

ENSINO EM CONTROLE SOCIAL NA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Andréa Cristina Marassi Lucas¹
Nathália Carolina Fernandes Fagundes²
Adriane da Silva Santos³
Michelle do Vale Oliveira⁴
Ana Paula Nascimento de Lima⁵
Cibele Vasco Santos⁶
Lanna Xantipa de Oliveira Lemos⁷
Lays da Silva Ferreira⁸
Vitor de Vilhena Santos⁹
Liliane Silva do Nascimento¹⁰

RESUMO

As Residências Multiprofissionais em saúde no Brasil garantem a formação de profissionais aptos ao trabalho no Sistema único de Saúde, baseado no ensino em serviço. A compreensão do Controle Social como ferramenta no processo de trabalho do residente se faz necessária. Este trabalho relata a experiência adquirida em 2 (dois) programas de residência multiprofissional em saúde da região norte do Brasil, a saber: O Programa de Residência Multiprofissional em Estratégia Saúde da família da Universidade do Estado do Pará (UEPA) e o Programa Multiprofissional em Atenção à Clínica Integrada da Universidade Federal do Pará (UFPA), nas atividades de ensino de uma disciplina curricular obrigatória, envolvendo a temática de Controle Social e participação popular, ocorrido na UEPA, no Centro de Ciências Biológicas (CCBS), tendo como público alvo todos residentes de diversas áreas, bem como: Biomedicina, Enfermagem, Fisioterapia, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional, instruídos através de aulas teórica e prática, incluindo metodologias ativas (rodas de conversa, dinâmicas de grupo, encenações e debates em grupo) .A partir da disciplina denominada Controle Social, os residentes destacaram a importância de se exercer o controle social, aplicando na prática da Residência o conhecimento adquirido nas aulas teóricas da disciplina, que envolveu reuniões dos Conselhos e Conferências de Saúde; de incentivo ao fortalecimento e

¹ Residente em Estratégia Saúde da Família, Cirurgiã-dentista, Universidade do Estado do Pará. E-mail: andreamarassi@yahoo.com.br

² Residente em Estratégia Saúde da Família, Cirurgiã-dentista, Universidade do Estado do Pará. E-mail: nathaliacffagundes@gmail.com

³ Residente em Estratégia Saúde da Família, Fisioterapeuta, Universidade do Estado do Pará. E-mail: drisilva14@hotmail.com

⁴ Residente em Atenção à Clínica Integrada, Assistente Social, Universidade Federal do Pará. E-mail: michelledovale@gmail.com

⁵ Residente em Estratégia Saúde da Família, Fisioterapeuta, Universidade do Estado do Pará. E-mail: paula.nlima@hotmail.com

⁶ Residente em Atenção à Clínica Integrada, Assistente Social, Universidade Federal do Pará. E-mail: cibelevasco@yahoo.com.br

⁷ Residente em Estratégia Saúde da Família, Enfermeira, Universidade do Estado do Pará. E-mail: lannaxantipa@hotmail.com

⁸ Residente em Estratégia Saúde da Família, Fisioterapeuta, Universidade do Estado do Pará. E-mail: layssferreira@hotmail.com

⁹ Residente em Estratégia Saúde da Família, Terapeuta Ocupacional, Universidade do Estado do Pará. E-mail: vitorvilhenato@hotmail.com

¹⁰ Professora da Faculdade de Odontologia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará. E-mail: lilianenascimento2001@gmail.com

protagonismo da comunidade como sujeitos ativos na promoção de saúde. Evidenciou-se a necessidade de estratégias de articulação e integração entre as Residências, voltadas para aprendizagem e participação efetivas em conselhos municipais de saúde, com gestores, profissionais, líderes comunitários, além de empoderar os usuários, buscando autonomia na tomada de decisões.

Palavras-chave: Participação social. Sistema único de saúde. Atenção primária à saúde. Educação continuada

1 INTRODUÇÃO

A VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986 se configurou como marco histórico na reformulação do sistema de saúde, na medida em que readequou o processo formativo aos atuais princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), com importante papel na participação popular durante as Conferências de Saúde, tendo em vista que a abordagem do Controle Social como um de seus temas de debate (ALBRECHT, 2013).

Na XI Conferência Nacional de Saúde, cuja chamada foi “Efetivando o SUS: qualidade e humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social”, realizada em 2000, o Controle Social foi novamente inserido no centro de debates, como estratégia para democratização do poder através da participação social formal, destacando dentre as alternativas para sua melhor efetividade, um maior comprometimento das Universidades na formação de novos profissionais adequados às exigências sociais do SUS (ALBRECHT, 2013; CECCIM, et al, 2002).

Nessa lógica as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS), reconhecidas pela Lei 11.129/2005 (BRASIL, 2005), introduzem um modelo de reformulação do ensino-serviço na modalidade lato sensu para as profissões de saúde não médicas (BRASIL, 2005).

Assim, em consonância com as políticas do Ministério da Saúde (Portarias interministeriais no. 2117/2005, no. 45/2007 e ministerial no.1996/2007) entende-se que uma formação pós-graduada (lato sensu) na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), caracterizada pela formação no/pelo trabalho mediante participação em diferentes cenários de aprendizagem e em regime de dedicação exclusiva em instituições de saúde (diferentes níveis de complexidade) pode contribuir para mudanças esperadas na formação do profissional da saúde, e otimizar os processos de interação Universidade e Serviços.

Na região Norte do Brasil, as RMS apresentam-se presentes em grande parte dos Estados, especialmente em programas voltados à Saúde da Família e Medicina de Comunidade (BRASIL, 2006b). Através destas, os residentes têm diversas oportunidades de

aprimoramento teórico, teórico-prático e técnico, o que flexibiliza a formação diferenciada com reflexão crítica de várias ações e aspectos, que emergem a partir das situações vividas durante esse processo de formação na Residência e da realidade no contexto da Saúde (LOBATO, 2010).

Neste cenário, as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) se constituem como modelo de integração ensino-serviço efetivo, sendo consolidada na medida em que gestores, instituições de ensino superior e usuários se apropriem da lógica de processo de trabalho inovador, através da valorização e exercício previstos em lei. Assim, o presente trabalho tem como objetivo relatar as contribuições e as experiências vivenciadas durante a disciplina “Educação, Saúde e Participação Comunitária” pelos programas de Residência Multiprofissional em Atenção à Clínica Integrada e Residência Multiprofissional em Estratégia Saúde da Família, na cidade de Belém, Pará e sua contribuição para a formação multiprofissional em saúde.

2 CONTROLE SOCIAL: HISTÓRICO E AVANÇOS

O termo “Controle Social” ganhou importância no Brasil a partir do processo de democratização, na década de 1980, tendo o setor da saúde como pioneiro nesse processo, através do Movimento da Reforma Sanitária, a qual visava prioritariamente mudanças no modelo médico-assistencialista dominante na época, para um sistema universal, público e participativo de saúde (BRAVO; CORREIA, 2012). Na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, tivemos então, pela primeira vez a participação dos trabalhadores e da população na busca de mudanças que culminaram na formulação do SUS (CRISTO, 2012).

Após um longo período de lutas sociais, em 1988, com a Constituição Federal, a participação da sociedade e descentralização da gestão tornaram-se então, diretrizes do SUS, regulamentadas pelas Leis Orgânicas de Saúde (Lei n. 8080/90 e 8142/90) (BRAVO; CORREIA, 2012). Neste contexto surgiram os Conselhos de Saúde, denominados como órgãos políticos de caráter deliberativo e permanente, que possuem como uma de suas principais competências assegurar a participação da sociedade civil organizada e dos usuários do SUS nas discussões de políticas de saúde dos estados e municípios (BRASIL, 2013).

A partir disso, a expressão “Controle Social” tornou-se tema de vários debates e recebeu vários conceitos ao longo da história. Segundo Carvalho (1995, p. 28):

Controle social é expressão [...] que corresponde a uma moderna compreensão da relação estado-sociedade, onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle [...] assegurando políticas de saúde pautadas pelas necessidades de conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados [...].

Tendo em vista que o controle social se configura como uma estratégia favorável à contemplação das demandas da comunidade, as Residências Multiprofissionais em Saúde se configuram como um elo entre a população, gestores e profissionais, a fim de melhorar a assistência à saúde e seus determinantes.

2.1 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

Diante da necessidade das práticas dos profissionais de saúde em contrapor as demandas dos usuários no SUS, foi viabilizada a criação da Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) como dispositivo de transformação das práticas da área da saúde, que por sua vez, compõem um projeto político maior, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) (SILVA et al, 2013).

O histórico da RMS é recente, porém sua institucionalização é mais antiga. Em 1978, foi criado o primeiro programa de Residência em Medicina Comunitária pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, no Centro de Saúde Escola Murialdo, em uma época de mobilizações contra a ditadura militar e a favor da Reforma Sanitária no Brasil (CAMPOS, 2006; BRASIL, 2009). Quanto a sua multiprofissionalidade, esta surgiu a partir do Programa de Apoio às Residências de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública (PAR – MP/MS/SP), o qual foi criado, em 1979, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). A partir daí, vários programas apoiados pelo PAR iniciaram experiências de Residência Multiprofissional em Saúde (LOBATO, 2010).

Apesar disso, mesmo as residências sendo criadas a partir de 1978, foi somente em 2002, que o Ministério da Saúde começou a financiar 19 programas de RMS (LOBATO, 2010). Mais tarde, no desejo de criar uma política de valorização do trabalhador do SUS e de cumprir o Art. 200 da Constituição Federal, foi criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES). Este contexto possibilitou a viabilização da Comissão de Residências em Saúde, propiciando a criação da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional (CNRM) (BRASIL, 2009).

Partindo deste pressuposto, foi instituída a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, que constituiu a criação da Residência em Área Profissional da Saúde, excetuada a área médica. Porém, é a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.117 que instituiu a Residência Multiprofissional em Saúde em 2006. (BRASIL, 2006a). Os Programas de RMS foram construídos para desencadear processos de qualificação que proporcionassem a humanização, o acolhimento, a responsabilização com o usuário, a autonomia, a equipe multiprofissional, a integralidade e a resolutividade nos serviços de saúde (FERLA; CECCIM, 2003).

Segundo Lobato (2010), a RMS tem como objetivo, a formação de profissionais para uma atuação diferenciada no SUS, constituída como estratégia de mudança da formação dos trabalhadores da saúde, com construção interdisciplinar, trabalho em equipe, educação permanente e, portanto, de reorientação das lógicas tecnoassistenciais.

A Residência Multiprofissional é uma modalidade de pós-graduação, *latu senso*, que se caracteriza pela formação em serviço, supervisionada por profissionais capacitados, em regime de dedicação exclusiva ao serviço de saúde (BRASIL, 2005). O Ministério da Educação (MEC) preconiza que a residência multiprofissional tenha a duração mínima de 2 anos, carga horária total de 5760 horas, tendo 80% da carga horária de atividades práticas e 20% de atividades teóricas ou teórico-práticas, 60 horas semanais, priorizando as atividades em Atenção Primária à Saúde e Hospitalares. Além disso, é oferecido para as seguintes profissões: Biologia, Biomedicina, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (BRASIL, 2006b).

Em seus princípios norteadores, a RMS aborda a Educação Permanente em Saúde como eixo pedagógico estruturante dos programas e considera este um espaço para o desenvolvimento de processo de educação permanente em saúde, dispositivo potencial para promover mudança dos modelos de gestão e atenção do sistema (BRASIL, 2006b).

Para Ramos et al. (2006), as RMS contribuem para a formação de sujeitos com a capacidade de compreender e significar, de modo ampliado, os desafios de implementação do SUS e as necessidades individuais e coletivas de uma determinada população com habilidades, conhecimentos e atitudes para a elaboração, execução e coordenação de intervenções produtoras de autonomia apropriados de uma pedagogia que os permitam ser sujeitos da construção de saberes de modo permanente.

Para Albrecht (2013), as Residências Multiprofissionais em Saúde podem se tornar excelentes formas de participação popular na medida em que forem incluídos em suas matrizes pedagógicas, espaços que se possa debater sobre Controle Social, Participação Social

e Educação em Saúde, entre outros, e de que estes sejam valorizados tanto por residentes e gestores como pela população em geral. Pois, se o encontro de vários atores envolvidos neste processo for devidamente estimulado, as Residências Multiprofissionais em Saúde poderão demonstrar as suas potencialidades para romper com os paradigmas existentes.

É nessa perspectiva, que serão relatadas as experiências adquiridas e as contribuições da Disciplina “Educação, Saúde e Participação Comunitária” na construção e reformulação de conhecimentos acerca do tema abordado, em uma Residência Multiprofissional em Saúde.

3 DESENVOLVIMENTO

No que tange às Residências Multiprofissionais localizadas no município de Belém do Pará, ocorre atuação nos cenários de prática da Gestão e da Assistência à Saúde, nas Secretarias de Saúde (municipal e estadual), Unidades Básicas de Saúde e no Serviço de Diagnóstico e Cirurgia das Patologias Bucais do Hospital Universitário João de Barros Barreto (UFPA), com a proposta de ensino em serviço, sob supervisão de preceptores (supervisores de campo capacitados), tutores e coordenadores dos Programas de Residência Multiprofissional em Estratégia Saúde da família da Universidade do Estado do Pará (UEPA) e da Residência Multiprofissional em Atenção à Clínica Integrada da Universidade Federal do Pará (UFPA), apresentando como carga horária o total de 40 horas semanais.

O Programa de Residência Multiprofissional em Estratégia Saúde da família da UEPA conta com o apoio de 1(uma) coordenadora, 1(uma) tutora, 9 (nove) preceptores de Odontologia, 4 (quatro) preceptores de Enfermagem, 6 (seis) preceptores de Fisioterapia, 8 (oito) preceptores de Terapia Ocupacional e docentes de cada categoria.

O Programa de Residência Multiprofissional em Atenção à Clínica Integrada da UFPA possui 1(uma) coordenadora, 6 (seis) docentes da Odontologia, Serviço Social, Enfermagem e Biomedicina; contando com 4 (quatro) tutores e 8 (oito) preceptores no total.

A disciplina de Educação, Saúde e Participação disciplina objeto deste relato, orienta-se como parte do Eixo Transversal dos Programas mencionados anteriormente, ministrada para uma turma composta por assistentes sociais, biomédicos, cirurgiões-dentistas, enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais correspondendo ao total de 36 alunos, realizada na UEPA, no Centro de Ciências Biológicas (CCBS).

A disciplina apresentou como objetivo abordar os aspectos relativos à promoção da saúde, voltados à mudança de práticas e reorientação dos serviços de saúde, com enfoque às ações de informação, educação e comunicação baseadas na construção da cidadania e no

controle social das políticas públicas, bem como suas diferentes formas de organização: movimentos locais, conselhos e fóruns populares e associações de moradores, além de incluir avanços e dificuldades na gestão das políticas sociais e a intersectorialidade das políticas públicas. O enfoque ao Controle Social remonta ao contexto da Reforma Sanitária Brasileira e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto modelo de atenção à saúde (CARVALHO; CECCIM, 2006), mas que em relação à participação popular, ainda se mostra deficiente nos cenários de prática da região metropolitana de Belém, local de atuação dos programas de residência.

O processo de ensino continuado encontra-se diretamente associado ao serviço nos programas de residência multiprofissional. A origem deste modelo se organiza a partir da política nacional de Educação Permanente (BRASIL, 2004), quando a integração ensino-serviço mostrou-se valorizada, permitindo uma visão ampliada do processo e práticas de trabalho, contemplando a percepção e o exercício do empoderamento do indivíduo (CARVALHO; CECCIM, 2006).

Como parte das ferramentas de ensino, foram utilizadas aulas expositivas e metodologias ativas, a partir de lógica crítico-reflexiva baseada na vivência dos cenários de prática dos programas de residência envolvidos. As metodologias de ensino aplicadas foram aulas dialógicas, seminários e discussão. O incentivo ao compartilhamento de saberes e experiências constituem-se, atualmente, em uma necessidade no sentido de garantir as diretrizes do Sistema Único de Saúde e de finalmente aproximar a saúde pública que temos, da que queremos (ALBRECHT, 2013).

A partir da avaliação dos residentes envolvidos, por meio de roda de conversa e debates em grupo, durante a aula, a disciplina mostrou-se como possibilidade de formulação de pensamento reflexivo e crítico com relação ao ensino e práticas de saúde inseridos num contexto social e participativo, o que permitiu maior integração entre as diferentes categorias profissionais e a percepção da necessidade da inclusão e participação dos residentes nos cenários de prática. Essa experiência na disciplina proporcionou maior participação social dos residentes, inclusive na XII Pré-Conferência e Conferência de Saúde do município de Belém do Pará, onde 10 residentes de Odontologia foram credenciadas como trabalhadores da saúde do SUS na composição da mesa redonda.

Durante os campos de discussão e prática desenvolvidos na disciplina, destaca-se a vivência dos residentes em Estratégia Saúde da Família e Atenção à Clínica Integrada, gerando momentos de reflexão e prática onde o residente pode atuar como elo entre os

campos de prática e participação social, tanto na Atenção Básica em Unidades Municipais de Saúde e Estratégia Saúde da Família, quanto nos campos de média e alta complexidade.

Além disso, a análise do residente enquanto parte importante para o exercício do controle social em seus setores de prática foi também produto desta atividade de ensino. Esta avaliação, além de evidenciar o papel do residente enquanto profissional, também possibilita o incentivo do fortalecimento, empoderamento e protagonismo da comunidade como sujeito ativo na promoção de saúde, proporcionando o exercício da cidadania.

Em relação à participação em ensino-serviço, os residentes destacaram a inexistência deste tipo de prática direta na região metropolitana, cenários de prática dos programas de Residência em Saúde. O estímulo à discussão por meio da disciplina de “Educação, Saúde e Participação Comunitária” pôde criar um espaço para discussão e ensaio acerca desta problemática, possibilitando a atuação direta do residente como agente transformador social, possibilitando melhorias para as turmas seguintes a partir dessa discussão.

Partindo desse pressuposto os residentes consideraram a relevância da temática nos cenários de atuação, tanto na assistência, quanto na gestão, favorecendo a capacitação e valorização do trabalho para futuros profissionais do SUS e na formação em geral, além de ratificar as relações entre as Instituições de Ensino e o serviço público de saúde.

4 DISCUSSÃO

A disciplina abordou a temática do controle social e participação social, elucidando históricos e conceitos, além de despertar, de modo geral, o interesse dos residentes, instigando-os a difundir o tema em seus locais de prática, tanto para os usuários, quanto para os profissionais e gestores locais. Segundo Albrecht (2013), a atuação do controle social mostra-se pouco presente na formação de residentes, embora aponte evidências de que a inserção do controle social na matriz pedagógica, pode contribuir para melhor qualificação dos serviços de saúde e que mesmo em espaços informais de participação popular, vê-se uma excelente ferramenta para melhoria dos serviços prestados ao SUS.

Pode-se observar também, um consenso entre os residentes participantes quanto a pouca, ou nenhuma articulação com os profissionais e gestores atuantes no contexto da região metropolitana de Belém/PA, o que reflete em, muitas vezes, grande resistência por parte destes a aderir novas práticas, essencialmente no cenário amazônico, tornando-se assim, um entrave nesse processo.

Assim, apesar do seu aparato legal (BRASIL, 2006b) para exercício do controle social, a falta de informação da população ainda é uma barreira a ser ultrapassada. Desse modo, mesmo com a inclusão do tema na matriz pedagógica da residência multiprofissional, não há certeza de que os profissionais terão representatividade nas instâncias de controle social (ALBRETCH, 2013). Ressalta-se ainda, a escassez de evidências científicas e registros voltados especificamente para esta temática, fato este que pode ser um dos aspectos determinantes para o distanciamento entre a residência multiprofissional e as atividades relacionadas ao controle social.

Quanto à realização das atividades teóricas na disciplina “Participação comunitária e educação em saúde”, foi oportunizada a utilização de metodologias ativas, através de rodas de conversa, dinâmicas de grupo, encenações e debates em grupo, que foram facilitadores no processo de aprendizagem e compreensão dos desdobramentos do controle social no contexto de prática nos variados cenários de prática.. Para Mórán (2015), “As metodologias ativas são pontos de partida para avançar para processos mais avançados de reflexão, de integração cognitiva, de generalização, de reelaboração de novas práticas”.

Desse modo, verificou-se a necessidade de estratégias em conjunto, sejam estas voltadas para aprendizagem e/ou participação efetivas dos residentes em conselhos municipais de saúde, articulação com gestores, profissionais da área, líderes comunitários possibilitando a autonomia e participação social dos mesmos.. Os residentes assim, têm a oportunidade de se fortalecerem enquanto trabalhadores de saúde, em suas categorias profissionais e ao mesmo tempo, como cidadãos e usuários do Sistema Único de Saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A abordagem metodológica e interação dos profissionais na discussão do “Controle Social”, possibilitou a reflexão da formação e atuação da residência multiprofissional como ferramenta transformadora não somente da prática e dos cenários mas também como estimuladora da participação comunitária e empoderamento do controle social.

TEACHING IN SOCIAL CONTROL IN MULTIPROFESSIONAL RESIDENCE IN HEALTH: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT

The multiprofessional residences in health in Brazil guarantee the formation of professionals capable of working in the Unified Health System, based on in-service teaching. Understanding of social control as a tool in the resident's work process becomes necessary. This paper reports on the experience gained in two (2) multiprofessional health residency programs in the northern region of Brazil, namely the Multiprofessional Residency Program in Family Health Strategy of the State University of Pará (UEPA) and the Multiprofessional Program in Attention to the Clinical Integration of the Federal University of Pará (UFPA), in the teaching activities of a compulsory curricular discipline, involving the theme Social Control and popular participation, held at UEPA, at the Center for Biological Sciences (CCBS). Residents of different areas, as well as: Biomedicine, Nursing, Physiotherapy, Dentistry, Social Work and Occupational Therapy, instructed through theoretical and practical classes, including active methodologies (discussion routes, group dynamics, paper pieces and group discussions). From the discipline called Social Control, the residents emphasized the importance of the exercise of social application, applying in the practice of the Residência the knowledge acquired in the theoretical classes of the discipline, involving meetings of Health Councils and Conferences; Encouraging community empowerment and protagonism as active subjects in health promotion. The need for articulation and integration strategies among the residences, focused on effective learning and participation in municipal health councils, with managers, professionals, community leaders and empowerment of users, seeking autonomy in decision making was evidenced.

Keywords: Social participation. Unified health system. Primary health care. Postgraduate education.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, G.J. **Controle Social e sua interação com os cursos de Residência em Saúde**. 2013. 32 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Práticas Pedagógicas para Educação em Serviço de Saúde)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre (RS), 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Ministério da Saúde. Brasília, 2013. 178 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 64p.

_____. 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, 2006a.^[1]_[5EP]

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**, 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. Brasília, 2005. 36p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 198/GM em 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a

formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 fev. 2004

BRAVO, M. I. S.; CORREIA, M. V. C. Desafios do Controle Social na Atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, jan-mar 2012.

CAMPOS, C. E. A. A organização dos serviços de atenção primária à saúde. **Revista Brasileira de Medicina Familiar e Comunitária**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 6, p. 131-147, 2006.

CARVALHO, A. I. de. **Conselhos de saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase, 1995.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. **Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva**. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo, 149-182, São Paulo, 2006.

CECCIM, R. B. et al., O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 373-383, Porto Alegre, 2002.

CRISTO, S. C. A de. Controle Social em Saúde: o caso do Pará. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 109, p. 93-111. jan./mar. 2012.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B. Residência integrada em saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: _____. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2003. p. 211-224.

LOBATO, C. P. **Formação dos trabalhadores de saúde na residência multiprofissional em saúde da família: uma cartografia da dimensão política**. 2010. Tese. (Doutorado)-Universidade Estadual de Londrina, Londrina, PR, 2010.

MORÁN, J. Mudando a educação com metodologias ativas. In: SOUZA, C. A de; MORALES, O. E. T. (Orgs.). **Convergências midiáticas, educação e cidadania: aproximações jovens**. Ponta Grossa: UEPG, 2015. p. 15-33.

RAMOS, A. S. et al. Introdução: a trajetória da residência multiprofissional em Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

SILVA, J. C. et al. Percepção dos residentes sobre sua atuação no programa de residência multiprofissional. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 28, n. 2, p.132-138, 2013.

Submetido em: 31/05/2017

Aceito para publicação em: 26/08/2017