

ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE
EM GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

BIANCA KARINE DA SILVA

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA:
UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

RECIFE

2018

BIANCA KARINE DA SILVA

**A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA:
UMA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Saúde da Família com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientador: Msc. Domício Aurélio de Sá

RECIFE

2018

DEDICATÓRIA

Eu fico com a pureza das crianças (...)

**LORENA TENORIO ZUMBA DA
SILVA,**

Filha amada e fonte infinita de inspiração.

Amo-te neném!

PEDRO FELIPE, sempre foi anjo, hoje
mora no céu, mas me ensinou a ter mais
empatia, altruísmo e tolerância.

Titia te ama!

AGRADECIMENTOS

Foi uma jornada longa, difícil e às vezes desanimadora, mas finalizando esse ciclo, relembro o quanto precisei unir forças, paciência e coragem. Agradeço a Deus que com suas infinitas misericórdias sempre fortaleceu a minha fé, me tornando forte nos momentos de fraqueza.

Agradeço as minhas incessantes fontes de inspiração, meu alicerce. Meus pais Vanuzia e José, obrigado por todo apoio e confiança que sempre tiveram a mim, por viver todo esse ciclo intensamente comigo. Minhas irmãs, amo vocês infinitamente, por todo companheirismo, paciência, cuidado e amor. Cada uma doou o melhor e fundamental para que eu pudesse concluir esta etapa.

Meu companheiro e esposo Francisco, obrigado por tudo que suportou por mim, por nós nesse período, sou imensamente grata a Deus pela família que construímos.

As minhas amigas e companheiras residentes, pela parceria e cumplicidade na defesa de um sistema de saúde público, estatal, democrático e de qualidade. Aos amigos que Ouricuri me presenteou em especial a Maria Helena, Otacílio (OTA) e Alan Alves, deixo meu agradecimento pela acolhida e apoio fraternal nesses dois anos. Samira Alexandre e Silvana Ribeiro, pelo companheirismo quando mais precisei.

As mulheres empoderadas e militantes do SUS, Nerysvânia Santos, Patrícia Novaes, Edilasy Mariz, Valéria Xavier, Gardielle Andrade e Giselle Felix, obrigado por cada ensinamento, apoio e palavras de ânimo para que eu fortalecesse minha crença no SUS, diante de tantas tentativas de desmonte. A minha tutora Socorro Malafaia, obrigado por muitas vezes ter saído do papel acadêmico e ter sido apoio psicológico e muitas vezes fraterno. Meu orientador Domício de Sá, obrigado pela paciência, dedicação e apoio durante a construção desse trabalho.

Por fim, a todos envolvidos direta e indiretamente que contribuíram para o conhecimento imensurável adquirido nessa residência.

RESUMO

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) propõe uma nova configuração para os profissionais de saúde no que se refere à produção de conhecimento na perspectiva de pensar a educação e o trabalho como eixos indissociáveis. Na busca de um modelo orientado para a integralidade da assistência, centrado na promoção da saúde, se estabelece os Programas de Residências. A Residência Multiprofissional em Saúde é uma experiência que se configura na lógica da educação permanente, por meio dos espaços pedagógicos e de gestão numa relação dialógica entre estes e os atores envolvidos (BRASIL, 2006). O objetivo desse trabalho é evidenciar a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da ESPPE, como uma estratégia da PNEPS na IX Regional de Saúde de Pernambuco localizada no município de Ouricuri, no período de 2016 a 2018.

Trata-se de um estudo descritivo, em forma de relato de experiência sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde. Durante a vivência na residência foi notório o quanto as ações desenvolvidas pelo residente eram norteadas pelos princípios do SUS e da EPS, e que existe um desconhecimento e a percepção dos profissionais a respeito do PRMSC-REDES como um espaço para o desenvolvimento de EPS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. OBJETIVOS	10
2.1 OBJETIVO GERAL:	10
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	10
3. METODOLOGIA	11
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
4.1 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde	12
4.2 Implantação da Política de Educação Permanente em Pernambuco	14
4.3 A Implantação da Política de educação Permanente em Saúde na IX GERES.	15
4.4 Residência Multiprofissional em Saúde	18
4.5. A Escola de Governo de Saúde Pública – ESPPE e o programa de Residência em Saúde coletiva com ênfase em gestão de atenção à Saúde – PRMSC-REDES	18
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	29

1. INTRODUÇÃO

Historicamente o Setor de Saúde vem passando por mudanças, a fim de romper o modelo biomédico, com profissionais segregados em especialidades, centrado nos aspectos biológicos com determinante do processo saúde-doença. Dentre essas mudanças destaca-se: o movimento de Reforma Sanitária; a VIII conferência Nacional de Saúde; e a promulgação da Constituição Federal de 1988, que levaram a implementação do Sistema Único de Saúde - SUS. (BRASIL, 1998).

A Constituição Federal de 1988, no Artigo 200 e inciso III, define como competência do SUS a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde e de incrementar, na sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico.

A lei orgânica de saúde em seu Artigo 14 traz a criação das Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde, incluído pela Lei nº 12.466, de 2011 são reconhecidas como foros de negociação e pactuação entre gestores, quanto aos aspectos operacionais do Sistema Único de Saúde (SUS). Tendo por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições (BRASIL, 1990).

As CIES estão incumbidas em apoiar e cooperar tecnicamente com os Colegiados de Gestão Regional para a construção dos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde da sua área de abrangência, e articular instituições para propor, de forma coordenada, estratégias de intervenção no campo da formação e desenvolvimento dos trabalhadores, à luz dos conceitos e princípios da Educação Permanente em Saúde, da legislação vigente, e do Plano Regional para a Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007).

Nessa trajetória, o Ministério da Saúde (MS) cria, em 2003, a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), chamando para si a responsabilidade institucional da construção e implementação da inédita Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor.

Em 2004, foi instituída a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) propõe uma nova configuração para os profissionais de saúde produzir conhecimento e pensar a educação e o trabalho, permite que a formação e o desenvolvimento do profissional de saúde ocorram de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, englobando todos os locais de saberes a fim de proporcionar a descentralização dos espaços de trabalho (LOBATO, 2010).

Como política pública, baseia-se na aprendizagem significativa e na reflexividade das práticas em ação na rede de serviços e, por conseguinte, na problematização da realidade. Ela busca a construção e reconstrução do conhecimento. Este, por sua vez, constitui-se, neste caso, pelas experiências cotidianas dos profissionais de saúde, os quais, através de tal problematização, são estimulados a refletir, agir e, assim novamente, questionar as práticas de saúde (BRASIL, 2004).

Na busca de um modelo orientado para a integralidade da assistência, centrado na promoção da saúde, onde os profissionais executem suas funções de forma multidisciplinar, são instituídos pela RESOLUÇÃO CNRMS Nº 2, DE 13 DE ABRIL DE 2012 os Programas de Residências em saúde, inicialmente as médicas e posteriormente as multiprofissionais (BRASIL, 2006).

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com ênfase em gestão de Redes de Saúde (PRMSC- Redes) da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) tem sido desenvolvido em Pernambuco desde 2014 em uma experiência que se configura na lógica da educação permanente, por meio dos espaços pedagógicos e de gestão numa relação dialógica entre estes e os atores envolvidos.

A proposta do programa de residência é a formação em serviço, proporcionando a vivência da prática cotidiana do profissional, onde o profissional mais experiente auxilia o residente a adquirir as competências necessárias para aquela especialidade. O preceptor é um profissional do serviço, que possui ao menos uma especialidade, e que é responsável por auxiliar o residente durante a duração do programa. Entretanto esse profissional, muitas vezes não possui uma formação acadêmica de “professor”, apesar de em diversas situações cotidianas atuar como tal junto ao residente (STEINBACH, 2015).

Preceptores atuam como exemplo e promovem o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes, num processo formativo caracterizado pelo treinamento em serviço, que ocorre em situações complexas de interação, envolvendo preceptores, residentes, profissionais de várias áreas de conhecimento, pacientes e instituições, desempenhando o preceptor papel fundamental (WUILLAUME, 2000).

Sua função de mediador entre teoria e prática evidencia a necessidade de estabelecer relações pedagógicas, ou seja, relações que conduzem a aprendizagem prática do aluno (REGO, 1994). Sendo assim, o preceptor possui um papel fundamental na apropriação, por parte dos estudantes, de competências para a vida profissional, incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes (BARETTO, 2011).

Sabendo que, a residência é a formação em serviço com mediação entre teoria e prática incluindo conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilite ao residente, aquisição de aptas competências profissionais; O objetivo desse trabalho é evidenciar a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da ESPPE, como uma estratégia da PNEPS na IX Regional de Saúde de Pernambuco localizada no município de Ouricuri, no período de 2016 a 2018.

O intuito da pesquisa é tornar consciente a importância da interlocução da residência multiprofissional com o núcleo de educação permanente da regional de saúde, como um potencializador das práticas profissionais durante a formação do profissional sanitarista no ensino em serviço, bem como, reafirmar a importância da preceptoria como campo primordial para estimular e promover mudanças na excursão e efetivação da residência nos princípios do SUS e da EPS.

Sinalizar a importância do fortalecimento da política de educação permanente na IX Regional de Saúde de Pernambuco, uma vez que é necessária uma sensibilização por parte dos gestores envolvidos no processo de ensino em serviço, para que este seja efetivado em sua totalidade.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL: Evidenciar a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da ESPPE, como uma estratégia da PNEPS na IX Região de Saúde do Estado de Pernambuco (Ouricuri).

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

2.2.1. Descrever como se desenvolve o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva, com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde - PRMSC-REDES na nona Regional de Saúde.

2.2.2. Descrever como a educação permanente em saúde se insere no PRMSC-REDES na Nona Regional de Saúde, a partir da análise do plano pedagógico do programa.

2.2.3. Compreender se a educação permanente é desenvolvida na atuação do preceptor no PRMSC-REDES na IX Região de Saúde do Estado de Pernambuco (Ouricuri).

3. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, em forma de relato de experiência sobre a Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde, como uma estratégia da PNEPS em Pernambuco.

A vivência e prática relatada no estudo ocorreram na Nona Região de Saúde de Pernambuco – IX GERES por ter sido o campo de prática da segunda turma PRMSC-REDES no período de fevereiro de 2016 a março de 2018.

Inicialmente foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a Política Nacional de Educação Permanente em saúde, bem como da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco, para que fosse posteriormente debatida sua implantação no Brasil e no Estado de Pernambuco. A limitação de estudos publicados sobre a temática em acervos digitais restringiu a expansão referente a riqueza de detalhes.

Para levantamento de dados da Política Estadual de educação Permanente nas Regionais de saúde e criação das Comissões de Integração Ensino e Serviço – CIES foi realizado leitura do Plano Estadual de implantação da PEPS e artigos científicos relacionados com a temática.

Dando ênfase a IX Região de Saúde - IX GERES – Ouricuri, foi possibilitado pela CIES o acesso aos documentos oficiais dos PAREPS, relatório de seminários e atas de reuniões de elaboração do mesmo. Ainda foram realizadas conversas informais com o coordenador da CIES para coleta de informações a respeito do núcleo de educação permanente referente ao período de 2016-2018 (período do estudo).

Com base na leitura da Resolução CNRMS nº02, de 13 de abril de 2012, e do Plano Pedagógico do PRMSC-REDES, a preceptoria foi discutida a partir de relato de experiência da vivência como residentes durante a formação em saúde no PRMSC-REDES promovidas pela Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE, assinalando o exercício da preceptoria como interlocução de educação permanente na formação do profissional sanitarista e de todos os atores envolvidos nesse processo de formação: preceptores, apoiadores e gestores institucionais.

4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

O desenvolvimento e a manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS) dependem, em grande parte, da formação de profissionais qualificados para o trabalho nesse contexto, o que constitui ainda grande desafio. Embora as instituições formadoras venham implementando iniciativas de reformulação de ensino a partir de uma concepção pedagógica mais crítica e reflexiva, essas medidas convivem ainda com um modelo pedagógico centrado em conteúdo, orientado pelo modelo biomédico, fragmentado e especializado, com valorização de procedimentos e equipamentos de apoio diagnóstico e terapêutico de alta complexidade (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A ampliação das redes de serviços e ações de saúde estimulada pela implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, reorientou ações e estratégias relativas à gestão do trabalho e à formação dos trabalhadores, gerando diversas experiências inovadoras nos campos da gestão, do cuidado e da formação.

Instituída pela portaria nº 198/GM Em 13 de fevereiro de 2004 a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde surge como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. É sustentada na proposta de Pólos ou Rodas de Educação Permanente em saúde, que tem como linha a organização de instâncias loco regionais e interinstitucionais de gestão da EPS, baseadas no quadrilátero composto por gestores estaduais e municipais de saúde; instituições com cursos da área da saúde; trabalhadores da área e controle social (BRASIL, 2004).

A Política de Educação Permanente em Saúde reafirma os princípios democráticos do SUS e atravessa suas diferentes ações e instâncias; foi criada para ser efetivada a atenção integral com vistas à consolidação do modelo de atenção proposto pelo SUS a partir de experiências e possibilidades concretas, com referência nas características locais e regionais (SARRETA, 2009).

A Educação Permanente em Saúde- EPS é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Propõe-se que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde e que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais

e da própria organização do trabalho e ainda, que sejam estruturados a partir da problematização do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Na PNEPS, torna-se imperativa a premissa de que as práticas dos profissionais de saúde respondam os princípios do SUS. Como política pública, baseia-se na aprendizagem significativa e na reflexividade das práticas em ação na rede de serviços e, por conseguinte, na problematização da realidade. Ela busca a construção e reconstrução do conhecimento. Este, por sua vez, constitui-se pelas experiências cotidianas dos profissionais de saúde, os quais, através de tal problematização são estimulados a refletir, agir e assim novamente, questionar as práticas de saúde (BRASIL, 2004).

Sarreta (2009) o fortalecimento da gestão participativa e da responsabilidade compartilhada, como dispositivos que ampliem os espaços para o exercício do diálogo, integração, participação, troca de experiências e de conhecimentos e a busca de respostas e soluções coletivas para problemas que impedem a atenção integral e de qualidade. Ao mesmo tempo, estimula a formação e o desenvolvimento de profissionais que atendam às necessidades dos serviços públicos, a partir de interesses e prioridades identificados pelos próprios sujeitos envolvidos na saúde.

Buscando atender o que lhe é incumbido, à EPS constrói a tecitura central de sua função em que pontos desiguais se atrelam e são ligados em ação em saúde. Para isso, na EPS não satisfaz somente desenvolver cursos, mas, sobretudo, ofertar encontros entre os profissionais de saúde, usuários, com abertura para o diálogo, compartilhamento de textos e de conceitos (CECIM, 2010).

Embora a portaria nº 198/GM de 13 de fevereiro de 2004 não tenha sido revogada, é com a portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de Agosto de 2007 que começa um novo processo de implantação e organização da EPS, trazendo novas diretrizes e estratégias para a efetivação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, adequando-a as diretrizes operacionais e ao regulamento do Pacto pela Saúde e definindo a criação das CIES regionais e financiamento federal para os estados por transferências fundo a fundo.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde (BRASIL, 2007).

A condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se-á por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço- CIES. A abrangência do território de referência para as Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço deve seguir os mesmos princípios da regionalização instituída no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2007).

Previstas no art. 14 da Lei nº 8.080, de 1990, e na NOB/RH – SUS as CIES são instâncias intersetoriais e interinstitucionais permanentes que participam da formulação, condução e desenvolvimento da Política de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2007).

Vale ressaltar que a implantação das CIES regionais e a condução da política pela CIES estadual, a qual é um grande diferencial de Pernambuco.

4.2 Implantação da Política de Educação Permanente em Pernambuco

No Estado de Pernambuco, o processo de implantação da EPS teve início em 2004 com a realização de oficinas com a participação de diversos atores dos segmentos ligados à saúde, áreas da formação, gestão, atenção, controle social, movimentos populares, conselhos de saúde, COSEMS/PE, entre outros. Reunidos em torno da conformação e acompanhamento dos Polos de Educação, o coletivo pouco avançou no que diz respeito à discussão sobre os problemas do SUS no estado e não progrediu na construção de um Plano Estadual de EPS ou mesmo de qualquer outra esfera, seja municipal ou regional (MACÊDO, 2011).

Alguns projetos de EPS foram desenvolvidos de forma desarticulada e desatrelada a PNEPS, impedindo, portanto, a aquisição de recursos, a articulação entre instituições de ensino, serviço e controle social, implicando no estancamento dessa política no estado.

Com a publicação da Portaria GM/MS nº1996, de 20 de agosto de 2007, e a elaboração de novas diretrizes para a PNEPS, o estado de Pernambuco iniciou um processo de reestruturação e organização das ações relacionadas (PERNAMBUCO, 2007).

Nas ações de EPS é prioridade, dar autonomia às regionais de saúde, na elaboração das ações e na gestão do recurso financeiros destinados a PEPS. Para tanto, o Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde de Pernambuco - PEEPS-2009 elenca duas ações prioritárias, desenvolvidas de forma contínua e paralelas a ações programáticas, até sua efetivação: a constituição e funcionamento das 11 CIES (um por

GERES) e dos seus respectivos Planos Regionais de Educação Permanente em Saúde PAREPS (PERNANBUCO, 2009).

Para isto foram realizadas apresentações da PNEPS aos 11 Colegiados de Gestão Regional- CGR com o objetivo de apresentar a PNEPS aos gestores, esta ação identificou uma importante dificuldade no entendimento dos mesmos sobre os conceitos e objetivos da EPS, gerando uma segunda ação: Seminários Regionais de EPS, tendo como objetivo final destes eventos a produção dos 11 PAREPS, fomentando a regionalização da atenção a saúde e fortalecendo a demanda pela articulação em nível de CGR e a criação das três CIES, ainda inexistentes no estado (PERNANBUCO, 2009).

Contudo, percebendo a fragilidade da compreensão e do entendimento de grande parte dos atores envolvidos sobre os fundamentos, as diretrizes, propostas e a gestão da EPS. E admitindo tal fato, como determinantes para a efetivação do diálogo com estas representações são elaboradas duas estratégias: Formação de atores do Controle Social do SUS para a Educação Permanente em Saúde e construção das diretrizes da Política Estadual de Educação Permanente em Saúde para o Controle Social (MACÊDO, 2011).

Em um comparativo sobre a institucionalização da política de educação permanente em três Estados do Nordeste (Paraíba, Pernambuco e Sergipe), MACÊDO (2016), traz como resultados de seu estudo que a Política de Educação Permanente ainda é bastante homogênea e pouco inovadora frente a tão questionada educação continuada. São predominantes ações educativas, mais ou menos formais, porém quase sempre realizada por meio de mecanismos tradicionais de formação (cursos, capacitações). A integração ensino-serviço foi a dimensão com maior fortalecimento entre os três Estados, as instituições de ensino aparecem enquanto atores assíduos na composição da CIES.

4.3 A Implantação da Política de educação Permanente em Saúde na IX GERES

Como afirma Noronha e colaboradores (2008), a regionalização é um atributo dos sistemas nacionais de saúde que se organizam para ampliar o acesso e diminuir as desigualdades, fortalecendo os princípios de universalidade e equidade. Nesse sentido, a regionalização deve viabilizar a utilização da tecnologia mais adequada ao cuidado em tempo e local oportunos, em qualquer parte do território, guiado por racionalidade sistêmica, que contemple cooperativamente as disparidades na distribuição de diferentes serviços e recursos necessários à integralidade, além da articulação intersetorial (KUSHNIR R., CHORNYAH. 2010).

Em Pernambuco, no início de 2009, foi deflagrado o movimento de construção da regionalização de saúde. As regiões de saúde são espaços geográficos contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes delimitados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados com finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (PERNAMBUCO, 2011).

Nas discussões que subsidiaram a proposição da nova conformação territorial do Estado, foram levados em consideração: Análise do fluxo assistencial existente associada ao estudo da capacidade instalada nos municípios para avaliar o potencial de ampliação de oferta em nível regional visando aumento da resolutividade assistencial; Regiões potenciais de investimentos previstos pelo Governo Estadual, tendo como instrumento norteador o plano plurianual (PPA); Identidade cultural e social e principal atividade econômica das populações. Foi homologada em CIB de 19/09/2011 a conformação territorial da saúde do estado de Pernambuco em 04 macrorregiões de saúde, 12 regiões de saúde e 11 microrregiões de saúde (PERNAMBUCO, 2011).

A IX Região de Saúde abrange onze municípios, localizados no Sertão do Araripe, sendo eles: Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Moreilândia, Ouricuri (sede), Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena e Trindade. Limita-se ao norte com o Estado do Ceará; ao oeste com o Estado do Piauí; ao leste com municípios da VII Região de Saúde (Salgueiro); e ao sul com municípios da VIII Região de Saúde (Petrolina).

Devido a condução regional da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde dar-se por meio dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação CIES, em 2010 a Escola de Governo de Saúde Pública, em consonância com a diretoria geral de educação em saúde que compõem a Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, agilizou o processo de implantação da CIES na IX GERES que realizou a oficina para elaboração do PAREPS- Plano Regional de Educação Permanente em Saúde, ocorrido em abril de 2010, em Araripina- PE. O qual contou com grande diversidade de atores sociais, gestores, trabalhadores, técnicos, movimento social, instituições de ensino, entre outros (PERNAMBUCO, 2010).

Para a elaboração dos PAREPS, foi levado em consideração além dos problemas de saúde regional, as estratégias de educação permanente e as políticas desenvolvidas no Estado de Pernambuco e as diretrizes do pacto pela vida. O plano 2010-2012 foram destacadas quatro áreas de intervenções específicas: Carência de ensino superior; desnutrição e sobrepeso em crianças; saúde mental e educação em saúde, sendo essas

temáticas trabalhadas em forma de capacitações de profissionais técnicos de nível médio e superior, e cursos de especializações (PERNAMBUCO, 2010).

A oficina microrregional para a elaboração do Plano 2013-2014 aconteceu na cidade de Ouricuri, Pernambuco, contando com a presença de trabalhadores de saúde, gestores e comunidade dos onze municípios da região além dos membros da CIES. O debate centrou na questão da formação profissional, financiamento e nas propostas do COAP para a região, foram discutidos os principais problemas de abrangência regional, que impactam negativamente na estruturação e operação das Redes de Atenção à Saúde: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede Psicossocial de Assistência, Rede de Saúde do Trabalhador, Média Complexidade e Vigilância em Saúde que se transformaram em eixos temáticos do plano de ação regional, discutidos e abordadas em forma de capacitações, Curso de atualização em saúde, Fórum de mobilização e articulação regional e Seminário anual sobre saúde mental atenção psicossocial (PERNAMBUCO, 2013).

Tomando como base os eixos temáticos do PAREPS 2013-2014, as prioridades elencadas para o PAREPS 2014/2016 foram promover práticas educativas quanto à ressignificação do papel da equipe nos processos de trabalho; incentivar à participação social na discussão da rede de atenção à saúde; realizar oficinas para capacitação dos profissionais de saúde quanto ao planejamento, monitoramento e avaliação diante dos processos de trabalho e promover capacitações para as equipes abordando o acolhimento aos usuários, ética e humanização, biossegurança e regionalização da atenção (PERNAMBUCO, 2014).

Contudo, o PAREPS traz em seu alicerce a estrutura de educação permanente como estratégia de gestão comprometida com as mudanças no processo de trabalho, através da formação de seus profissionais e a CIES, comprometida com esta nova política, acompanha todas as etapas de construção coletiva destes documentos, para garantir o atendimento das necessidades específicas e potencialidades regionais. O Plano objetiva efetivar a ligação entre a educação e o trabalho no contexto institucional resultando na ressignificação das práticas através da articulação entre o conhecimento científico e técnico em ação.

A partir dessa compreensão de EPS, destaca-se a Residência Multiprofissional em Saúde – RMS, como uma probabilidade de espaço de transformação para profissionais da saúde articulado como dispositivo da educação permanente.

4.4 Residência Multiprofissional em Saúde

Instituídas a partir da promulgação da Lei 11.129 / 2005 as Residências Multiprofissionais na Área da Saúde, definida como modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, voltada para a educação em serviço e destinada às categorias profissionais que integram a área de saúde, excetuada a médica. (BRASIL, 2005).

Segundo a Resolução da CNRMS Nº 2 de 13.04.2012, BRASIL, 2012, vigente até o presente momento, os Programas de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde constituem modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu* destinada às profissões da Saúde, sob a forma de curso de especialização, caracterizado por formação em serviço, com carga horária de 60 (sessenta) horas semanais e duração mínima de 02 (dois) anos, em regime de dedicação exclusiva. Serão orientados pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS, a partir das necessidades e realidades locais e regionais identificadas, de forma a contemplar os eixos norteadores mencionados na Portaria Interministerial nº 1.077, de 12 de novembro de 2009.

Assim, a RMS pode ser considerada um dispositivo capaz de provocar melhorias na formação dos residentes, pois apesar das dificuldades que eles apresentaram ao longo da sua formação acadêmica, salientaram que ao ingressar na residência tiveram a oportunidade de trabalhar engajados em um conceito de saúde ampliado e não apenas voltado para aspectos biológicos que determinam o processo saúde-doença (SILVA *et al*, 2016).

Caracterizada pela formação em serviço, na modalidade de pós-graduação *lato sensu*, o MS apoia os Programas de Residência Médica e Multiprofissional em Saúde, por sua potencialidade para a formação do novo trabalhador em saúde, contribuindo para a superação da fragmentação do cuidado e dos esquemas tradicionais do ensino superior (PEREGO, 2015)

Os objetivos da Residência Multiprofissional constituem-se na integração ensino-serviço comunidade, articulando gestores, trabalhadores e usuários, a partir de uma prática de cuidado que integre os diferentes saberes das profissões envolvidas (BRASIL, 2006).

4.5. A Escola de Governo de Saúde Pública – ESPPE e o programa de Residência em Saúde coletiva com ênfase em gestão de atenção à Saúde – PRMSC-REDES

A Escola de Governo de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE) foi criada em 1989, dentro de um contexto social e político importante do país, com o processo de redemocratização e a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se no

cenário pernambucano como protagonista na Política Estadual de Educação Permanente em Saúde, visando atender às demandas de formação e qualificação dos trabalhadores do SUS; propõe uma formação especializada em serviço com ênfase em Saúde Coletiva, de forma regionalizada, articulando uma formação no cenário do SUS às políticas de estruturação de rede (PERNAMBUCO, 2017).

Em 2013, por meio da Lei nº 15.066 (PERNAMBUCO, 2013), a ESPPE amplia sua atuação para o desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa e extensão no nível de pós-graduação, sendo uma instituição de natureza pública, tem como mantenedora a Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE) e utilizam recursos de verba orçamentária, convênios, projetos e programas, parcerias institucionais para seu funcionamento, especialmente oriundos do Ministério da Saúde. Tem missão de promover a execução de atividades de ensino, pesquisa e extensão para o desenvolvimento dos profissionais e servidores públicos que atuam dentro do SUS no estado de Pernambuco (PERNAMBUCO, 2013).

O PRMSC- Redes da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco-ESPPE têm sido desenvolvidas em Pernambuco desde 2014. Embora o estado faça importantes investimentos em formação através de Programas de Residências em Saúde, estes se concentram, em sua grande maioria, na Região Metropolitana de Recife, lugar onde se localiza a maior parte dos serviços de saúde do estado, principalmente no que se refere à média e alta complexidade da atenção sanitária. De forma diferenciada, o PRMSC- Redes foi instituído de forma descentralizada e regionalizada por todo o território pernambucano (PERNAMBUCO, 2014).

Mendes (2010) define as Redes de Atenção à Saúde como um conjunto de serviços de saúde, articulados entre si, em prol do objetivo comum de ofertar uma atenção contínua e integral para uma determinada população, visando à responsabilidade sanitária com qualidade e humanização.

É importante ressaltar que a formação regionalizada, adotada pelo PRMSC – Redes deve ser substanciada na formação integral do profissional, fundamentada na construção do conhecimento teórico e prático (*práxis*), na perspectiva multidisciplinar e interdisciplinar e inserida na Rede de Atenção em Saúde (RAS).

Norteados pela perspectiva de uma formação em rede, na rede e para a rede, e que se desenvolva justamente no cerne das realidades loco regionais dos territórios e de seus serviços, O PRMSC- Redes é desenvolvido de forma descentralizada nas seguintes Gerências Regionais de Saúde (GERES) do estado: Caruaru (IV GERES), Garanhuns (V

GERES), Arcoverde (VI GERES), Salgueiro (VII GERES), Ouricuri (IX GERES), Afogados da Ingazeira (X GERES), Serra Talhada (XI GERES) e Goiana (XII GERES).

Este contexto de formação regionalizada e descentralizada dos profissionais, tão abrangente dentro do território pernambucano constitui, sem dúvida, uma oportunidade ao residente procedente de várias áreas do estado - e não apenas da capital -, de se especializar, qualificando-o para atuar nos diversos dispositivos da RAS e, deste modo, fortalecendo o Sistema Único de Saúde de Pernambuco. Configura-se, portanto, como estratégia de fortalecimento da rede assistencial de Pernambuco, na medida em que leva esta proposta de formação às suas diversas regiões onde o mercado de trabalho em saúde se mostra menos atraente e menos potente em relação à capital.

A formação no PRMSC-REDES é orientada a partir de quatro (4) eixos transversais: Atenção Integral em Saúde; Gestão de políticas, sistemas e redes de saúde; Ético-humanístico; e Pesquisa em saúde. A formação teórica ocorre por meio de aulas presenciais, conforme previsto no projeto político-pedagógico do programa. As aulas são ministradas por docentes da ESPPE e convidados. Na ocasião os profissionais residentes se deslocam das regionais em que atuam até o município de Garanhuns onde são realizados os módulos teóricos. A formação teórico-prática ocorre nos serviços da rede estadual e municipais em todos os níveis de complexidade, incluindo os serviços assistenciais, unidades de gerência do SUS e equipamentos de controle social.

Participam da execução desse Programa os Preceptores e Orientadores Clínicos Pedagógicos (OCP) que acompanham o desenvolvimento das atividades práticas e teórico-práticas, e tutores da ESPPE, além das equipes regionais de profissionais residentes.

Os Residentes são profissionais de saúde aprovados em processo seletivo, sem vínculo empregatício com a unidade de ensino/serviço. Eles têm como função realizar as atividades práticas integrando-as às atividades teórico-práticas e à compreensão da RAS. Os residentes devem agir com iniciativa, levantar propostas de melhoria dos serviços de saúde, para a estruturação da RAS, e atuarem com postura adequada ao bom andamento das atividades, agindo com urbanidade, discrição e ética.

Atualmente são 53 residentes das diversas áreas profissionais de saúde: Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, atuando em 8 (oito) regionais de saúde de Pernambuco, nos respectivos municípios sede: Salgueiro, Arcoverde, Ouricuri, Serra Talhada, Garanhuns, Caruaru, Afogados da Ingazeira e Goiana.

O OCP é um profissional oriundo do território da regional a qual foi selecionado para atuar e atua como referência da ESPPE na Regional, fortalecendo o diálogo da proposta de formação com vicissitudes locorregional (BRASIL, 2015).

O Preceptor é o profissional vinculado ao serviço. Sua função caracteriza-se por contribuir na formação do residente; acompanhar e avaliar o desenvolvimento dos residentes nas atividades práticas do serviço; facilitar a integração do residente com a equipe do serviço; participar das discussões de produção do conhecimento de integração teórico-prática para qualificação do SUS, junto ao Orientador Clínico-pedagógico; e avaliação contínua do desempenho dos residentes. O preceptor conta com o apoio do Orientador Clínico Pedagógico e Tutor para suporte pedagógico, quando necessário, na formação do residente (BRASIL, 2015).

No Art.13 da RESOLUÇÃO CNRMS Nº 2, DE 13 de abril de 2012 (BRASIL, 2012) descreve a função de preceptor como supervisão direta das atividades práticas realizadas pelos residentes nos serviços de saúde onde se desenvolve o programa, exercida por profissional vinculado à instituição formadora ou executora, com formação mínima de especialista. O Art.14 determina as seguintes competências para o preceptor da Residência Multiprofissional em Saúde:

I - Exercer a função de orientador de referência para o (s) residente(s) no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde;

II - Orientar e acompanhar, com suporte do (s) tutor (es) o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP;

III - Elaborar, com suporte do (s) tutor (es) e demais preceptores da área de concentração, as escalas de plantões e de férias, acompanhando sua execução; IV - Facilitar a integração do (s) residente (s) com a equipe de saúde, usuários (indivíduos, família e grupos), residentes de outros programas, bem como com estudantes dos diferentes níveis de 30 formação profissional na saúde que atuam no campo de prática;

V - Participar, junto com o (s) residente (s) e demais profissionais envolvidos no programa, das atividades de pesquisa e dos projetos de intervenção voltados à produção de conhecimento e de tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS;

VI - Identificar dificuldades e problemas de qualificação do (s) residente (s) relacionadas ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa, encaminhando-as ao (s) tutor (es) quando se fizer necessário;

VIII - participar da elaboração de relatórios periódicos desenvolvidos pelo (s) residente (s) sob sua supervisão;

IX - Proceder, em conjunto com tutores, a formalização do processo avaliativo do residente, com periodicidade máxima bimestral;

X - Participar da avaliação da implementação do PP do programa, contribuindo para o seu aprimoramento;

VI - Orientar e avaliar dos trabalhos de conclusão do programa de residência, conforme as regras estabelecidas no Regimento Interno da COREMU, respeitadas a exigência mínima de titulação de mestre. (Pag. 04 e 05).

Além do PRMSC-Redes, a escola também executa mais dois Programas de Residência, sendo um deles também desenvolvido de forma descentralizada e regionalizada em três Regiões de Saúde de Pernambuco. (SANTANA, C.M.B.S. et. al, 2016).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O processo de educação permanente em saúde é uma das atribuições exposta nas ações pedagógicas do programa de residência multiprofissional em saúde coletiva com ênfase em gestão de redes de atenção à saúde, em consonância com o Plano Estadual de Saúde de Pernambuco. É considerado como um espaço para o desenvolvimento das ações de Educação Permanente em Saúde, o qual pode se construir como um dispositivo potencial para promover as mudanças pretendidas pelos profissionais de saúde a fim de consolidar os princípios do SUS.

O Projeto pedagógico- PP do PRMSC-Redes, fundamenta-se na perspectiva freiriana de construção de conhecimento a partir do diálogo entre diferentes sujeitos. Todos os sujeitos são protagonistas do processo de aprendizagem, envolvendo o compartilhamento do conhecimento construído a partir da disponibilidade de saber ouvir o outro e a desconstrução de uma visão mágica e alienada da realidade.

Corroborando com a proposta pedagógica da ESPPE o inciso II da RESOLUÇÃO CNRMS Nº 2, DE 13 de abril de 2012 traz que cabe ao preceptor orientar e acompanhar, com suporte do tutor o desenvolvimento do plano de atividades teórico-práticas e práticas do residente, devendo observar as diretrizes do PP.

O PRMSC- Redes é desenvolvido durante dois anos. No primeiro ano com campo de atuação a própria GERES, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Unidades de Atenção Básica, NASF, CAPS e unidade hospitalar. No segundo ano, os residentes desenvolvem atividades na GERES e SMS no primeiro semestre e, no segundo semestre, na GERES. Neste último semestre também escolhemos um local para o estágio optativo que poderá ser dentro ou fora da própria Regional.

Vale ressaltar que, mesmo tendo outros campos de práticas supervisionados por preceptores, minha experiência será relatada levando em consideração a vivência dentro da Região de Saúde (GERES), por existir uma melhor apropriação de experiência prática a se relatar.

No primeiro e segundo ano de residência foi possível vivenciar três setores estratégicos dentro do campo de prática da GERES, foram eles: Atenção Primária à saúde; Vigilância em saúde e Planejamento e regulação em saúde. Embora cada coordenador de cada setor, ter sido designado como preceptor, nenhum deles permaneceu com o residente prestando supervisão, oferecendo orientação e treinamento durante o ensino/aprendizado em serviço, alguns apenas apresentaram o planejamento

estratégico do setor e transferiram a incumbência de preceptoria para os apoiadores técnicos de cada setor. Como mencionado, é papel do preceptor “exercer a função de orientador de referência para o residente no desempenho das atividades práticas vivenciadas no cotidiano da atenção e gestão em saúde” (Brasil, 2012).

A inserção no serviço ocorreu de acordo com a rotina de demanda espontânea, não houve uma preparação para a chegada do residente de forma que a ele fosse atribuído obrigações preestabelecidas que desencadeasse o processo criativo, crítico reflexivo e proativo na tomada de decisões, e que contribuísse para o serviço e para evolução de conhecimento de ambos envolvidos no processo de aprendizagem. Dentro do serviço a EPS poderia ter sido atrelada ao processo aprendizagem do residente, por ser entendida como um dispositivo potencial para promover mudanças dos modelos de gestão e atenção do SUS (BRASIL, 2006). Trabalha questões da transformação de processos de trabalho, organização e reorganização dos serviços de acordo com o que a residência propõe, procurando sempre mudar a lógica biológica e refletindo na formação em saúde com uma reflexão do cotidiano que se direciona para transformações sociais.

A EPS se fundamenta no uso de metodologias ativas de conhecimento, contrárias às transmissivas. Trata-se, mais especificamente, de uma pedagogia problematizadora, baseada na relação dialógico-dialética entre educador e educando, ou seja, ambos aprendem juntos (DAVINI, 2002). Nesse sentido, problematizar significa “pensar a prática”, que pressupõe romper com a lógica individual para pensar em equipe.

A metodologia de ensino adotada pelos preceptores foi baseada pelo modelo de educação tradicional, tendo padronização de metodologias designados a transmitir todo e qualquer conhecimento universal e sistematizado, tendo o preceptor o saber e o residente a sede por conhecimento. Raras foram às vezes que a troca de conhecimento foi oportunizada no campo de prática que permitisse a integração das atividades teórico-práticas e a compreensão da Rede de Atenção à Saúde com ênfase na gestão. Desta forma a formação na PRMSC-REDES na IX GERES não enxergava a formação em saúde como uma possibilidade de espaço de transformação para os profissionais inseridos no processo.

Sem uma adequada preceptoria, os alunos ficam desamparados nos serviços e, acabam expostos à má prática, “desaprendendo” e ampliando a desilusão quanto ao trabalho na saúde pública e à realização das diretrizes do SUS. Sua função de mediador

entre teoria e prática evidencia a necessidade de estabelecer relações pedagógicas, ou seja, relações que conduzem a aprendizagem prática do aluno (REGO,2004).

O turno destinado para as atividades/ encontros teórico-práticas proporciona momentos de aprendizagem a partir da reflexão da prática. Conforme a Portaria N° 147, DE 6 DE NOVEMBRO DE 2014, no § 3° do Art. 2 (BRASIL, 2014), as atividades teórico-práticas são aquelas que se fazem através de ações em territórios de saúde, de ações de saúde coletiva, em espaços de controle social, em ambientes virtuais de aprendizagem, entre outros, sob orientação do corpo docente assistencial.

Os encontros teóricos práticos ocorreram dentro das dependências da regional (sala da residência) semanalmente durante o R1 e o R2, conduzido pelo OCP e com a participação dos residentes. Nesse momento era discutido como as ações no ensino em serviço estavam sendo desenvolvidas e quais as relações teoria e prática estavam sendo levado em consideração na formação do senso crítico e reflexivo. Embora alguns preceptores relatassem a importância e necessidade de estar presente nesses encontros, nenhum deles se fizeram presente em nenhum encontro, deixando nuances no processo de formação do residente e na educação permanente em saúde dos profissionais dos setores da GERES.

Em contradição esses momentos foram vistos de forma negativa pela preceptoria, pois nossa ausência do setor dois turnos no R1 e três turnos no R2, não era visualizado como uma educação permanente que fazia parte do processo de aprendizado e atividade dentro do plano pedagógico da ESPPE para todos atores envolvidos na formação, reforçando que, a educação permanente dentro do PRMSC-REDES na IX GERES ainda se caracteriza como uma estratégia educacional fragmentada, onde cada ator ainda ocupa seu respectivo papel- aqueles que planejam, aqueles que executam e aqueles que são objetos da ação, não havendo consciência da aplicabilidade da multidisciplinaridade em saúde.

Segundo Haddad *et al* (1994) a educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa que promove e produz sentidos e propõe que a transformação das práticas profissionais deva estar baseada na reflexão crítica sobre as práticas reais de profissionais reais em ação na rede de serviços. Sabendo que, a residência em saúde é um processo de educação permanente em saúde, os processos de qualificação do residente em saúde devem ser estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho.

Ribeiro e Motta (1996) reforçam essa visão: “Não há aprendizagem se os atores não tomam consciência do problema e se nele não se reconhecem, em sua singularidade”. Tal ação implicaria em estimular, nesses atores/trabalhadores, transformações no seu modo de agir e pensar, de forma a envolvê-los ativamente na dinâmica das instituições, num movimento de horizontalização de saberes e decisões.

A RMS se apropria deste espaço intercessor porque designa a formação do profissional como ator de produção de saúde, que não possuem apenas a preocupação com o somatório das ações, mas, sobretudo com o que existe entre elas, como resultado de um processo singular, que proporciona processos de mudança (MERHY, 2002).

Os turnos teóricos práticos poderiam ser atrelados ao escopo da educação permanente em saúde e ser utilizado pela gerencia regional juntamente com os preceptores, residentes, OCP e envolvidos na RMSC-redes, em reflexões, estudos dirigidos e estudos de casos que possibilitasse a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência a identificação de dificuldades e problemas de qualificação do residente relacionada ao desenvolvimento de atividades práticas de modo a proporcionar a aquisição das competências previstas no PP do programa como a resolução CNRMS nº 2, traz como atribuição do preceptor.

A educação permanente não satisfaz somente desenvolver cursos, mas, sobretudo ofertar encontros entre profissionais de saúde e usuários com abertura de diálogo, compartilhamentos de textos e de conceitos que possam servir para a correlação da teoria e a prática (CECCIM, 2010).

A participação e envolvimento de preceptores e demais profissionais da regional durante a residência, em atividades de pesquisa e projetos de intervenções voltados para a produção de conhecimento e tecnologias que integrem ensino e serviço para qualificação do SUS, foi a maior nuance encontrada durante a formação do residente sanitarista. Embora a própria ESPP, dentro do PP oportunize essa possibilidade, no eixo de atenção integral, principalmente no R2, onde os residentes fazem rastreamento e mapeamento situacional, estudos dirigidos e estudos de casos sempre baseados em políticas nacionais de saúde, a IX GERES, muitas vezes não direcionava o alhar ampliado, descentralizado, ascendente e transdisciplinar em uma elaboração compartilhada.

Os atores do processo de formação têm o papel de estreitar a distância entre a teoria e a prática deve ter a capacidade de integrar os conceitos e valores da escola e do trabalho, auxiliando o profissional em fase de formação a desenvolver estratégias

exequíveis para resolver os problemas com os quais se defronta, até que este tenha maior confiança e segurança em suas atividades (ARMITAGE, 1991 apud STEINBACH, 2015). Assim, durante esse momento de relações e interações, a EPS é discutida pelo grupo participante e incorporada ao cotidiano de atuação de cada profissional envolvido na formação do residente, em encontros de trocas de saberes numa perspectiva técnica e científica.

Nesse sentido a Educação Permanente na atuação do preceptor no PRMSC-REDES na IX Região de Saúde enfrenta três grandes desafios: O desconhecimento da interlocução da EPS dentro do programa de residência por parte dos gestores; A falta de compreensão por parte de preceptores acerca dos princípios pedagógicos da EPS e do Plano pedagógico do PRMSC-REDES; e a precarização das relações de trabalho que leva à descontinuidade de ensino e aprendizado nos postos de trabalho, para residentes, trabalhadores, tutores e preceptores.

Embora a CIES seja o setor responsável pela formulação, condução e desenvolvimento da política de educação permanente e execução de ensino e pesquisa em saúde dentro da regional, durante a prática da residência não foi possível visualizar e vivenciar a mesma de forma ativa na qualificação, especialização e capacitação dos profissionais da IX GERES, pois a coordenação da CIES não é atuante e na regional não possui um núcleo de educação permanente ativo, para que se dê continuidade a efetivação da PEPS.

Mesmo a EPS estando bem contemplada no Plano Pedagógico do PRMSC-REDES, não foi possível visualizar enquanto residente, essa intercessão entre ESPPE e o setor de Educação Permanente da IX GERES, o que reforça a importância de uma maior articulação entre a gestão regional e a gestão do programa de residência.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a vivência na residência as ações desenvolvidas pelo residente eram norteadas pelos princípios do SUS e da EPS, entretanto, existe um desconhecimento da percepção dos profissionais a respeito do PRMSC-REDES como um espaço para o desenvolvimento de EPS, talvez por ser nova no contexto das políticas públicas, se fazendo necessário discutirem acerca da operacionalização da EPS na Nona Região de Saúde.

É indispensável que a Gerência Regional se aproprie das ações de Educação permanentes desenvolvidas dentro da IX GERES, realizando monitoramentos e avaliações das ações desenvolvidas pelos membros da CIES referente ao fortalecimento da Educação Permanente na região, principalmente no que se refere a apropriação da própria PEPS no contexto de trabalho regional, bem como sua interlocução com a residência em saúde, já que ambas partem dos mesmos princípios norteadores.

O Gestor Regional deve ainda, disseminar aos seus coordenadores e apoiadores institucionais a estima de ter um profissional residente dentro do seu serviço de saúde, pois o trabalho em equipe, técnico e científico, fortalece a educação permanente de todos os atores envolvidos no processo de aprendizado.

Ao visualizar as dificuldades e diversas fragilidades dos diversos atores envolvidos no programa RMSC-redes é sinalizado a ESPPE e a gerência regional, a importância de se realizar capacitações técnicas e/ou curso de preceptoria, apresentação do Plano Pedagógico, metas e missão do PRMSC-redes para os apoiadores de saúde que irão exercer tal função, pois, quando adquirimos domínio teórico de nossas atribuições e nos apropriamos do conhecimento obtido e colocamos na nossa prática profissional, nos aproximamos daquilo que idealizamos.

Contudo, é imprescindível realizar diálogos, reflexões críticas sobre nossas convicções e percepções, e quando necessário, abrir mão delas, e assim construir uma nova realidade dentro do SUS e para que, verdadeiramente esteja em constantes formação profissionais sensíveis as necessidades do outro, com empatia e senso crítico reflexivo, como prever a educação permanente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARMITAGE P, Burnard P. Mentors or preceptors? Narrowing the theory-practice gap. *Nurse Educ Today* 1991;11(3):225-229 *apud* STEINBACH, Marina. **A preceptoria na residência multiprofissional: saberes do ensino e do serviço/** Marina Steinbach – Florianópolis, SC, 2015. 78p.

BARRETO, V. H. Et al. **Papel do preceptor da atenção primária em saúde na formação da graduação e pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco** – um Termo de Referência. *Rev. Bras. Educ. Med.*, v. 35, n. 4, p. 578-583, 2011.

BOTTI, S. H. O.; REGO, S. **Preceptor, supervisor, tutor e mentor: Quais são os seus papéis?** *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, p. 363-373, 2008.

BRASIL . LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005. Brasília, 2005.

BRASIL, portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.**

BRASIL. **Constituição Federal. 1988.**

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 27.833.

BRASIL. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. COORDENAÇÃO GERAL DE RESIDÊNCIAS EM SAÚDE E COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE. **Projeto Pedagógico Programa de Residência Multiprofissional ou em Área Profissional da Saúde.** 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios /** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde.** Brasília (DF): Ministério da Saúde - MS; 2004.

BRASIL. Secretaria de Educação Superior. Resolução CNRMS Nº 2, de 13 de abril de ISSN 1982-8829 **Dispõe sobre Diretrizes Gerais para os Programas de Residência Multiprofissional e em Profissional de Saúde.** Diário Oficial da União, 16 abril 2012. Poder Executivo, Brasília, DF; Seção I, p.24-25.

CARCERERI, D. L., Medina MOYA, J.L. **La enseñanza de la Odontología a partir de la mirada del docente universitario: un estudio multicéntrico Brasil-España.** Projeto de pesquisa apresentado à Faculdade de Odontologia da Universitat de Barcelona. Barcelona, 2013. 15 p.

- CECCIM RB, Feuerwerker LCM. **O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social**. *Physis*. 2004; 14(1):41-65.
- HADDAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A.; DAVINI, M. C. (Ed.). **Educación permanente de personal de salud**. Washington: OPS/OMS, 1994
- KUSHNIR R, CHORNY AH. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate**. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15(5):2307-16.
- LOBATO CP. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política** [tese]. Londrina (PR): Universidade Estadual de Londrina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva; 2010.
- LOBATO, L.V.C., Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.435-72.
- MACÊDO, Bruno Costa de. **A Institucionalização da política de educação permanente em saúde em três estados da região nordeste**. Centro de pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife, 2016.
- MACÊDO, Bruno Costa de. **Política Nacional de Educação em saúde: A experiência de Pernambuco** / Bruno Costa de Macêdo. - Recife: [s.n.], 2011.
- MARCONI, M. A., Lakatos EM. **Metodologia científica**. 5ª ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas; 2009.
- MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5):2297-2305, 2010.
- MERHRY EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo** 3 ed. São Paulo (SP) : Hucitec; 2002.
- MINAYO, M. C. S (org). **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.
- NORONHA JC, Lima LD, Machado CV. **O Sistema Único de Saúde – SUS**. In: Giovanella L, Escorel S.
- OLIVEIRA SL. **Tratado de metodologia científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, Monografias, Dissertações e Teses**. São Paulo: Thomson Pioneira; 2002.
- PEREGO MG. **Aprendizagens compartilhadas na residência multiprofissional em saúde**. Santos. Dissertação [Mestrado em Ciências da Saúde] – Universidade Federal de São Paulo; 2015. Pernambuco, 2009.
- PERNAMBUCO. Governo do Estado. **Lei nº 15.066, de 4 de setembro de 2013. Cria a Unidade Técnica Escola de Governo em Saúde Pública do Estado de Pernambuco (ESPPE)**. Recife, 2013.
- PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde. **ESPPE – Histórico**. Recife, 2017. Disponível em: <http://ead.saude.pe.gov.br/mod/page/view.php?Id=559>. Acesso em: 28 Abril 2018.
- PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do trabalho e Educação. **Plano Estadual De Educação Permanente em Saúde 2009**.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação. **Plano Estadual De Educação Permanente em Saúde 2007-2008**. Pernambuco, 2007.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual De Saúde. Secretaria Executiva De Gestão Do Trabalho E Educação. **Plano Estadual De Educação Permanente em Saúde 2010-2011**. Pernambuco, 2010.

PERNAMBUCO. Secretária Estadual de saúde. Secretaria executiva de regulação em saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Pernambuco 2011.

REGO, S. A prática na formação médica: os estágios extracurriculares em questão [dissertação]. Rio de Janeiro: **Instituto de Medicina Social**, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 1994.

RIBEIRO Eco, Motta JIJ. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços. *Divulgação em Saúde pra Debate* 1996; 12:39-44.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS / Fernanda de Oliveira Sarreta. - São Paulo : Cultura Acadêmica, 2009.

SILVA J.A.M, Peduzzi M. Educação no trabalho na atenção primária à saúde: interfaces entre a educação permanente em saúde e o agir comunicativo. **Saúde Soc [Internet]**; 20(4):1018-32. 2011.

STEINBACH, Marina. **A preceptoría na residência multiprofissional: saberes do ensino e do serviço**/ Marina Steinbach ; orientadora, Daniela Lemos Carcereri; Coorientador, Marta Lenise do Prado. – Florianópolis, SC, 2015. 78p.

SUCUPIRA A. C.S.L.; PEREIRA A. **A preceptoría na residência em saúde da família**. Ano v, n.1, jan./fev./mar. 2004 - Sanare.