

A POLÍTICA DE FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA O SUS: CONSIDERAÇÕES SOBRE A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

POLICY FOR THE TRAINING OF HEALTH PROFESSIONALS THE SINGLE HEALTH SYSTEM: CONSIDERATIONS ABOUT THE FAMILY HEALTH MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE

LA POLITICA DE EDUCACIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD PARA EL SUS: CONSIDERACIONES SOBRE LA RESIDENCIA MULTIPROFESSIONAL EN SALUD DE LA FAMILIA

Débora Dupas Gonçalves do Nascimento¹
Maria Amélia Campos de Oliveira²

RESUMO

O presente estudo faz reflexões sobre a formação dos profissionais da saúde frente à necessidade de profissionais generalistas, com competência técnica e visão social, a partir da expansão da Estratégia Saúde da Família. Apresenta a Residência Multiprofissional em Saúde da Família como uma modalidade de formação em serviço, apoiada pelo Ministério da Saúde, sendo esta uma das possibilidades de integração ensino-serviço com vistas ao desenvolvimento de competências profissionais necessárias para atuação e consolidação do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Formação de Recursos Humanos; Capacitação de Recursos Humanos em Saúde; Internato e Residência; Programa Saúde da Família

ABSTRACT

This study reflects on the training of health workers, given the need for generalist professionals with technical competence and social vision through the expansion of the Family Health Strategy. It presents the multiprofessional residence in Family Health, which is one of the possibilities of the teaching service integration to develop the professional competencies necessary for the operation and consolidation of the Single Health System.

Key words: National Health System (BR); Human Resources education; Health Human Resource Training; Internship and Residency, Family Health Program

RESUMEN

El presente estudio reflexiona sobre la formación de los profesionales de salud ante la necesidad de profesionales generalistas, con competencia técnica y visión social, a partir de la expansión de la Estrategia Salud de la Familia. Muestra la Residencia Multiprofesional como una modalidad de formación en el trabajo, respaldada por el Ministerio de Salud, siendo una de las posibilidades de integrar enseñanza y trabajo, con miras a desarrollar las competencias profesionales necesarias para actuar y consolidar el Sistema Único de Salud.

Palabras clave: Sistema Único de Salud (BR); Formación de Recursos Humanos; Capacitación de Recursos Humanos en Salud; Internado y Residencia; Programa Salud de la Familia

¹ Fisioterapeuta. Mestranda do Programa do Pós-Graduação em Enfermagem- área de concentração Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP. Preceptora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Casa de Saúde Santa Marcelina/Faculdade Santa Marcelina/Ministério da Saúde. Docente do Centro Universitário São Camilo. E-mail: ddupas@uol.com.br

² Enfermeira. Professora Livre-docente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP. E-mail: macampos@usp.br

A FORMAÇÃO DA FORÇA DE TRABALHO PARA O SUS

A formação dos profissionais de saúde tornou-se objeto de freqüentes reflexões, face à necessidade de recursos humanos capacitados para atender as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS).

Propostas de mudança na formação em saúde vêm sendo discutidas desde o final da década de 80. Na ocasião, o Programa de Integração Docente Assistencial (IDA) colocou-se como uma estratégia para promover a aproximação entre as instituições de educação e os serviços de saúde, com a participação da comunidade. Estimulou a adoção de novas metodologias de ensino-aprendizagem apoiadas em vivências práticas dos estudantes na realidade concreta dos serviços de saúde, em contato com as necessidades da população e de modo articulado com a produção de conhecimento.⁽¹⁾

O Projeto UNI (Uma Nova Iniciativa na Formação dos Profissionais da Saúde), por sua vez, representou uma continuidade das experiências da IDA, com a intenção de superar as dificuldades e limitações observadas, adotando novas abordagens como o enfoque familiar e o desenvolvimento de relações mais estreitas com a comunidade. Os dois projetos foram desenvolvidos com o apoio financeiro da Fundação W. K. Kellogg, resultando em mudanças nos cursos de graduação em saúde.

A formação dos profissionais da saúde ainda está pautada no modelo biomédico, fragmentado e especializado, o que dificulta a compreensão dos determinantes e a intervenção sobre os condicionantes do processo saúde-doença da população. A fragmentação do conhecimento, que caracteriza a formação inicial na maior parte dos cursos predispõe à mesma ocorrência na prática, o que cria obstáculos para a construção da integralidade da assistência.⁽²⁾

Feuerwerker⁽²⁾ considera que somente a experiência adquirida na prática pode completar a formação, pois é pela experiência clínica que o profissional se aproxima das pessoas que necessitam de cuidados de saúde (e não apenas da doença).

A mudança do paradigma assistencial em saúde está relacionada à formação e ao preparo dos profissionais para um agir eficaz, que não se limita à aquisição de conhecimentos, mas resulta da interação com o contexto social, buscando o desenvolvimento de competências estruturadas na ação.⁽³⁾

Del Ciampo⁽⁴⁾ destacam a importância de programas voltados para a formação do generalista. Consideram que:

é preciso que os programas de treinamento desloquem seu eixo de formação, predominantemente individualizada e hospitalocêntrica, no sentido de focar questões mais abrangentes dos pontos de vista social, cultural e econômico de toda a comunidade, atuando de maneira multiprofissional e interdisciplinar.

Seiffert⁽⁵⁾ considera que os profissionais da saúde têm “a necessidade de uma formação que valorize não apenas a dimensão técnica (conhecimento especializado), mas o social, reconhecendo a importância do trabalho em equipe e do atendimento de demandas da comunidade”.

O trabalho em equipe com vistas à interdisciplinaridade tem sido foco de atenção na formação e qualificação dos profissionais, sendo de extrema importância a interação e a troca de conhecimentos a partir de princípios éticos e respeito nas relações entre profissionais de saúde e

usuários dos serviços, com a intenção de construir um novo conhecimento que tenha impacto na resolução de problemas da população.⁽⁶⁾ Para que a interdisciplinaridade seja efetiva, é imprescindível que haja disponibilidade dos profissionais para adotar posturas flexíveis, solidárias e democráticas.

Faustino⁽³⁾ consideram que é “necessário avançar não apenas no preparo de um novo profissional, mas acima de tudo, de um indivíduo crítico, cidadão, preparado para aprender a criar, a propor, a construir”.

O processo de formação deve ser articulado com o mundo do trabalho, rompendo a separação existente entre teoria e prática⁽⁷⁾ e estimulando os profissionais de saúde a desenvolver um olhar crítico-reflexivo que possibilite transformação das práticas, tendo em vista a resolubilidade e a qualidade dos serviços prestados à população.

Nessa perspectiva, é desejável que os profissionais de saúde tenham um perfil generalista e problematizador e que sejam preparados para trabalhar em equipe multiprofissional, atuando de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Isso se faz necessário para que ocorra a integralidade da atenção e o enfrentamento efetivo de todos os aspectos relacionados à saúde e vivenciados na prática profissional.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde afirmam que “a formação do profissional de saúde deve contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde”.⁽⁸⁾ Entretanto, na formação inicial da maioria dos profissionais de saúde, o ensino tradicional é tecnicista, com enfoque no indivíduo, descontextualizado e muitas vezes sem abertura para problematizar, refletir e construir um saber inerente à prática profissional. O enfoque coletivo não pode ser deixado de lado, em função da hegemonia do enfoque clínico.

A formação e a qualificação dos profissionais da saúde devem visar ao desenvolvimento de habilidades e competências para realizar um diagnóstico situacional das condições de vida e de saúde dos grupos sociais em um dado território, planejar intervenções em saúde capazes de enfrentar os determinantes do processo saúde-doença, prestar assistência e desenvolver ações educativas estimulando o auto-cuidado e emancipação.⁽⁹⁾

Ceccin e Feuerwerker⁽¹⁰⁾ ressaltam que as práticas profissionais devem ser organizadas a partir das necessidades de saúde da população e para isso faz-se necessário transformá-las por meio da aproximação entre a academia e os serviços de saúde. “Para efetivar as diretrizes do SUS não basta sabê-las, é necessário reconhecê-las no cotidiano das Unidades de Saúde”⁽¹¹⁾. Essa aproximação com os serviços visa aprimorar a formação em saúde e as práticas profissionais, para que as ações proporcionem mudança social e de saúde.

Sabe-se que a transformação da formação e das práticas é um desafio a ser superado em várias instâncias, pois implica mudanças de paradigmas já estruturados tanto nos serviços, como nas instituições de ensino e nas relações interpessoais.

Transformar o processo de formação implica mudanças na concepção de saúde, na construção do saber, nas práticas clínicas, nas relações entre médicos e população, entre médicos e demais profissionais da saúde, na concepção de educação e de produção do conhecimento, nas práticas docentes, nas relações entre

professores e estudantes, nas relações de poder entre os departamentos e disciplinas⁽¹²⁾

O SUS E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A partir da VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em 1986 e da Constituição de 1988, o SUS foi instituído como o sistema de saúde vigente no país, tendo como princípios doutrinários a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação popular. Está estruturado sob a forma de uma rede de serviços descentralizados, hierarquizados e regionalizados, para atender com resolubilidade as necessidades de saúde dos grupos sociais.⁽¹³⁾ O processo de construção do SUS busca reduzir a lacuna ainda presente entre os direitos garantidos pela lei, em que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”, e a capacidade de ofertar serviços de saúde a toda população brasileira.

A Estratégia Saúde da Família, conhecida como Programa Saúde da Família (PSF), implantada em 1994 pelo Ministério da Saúde, propõe um novo modelo assistencial para o SUS, centrado na atenção primária e na promoção da saúde familiar.⁽¹⁴⁾ Trata-se de uma mudança da ênfase individual para a coletiva e familiar e da ação curativa e reabilitadora para a promotora da saúde.

Como uma estratégia de reorientação da Atenção Básica, o PSF enfrenta o desafio de colaborar para reestruturação dos demais níveis de atenção à saúde a partir da eficiência e efetividade dos serviços prestados neste primeiro nível. Uma unidade básica de saúde da família deve “realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde, características do nível primário de atenção”.⁽¹⁵⁾

Sousa⁽¹⁶⁾ afirma que o PSF também se propõe a humanizar as práticas de saúde, favorecendo o relacionamento com os usuários, buscando a satisfação destes e estimulando o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania.

As equipes de saúde da família são compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, odontólogos e agentes comunitários de saúde, que trabalham em equipes multiprofissionais, com vistas à integralidade da atenção. No entanto, esta integralidade e a interdisciplinaridade estão comprometidas pela ausência de outros profissionais de saúde integrando a equipe, com adequada formação para responder as necessidade de saúde da população. Ademais, há dificuldades para o desenvolvimento do trabalho interdisciplinar pelos profissionais que atualmente estão inseridos no serviço.

De acordo com Cordeiro⁽¹⁷⁾, o PSF estimula e desenvolve um processo de trabalho diferenciado nos cuidados à saúde. Visa transformar práticas convencionais e estanques em abordagens multiprofissionais, com enfoque na atenção integral e contínua de indivíduos e famílias, sendo que o acompanhamento da população é feito em bases territoriais definidas.

O mesmo autor também salienta que a Estratégia Saúde da Família possui um enorme potencial para contribuir e consolidar os princípios do SUS. No entanto, requer profissionais aptos para implementar nesse novo modelo assistencial, o que remete à discussão sobre as competências necessárias ao trabalho em Saúde da Família. Os estudos acerca da formação dos profissionais da saúde evidenciam seu pouco preparo para atuar na prevenção de doenças e na promoção da saúde, além da necessidade de

uma construção de conhecimentos e vivências no cotidiano prático para que ocorra uma “reorganização e uma nova estruturação dos serviços de saúde”.⁽¹⁸⁾

A FORMAÇÃO EM SERVIÇO: AS RESIDÊNCIAS MÉDICAS E DE ENFERMAGEM

No âmbito da pós-graduação, a modalidade mais antiga de formação de profissionais de saúde em serviço é a Residência, em particular a Residência Médica. O início da Residência Médica como estratégia de formação de recursos humanos na área médica ocorreu nos Estados Unidos em meados do século XIX, com ênfase no ensino clínico no ambiente hospitalar.⁽²⁾

No Brasil, os primeiros programas de Residência Médica iniciaram-se na segunda metade da década de 1940, desenvolvidos no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. Em 1976, foi criada a primeira Residência em Medicina Comunitária pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, com a proposta de “formar profissionais com uma visão integrada entre saúde clínica, saúde mental e saúde pública, com perfil humanista e crítico, com competência para uma boa resolubilidade das necessidades de saúde da comunidade”.⁽¹⁹⁾

O Decreto nº 80.281, de 1977, instituiu a Residência Médica como modalidade de pós-graduação lato sensu, realizada por meio da formação em serviço, vinculada ou não à escolas médicas. Constituiu a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), responsável por estabelecer princípios e normas de funcionamento, avaliação e credenciamento dos programas de residência médica.

Em 1981, a Residência Médica foi regulamentada pela Lei nº 6.932, como uma modalidade de pós-graduação destinada a médicos, caracterizada pelo treinamento em serviço, em regime de dedicação exclusiva, sob a orientação de profissionais de elevada qualificação.

A Residência é considerada um complemento do processo de formação de recursos humanos na área médica e de aperfeiçoamento no exercício da profissão.⁽⁴⁾ A insuficiência do treinamento prático oferecido pelas faculdades de medicina, a fragmentação da formação sofrida na graduação e a presença de um mercado de trabalho competitivo e com tendência à especialização foram fundamentais para a ampliação dos Programas de Residência Médica, assim como a intensa procura de vagas pelos recém-formados.⁽²⁾

De acordo com Feuerwerker⁽²⁾, nos hospitais com programas de Residência existe pouca interação e oportunidades de atuar com outros profissionais da área da saúde, mesmo estes sendo da rede pública. Ocorre um desconhecimento da rede de serviços, recursos, referência e contra-referência, vigilância epidemiológica, planejamento, promoção e prevenção, fundamentais para atuação no sistema de saúde vigente no país.

O programa de Residência Médica em Medicina Geral e Comunitária, oficializado em 1981 pela CNRM⁽²⁰⁾, vem sendo repensado a partir da expansão do PSF, em razão da expansão do mercado de trabalho e da necessidade de formar profissionais generalistas e com perfil adequado para o modelo de assistência proposto.

Na Enfermagem, a primeira experiência de Residência no Brasil ocorreu em 1961, no Hospital Infantil do Morumbi,

em São Paulo, com ênfase no ensino eminentemente prático, sem eliminar o aprofundamento de conhecimentos teóricos e o desenvolvimento de pesquisas na área.⁽²¹⁾

Desde a década de 70, a Enfermagem vem discutindo Residência em como um modelo de formação, em decorrência do Plano Nacional de Pós-Graduação instituído pelo MEC, com a criação dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem e a partir da necessidade de capacitação técnica das enfermeiras de campo. O enfoque da Residência em Enfermagem está centrado nas necessidades hospitalares, sobretudo em grandes centros, onde a assistência à saúde apresenta maior complexidade tecnológica, tornando necessária a especialização.

Em 1978, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) organizou um seminário sobre a Residência em Enfermagem, no Rio de Janeiro, cujo produto final evidenciou a inexistência de consenso sobre o tema e sugeriu regras para sua implementação.

Tentativas de regulamentação prosseguiram na década de 90 com discussões entre o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) e a ABEn, tendo como resultado um Anteprojeto de Lei que dispõe sobre a Residência em Enfermagem e a criação da Comissão Nacional de Residência de Enfermagem.⁽²²⁾

Vários autores consideram que atualmente os programas de Residência são uma complementação à formação na graduação, tendo em vista as deficiências nela reconhecidas, assim como uma perspectiva de inserção no mercado de trabalho após a especialização.^(2, 21)

A residência possibilita uma possibilidade de qualificação profissional não apenas para os residentes, mas também para o serviço que os recebe, incentivando a reflexão sobre a prática desenvolvida e as possibilidades e limites para transformá-la. Barros e Michel⁽²¹⁾, ao analisar a formação na Residência em Enfermagem e o trabalho desenvolvido em um hospital escola de São Paulo, comprovaram que, em virtude da dedicação e compromisso dos residentes, houve também uma contribuição efetiva para a mudança de comportamento das demais profissionais de Enfermagem em relação ao trabalho ali desenvolvido.

A RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA COMO PROPOSTA PARA A FORMAÇÃO DO NOVO TRABALHADOR EM SAÚDE

Ao longo de 1997, discussões e seminários sobre a Residência em Saúde da Família foram coordenados pela Secretaria de Assistência à Saúde e Coordenação de Saúde da Comunidade, com participação da Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/SPES e Coordenação de Recursos Humanos/OPS/OMS, devido à preocupação do Ministério da Saúde com o preparo insuficiente dos profissionais para apreender e intervir na multicausalidade dos processos mórbidos, sejam físicos, mentais ou sociais, individuais e coletivos.

Em dezembro de 1997, no relatório final do Seminário sobre Residência em Saúde da Família, foi apresentada a proposta de criação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, voltada para formação de um novo perfil profissional para integrar futuras equipes de saúde da família.

O modelo de Residência Multiprofissional a ser criado contemplaria as especificidades de cada profissão, assim

como uma área comum, abordando a promoção da saúde, a integralidade da atenção e o acolhimento.⁽¹⁹⁾

Desde 2002, o Ministério da Saúde tem financiado Programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, na modalidade de pós-graduação *sensu lato*. A finalidade desses programas é preparar os profissionais de diversas áreas da saúde para trabalhar em equipe multidisciplinar no PSF, com base nos princípios e diretrizes do SUS.

Em 2002 foram criadas 19 Residências Multiprofissionais em Saúde da Família, financiadas pelo Ministério da Saúde, com estruturas e funcionamentos diferenciados, ainda que adotem como base norteadora regras e diretrizes da CNRM.

Gil⁽²³⁾ considera que o principal objetivo da proposta da Residência Multiprofissional em Saúde da Família foi implementar a formação dos profissionais de nível superior para uma atuação mais voltada às atividades clínico-assistenciais aplicadas no cuidado direto aos indivíduos e famílias em seu ambiente familiar e social. Essas Residências apresentam-se como uma alternativa para a mudança das práticas assistenciais em saúde, capaz de favorecer o trabalho em equipe, as trocas efetivas de saberes e práticas e a construção de uma nova realidade de saúde para a população.

A atual política do Ministério da Saúde, de valorização do SUS como ordenador da formação de recursos humanos em saúde, de acordo com o Art. 200 da Constituição Federal, levou à criação a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Em novembro de 2005, a SGETS instituiu a modalidade Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117.

Em 2006, a SGETS apoiou cerca de 22 RMS, tendo financiado 1.558 bolsas, com um investimento aproximado de 50 milhões, por acreditar na potencialidade pedagógica e política das Residências e por ter como objetivo final contribuir com a mudança do desenho tecno-assistencial do SUS.⁽¹⁹⁾

Um dos eixos estruturantes da política de educação na saúde praticada pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) e pela SGETS é a "integração entre as instituições de ensino e os serviços de saúde, caracterizada por ações que visam à mudança das práticas de formação e atenção, do processo de trabalho e da construção do conhecimento, a partir das necessidades dos serviços".⁽¹⁹⁾

Em parcerias com o Ministério da Educação (MEC), Conselho Nacional de Saúde (CNS), Comissão Intersectorial de Recursos Humanos (CIRH) e CNRM, a SGETS realizou ao longo de 2005 e 2006 vários seminários regionais e nacionais, com os diversos sujeitos envolvidos (residentes, preceptores, coordenadores e secretários municipais de saúde) com o intuito de trocar experiências e conhecimentos acumulados pelas diversas Residências existentes no país.

O propósito desses encontros tem sido estimular a reflexão e o debate sobre as estratégias para construção da multidisciplinaridade, a construção das diretrizes nacionais para a RMS, a gestão do sistema, a composição da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional – ainda a ser implementada, dentre outros temas.

O I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde aconteceu em Brasília no final de 2005 e o II Seminário, no Rio de Janeiro, dentro do 8º Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva (ABRASCO), realizado em agosto de 2006. Neste último, foi criado um Grupo de Trabalho (GT) com objetivo de elaborar uma proposta para composição

da futura Comissão Nacional de Residência Multiprofissional, assim como suas atribuições e funcionamento.

O GT contou com representantes do MEC, MS, Conselho Nacional das Secretarias de Saúde (Conass), Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), Fórum das Entidades Nacionais dos Trabalhadores da Área da Saúde (Fentas), Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área da Saúde (FNEPAS), residentes, preceptores/professores/tutores e coordenadores de RMS. A proposta elaborada pelo grupo foi divulgada através da internet para os coordenadores das Residências do país e encaminhada ao MEC e ao MS. Recentemente, foi constituída Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde - CNRMS, no âmbito do MEC. Até então, os programas de residência multiprofissional não eram reconhecidos como residência e os residentes recebem o certificado de um curso de especialização. A partir da ação intersectorial dos Ministérios da Saúde e da Educação, a certificação como residência passará a ser realizada pela CNRMS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Residência Multiprofissional em Saúde da Família almeja que o contato com as necessidades da população proporcione ao residente em Saúde da Família as bases para uma nova conduta e um novo olhar profissional, mais humanizado, centrado no paciente, com integralidade da atenção e postura crítica e reflexiva. Espera que o profissional formado seja capaz de compartilhar saberes e que se mostre presente e participante nas ações com a comunidade, com objetivo final de aliviar o sofrimento humano e melhorar a qualidade de vida da população.

A busca por profissionais generalistas, com visão humanista, crítica e integradora, capazes de atuar com qualidade e resolubilidade no SUS passa pela necessidade de construção de um perfil de competências que atenda necessidades e demandas de saúde da população em situações concretas.

A construção desse perfil de competências deve ser pensada no contexto de aproximação entre a instituição formadora e os cenários da prática em saúde, com a participação dos sujeitos nele envolvidos.^(24,25)

Por um lado, as RMS apresentam grandes potencialidades para romper paradigmas e para construir um novo modelo de cuidado para a população, a partir da formação dos profissionais para a consolidação do SUS. Por outro, o maior desafio a ser superado está relacionado à necessidade de construir políticas públicas de formação e de financiamento que regulamentem e fortaleçam os programas, estabelecendo não apenas diretrizes, mas direcionamentos para a inserção e a atuação profissionais egressos no SUS.

REFERÊNCIAS

1. Marsigliá RG. Relação ensino/serviços: dez anos de integração docente assistencial (IDA) no Brasil. São Paulo: Hucitec; 1995. 118p.
2. Feuerwerker LCM. Mudanças na educação médica e residência médica no Brasil. Interface-Comun Saúde Educ 1998; 2(3): 51-71.
3. Faustino RLH, Moraes MJB, Oliveira MAC, Egry EY. Caminhos da formação em enfermagem: continuidade ou ruptura? Rev Bras Enf 2003; 56(4): 343-7.
4. Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC. Residência médica em Medicina Geral e Comunitária. Proposta de um Programa de Formação de Médicos Generalistas. Rev Bras Educ Méd 2003; 27(3): 200-4.
5. Seiffert OMLB. A formação do enfermeiro: uma aproximação à recente produção científica (2001-2005). Trab Educ e Saúde 2005; 3 (2):331-50.
6. Chirelli MQ. O processo de formação do enfermeiro crítico-reflexivo

na visão dos alunos do Curso de Enfermagem da FAMEMA [tese]. Ribeirão Preto: FAMENA; 2002. 286p.

7. Chirelli MQ, Mishima SM. A formação do enfermeiro crítico-reflexivo no curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília - FAMEMA. Rev Latino-Am Enf 2003; 11(5): 574-84.
8. Almeida M, organizador. Diretrizes curriculares nacionais para os cursos universitários da área da saúde. Londrina: Rede Unida; 2003.
9. Oliveira MAC. Da intenção ao gesto: a dialética da formação de enfermagem em saúde coletiva [tese Livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2004. 89p.
10. Ceccin RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saúde Pública 2004; 20(5): 1400-10.
11. Bourget MMM, organizador. Programa Saúde da Família: guia para o planejamento local. São Paulo: Martinari; 2005.
12. Feuerwerker LCM. Além do discurso de mudança na Educação Médica: processos e resultados. São Paulo: Hucitec; Londrina: Rede Unida; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Educação Médica; 2002. 306p.
13. Brasil. Ministério da Saúde. ABC do SUS: doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde; 1990.
14. Costa N, Menezes M. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos Serviços de Saúde. Brasília: 1997.
16. Sousa MF. A Enfermagem reconstruindo sua prática: mais que uma conquista no PSF. Rev Bras Enf 2000; 53 (n.especial):25-30.
17. Cordeiro H. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos Pólos de capacitação em Saúde da Família. Divulg Saúde Debate 2000; (21): 36-46.
18. Lessa GM. Residência multiprofissional como experiência de atuação interdisciplinar na assistência à saúde da família. Rev Bras Enf 2000; 53(n.especial): 107-10.
19. 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. - Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
20. Paim JS. Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política. São Paulo: Abrasco; 1996. Estudos de Saúde Coletiva, 4.
21. Barros ALBL, Michel JLM. Curso de Especialização em Enfermagem - Modalidade Residência: experiência de implantação em um hospital escola. Rev Latino-Am Enf 2000 jan.; 8 (1): 5-11.
22. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Anteprojeto de Lei. Dispõe sobre a Residência em Enfermagem, e a sua respectiva Comissão Nacional. Rio de Janeiro: COREN; 1996.
23. Gil CRR. Formação de recursos humanos em saúde da família: paradoxos e perspectivas. Cad Saúde Pública 2005; 21(2): 490-8.
24. Perrenoud P. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
25. Hager P, Gonczi A. What is a competence? Med Teacher 1996; 8: 15-8.

Recebido em: 28/12/2006

Aprovado em: 08/01/2007