) Discursos do Sujeito Coletivo (DSC), os quais passaremos a apresentar e analisar a seguir.

Bloco A: Formação universitária em educação em saúde

IC 1: Na universidade os estudantes tiveram educação em saúde como conteúdo ou disciplina

DSC: A gente tem algumas matérias e, principalmente relacionada ao SUS, tinha matérias envolvendo educação em saúde. A gente trabalha educação em saúde em disciplinas específicas [como, por exemplo,] saúde pública. No meu curso de graduação tivemos muitas aulas, algumas disciplinas que envolviam educação em saúde pra populações específicas como crianças, idosos, escolares, pré-escolares, adolescentes, atletas. A universidade tem disciplinas voltadas para educação em saúde [e é realizada] junto com outros acadêmicos [como] da nutrição, fisioterapia e farmácia. A gente trabalha educação em saúde junto desde o primeiro ano até o último.

IC 2: As experiências práticas de educação em saúde ocorreram nos projetos de extensão e estágio

DSC: [Na universidade tive acesso] não especificamente de metodologia, mais sobre como que é educação popular de saúde, quais temas mais abordados, mais assim voltados para o SUS mesmo. [a gente ia para as atividades], mas, no entanto, sem nenhuma preparação prévia das metodologias, apenas adequando a linguagem para cada grupo específico.

DSC: Eu tive [práticas de educação em saúde] participei, durante a universidade, de projeto de extensão, eu participei de PET-Saúde, de programa de saúde prevenção nas escolas. Foi quando fiz o projeto de extensão que tive contato em educação em saúde, extra muro né, que é pra comunidade. A gente tinha na prática, nas matérias e durante o estágio do último ano, a gente ia para atenção básica e lá a gente tinha grupo de idoso de hipertenso, então a gente fazia essa educação em saúde. [no estágio] a gente trabalha na unidade básica de saúde da família, que discute mais educação em saúde, especificamente.

IC 3: As atividades de educação em saúde na universidade não tinham aprofundamento sobre metodologia

DSC: [As atividades desenvolvidas] não tinham nenhuma preparação prévia das metodologias, apenas adequando a linguagem para cada grupo. Não especificamente metodologia, mas sobre como é educação popular em saúde, quais temas mais abordados, voltados para o SUS mesmo.

IC 4: A universidade não proporcionou conhecimentos e práticas de educação em saúde

DSC: Então, na universidade tive pouco contato com essa questão de educação em saúde, foi mais técnica mesmo voltada para trabalhar no laboratório. Não me lembro de nenhum momento ter educação em saúde na universidade. Durante a graduação não tive contato mesmo, nem projeto de extensão, nem em disciplina e nem de iniciação científica. Na faculdade eu não tive oportunidade de participar de nenhuma vivência. Só tive contato depois que iniciou aqui.

Na análise desse Bloco, os DSCs sobre a formação universitária proporcionaram quatro (4) ideias sobre a educação em saúde na graduação. A primeira ideia é que a educação em saúde faz parte, como conteúdo ou disciplina, estando no cotidiano da formação universitária. Além de conteúdo, a IC 2 tem como DSC afirmar que o aprendizado ocorreu em estágio e projetos de extensão, especialmente em se tratando da atuação nas Unidades Básicas de Saúde.

Outros dois discursos apresentam as dificuldades da formação em educação em saúde na universidade. A IC 3 afirma que, embora realizassem atividades educativas, essas não contemplavam metodologias e especificamente a educação popular. Relatam não haver preparação prévia e “apenas adequar a linguagem para cada grupo”. A quarta IC informa que a universidade não proporcionou conhecimento das práticas de educação em saúde.

É possível observar, a partir dos discursos, que na formação universitária há diferenças sobre a experiência e aprendizagem de educação em saúde, podendo ter conteúdos, disciplinas, estágios, projetos de extensão; e outros estudantes da graduação não tiveram nenhuma aproximação com o tema.

Fica evidente que o grupo de residentes não é homogêneo e que a universidade ao formar profissionais para o trabalho em saúde não ofereceu uma formação em consonância com as necessidades do SUS.

A universidade é um importante espaço de convivência com as diversidades, sobretudo é um local e um tempo em que os projetos pessoais e sociais se encontram. Vasconcelos (2013) afirma que é um território que jovens acessam e se aproximam com correntes teóricas e forças políticas e passam por momentos intensos de reflexão e mudanças. É, portanto, um campo de lutas de diferentes temáticas e projetos societários. Ainda de acordo com o autor, é a formação também para o futuro, ou seja, é:

campo de luta voltado para a conquista ideológica dos futuros profissionais guerreiros que jogarão nas próximas batalhas. Campo de luta pela consolidação e legitimação de práticas profissionais que irão favorecer, com a aparência de uma escolha apenas técnica, ou outro lado das forças em luta. Lugar de pesquisa e aprimoramento de novos projetos de enfrentamento e de técnicas mais eficazes para fortalecer interesses da luta (VASCONCELOS, 2013, p. 18).

É neste contexto, que destacamos a importância da universidade como um espaço de diversidades e lutas, que vão contribuir e aprimorar projetos que condizem com suas ideologias e lutas. A extensão universitária “é o espaço mais livre para a gestação de novas práticas pedagógicas contra hegemônicas”. É

dentro da universidade o lugar para o movimento social, a partir de reflexões, a partir de “uma construção coletiva realizada em processos históricos” (VASCONCELOS, 2013, p. 19).

Se considerarmos que há a previsão legal que ao SUS cabe a ordenação da formação de recursos humanos, ou seja, sua necessária intervenção política visando que os projetos pedagógicos respondam às suas necessidades, fica evidente que tal papel ainda está aquém do que vem sendo operado na relação SUS/Universidades.

Bloco B: Aprendizados e práticas em educação em saúde no PREMUS/CCI

IC 1: Os aprendizados em saúde foram a facilidade em falar com o público, adaptar a linguagem, adaptar os instrumentos, aprender a ouvir o outro

DSC: Estar em público, estar interagindo com muitas pessoas, na educação em saúde se tornou mais fácil, [temos] mais facilidade de falar com o público, também cada educação que a gente faz, a gente aprende um pouquinho mais, a gente faz um feedback, do ponto dos cuidadores.

DSC: Trabalhar com a linguagem que outra pessoa entenda, que a pessoa consiga se comunicar assim, acho que [isso] foi o principal que eu vou levar, que pode resolver qualquer problema. No início foi difícil, a gente sai da faculdade utilizando uma linguagem mais técnica que ninguém entende. Você tem que readaptar para que a pessoa possa entender, para cada grupo específico, principalmente os temas difíceis, a gente tinha que colocar em palavras que os cuidadores pudessem entender.

DSC: Adaptar os instrumentos, adaptar as tecnologias, pensar em redes. Buscou fazer metodologias ativas.

DSC: Eu acho que mais essa parte da comunicação de aprender a ouvir o outro, de conseguir fazer essa troca. Buscamos entender ele como protagonista. Então [fomos] elaborando educação em saúde.

IC 2: As práticas em saúde foram de maneira fundamentada nas reuniões de cuidadores, reuniões de altas hospitalares, o dia a dia dos familiares, a prática em geral

DSC: Fazia as reuniões de cuidadores, durante o ensinamento do cuidador. Assim todo atendimento multiprofissional para paciente [e] cuidador, [realizamos] a educação em saúde. A gente percebeu a importância disso, levando para os estágios externos, nos lugares por onde a gente passou, vou levando essa prática mais fundamentada que sistematiza que tem começo, meio e fim.

DSC: As reuniões compartilhadas de altas hospitalares.

DSC: O próprio dia a dia dos pacientes e familiares, as suas necessidades específicas, visando pós-alta. A gente trabalha educação em saúde focada para o treino, e ele também envolve todo o treino de cuidar do outro, mas também de si mesmo.

DSC: Na residência multiprofissional a gente realizava a prática geral, a equipe de saúde junto com os cuidadores, que é do programa mesmo. A residência contribui de um modo geral, foram [muitas] vivências durante essa caminhada.

No Bloco B, referente aos aprendizados em educação em saúde, no PREMUS obteve-se duas ICs, sendo que a primeira se refere às mudanças singulares que ocorreram nos residentes no processo de reaprender a falar com o público, adaptar a linguagem, os instrumentos e “aprender a ouvir o outro”.

Na segunda IC há referência às práticas de educação em saúde em diferentes momentos da relação dos residentes com cuidadores, familiares e o próprio paciente: reunião de cuidadores, reunião de alta hospitalar, treinamento de familiares no dia a dia e na prática em geral.

Ao analisar as duas ICs e seus discursos, podemos observar que na PREMUS ocorreu uma intensificação das práticas educativas e que elas não somente atuam sobre os usuários do hospital, mas também sobre os residentes. Sendo as práticas educativas presentes no cotidiano da PREMUS, é inerente ao residente esta prática.

Embora os discursos demonstrem que houve mudança nas práticas dos residentes referente ao ser educador, as práticas são descritas, em sua maioria, como treinamentos e orientações, ou seja, focando em formar o cuidador para cuidar do paciente.

Conforme afirma Freire (2002), no processo educativo deve ocorrer uma relação permanente de docência com discência, ou seja, exige respeito aos saberes do educando, criticidade, aceitação do novo e rejeição à discriminação. Ensinar exige reflexão crítica sobre a prática.

No PREMUS houve uma intensificação das práticas de Educação em Saúde, que desenvolveram aspectos importantes, como aprender a falar, a ouvir e executar atividades coletivas, porém não é percebido nos discursos o desenvolvimento da criticidade.

Bloco C: Fundamentações teóricas utilizadas durante a residência

IC 1: Utilizou como fundamentação teórica artigos pesquisados

DSC: Então a gente busca alguns artigos, algumas coisas [sobre os] temas relacionados que eu fiz sobre algumas práticas especificadas, pra ter um embasamento durante a apresentação. A gente tinha como base os artigos. Realizei, sim, a busca da literatura, como se faz a reunião, embasamento filosófico, do que é essa reunião, pra que serve, qual a fundamentação.

IC 2: As fundamentações teóricas utilizadas foram através de temas específicos de cada área profissional e de temas a serem abordados

DSC: Método de educação em saúde não, acho que mais sobre o tema específico. A fundamentação teórica [era] em relação ao assunto abordado na reunião de cuidadores, mas não na metodologia de educação em saúde. Como, por exemplo, automedicação, seria literatura falando de automedicação, mas não como [se] tivesse [uma] metodologia de como fazer educação em saúde, a gente aprendia era mais na prática mesmo, na vivência.

IC 3: As fundamentações teóricas utilizadas foram a Política Nacional de Humanização e Paulo Freire

DSC: A gente utilizou no início bastante [a] PNH, mas na área específica. Gosto muito de estudar Paulo Freire. Na graduação a gente estudava [o autor] também, eu gosto muito dele, ele foi a fundamentação maior, tive contato com ele a partir da disciplina, a professora deu outras fundamentações teóricas que eu pude ler também, mas a princípio a gente gostava de trabalhar com Paulo Freire, aí depois a gente utiliza metodologias de aprendizado.

IC 4: As fundamentações utilizadas foram as observações das ações dos residentes anteriores

DSC: *A gente foi aprendendo com os residentes mais velhos, e com os preceptores, fui copiando os modelos de fazer educação em saúde com eles sem, no entanto, parar para refletir do ponto de vista metodológico da fundamentação em si. Não teve uma fundamentação teórica, nós assistimos outros residentes realizando educação em saúde, a gente acabou seguindo essa prática, mas com o tempo a gente vai identificando que era um pouquinho diferente essa educação. [Buscamos] tentar pelo menos, enquanto trabalho em equipe, ajudar um ao outro, pra gente conseguir trazer mesmo o paciente, cuidador, como protagonista.*

Nos discursos do Bloco C, demonstram-se diferentes instrumentos e técnicas utilizadas pelos residentes. As três primeiras ICs apresentaram como fundamentações teóricas artigos, Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004), Paulo Freire (*ibidem*), de acordo com os temas a serem abordados nas atividades desenvolvidas, e temas específicos de cada área profissional. Na última IC, a técnica utilizada para desenvolver suas ações foi baseada em observações de outros residentes.

A partir dos discursos, foi possível observar que, durante a residência, as fundamentações teóricas utilizadas foram direcionadas pelos conhecimentos prévios adquiridos nas graduações, focalizado em suas áreas específicas.

Observações de outros residentes realizadas, sobretudo a fundamentação teórica, ao mesmo tempo em que proporcionam a compreensão de educação em saúde de uma forma mais geral, possibilitam uma reflexão crítica sobre sua prática no cotidiano de educação na saúde, ou seja, por dentro do SUS. No entanto, nos discursos não estão presentes as práticas de avaliação sistemática das atividades educativas. É possível que existam, mas ainda não têm a valorização pelos residentes. Mesmo citando autores importantes como Paulo Freire, não foram colhidos discursos que evidenciassem a utilização de reflexão crítica sobre a prática visando a sua modificação, muito embora a observação de campo tenha identificado essa prática.

Os ambientes de formação acadêmica e, neste caso, podemos incluir o PREMUS, são ambientes também contraditórios e, como afirma Vasconcelos (2013, p. 19), ao invés de formar profissionais comprometidos com a transformação social, podem formar operadores acríticos de técnicas a serviço de manter o individualismo, reproduzindo “mentes profissionais conformadas com modelos de vida, centrados no consumismo e na busca de distinção individual”.

O discurso de que aprendeu a trabalhar coletivamente pode indicar um indício de uma prática mais comprometida com o ambiente coletivo. Assim como, o aprendizado com as relações multiprofissionais nas atividades educativas pode indicar a troca de saberes, a solidariedade entre as profissões e exercícios cotidianos com múltiplos olhares sobre a realidade e, portanto, mais complexificado na busca de respostas sobre a realidade.

Bloco D: Contribuição do PREMUS/CCI na formação profissional

IC 1: Aprendeu com as demais áreas, a escutar os pacientes e cuidadores e trabalhar em grupo.

DSC: É uma pergunta muito ampla, porque foram muitas contribuições na minha formação, [na] vivência multiprofissional. Assim, a gente aprende com as demais áreas, quando a gente trabalha com os pacientes acaba aprendendo muito, e os próprios pacientes trazem alguma coisa, o modelo de residência em reabilitação trouxe para mim uma visão... uma vivência muito diferenciada.

DSC: A residência abriu um leque que a gente precisa aprender a trabalhar em grupo, que é importante trabalhar a equipe multidisciplinar, entender que o outro tem opinião, [que temos] opiniões, pensar no paciente, não no nosso ego.

IC 2: Todas as práticas que envolveram educação em saúde contribuíram para a formação profissional

DSC: [Trabalhamos] direto com paciente e com a família, a gente tem que empoderar o indivíduo, saber utilizar a palavra correta, saber lidar com outro, isso a residência fortaleceu mesmo, percebe [-se] que todas as práticas [que] envolviam educação em saúde, não é pontual, a gente pode trabalhar mais, acho que isso contribuiu muito.

Nesse Bloco verificamos que foram várias as contribuições que a Residência trouxe para a formação profissional, sendo elas: escutar os pacientes, cuidadores, aprender com as demais áreas e trabalhar em grupo. E na última IC, relata-se que todas as ações desenvolvidas na residência em educação em saúde vão contribuir para sua formação e prática profissional.

Nos DSC dos residentes não aparecem as fundamentações teóricas existentes no PREMUS. Também não são citadas as atividades de educação permanente realizadas nas práticas diárias tanto pelos preceptores, quanto demais profissionais da instituição como sendo aprendizados.

CONCLUSÃO

Os discursos dos residentes permitem afirmar que o PREMUS/CCI se constitui em uma forma de imersão em um ambiente educador e, que nesse, a educação em saúde tem sido impactante na formação profissional. Ao afirmarem que aprenderam a ouvir o outro, adaptar a linguagem e os instrumentos e desenvolveram a capacidade também de falar em coletivos, nota-se que a formação ultrapassou os limites do saber técnico bio-centrado tão comum em hospitais. Os aprendizados ocorreram no âmbito das fundamentações teóricas e nos exercícios cotidianos das práticas profissionais, constituindo-se em práxis.

As representações sociais apresentadas nos DSC e destacadas objetivamente nas IC constituem-se em uma emersão do que ocorre com a implementação das políticas de educação em saúde existentes no âmbito do SUS. Sobretudo requer ação dos gestores públicos da saúde e da educação visando aproximação verdadeira entre as conquistas dos fundamentos do SUS e a preparação de trabalhadores para sua efetivação.

A identificação que a educação em saúde, no interior do hospital, ocorre tanto na relação cotidiana com cada paciente, familiares e cuidadores, como nos encontros coletivos desses mesmos grupos, nas altas responsáveis, sobretudo na relação com as demais profissões coloca desafios para todos esses processos. Percebeu-se que há um processo permanente de acesso a conhecimentos multiprofissionais, como também

a construção de saberes sinérgicos entre disciplinas e públicos, somando os saberes científicos e aqueles dos usuários dos serviços.

O fato de o PREMUS/CCI em seu Projeto Pedagógico ter constituído a carga horária de 20% de aulas teóricas e 80% de aulas práticas, também pode indicar, a partir dos discursos, que há um processo de práticas reflexivas em que o aprender fazendo tem sido o cotidiano das residências. A ausência de citação da parte teórica como aprendizado, embora possa parecer um descolamento entre as aulas teóricas e a rotina do serviço, pode ser, na verdade, o desafio das práticas de ensino. Estariam as aulas produzindo o desejo de pensar sobre o cotidiano e construindo metodologias capazes de trazer, para a sala de aula, os conteúdos significativos das inseguranças cotidianas.

Se assim o fosse, as aulas responderiam a partir da reflexão teórico-prática-teórica as incomodações que pautam os aprendizados e construir os avanços necessários para as mudanças metodológicas e institucionais necessárias. As mudanças incidiriam sobre a garantia do acesso aos serviços dos Cuidados Continuados Integrados (CCI) com os desafios que essa modalidade de atenção hospitalar requer, a partir da realidade brasileira.

A forte presença de carga horária denominada de prática não significou separação das discussões teóricas, mas essas ainda são pouco evidenciadas no exercício da práxis. Sendo os PREMUS o lugar do aprender – fazer – refletir – fazer, coloca-se em questão a necessidade que as aulas teóricas ocorram como forma de refletir sobre o cotidiano na perspectiva da humildade pedagógica. Isso pode significar aprender com quem já fez ou pensou sobre os problemas levantados, como também iluminando a prática e refazendo conceitos em uma proposta de reconstrução dialética. Também poderia ser uma das formas de enfrentar as práticas equivocadas de intervenção no processo saúde-doença, que muitas vezes estão sedimentadas em valores carregados de alienação e preconceitos.

O Projeto Pedagógico da PREMUS/CCI já traz em si que o objetivo dessa formação de trabalhadores é para o trabalho no SUS e, por isso, a defesa intransigente dos seus fundamentos ético-políticos e a intencionalidade da proposta estão registradas. No entanto, há de se considerar que há diferenças importantes de matizes ideológicas, como também de histórico de formação em saúde em todos os grupos envolvidos nessa experiência – professores, trabalhadores, gestores, residentes, usuários e comunidade – e, por isso, os desafios da educação em saúde também estão colocados para todos esses sujeitos coletivos. Observou-se, por exemplo, nos discursos apresentados, que não ocorre em todos os cursos, especialmente na graduação, formação sobre metodologias de educação.

Sendo esse PREMUS/CCI em ambiente hospitalar, os desafios da educação em saúde são complexos, ainda mais a partir dos históricos relacionamentos que estabeleceram entre o saber biomédico e os demais saberes nesses serviços. Percebe-se que o fato de ser um programa de hospital de retaguarda e, com isso, a exigência tanto de atuar sobre a recuperação dos usuários quanto de prepará-los para o retorno à atenção primária a partir da alta responsável exige da equipe desse serviço a adoção de práticas educativas para além

do trato da doença. É essa exigência metodológica que move toda a equipe para desenvolver práticas educativas participativas com todos os envolvidos e, em especial, os usuários e seus familiares.

As três políticas de educação em saúde – permanente, para o controle social e popular – são respostas importantes que o SUS efetivou e podem ser o aporte normativo, mas também didático no ambiente educador da Unidade de Cuidados Integrados do Hospital, pois são complementares entre si e compõem um conjunto capaz de responder a grande parte dos problemas evidenciados no cotidiano, especialmente se se operacionalizarem seus dispositivos e diretrizes.

Os discursos ainda indicam que há um déficit importante na formação universitária no que se refere à educação em saúde, especialmente às metodologias de aprendizagem significativas e que podem propiciar à formação universitária, uma pedagogia problematizadora e crítica impulsionando a formação de trabalhadores que queiram mudar a realidade. Ficou evidente que foram os projetos de extensão que mais contribuíram para a formação em educação em saúde, sendo que grande parte dos estudantes não acessou esse processo no período de graduação. Isso pode demonstrar que os PREMUS recebem uma heterogeneidade de aprendizados teóricos e de experiências e que, no seu projeto pedagógico, essa realidade precisa ser considerada.

Incorporar as metodologias problematizadoras, críticas e indutoras de autonomias coletivas junto aos residentes – e esses irradiando para todos os demais grupos - está em concordância com o SUS da reforma sanitária e com as necessidades de enfrentar as realidades cotidianas que aviltam as conquistas históricas. É uma das formas de construir coletivos que se comprometem com a atenção às necessidades – singulares e particulares - e se vinculam às lutas sociais tão necessárias para resistir aos desmontes e fazer avançar em garantia de direitos.

O reconhecimento da importância dos dados levantados, embora sejam eles evidências da representação social de um grupo determinado, ou seja, os residentes do PREMUS UFMS/HSJ/ESP, requer que sigamos investigando se em outros programas de Residência ou mesmo nos projetos formativos no âmbito das pós-graduações estão ocorrendo investimentos políticos-pedagógicos na direção da defesa do SUS. Que formação o Estado brasileiro, embrenhado em tantas contradições, está oferecendo e se comprometendo com as próprias políticas garantidas na Constituição de 1988?

REFERÊNCIAS

BORDENAVE, Juan E. Dias. Alguns fatores pedagógicos. **Revista Interamericana de Educação de Adultos**, Brasília, v. 3, n. 1-2, p. 28-33, 1980. Disponível em: <http://www.fo.usp.br/wp-content/uploads/EALguns.pdf>. Acesso em: 14 out. 2020.

BRASIL. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, p. 18055, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-pl.html> Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único – SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/miolo_pep.pdf. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1996, de 20 de agosto de 2007.** Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS – SUS).** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html. Acesso em: 14 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde. Resolução CNRMS n. 2, de 13 de abril de 2012b. **Diário Oficial da União:** seção I, Brasília, DF, p. 24-25, 16 abr. 2012. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=15448-resol-cnrms-n2-13abril-2012&Itemid=30192. Acesso em: 20 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012c. Diretrizes e normas regulamentadoras para desenvolver projetos de pesquisa envolvendo seres humanos que devem ainda atender aos fundamentos éticos e científicos. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 12, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 19 abr. de 2022.

BRASIL. Lei n. 12.864, de 24 de setembro de 2013. Altera o caput do art. 3º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, incluindo a atividade física como fator determinante e condicionante da saúde. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, 25 set. 2013. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2013/lei-12864-24-setembro-2013-777084-publicacaooriginal-141217-pl.html>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BURG CECCIM, Ricardo. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface: comunicação, saúde, educação,** Porto Alegre, v. 9, n. 16, 2005. pp161-168. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a13.pdf>. Acesso em: 14 out. 2021.

CFESS. **Resolução CFESS n. 273/93 de 13 março de 1993.** Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Aprovado em 15 de março de 1993 com as alterações introduzidas pelas resoluções CFESS n.º 290/94 e 293/94. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 60, p. 4004-4007, 30 mar. 1993. Disponível em: http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_1993.pdf. Acesso em: 19 de abr. 2022.

DAVINI, Maria Cristina. Enfoques, problemas e perspectivas na educação permanente dos recursos humanos em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. p. 39-56. (Série B. Textos básicos em saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9)

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 25. ed. São Paulo: Paz e Terra S/A, 2002.

FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2009.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa: desdobramentos.** Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social.** Brasília: Liber Livro Editora, 2005.

LOBATO, Carolina Pereira. **Formação de trabalhadores de saúde na residência multiprofissional da família: uma cartografia da dimensão política.** 2010. 110 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2010. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.uel.br/document/?code=vtls000157410>. Acesso em: 19 de abr.2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 12. ed. Hucitec: São Paulo, 2010.

MOREIRA Carlos Otávio Fiúza; DIAS, Maria Socorro de Araújo. Diretrizes Curriculares na Saúde e as mudanças nos modelos de saúde e de educação. **ABCS Health Sciences: arquivos brasileiros de ciências da saúde**, Sobral, v.3, n. 40, p. 300-305, 2015. Disponível em: <https://www.portalnepas.org.br/abcshs/article/viewFile/811/706>. Acesso em: 14 out. 2021.

UFMS. **Projeto Pedagógico Programa de Residência Multiprofissional ou em área Profissional da Saúde**. Residência Multiprofissional de Cuidados Continuados Integrados. UFMS, HSJ: Campo Grande, 2013.

VASCONCELOS, Marcos Oliveira Dias. As trincheiras na universidade de uma guerra em andamento: a luta para preservar e construir uma sociedade que permita a todos uma realização dos anseios fundamentais do coração. In: CRUZ, Pedro José Santos Carneiro *et al.* (org.) **Educação popular na universidade: reflexões e vivências da Articulação Nacional de Extensão Popular (Anepop)**. São Paulo: Universitária UFPB, 2013, p. 17-20.

Conflito de Interesse: Os autores declaram não haver conflito de interesse.

RECEBIDO: 08/09/2021

ACEITO: 18/03/2022